

Comité National d'Ethique Médicale
XXV^{ème} Conférence Annuelle
Faculté de médecine de Tunis, le 11 décembre 2021

Maladies émergentes, crise sanitaire et éthique

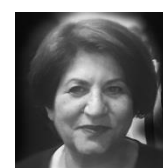
Conférence 3 : Sécurité sanitaire et enjeux éthiques : état des lieux en Tunisie et expériences comparées

Dr Thouraya ANNABI ATTIA

Médecin Expert en sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, santé
environnement



thourayattia@gmail.com



Dr Thouraya ANNABI-ATTIA : Médecin de santé publique, qui a exercé en Tunisie depuis les années 80 sur le terrain (*alternativement en santé de base, santé au travail, hygiène publique et santé mentale*), dans l'organisation des services (*responsabilités régionales*) et à un niveau stratégique central (*santé-environnement, évaluation des risques et sécurité du patient*). Elle a également travaillé à l'international sur des projets OMS, FAO, Codex Alimentarius et pour la coopération Européenne.

La naissance du concept de Sécurité Sanitaire s'est faite dans un contexte de grande incertitude qui répond au probable, à l'hypothétique, à l'impondérable suite à des crises sanitaires graves dans lesquelles la notion de prévention qui a longtemps été le socle à la gestion de la santé publique, n'était plus suffisante. Il s'agissait d'une véritable révolution conceptuelle et organisationnelle. Une première question légitime se pose : a-t-on pris la précaution d'y inclure la dimension éthique ? Une seconde question d'actualité s'impose : qu'en est-il face à une véritable urgence sanitaire internationale ? La Sécurité Sanitaire telle que décrite et « mise en œuvre » a-t-elle tenu ses promesses, a-t-elle répondu aux principes éthiques ? Qu'en est-il en Tunisie ?

Objectifs

- Expliquer le concept de sécurité sanitaire
- Explorer le cas de la Tunisie à travers l'analyse de quelques expériences institutionnelles, stratégiques et légales
- Développer les enseignements à tirer de la pandémie COVID-19 notamment dans l'adaptation des outils d'anticipation et de gestion.

1. La naissance du concept de sécurité Sanitaire :

La notion de Sécurité sanitaire (SS) est assez nouvelle, elle est née dans un contexte particulier ayant abouti à l'éclosion de grandes crises autour de la santé face aux incertitudes scientifiques importantes concernant aussi bien la nature du danger, sa causalité, que son ordre de grandeur et la quantification / probabilité y afférent. C'est l'objet de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement (1992) : « En cas de risques, de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement ».

L'évolution s'articule en fait, autour de la notion de promotion de la santé ou comment recentrer le développement autour de l'Homme pour qu'il en soit le bénéficiaire de façon pérenne et non la victime ou l'instrument. S'agissant ici d'une question fondamentale opérant une évolution des concepts en santé Publique de ceux de santé primaire (Alma-Ata) vers ceux de santé comme fondement des stratégies (Ottawa) et qui était en relation avec le contexte environnemental, technologique et épidémiologique généré à la fin du 20^{ème} siècle, pour aboutir à la déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Concernant l'innocuité des produits de consommation, la SS a été mise en place suite à une évolution des organisations classiques basées sur le contrôle final et la répression des fraudes [6]. L'évolution étant le fruit des leçons apprises suite aux crises vécues à la fin du 20^{ème} siècle provoquées par l'impact sanitaire négatif de produits mis sur le marché ; qu'il s'agisse de médicaments (contre-façon et autre AMM¹ délivrées sans réelle mesure du risque), des produits biologiques (affaire des dérivés sanguins en France), des aliments contaminés par des produits biologiques (crise de la vache folle) ou chimique (affaire des poulets à la dioxine), et ce, sans compter la remise en question des techniques et procédés de production tel que les produits génétiquement modifiés ou l'usage des pesticides et autres additifs chimiques en agriculture. Cette série de crises a permis aux pays occidentaux, relayés par les instances des Nations Unies, de remettre en question les concepts mêmes de gestion et de passer d'une logique « produit » à une logique « risque » mettant en exergue l'importance de la preuve scientifique dans la prise de décision (évaluation des risques) ainsi que celui de la transparence (partage de l'information, droit à l'information)[2]. La notion de risque est, dans ce contexte, comparée à celle de bénéfice, pour en déduire les attitudes les plus efficaces/efficientes (décision politique). Le risque se calcule, se référant à des « vérités du moment » que sont les données actuelles de la science, apportées sous forme d'évaluation ; s'agissant de l'évaluation scientifique des risques qui, elle-même, fait partie du processus total conceptualisé sous forme d'Analyse des Risques avec ses deux autres composantes que sont la Gestion et la Communication [5].

¹ Autorisation de Mise sur le Marché

Cette évolution des concepts (glissement du répressif vers le préventif puis vers le principe de précaution) a certes d'abord impacté le domaine juridique. Mais, le parallèle est clairement retrouvé dans l'évolution des stratégies de santé publique ; d'abord essentiellement basées sur la médecine curative, elles ont évolué vers la prévention pour ensuite se diriger vers la précaution (gestion pondérée par l'évaluation en absence de certitude). L'impact en a été important, s'agissant du remplacement de « l'obligation de moyens » par l'obligation de résultats².

2. Les conséquences sur le plan international :

Mais d'abord, une définition de la sécurité sanitaire³ : « Ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et relevant donc de la responsabilité des pouvoirs publics ».

La première révolution enregistrée en conséquence est celle concernant la surveillance de la santé en tant que base de toute planification. Il s'agit d'une mutation d'une logique de surveillance par des indicateurs (discontinue - liste de maladies/quarantaine) vers une logique venue du monde économique, celle de veille continue et proactive déclenchant Alerte et Riposte programmée par une Préparation et suivie par une phase de Résilience (retour à la normale), le tout dans la transparence par l'information et la communication aussi bien entre les divers maillons des chaînes professionnelles (réseautage) que (surtout) vis-à-vis de la population concernée. Ce changement fondamental d'objectifs, d'outils et de méthodes se matérialise dans le nouveau Règlement Sanitaire International instauré par l'OMS -RSI(2005)- qui se traduit dans un changement de l'organisation sanitaire à l'échelle des pays, organisation basée sur la Sécurité Sanitaire.

C'est aussi le fait de baser les échanges internationaux des produits (Organisation Mondiale du Commerce - OMC) sur les Accords SPS (Protection de la santé humaine animale et des plantes) qui obligent les pays à établir les mesures sanitaires et phytosanitaires sur la base d'une évaluation appropriée des risques réels [7].

A l'échelle des pays, un système général d'institutions spécialisées peut être mis en place qui intègre toutes les parties prenantes en matière de maîtrise du risque sanitaire. Il est conçu comme un système de vigilance et de riposte dans lequel plusieurs agences/institutions peuvent être actives tout en étant « rattachées » à une instance centrale de veille sanitaire (*ensemble des actions visant à*

²Objet d'une conférence de A. Mahjoub-Zarrouk & al. « Principe de précaution et sécurité des patients » ; Actualités médico-légales (Monastir – 19 mai 2007).

³Source : Rapport des experts associés à l'évaluation de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires

reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé humaine). Le tout fonctionne en routine pour « gérer le risque » selon des modalités bien définies (législation, procédures, plans d'action), mais qui se met en mode « gestion de crise » dès qu'un événement pouvant présenter un « sur-risque » est détecté par le système de veille/vigilance [6].

En effet, ce système basé sur la « veille/vigilance » permet de relier les composantes que sont la population, les professionnels, les produits et l'environnement car la collecte de l'information se fait au plus près du terrain par les patients, les industriels et autres professionnels, aussi bien que par les systèmes structurés de l'Etat. Elle peut être exercée aussi bien par des agences que par des administrations. On en donne pour exemple l'UE. Six Agences européennes de sécurité sanitaire (évaluation des risques) qui ont un rôle de coordination de la Commission européenne (décision politique) :

- AEE : environnement (Copenhague)
- EMA : évaluation médicaments (Londres)
- EU-OSHA : sécurité/santé travail (Bilbao)
- EFSA : sécurité alimentaire (Parme)
- ECDC : prévention et contrôle maladies (Stockholm)
- Agence produits chimiques (Helsinki)

Pour que ce système soit fonctionnel, il a fallu que le concept soit intégré à la fondation même de l'Etat ; puisque le traité de Maëstricht⁴ stipule : « La politique de la communauté [...] est fondée sur le principe de précaution et l'action préventive ». Ceci avait permis de mettre en place une organisation aussi bien institutionnelle que législative pour accompagner la migration d'un système basé sur le concept du curatif et de la répression vers un système préventif puis promotionnel ou proactif qui se base sur de nouvelles règles juridiques (*le principe de précaution, la preuve scientifique*) et une nouvelle culture : obligation de résultat versus l'obligation de moyens.

3. Qu'en est-il en Tunisie ?

La Tunisie n'a pas subi directement de crise (telle que celle de l'UE) ; elle a été plutôt concernée par le fait de ses relations avec les pays occidentaux (commerce et tourisme) et s'est préparée très tôt à suivre le mouvement, rien qu'en adhérant (toujours parmi les premiers pays du sud) aux programmes et procédures des nations unies (adhésion à l'OMC avant même sa création⁵). Elle s'est attelée à moderniser son arsenal juridique dès les années 90 (harmonisation avec l'UE). Cependant et bien que plusieurs avancées aient été enregistrées, on ne peut pas parler de mise en place d'un système de SS national.

⁴ Février 1992 - Art 174 (alinéa 1)

⁵ Par la signature des accords du GATT en 1995)

En effet, la Loi n°91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire, se réfère à des notions de santé Publique qui n'incluent pas la SS⁶ ; sachant qu'aujourd'hui encore les missions du Ministère de la Santé (MS) sont gérées par un décret de 1974⁷ et qui classe les interventions de santé en actions préventives, curatives et de consolidation [4]. Cependant, dans cette course à l'harmonisation avec l'UE (meilleur client de la Tunisie), quelques institutions ont été mises en place, qui étaient en charge de l'évaluation des risques ou de la veille sanitaire, dans un système qui ne reconnaît pas ces rôles ni le processus général d'Analyse des Risques ! Pourtant la forme y était, s'agissant d'agences dites indépendantes. Nous en prendrons quelques exemples.

L'ANCSEP (Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits) avait été créée sous l'égide du MS par le Décret n°769 du 5 avril 1999 ; son rôle étant selon le texte « d'assurer la sécurité du consommateur en tant que coordinateur des contrôles ». La notion d'évaluation des risques s'est imposée lors de l'exercice, les administrations objet de la coordination ayant insisté de lui attribuer ce rôle novateur. La fonction « évaluation des risques » a alors été timidement introduite dans le décret n°790 du 21 mars 2001 qui portait organisation de l'agence⁸.

De même, l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Émergentes (ONMNE) créé par le Décret n°2005-3294 du 19 décembre 2005, s'est vu attribuer pour mission le fait de « renforcer la capacité du dispositif national de surveillance épidémiologique dans le domaine de la surveillance des maladies nouvelles et émergentes et identifier les mesures les plus efficaces pour limiter les risques liés à ces maladies ». L'institution s'est retrouvée alors en porte-à-faux avec l'administration centrale où la DSSB⁹ continuait à gérer « la surveillance épidémiologique » et notamment le processus des Maladies à Déclaration Obligatoire. L'ONMNE a alors essayé de développer un système de veille sanitaire qui a eu du mal à s'implanter en parallèle avec le système de surveillance discontinu par les indicateurs de santé (*qui, lui continuait à fonctionner sans que ses performances ne se développent pour autant*¹⁰).

De même, c'est aussi grâce à cette volonté d'harmonisation, que les notions de Précaution et d'Analyse des Risques ont été introduites dans la législation tunisienne et ce, dans le cadre de l'organisation de la SSA (Sécurité Sanitaire des Aliments) par la loi n°25-2019 du 29 février 2019 relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires et de l'alimentation animale. Cette loi qui devait entrer

⁶ OMS 1978, Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

⁷ Décret N°74-1064 du 28 novembre 1974

⁸ Objet d'une conférence « Journée de formation de l'AMSSA sur la réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments » par Th. ANNABI ATTIA & Amine MESTIRI à [Tunis – décembre 2013.

⁹ Direction des Soins de Santé de Base (tutelle des centres de santé et programmes nationaux)

¹⁰ Pas de publication régulière de bulletin épidémiologique

en application en février 2021, semble avoir des difficultés à être mise en œuvre avec tout le système de SSA y afférent.

La question de la mise en place d'un système sanitaire holistique, inclusif, crédible et transparent encouragé (imposé ?) par le RSI reste posée. En effet, malgré plusieurs auto-évaluations et une évaluation par les pairs (représentants de pays de la région sous l'égide de l'OMS¹¹) qui semblaient plutôt concluantes (voir fig. 1), la crise Covid19 nous a surpris avec une préparation insuffisante et un quasi effondrement du système.

Figure1 : Résultats (scores) de l'évaluation externe (JEE) des capacités principales de RSI de la république de Tunisie (rapport de mission OMS 28 novembre – 2 décembre 2016)¹²

Capacities	Indicators	Score			
National legislation, policy and financing	P1.1 Legislation, laws, regulations, administrative requirements, policies or other government instruments in place are sufficient for implementation of IHR	2	Preparedness	R.1.1 Multi-hazard national public health emergency preparedness and response plan is developed and implemented	2
	P1.2 The state can demonstrate that it has adjusted and aligned its domestic legislation, policies and administrative arrangements to enable compliance with the IHR (2005)	1		R.1.2 Priority public health risks and resources are mapped and utilized	2
IHR coordination, communication and advocacy	P2.1 A functional mechanism is established for the coordination and integration of relevant sectors in the implementation of IHR	3	Emergency response operations	R.2.1 Capacity to activate emergency operations	4
	P3.1 Antimicrobial resistance detection	2		R.2.2 Emergency Operations Centre operating procedures and plans	3
Antimicrobial resistance	P3.2 Surveillance of infections caused by antimicrobial resistance pathogens	1		R.2.3 Emergency operations programme	4
	P3.3 Health care-associated infection prevention and control programmes	2		R.2.4 Case management procedures are implemented for IHR-relevant hazards	2
Zoonotic diseases	P3.4 Antimicrobial stewardship activities	2	Linking public health and security authorities	R.3.1 Public health and security authorities (e.g. law enforcement, border control, customs) are linked during a suspect or confirmed biological event	4
	P4.1 Surveillance systems in place for priority zoonotic diseases/pathogens	4		R.4.1 System is in place for sending and receiving medical countermeasures during a public health emergency	4
	P4.2 Veterinary or animal health workforce	4	Medical countermeasures and personnel deployment	R.4.2 System is in place for sending and receiving health personnel during a public health emergency	4
	P4.3 Mechanisms for responding to zoonoses and potential zoonoses are established and functional	3		R.5.1 Risk communication systems (plans, mechanisms, etc.)	2
Food safety	P5.1 Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to foodborne disease and food contamination	3	Risk communication	R.5.2 Internal and partner communication and coordination	3
	P6.1 Whole-of-government biosafety and biosecurity system is in place for human, animal, and agriculture facilities	2		R.5.3 Public communication	2
Biosafety and biosecurity	P6.2 Biosafety and biosecurity training and practices	2		R.5.4 Communication engagement with affected communities	2
	P7.1 Vaccine coverage (measles) as part of the national programme	5		R.5.5 Dynamic listening and rumour management	2
Immunization	P7.2 National vaccine access and delivery	5	Points of entry	PoE.1 Routine capacities are established at points of entry	4
	D.1.1 Laboratory testing for detection of priority diseases	4		PoE.2 Effective public health response at points of entry	1
National laboratory system	D.1.2 Specimen referral and transport system	4	Chemical events	CE.1 Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to chemical events or emergencies	3
	D.1.3 Effective modern point-of-care and laboratory-based diagnostics	4		CE.2 Enabling environment is in place for management of chemical events	3
	D.1.4 Laboratory quality system	3	Radiation emergencies	RE.1 Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to radiological and nuclear emergencies	2
	D.2.1 Indicator- and event-based surveillance systems	3		RE.2 Enabling environment is in place for management of radiation emergencies	2
Real-time surveillance	D.2.2 Interoperable, interconnected, electronic real-time reporting system	2			
	D.2.3 Analysis of surveillance data	3			
	D.2.4 Syndromic surveillance systems	4			
Reporting	D.3.1 System for efficient reporting to WHO, FAO and OIE	3			
	D.3.2 Reporting network and protocols in country	3			
Workforce development	D.4.1 Human resources are available to implement IHR core capacity requirements	3			
	D.4.2 Field Epidemiology Training Programme or other applied epidemiology training programme in place	4			
	D.4.3 Workforce strategy	3			

Entre-temps, il y a eu un projet de réforme du système sanitaire proposé suite à un dialogue sociétal mené en 2012 sur toute la Tunisie. Une déclaration d'intention de le mettre en œuvre¹³ a été proclamée lors de la journée mondiale de la santé en avril 2021.

Cependant la lecture du référentiel¹⁴ de cette réforme révèle qu'elle est totalement orientée « soins ». Certes, nous y retrouvons un clin d'œil à la charte d'Ottawa¹⁵ (voir fig.2), mais aucun lien avec la déclaration de Shanghai¹⁶ ni allusion à la sécurité sanitaire. En fait, la position actuelle de l'OMS rallie les

¹¹ Connue sous le vocable de JEE – Joint External Evaluation

¹² Les plus mauvaises notes sont relatives à 3 domaines : P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a ajusté et aligné sa législation nationale, ses politiques et ses dispositions administratives pour permettre la conformité avec le RSI (2005) - P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens - PoE.2 Réponse de santé publique efficace aux points d'entrée

¹³ Vision complétée par les travaux du comité technique par la mise en place d'un Plan National Santé à l'horizon 2030 <http://www.hiwasraha.tn/Fr/accueil> 46 4

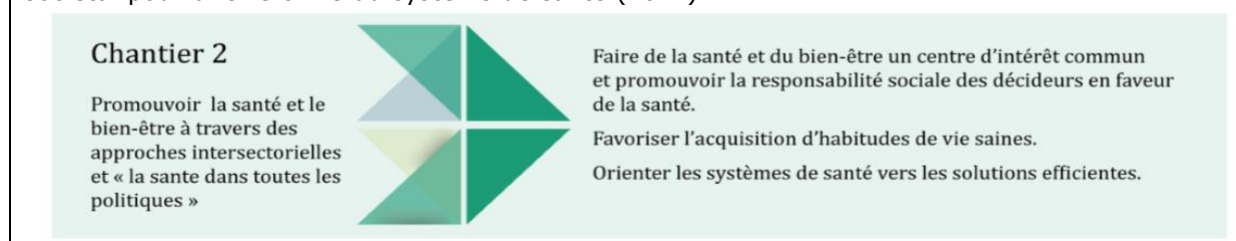
¹⁴ Livre blanc intitulé « Pour une meilleure santé en Tunisie, Faisons le chemin ensemble »

¹⁵ La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

¹⁶ Neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé (Nov 2016) : Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030

deux orientations en stipulant : « La couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire sont des objectifs complémentaires ». Elle préconise notamment de gérer l'ensemble des risques en situation d'urgence, afin d'assurer et d'accélérer la mise en œuvre durable du Règlement sanitaire international (RSI 2005) et d'adopter une approche faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics pour garantir l'engagement de la communauté et la participation de l'ensemble de la société [9].

Figure2 : Extrait du Livre blanc « Pour une meilleure santé en Tunisie, Faisons le chemin ensemble » représentation de l'un des 8 chantiers objet des recommandations du dialogue sociétal pour une réforme du système de santé (2012)



4. Et l'éthique dans tout cela ?

D'abord, un petit rappel sur la place de l'éthique dans la conception et la gestion d'un système de santé ou plus généralement la mise en œuvre d'un type d'organisation: « Il n'est pas nécessaire, pour se conformer à la déontologie, de réfléchir aux valeurs qui la sous-tendent ni même de partager ces valeurs. L'éthique, au contraire, invite le professionnel à réfléchir sur les valeurs qui motivent son action et à choisir, sur cette base, la conduite la plus appropriée » [1]. Cependant, l'action fondée sur les valeurs est généralement conforme aux lois et à la déontologie, mais elle est décidée par l'individu plutôt qu'imposée par une autorité extérieure (voir Tab.1). C'est pour cela qu'on peut dire que la réflexion éthique fait appel à l'autonomie, au jugement et au sens des responsabilités, plutôt qu'à la discipline.

Morale	Éthique	Droit	Déontologie
Elle vise à construire des valeurs absolues, universelles et impérissables.	Leurs valeurs sont relatives à la société qui les partage et elles changent en fonction du temps et de l'idéologie dominante.	Il renvoie à la régulation des comportements par la loi (s'applique de manière identique à tous les citoyens).	L'ensemble des devoirs et des obligations imposés aux membres d'un ordre ou d'une association professionnelle.
Portée en général par la religion.	L'éthique renvoie à la distinction entre le bien et le mal, à ce qu'il convient de faire indépendamment ou au-delà des obligations strictement légales.	Cependant, le droit s'appuie sur l'éthique lorsqu'il s'agit d'opérer des jugements au cas par cas.	Les règles déontologiques s'appliquent de manière identique à tous les membres du groupe, dans toutes les situations de la pratique. Une autorité est chargée de les faire respecter et d'imposer des sanctions en cas de dérogation.

Tableau 1 : Comparaison de la place de l'éthique dans les divers référentiels de la pratique professionnelle.

Cette éthique que l'on applique habituellement à l'individu, lui donnant l'occasion de s'interroger sur son art ou sa technique¹⁷, s'applique également à la chose publique ou l'Etat ; notamment dans la prise de décision. L'éthique publique aurait la prétention de s'inscrire dans une logique d'aide à la décision qui serait plus proche des valeurs démocratiques (plus qu'à la morale), tels l'équité, la justice et le bien commun en faisant émerger une décision qui favoriserait le maintien de la cohésion sociale et un juste équilibre entre les droits particuliers et l'intérêt public [3].

L'examen de la définition de la SS montre qu'elle est éminemment éthique puisqu'elle dégage l'individu de la responsabilité des risques sanitaires échappant à son contrôle et en donne la responsabilité à l'Etat. Elle rejoint en cela la déclaration de Shangani qui édicte des principes tel que :

- appliquer pleinement les mécanismes dont dispose la puissance publique pour protéger la santé et promouvoir le bien-être au moyen de politiques publiques ;
- renforcer l'encadrement législatif et réglementaire des produits nocifs pour la santé ainsi que leur taxation ;
- mettre en œuvre des politiques budgétaires en tant qu'outil puissant pour réaliser de nouveaux investissements dans la santé et le bien-être, notamment au moyen de solides systèmes de santé publique ;
- instaurer la couverture sanitaire universelle comme moyen efficient d'améliorer la santé et la protection financière.

Est-ce à dire que face à la crise de la Covid19, la réponse de l'autorité nationale a été insuffisante, laissant la responsabilité au citoyen de trouver ses propres solutions face à une situation qui le dépasse.

Certes, le comportement des personnes est déterminant dans ce genre de situations, mais il reste lui-même tributaire d'une information claire et efficace, ce qui n'a pas été le cas semble-t-il. L'OMS a d'ailleurs identifié le défaut de communication partout dans le monde comme l'une des principales entraves à une riposte adéquate, s'agissant d'une « infodémie » ou épidémie de fausses informations. Nous restons ainsi dans l'éminemment non éthique.

Par contre, un impressionnant élan de solidarité sociale a eu lieu en Tunisie qui a impliqué aussi bien les individus (donations) que la société civile et diverses institutions (notamment d'enseignement et de recherche scientifique) formant un réseau dense et efficace qui a, entre-autres, évité l'effondrement du système national. Ici nous sommes dans l'éminemment éthique.

¹⁷ P. Bonfils : « Il n'est pas nécessaire, pour se conformer à la déontologie, de réfléchir aux valeurs qui la sous-tendent ni même de partager ces valeurs. L'éthique, au contraire, invite le professionnel à réfléchir sur les valeurs qui motivent son action et à choisir, sur cette base, la conduite la plus appropriée »

S'il est vrai que le fait d'appliquer la loi en vigueur, ou même la règle déontologique, dispense celui qui l'applique de réfléchir sur les conséquences de son acte, cela ne le prémunit cependant pas d'assumer les conséquences de son acte quant à l'aspect éthique de l'action (ou la non-action) entreprise.

L'extrapolation de cette réflexion à un point de vue stratégique, montre que la gestion actuelle de la santé publique n'est pas conforme aux principes éthiques. En effet, quand une société ou un Etat néglige de mettre à jour son système de santé, d'assumer ses responsabilités face aux risques sanitaires qu'encourt la population, d'autant que les moyens en existent, il ne peut qu'être mis en face de ses responsabilités sur un plan éthique. La position actuelle de l'OMS rallie les deux orientations en stipulant : « La couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire sont des objectifs complémentaires ». Elle préconise notamment de gérer l'ensemble des risques en situation d'urgence, afin d'assurer et d'accélérer la mise en œuvre durable du RSI (2005) et d'adopter une approche faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics pour garantir l'engagement de la communauté et la participation de l'ensemble de la société [9].

5. Conclusion

Ainsi, face à la Covid19, certains ont émis l'hypothèse que le dysfonctionnement global était en lien avec l'insuffisance du RSI qui était un instrument conservateur qui ne facilitait pas les actions rapides, bien au contraire.

Cependant un groupe d'experts¹⁸ de divers pays et diverses obédiences ayant analysé les événements depuis la première alerte, interviewant divers intervenants et autres représentants d'organismes et institutions impliquées et autres méthodes d'investigation, ont conclu que le RSI aurait au contraire pu jouer son rôle (permettre la prévention, la détection et le maîtrise des risques et menaces pour la santé, le renforcement des capacités nationales dans le domaine, et contribuer à la coordination d'un système mondial d'alerte et de réponse) si les Etats-membres avaient appliqué réellement le système auquel ils avaient pourtant souscrit. Force est de constater que de nombreux pays n'appliquaient que partiellement le RSI (notamment en matière de préparation), n'étaient pas suffisamment au courant de ce règlement (responsables politiques) ou l'ont ignoré délibérément, et que l'OMS également n'utilisait pas pleinement les pouvoirs qui lui sont conférés par le texte et l'esprit du RSI [8]. Pour améliorer la conformité à ce règlement international, la mise en œuvre du RSI doit devenir une priorité au plus haut niveau des gouvernements et placée dans le contexte de la construction d'un système de santé résilient avec une approche pangouvernementale. Une meilleure implication des pays (sincère et éthique) est sans doute nécessaire pour faire face aux prochaines crises internationales de santé.

¹⁸ Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) lors de la réponse au COVID-19 (résolution WHA73.1 – 2020)

Références :

1. P. Bonfils ; article « MORALE, ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE DANS LA COMMUNICATION » ; Victoires éditions | « LEGICOM » ; 1996/1 N° 11 | pages 4 à 12 ; ISSN 1244-9288
2. Rapport « Evaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires, Inspection générale des finances ; Inspection générale des affaires sociales ; Inspection générale de l'environnement » ; (France- vie publique -2004) ;
3. Yves Boisvert « Santé Publique » 2008/4 Vol. 20 | pages 313 à 325 ISSN 0995-3914 DOI 10.3917/spub.084.0313
4. Th. ANNABI-ATTIA ; Rapport « Tunisian Food Safety Questionnaire 2010 » (OMS)
5. Document OMS « Santé 2020, cadre politique et stratégique » ; OMS région Europe 2013 ; ISBn 978 92 890 0040 6.
6. Th. ANNABI ATTIA ; article « Pourquoi une loi alimentaire pour la Tunisie » ; Revue Tunisienne de Santé Publique N°2 avril 2014
7. https://www.wto.org/french/tratop_f/sps_f/spsund_f.htm
8. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>
9. Document « Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19 » Position de l'OMS. Publié en février 2021 ; WHO/UHL/PHC-SP/2021.01