

Comité National d’Ethique Médicale

XXV^{ème} Conférence Annuelle

**Maladies émergentes,
sécurité sanitaire & éthique**

Tunis, le 11 décembre 2021

Sigle : Poète tragique, thuburbo Majus.
III^{ème} siècle. Musée du Bardo.

Comité National d’Ethique Médicale

Institut Pasteur de Tunis

B.P. 74 – 1002 Tunis Belvédère

Téléphone : 71 842 609

E-mail : secretariat2021cnem@gmail.com

**Cette conférence annuelle est dédiée à la mémoire de
deux éminentes personnalités qui ont beaucoup donné
au CNEM et qui nous ont quitté récemment :**

**Pr. Saâdeddine Zmerli, président du CNEM
de 2011 à 2014,**

**Pr. Abdelwaheb Bouhdiba, membre du CNEM
et membre de la section technique
de 1995 à 2008.**

REMERCIEMENTS

Le **Comité National d’Ethique Médicale** remercie vivement :

Pr. Ali Mrabet, Ministre de la santé

Pr. Abderrazak Bouzouita, Directeur Général de la Santé

Pr. Mohamed Jouini, Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis

Le conférenciers : Pr. Abdelkrim Allagui, Pr. Mohamed Aziz Dargouth, Dr. Thouraya Annabi-Attia, Pr. Wafa Harrar-Masmoudi, Pr. Jacqueline Lagrée, Pr. Amel Aouij-M’rad

Les modérateurs de séances : les professeurs Habiba Ben Romdhane, Hend Bouacha, Ridha Boukraa, Mohamed Mahjoub, Taoufik Nacef

Toutes celles et tous ceux qui se sont impliqués activement dans l’organisation de cette XXV^{ème} Conférence annuelle

SOMMAIRE

Introduction	6
Skander M'RAD	
Argumentaire et Objectifs	9
Les épidémies au fil de l'histoire	13
Abdelkarim ALLAGUI	
De la santé publique à la santé globale "One Health"	29
Mohamed Aziz DARGHOUTH	
Sécurité sanitaire et enjeux éthique: <i>état des lieux en Tunisie et expériences comparées</i>	41
Thouraya ANNABI ATTIA	
Commentaires	55
Ridha BOUKRAA	
L'éthique à l'épreuve des crises sanitaires : <i>rôles des comités d'éthiques</i>	59
Jacqueline LAGREE	
Redevabilité des parties prenantes dans l'anticipation et la gestion des crises sanitaires : <i>Aspects éthiques</i>	69
Amel AOUIJ MRAD	
Synthèse	85
Wafa HARRAR MASMOUDI	

Introduction

Skander M'RAD

Pr. émérite - Faculté de Médecine de Tunis

Président du CNEM

Maladies émergentes, sécurité sanitaire et éthique, tel est le thème que nous avons retenu pour cette XXV^{ème} conférence annuelle.

Ce choix est dicté non seulement par l'actualité mais aussi et surtout par la multiplicité et l'exemplarité des questionnements éthiques soulevés.

Nous avons essayé de prendre du recul et replacer l'actuelle pandémie dans le cadre général de la sécurité sanitaire et des maladies émergentes dont la COVID malgré ses singularités représente une parfaite illustration.

Il est peut-être quelque peu prématuré de tirer des conclusions définitives, mais certaines constations, suffisamment documentées peuvent d'ores et déjà être faites et extrapolées pour la plupart des maladies émergentes.

La première constatation est relative à l'essence même de ces maladies. Elles ne sont pas seulement des crises sanitaires, ni seulement des pandémies mais elles sont susceptibles de bouleverser complètement et durablement la société dans son ensemble.

Bien plus que des urgences sanitaires ce sont des **syndémies**¹ qui affectent profondément la société et aggravent considérablement les inégalités sociales.

Ainsi le SARS – Cov 2 « a trouvé dans les **inégalités** de nos sociétés et les **lacunes de nos systèmes de santé**, un milieu propice à sa propagation »².

Elles sont à l'origine de redoutables problèmes fort complexes et entremêlés : épidémiologiques, biomédicaux, sociétaux, économiques, politiques et aussi de **défis éthiques** majeurs.

¹R Horton, Lancet 2020, 396 :874

²AG Tedros Directeur général de l'OMS

Or, et c'est **la seconde constatation**, la dimension éthique, parfois occultée, voire malmenée par certaines mesures, devrait être au cœur des réponses à apporter si l'on veut éviter que cette crise n'entame de façon irrémédiable les principes du vivre-ensemble et l'essence même de la démocratie, surtout en une période transitoire telle que nous la vivons en Tunisie.

Chaque décision doit être guidée par les grands principes éthiques : respect de la dignité, autonomie, équité, transparence, solidarité,

« Aucun d'entre nous n'est en sécurité tant que nous ne le sommes pas tous »³

Quand on voit les disparités dans la répartition des vaccins entre les pays les plus nantis et le reste du monde, on mesure le chemin qui reste à parcourir⁴.

La **troisième constatation** concerne la difficulté et la complexité des prises de décisions nécessitant une démarche rationnelle et multisectorielle.

Face à des situations d'une ampleur tout à fait inédite comme la pandémie COVID, il faut prendre des décisions en urgence, les expliquer, convaincre la population de leur pertinence alors même que notre expertise est singulièrement limitée quoiqu'en pensent les très médiatiques et innombrables « experts en tout » qui ont poussé comme des champignons ces derniers temps.

Malgré les progrès spectaculaires réalisés en un temps record, des **incertitudes** majeures persistent face auxquelles « humilité, curiosité, et partage »⁵ sont un excellent antidote.

Les déterminants essentiels de la décision en pareilles situations sont à la fois politiques, scientifiques et éthiques. Politique car « la légitimité démocratique implique que les décisions douloureuses doivent être prises par ceux qui ont été mandatés pour le faire ». Mais si les arbitrages sont nécessairement politiques, ils **“doivent être fondés scientifiquement, inspirés et guidés par l'éthique”**⁶.

³António Guterres, Secrétaire général des Nations unies

⁴On estime que seuls 15% des vaccins promis aux pays à ressources limitées avaient été effectivement livrés fin octobre 2021.

⁵MC Audétat, M Nendaz. Pédagogie Médicale 2020 21 : 1

⁶Déclaration du CIB, COMEST - UNESCO - Avril 2020

Au-delà de ces difficultés, ces crises pourraient être des moments privilégiés de prise de conscience grâce notamment à une meilleure visibilité des enjeux éthiques jusque-là réservés un nombre réduit d'initiés.

La pandémie COVID a montré à quel point la santé est **un bien commun** qui doit être préservé des lois du marché ou d'une quête de rentabilité à courte vue. Elle a aussi montré à quel point santé humaine, santé animale et environnement sont intimement liés.

Les contributions de nos imminents conférenciers ne manqueront pas d'apporter plus d'éclairage à ces enjeux.

Maladies émergentes, crise sanitaire et éthique : Argumentaire

Les crises sanitaires de ces dernières années : Ebola, fièvre de Lassa, Zika, MERS-CoV⁷, SRAS⁸ et évidemment la pandémie actuelle de la COVID-19 ont donné une résonance toute particulière aux concepts de **maladies émergentes**⁹ et de **maladies réémergentes**¹⁰ notamment celles d'origine zoonotique. Ces maladies sont principalement de nature infectieuse mais des agents non transmissibles (toxiques, métaboliques, etc.) peuvent être en cause.

Le concept n'est pas nouveau, Charles Nicolle l'avait présagé dès 1930 dans « Naissance, vie et mort des maladies infectieuses » même si le terme lui-même n'y figurait pas.

Les perspectives sont d'autant plus préoccupantes que pour certains experts de l'OMS « *la question désormais n'est pas de se demander s'il y va y avoir un prochain pathogène mais quand* ».

La pandémie COVID a parfaitement illustré à quel point la société dans son ensemble peut être complètement et durablement bouleversée. Bien plus qu'une urgence sanitaire, c'est une véritable crise systémique dont il s'agit affectant la société de manière inédite et aggravant considérablement les inégalités sociales.

En effet, outre les défis épidémiologiques et biomédicaux, ces maladies ont été à l'origine de redoutables problèmes fort complexes d'ordre sociétal, économique, politique, géopolitique mais aussi de **dilemmes éthiques** majeurs. Or, sans perdre de

⁷Syndrome respiratoire du Moyen-Orient.

⁸Syndrome respiratoire aigu sévère.

⁹« Maladies dont l'incidence réelle augmente de manière significative par rapport à la situation épidémiologique habituelle de cette maladie » dans une population, une région et une période données⁹. Cette définition s'applique aux maladies humaines, mais aussi animales ou végétales.

¹⁰Plusieurs situations peuvent être en cause : maladies dues à un variant d'un pathogène connu (virus grippal) ou touchant une région antérieurement indemne (comme le paludisme) ou encore maladies quasi-disparues qui reviennent (comme la fièvre de la vallée du Rift, les leishmanioses) ou enfin maladies devenues résistantes aux traitements (certaines formes de paludisme).

vue les dimensions socio-économiques ou scientifiques, la dimension éthique, parfois occultée, voire malmenée par certaines mesures, devrait être au cœur des réponses à apporter si l'on veut éviter que la crise sanitaire n'entame de façon irrémédiable les principes du vivre-ensemble et l'essence même de la démocratie,

Surtout en une phase transitoire telle que nous la vivons en Tunisie.

Par-delà les clarifications des concepts, c'est à cette dimension éthique soulevée par ces maladies que nous essayerons de répondre à travers les cinq interventions programmées lors de cette conférence annuelle.

1- Les épidémies au fil de l'Histoire

La lecture de l'histoire permet souvent d'apporter des éclairages pertinents sur le présent. D'hier à aujourd'hui, les agents infectieux sont à l'origine de l'avènement d'épidémies frappant quasi-simultanément tous les continents et résultant en des basculements qui sapent les propres bases des sociétés.

Objectif

Retracer les faits marquants des épidémies dans nos contrées en mettant l'accent sur les enjeux éthiques soulevés et les leçons que nous pourrions en tirer pour mieux comprendre le présent et anticiper sur l'avenir.

2- De la Santé publique à la Santé globale : “One Health” concept

« One health » synthétise en deux mots un changement majeur de paradigme en santé publique. En proposant d'intégrer la santé humaine à son environnement animal et écologique, il s'inscrit parfaitement dans l'agenda mondial des priorités énoncées au travers les Objectifs du Développement Durable (ODD) des Nations Unis.

D'autres concepts plus récents comme « Ecohealth » et « Planetary health » s'en rapprochent et se veulent plus inclusifs et plus intégrateurs soulignant la nécessité d'un décloisonnement encore plus audacieux des disciplines dans une approche moins

anthropocentrique et plus ouverte sur l'environnement et le monde animal.

Objectifs

- Clarifier les concepts relatifs à la santé globale : One Health, EcoHealth, Planetary Health.
- Expliquer l'implication de ces concepts sur les systèmes de santé, leur financement et sur leur régulation.

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

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.
- Dresser l'état des lieux en Tunisie en référence aux standards internationaux.
- Développer les enseignements à tirer de la pandémie COVID-19 notamment dans l'adaptation des outils d'anticipation et de gestion.

4- L'Éthique à l'épreuve des crises sanitaires : rôle des comités d'éthique

Les crises sanitaires extrêmes sont des occasions privilégiées dans lesquelles les valeurs éthiques fondamentales comme le respect de la dignité humaine, la solidarité (aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale), l'égalité, l'équité sont fortement engagées et sont mises à l'épreuve d'une réalité complexe.

Objectifs

- Repérer les enjeux éthiques soulevés par la gestion des crises sanitaires
- Mettre en exergue l'importance d'intégrer les valeurs éthiques fondamentales aux processus de prise de décision
- Repenser l'éthique face aux crises sanitaires et évaluer l'impact de ces crises sur la réflexion éthique

5- Redevabilité des parties prenantes dans l'anticipation et la gestion des crises sanitaires : aspects éthiques

La nécessité d'une régulation à l'échelle locale, nationale mais aussi et plus encore internationale s'est clairement imposée.

Face à la fragmentation des régimes juridiques appréhendant la santé publique, tantôt en tant que droit à protéger, tantôt en tant qu'exception, l'idée d'un Traité international de réponse aux pandémies (à l'instar de la Convention internationale pour la protection de la couche d'ozone ou du Traité International sur les changements climatiques) fait son chemin¹¹. Il est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine assemblée de l'OMS qui se tiendra fin novembre prochain.

Un consensus le plus large possible basé sur des valeurs éthiques partagées est indispensable. Il doit se fonder sur une éthique de la responsabilité, voire sur ce que les juristes qualifient d'« obligation de résultat », tant il y va de vies humaines.

Objectifs

- Cerner les obligations et les responsabilités des différents intervenants, et en premier lieu les pouvoirs publics, dans la gestion des crises sanitaires.
- Entamer une réflexion sur les contraintes et obligations inhérentes à l'exercice d'une responsabilité, notamment pour ce qui concerne les décideurs publics
- Préciser les mécanismes de reddition des comptes qui doivent les accompagner.

¹¹<https://www.who.int/news/item/30-03>

Les épidémies au fil de l'histoire

Abdelkarim ALLAGUI

Professeur universitaire à la faculté des sciences humaines et sociales de Tunis. Historien (spécialité histoire contemporaine), membre du laboratoire du Patrimoine, auteur d'articles sur la Tunisie et ses réformes au XIXs, le mouvement national et sur les minorités. Auteur de l'ouvrage Juifset Musulmans en Tunisie, des origines à nos jours, edTallendier. Paris 2017.

Brève histoire des épidémies en Tunisie



Malades à Aziza Othmana s. d.

La Tunisie fait face à la pandémie du Covid-19 dont l'ampleur n'a d'égal que celle de 1348¹². Ibn Khaldoun (mort en 1406) a décrit en son temps les ravages, les pertes humaines et les bouleversements sociaux et économiques de la grande peste d'il y a six siècles, en ces termes : « La civilisation a régressé en proportion des pertes en vie humaines. Des

¹² Mohamed Hassen, المدينة و البادية بإفريقية في العهد الحفصي (Ville et campagne dans l'Ifrqiya hafside), Faculté des sciences humaines et sociales de Tunis, 1999, pp. 605-610.

pays entiers ont été détruits, des métiers ont disparu, les maisons étaient vides, les tribus et les États fortement ébranlés... »¹³.

Un fléau endémique

En cette fin du Moyen-Âge, l'espace qu'on appelle aujourd'hui la Tunisie a connu une véritable catastrophe démographique : la moitié, voire les deux tiers des habitants ont été emportés par la maladie. Des cités entières ont disparu. L'agriculture et l'artisanat ont été dévastés et les rescapés se précipitaient sur les routes fuyant un mal insaisissable. L'historien Maqrizi (mort en 1442) décrit le drame dans les mêmes termes que son illustre contemporain : « la mort planait sur l'Ifrîqya, ses montagnes, ses déserts et ses villes. La puanteur des cadavres saturait l'air du pays... Le bétail des bédouins a été décimé... »¹⁴. La peste venait d'Asie en empruntant les routes maritimes jusqu'à Constantinople. De là, elle a pu gagner les ports du pourtour méditerranéen dont ceux de l'Ifrîqya. Sur les côtes tunisiennes peuplées, l'activité commerciale, qui était dynamique, a été gravement affectée par l'épidémie. Les plaines de l'Intérieur ainsi que les steppes et les oasis pré-désertiques ont également été infectées. La maladie, voyageant à travers les chemins des caravanes, finira par atteindre tout le pays. La position géographique du pays, par ailleurs avantageuse, le rendait particulièrement vulnérable. En effet, depuis cette date, les invasions épidémiques vont devenir cycliques¹⁵. La courbe démographique va évoluer par à-coups avec des chutes intempestives entraînant des crises économiques et sociales aiguës. Les fléaux épidémiques – directement responsables de ces tragédies récurrentes – vont se multiplier et se diversifier durant les époques modernes dans la Régence.

Les sources disponibles permettent de récapituler les principaux moments épidémiques et de suivre l'extension territoriale de l'infection et de mesurer la gravité des retombées économiques et sociales. Elles nous éclairent aussi sur les réactions des autorités politiques – husseinites puis coloniales –, des élites et de la population. Nous

¹³ Abderrahman Ibn Khaldoun, *Al-Muqaddima (Prolégomènes, المقدمة)* Dal al-kitab al-lubnani, 2ème éd., 1961, p. 53, version française : *Discours sur l'histoire universelle, Al-Muqaddima*, Paris, Sindbad, p. 48.

¹⁴ A. Al Maqrizi, *As-Sûlûk, السلوك لمعرفة دول الملوك* Vol. II, cité par Mohamed Hassen, op. cit. p. 610.

¹⁵ Hussein Boujarra, *الطاعون وبدع الطاعون: الحراك الاجتماعي في بلاد المغرب بين الفقيه والطبيب والأمير* (La peste, dynamiques sociales au Maghreb, la faqih, le médecin et le prince) (1350-1800), Beyrouth, Centre de publication de l'Unité arabe, 2011.

disposons d'archives éparses, de chroniques, de témoignages des voyageurs et de rapports médicaux en général brefs, insuffisamment circonstanciés et non étayés par des chiffres, mais suffisamment nombreux pour nous permettre de reconstituer les principaux jalons des épidémies et des maladies infectieuses, leur origine, les modalités et les rythmes de leur diffusion ainsi que les bouleversements qu'elles occasionnent à chaque fois : les famines, l'extension de la misère... Les travaux universitaires relatifs à cette question sont relativement nombreux et fournissent des repères précieux. Les XVe et XVIe siècles connaissent des crises épidémiques récurrentes : moins dévastatrices que la pandémie de 1348, elles reviennent tous les 10 ou 20 ans. Les XVIIe et XVIIIe siècles sont considérés comme un temps de faible intensité épidémique. Durant le XVII^e siècle¹⁶, le pays va être infesté à cinq reprises par la peste : celle de 1604 qui ressurgira avec plus d'acuité en 1620-1621 ; puis la peste de 1643-1650, sous le règne du Dey Ahmed Khouja¹⁷, qui va également affleurer de nouveau en 1675-76 faisant 60 000 victimes, enfin les années 1689-1690¹⁸. Epidémie « égalitaire », elle n'épargnera ni les humbles ni les puissants comme le rapporte l'historien al Wazir al-Sarraj (mort en 1735) qui déplore la perte de nombreux savants et *fuqaha*.

Au XVIIIe siècle, on assiste à une accalmie. Le siècle de la « paix démographique »¹⁹ avait pourtant mal commencé : la peste de 1704-1705 va durer six mois. Venant de Tripoli, elle va s'étendre sur tout le Sahel²⁰, faisant 40.000 morts²¹. Il faudra attendre 1784-85 pour le retour du fléau qui sévira pendant 17 mois. Venant d'Alexandrie et transmis par les pèlerins et les commerçants, il gagne tous les ports méditerranéens dont celui de Tunis²². Le sixième, voire le tiers de la population aurait succombé à la maladie selon les chroniques historiques. Les pertes

¹⁶Paul Sebag, « La Peste dans la Régence de Tunis aux XVII^e et XVIII^e siècles », in *Ibla*, 109, 1965, pp. 35-38.

¹⁷Mohamed Ibn Abi Dinar, *Al-Mu'nis fi Akhbâr l-friqyawa Tûnis*, al-Maktaba al 'atîqa, 2ème ed, 1967, pp. 196-199.

¹⁸Ahmed Abdesslem, *Les historiens tunisiens des xvii^e xviii^e et xix^e siècles. Essai d'histoire culturelle*, Tunis, Publication de l'Université de Tunis, 1973, p. 312.

¹⁹Abdelhamid Henia, « Le rôle des étrangers dans la dynamique sociopolitique de la Tunisie (xvii^e - xviii^e siècle). Un problème d'historiographie », *Cahiers de la Méditerranée*, 84, 2012, p. 214.

²⁰Lucette Valensi, « Calamités démographiques en Tunisie et en Méditerranée orientale aux XVIII^e et XIX^e siècles », *Annales E.S.C.*, 1969, pp. 1540-1561.

²¹Jean-André Peyssonnel, *Voyages dans les Régences de Tunis et d'Alger*, Paris 1838, Publication Dureau de la Malle, Vo. II, p. 227.

²²L. Valensi, op. cit. p. 1543.

démographiques vont avoir de graves répercussions sur l'agriculture et l'artisanat.

Il faut cependant nuancer le tableau : malgré la peste et ses victimes, les XVII^e et XVIII^e siècles ont été une période de prospérité démographique et de prospérité économique relatives. L'espace urbain de Tunis va ainsi évoluer sensiblement. Entre la Casbah et la Mosquée Zaytouna, l'activité commerciale et citadine intense s'est maintenue comme en témoigne l'œuvre urbaine de Mohamed Bey (r. 1675-1696). Le dynamisme urbain et architectural est encore visible au début du XIX^e siècle. L'aménagement des routes et des ponts, le creusement des puits, des réservoirs d'eau et les fontaines publiques ainsi que l'aménagement des lotissements pour les constructions..., tous ces travaux vont continuer sous le règne de Hammouda Bacha (1785-1814), bien au-delà de la capitale. Ahmed Saadaoui a finement analysé ces réalisations²³. La Régence sera, tout au long des règnes mouradite (1593-1705) et husseinite (1705-1957), une terre d'accueil pour les nouveaux venus turcs, andalous, morisques, européens, juifs livournais etc. Ce dynamisme démographique témoigne d'une relative prospérité économique. Le chroniqueur Hammouda Ben Abdelaziz parle dans *Kitabal-Bachi* de « stabilité et d'aisance ».

²³ Ahmed Saadaoui, *Tunis ville ottomane, trois siècles d'urbanisme et d'architecture*, Tunis, Centre de publications universitaires, 2001.



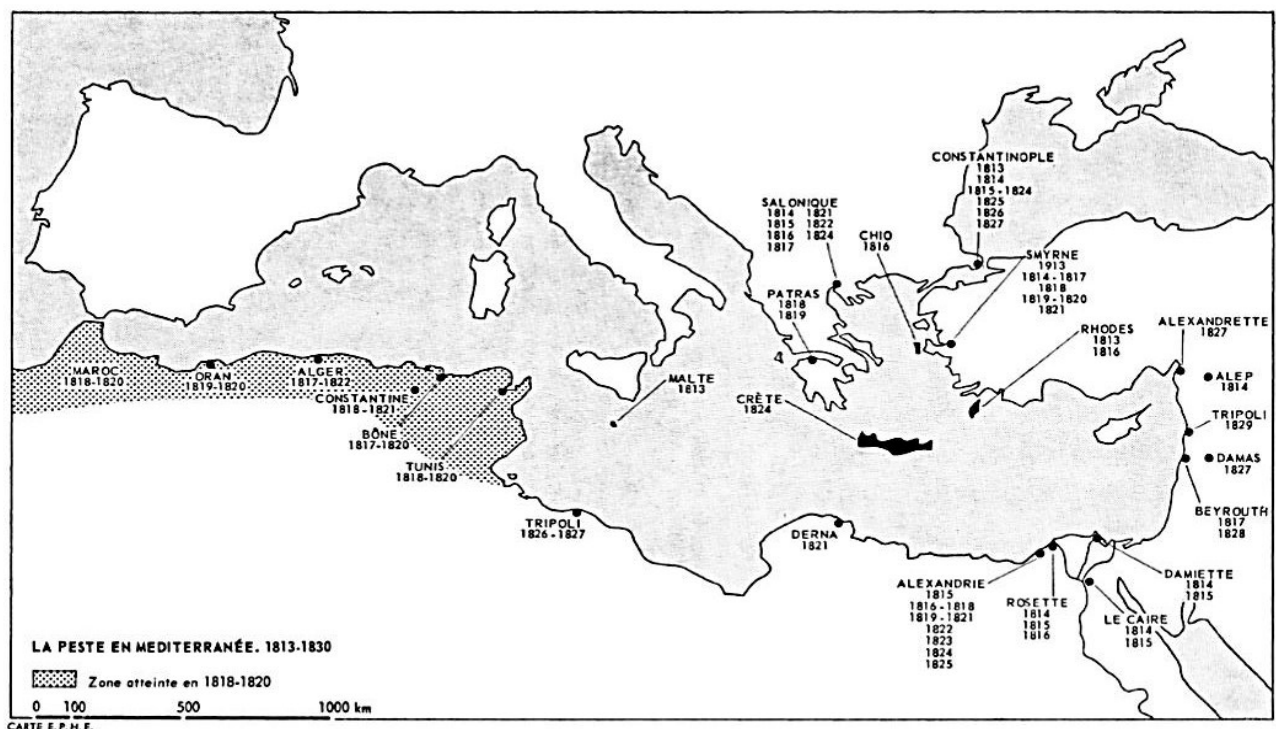
Hammouda Bacha

Le XIXe siècle, des épidémies en série

Changement de contexte au XIXe siècle. Le « siècle de fer » sera le temps des crises, du marasme et des épidémies²⁴. La peste de 1818-1820 sera le prélude à une série d'épidémies. Apparue, à l'origine, en Egypte en 1813, elle se diffuse en Méditerranée, à Malte, d'abord, en 1814 puis elle réapparaît en Egypte en 1816 où elle s'installera pendant 4 ans. L'historien Ibn AbiDhiâf (mort en 1874) décrit ainsi la peste tunisoise : « au mois de Chawal de l'an 1233 (août 1818) sévit dans la capitale une épidémie de peste... Le premier qui décela le mal fut un médecin chrétien renégat qui répondait au nom de Rejeb. Le médecin qui annonça la nouvelle au Bey, ce qui lui a valu d'être fustigé et jeté en prison comme un criminel... Le mal emporta d'éminents savants ; le nombre des victimes dans la capitale se comptait par milliers en

²⁴ *Mohamed-Hédi Cherif*, « L'histoire de l'Afrique du nord jusqu'à l'indépendance du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie, Le Maghreb dans l'histoire », *Introduction à l'Afrique du Nord contemporaine*, Paris, CNRS, 1971, pp. 17-48.

quelques jours »²⁵. La peste survient à la suite de cinq années de mauvaises récoltes successives, de dégradation de la situation économique et de famine, un contexte propice à la propagation de l'épidémie. Il en résultera une catastrophe démographique, notamment dans la capitale qui, avec 30.000 morts, a perdu le quart de sa population. Dans l'ensemble de la Régence, on a dénombré entre 50.000 et 60.000 morts. « La peste de 1818-1819 a été un élément important de la crise de l'époque car elle a frappé le pays dans ses forces vives (population et production agricole) ; elle l'a affaibli au moment précis où il subissait les premiers assauts des forces montantes européennes »²⁶. La Régence sera, après 1820, épargnée par la peste pendant une longue période. Mais d'autres fléaux vont s'abattre sur le pays, notamment le choléra qui va frapper à trois reprises : 1836, 1849-50 et 1856. L'intensification des échanges maritimes avec l'Europe y est pour beaucoup, en plus du circuit classique du retour de pèlerinage.



1815-1824 : Peste continue ; 1815-1816 : Peste récurrente.

Carte EPHE. Illustration de l'article de Lucette Valensi, « Calamités démographiques en Tunisie et en Méditerranée orientale aux XVIIIe et XIXe siècles », *Annales E.S.C.*, 1969.

²⁵ Ahmed Ibn AbiDhiâf, *Ithâfah-laz-zamân* بإتحاف أهل الزمان بأخبار ملوك تونس وعهد الأمان, Tunis, Maison Tunisienne d'Édition, 1963-1966, pp. 125-126. Passage traduit par Mohamed-Hédi Cherif, cité par Mustapha Kraïem, *La Tunisie précoloniale*, T. II, STD, 1973, pp. 372-373.

²⁶ Mohamed-Hédi Cherif, « Expansion européenne et difficultés tunisiennes de 1818 à 1830 », in *Annales E.S.C.*, 1970, p. 722.

La fréquence des assauts du « vent jaune » ou « haydha » ou encore « maladie du temps »²⁷, termes récurrents dans les archives, s'explique donc par un contexte marqué par l'ouverture sur le commerce international et la mobilité accrue des populations entre le Maghreb et le Machrek. Les foyers cholériques d'origine se situent au Bengale et au Delta du Gange²⁸, où le mal avait élu domicile depuis longtemps. Le choléra prend d'abord les routes maritimes. En 1831, la moitié des pèlerins²⁹ à la Mecque vont succomber à cause des grands rassemblements autour de la Kaaba. Des « rescapés », porteurs du virus vont le propager en Syrie, en Palestine, en Egypte et à Tunis³⁰. Le pays est tout aussi vulnérable du côté de la frontière algérienne. Les deux vagues mondiales de choléra, celle de 1840-50 et surtout celle de 1850-60, vont se faufiler dans la Régence par l'Ouest. L'épidémie atteint son apogée en 1856 et fera 6000 victimes à Tunis.

Quelques années plus tard, soit au lendemain de la grande révolte de 1864 et de l'effroyable répression qui s'est abattue sur les troupes et tribus alliées à Ali Ben Ghedhahem, l'épidémie reprend de plus belle dans un contexte marqué par la misère et les persécutions : « Au mois de juin 1867, une épidémie connue sous le nom de choléra, est apparue dans la Régence. Elle s'est propagée au départ chez les juifs pour s'étendre aux populations musulmanes... La peur s'est emparée des habitants de cette Régence que Dieu a déjà accablée de la faim » notera Ibn AbiDhiâf³¹. Sur cette épidémie, outre les relations des chroniqueurs, nous disposons d'archives prolixes constituées par les correspondances des caïds au Grand Vizir, relatives aux ravages du choléra dans leurs circonscriptions (1855-1867). Les estimations des voyageurs étrangers sont aussi relativement précises et corroborent le rapport du général Hussein³², chef de la Dhabtia, police créée en 1860, sur la situation sanitaire dans la capitale (rapport daté du 18 avril 1867). Résumant l'état

²⁷ Ahmed Ben Miled, الطبّ العربي التونسي في عشرة قرون (La médecine en Tunisie en 10 siècles), Beyrouth, al-gharb al-islâmî, 1999, p. 164.

²⁸ Mohamed Lamine al-Bazaz, تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر, (Histoire des épidémies et des famines au Maroc), Rabat, Publications de la Faculté des Lettres et Sciences humaines, 1992, pp. 163-164.

²⁹ Frédéric Borel, *Choléra et peste dans le pèlerinage musulman 1860-1903*, Librairie de l'Académie de médecine, 1904, p. 123

³⁰ Mohamed Lamine al-Bazaz, op. cit. p. 169

³¹ I. A. Dhiâf, *Ithâf*, op. cit. Vol. VI p. 91.

³² Abdelhamid Larguèche, *Les ombres de la villes, pauvres, marginaux et minoritaires à Tunis, (XVIIIe-XIXe s)*, Tunis, Centre de publications universitaires, 1999, pp.95-96.

des campagnes de la Régence après l'hécatombe (autour de 25.000 morts) I. A. Dhiâf écrit : « pas âme qui vive dans les champs désertés »³³. Ces épidémies de choléra, de virulence et de durée inégale, étaient sélectives et sévissaient surtout parmi les catégories pauvres et marginales, musulmanes et juives. Les couches et quartiers aisés étaient à l'abri de ces fléaux.

Sous le Protectorat (1881-1956), les épidémies seront moins meurtrières que durant les siècles précédents, et plus variées : de 1886 au début du XXe siècle, on assiste à l'invasion de la variole qui réapparaîtra après la Grande Guerre. Elle s'attaquera aux enfants, et surtout ceux souffrant de malnutrition³⁴. Le premier médecin tunisien, Bechir Denguezli (mort en 1934) choisira la variole comme sujet de la thèse qu'il soutiendra à Bordeaux en 1897. En 1911, c'est le Choléra venant de Tripoli qui va ravager la Hara, le quartier juif avant de gagner tous les quartiers de la capitale. Dans une série de conférences, Dr. Hayat parle de cette épidémie en des termes poignants : « Je ne peux m'empêcher d'évoquer les cholériques tel que je les ai vus en 1911. En me rappelant, le spectacle navrant que j'avais sous les yeux, je sens un serrement au cœur. Une certaine angoisse m'étreint, au souvenir de l'horrible calvaire subi par ces malheureux. Au cours de ma longue carrière, j'ai observé des milliers et des milliers de malades, d'aspects différents, au cours de diverses épidémies, qui pendant plus de quarante ans se sont abattus sur la Tunisie, seul le choléra m'a fait une impression aussi douloureuse, affreuse, poignante, ineffaçable »³⁵. Le Typhus sera l'une des épidémies nouvelles qui va pulluler dans les prisons en 1889 avant de s'étendre au-delà. Il réapparaît en 1937 et en 1938. La peste refait parler d'elle comme contrecoup de la crise économique mondiale de 1929 suivie de près du paludisme qui fera 10.000 morts en 1932. Durant les années 1940 et 1950, les épidémies ne vont pas discontinuer, mais elles seront de moindre intensité.

On le voit, les épidémies ont été un phénomène récurrent l'histoire lointaine et récente de la Tunisie. Elles constituent un des paramètres

³³ I. A. Dhiâf, *Ithâf*, op. cit. Vol. III p. 129.

³⁴ Abderrahman Lounissi, 1881-1939 الحماية بتونس في عهد (La politique sanitaire en Tunisie sous le Protectorat), *Thèse de Doctorat, Tunis, Faculté des Sciences humaines et sociales*, 2002. Op. 344.

³⁵ I. E. Hayat, « Conférence sur le choléra », in *La Tunisie médicale* XXXVI, 3, 1948, pp. 130-199.

constants qui pèsent sur les structures démographique et sociale et marquent de leur empreinte les mentalités et les débats intellectuels et religieux. Il n'est pas inutile, à cet égard, de s'arrêter sur les différentes approches du fléau épidémiques dans le champ religieux.

Le débat religieux

Le patrimoine des hadiths recèle des textes qui ont fait l'objet d'exégèses contradictoires. Deux « écoles » se font face : celle qui prône les mesures préventives de distanciation par rapport aux personnes et aux foyers contaminés et celle qui refuse les mesures d'isolement. Selon Ali Oumlil, « dans une société sous l'emprise du sacré, la controverse oppose ceux qui considèrent que la contagion est un fait dont il faut prendre acte et ceux qui s'en remettent à la volonté de Dieu »³⁶. Les milieux zeitouniens ont été le théâtre de cette controverse récurrente.

Des savants comme Mohamed Mannaï et Bayram II (mort en 1831) se réfèrent à quantité de textes religieux pour étayer leurs théories respectives. Dans son épître *La perle des croyants et le guide des égarés*³⁷, le premier souligne la vanité de toute résistance aux épidémies allant jusqu'à dire que les mesures préventives, l'isolement et l'éloignement des lieux contaminés sont contraires à la charia. Et de critiquer les mesures de quarantaine, la désertion des cérémonies funéraires, la non-visite des malades, l'abandon des prières collectives... comme autant d'attitudes hérétiques. Et comme pour enfoncer le clou, il insiste sur la peur panique qui s'est emparé des notables. Cette attitude n'est pas propre au savant ; elle reflète l'état d'esprit d'une bonne partie de ses pairs et de la majorité de la population. La culture savante dominante partage avec la religiosité populaire le même esprit de résignation, la même croyance selon laquelle les épidémies sont l'œuvre du Malin que seule la soumission à Dieu peut exorciser. Les hadiths, diffusés, à l'appui de cette superstition, par l'islam soufi des zaouïas et autres marabouts, ne manquent pas. Le plus connu affirme que « la peste est une pique des djinns »

Bayram II a consacré toute une épître pour réfuter les préjugés théologiques des théologiens qu'un historien italien appelle **les**

³⁶. Ali Oumlil, *Al-khitâbat-tarîkhî, étude sur la méthode d'Ibn Khaldoun (Le discours historique, enquête sur la méthode d'Ibn Khaldoun)* الخطاب التاريخي، دراسة لمنهجية ابن علي أومليل، Institut arabe de développement, p. 88.

³⁷ Manuscrit N° 11856, Bibliothèque Nationale.

« **sabiroun** » (littéralement patients)³⁸. D'autres dits du Prophète sont convoqués dans cet ouvrage. Par exemple : « Si vous apprenez que le mal sévit sur une terre, éloignez-vous-en. Et s'il s'installe dans vos contrées restez-y ». C'est un exemple de hadith cité à l'appui de la stricte observance de la quarantaine et qui contredit la thèse des « sabiroun ». Bayram II représente un courant minoritaire qui entend soumettre les textes et les hadiths à une lecture rationaliste conciliant la pensée religieuse et l'esprit scientifique, dans la droite ligne de l'héritage du duo andalou Ibn Khatima et Ibn al-Khatib. L'un comme l'autre avaient, au temps de la pandémie de 1348, opté pour la résistance et les mesures de prévention. Ibn Khatima a procédé dans son ouvrage *Accès au sens recherché pour comprendre la maladie venue d'ailleurs*³⁹ à une manière de guide de la peste détaillant les prescriptions médicales et religieuses pour y faire face. De son côté, Ibn al-Khatib, dans son épître *Convaincre celui qui s'interroge sur la grande maladie*, se fait le chantre du savoir médical empirique et fait même preuve d'audace lorsqu'il écrit par exemple que « le contenu d'un « hadith doit être interprété d'une façon allégorique quand l'observation et l'inspection prouvent le contraire. En l'occurrence, c'est le cas »⁴⁰.

Santé et politique

La controverse se prolonge sous le protectorat français⁴¹, mais dans les milieux sanitaires cette fois-ci, où l'on voit s'opposer deux camps : d'un côté les tenants des mesures strictes de prévention et de confinement afin d'encercler les foyers d'infection cholériques, emmenés par le Dr Ernest Conseil ; de l'autre, se tient le Dr Withold Lemanski⁴². Dans une série d'articles publiés dans *Le colon français*, celui-ci critique la conception de la lutte anticholérique, les mesures sévères d'isolement, la chasse aux « suspects » et à leur entourage et proteste « vivement au nom des principes humanitaires contre l'implication de la police et de l'armée dans la lutte contre les épidémies ». Il reprend à son compte une

³⁸ Salvatore Speziale, « Les médecins européens, médiateurs scientifiques et culturels en Afrique méditerranéenne entre le XVIIIe et le XIXe siècles », in *Cahiers de la Méditerranée*, 96, 2018.

³⁹ Manuscrit N° 18371, Bibliothèque nationale.

⁴⁰ Cité par Manfred Ullmann, *La médecine islamique*, Paris, PUF, 1994, pp. 105-109.

⁴¹ I. E. Hayat, « Conférence sur le choléra », *La Tunisie médicale* XXXVI, 3, 1948, pp. 130-199.

⁴² Ibid. p. 150.

déclaration d'un notable de la colonie française : « Si un jour pendant cette épidémie, on nous traitait – nous Français de Tunisie – comme on traite actuellement les Juifs et les Arabes en les arrachant brutalement à leurs lits, en les confinant sous les tentes du Lazaret et en les confiant, pour être soignés, à des malfaiteurs recrutés dans les prisons, nous ferons, de chaque maison de Français, un nouveau Fort Chabrol et nous attendrons, les armes à la main, les assaillants sanitaires qui oseraient nous attaquer »⁴³. La stratégie autoritaire de dépistage, d'hospitalisation des malades au Lazaret de la Rabta, d'isolement des suspects et de surveillance à domicile, préconisée par le Dr. Ernest Conseil, Médecin-chef des services municipaux d'Hygiène publique de la Ville de Tunis, qui s'est illustré dans son combat contre les épidémies, n'a pas été approuvée par tous ses confrères, tant s'en faut. De plus, elle est mal vécue par la population de Tunis. En témoignent les cas de fuite, les protestations et les attroupements pour exprimer le refus de ces mesures. La presse française et indigène a répercuté ces plaintes et ces critiques.

Où se situent les autorités politiques par rapport à ces polémiques ?

Le pouvoir husseinite compte à son actif plusieurs initiatives de prévention des épidémies et de réduction progressive de la contagion. Les mesures sont plus ou moins importantes d'un règne à l'autre au cours des époques moderne et contemporaine. Sous Hammouda Bacha (mort en 1814), des mesures ont été prises pour contrôler et inspecter systématiquement les navires accostant à Tunis.

Par ailleurs, des campagnes ont été organisées pour combattre l'accumulation des déchets ou pour inhumer les morts dans des tombes de plus d'un mètre de profondeur. Le bey a également ordonné de brûler les vêtements des morts, de verrouiller leurs maisons, d'obliger les étrangers à se laver dans les cimetières et d'isoler les malades parmi eux dans les entrepôts de Qallaline⁴⁴. Ces mesures par trop contraignantes ont suscité l'ire des savants et les protestations de la population. Hammouda Bacha a dû desserrer l'étau. I. A. Dhiâf commente : « Les gens ne peuvent pas supporter deux catastrophes : l'une portant atteinte à leur personne et l'autre à leurs biens. Mieux vaut dans ce cas s'en remettre à Dieu ». La tentation de la résignation à la volonté de Dieu est résumée par un poète de l'époque : « Les gens

⁴³ Ibid. p. 150-150.

⁴⁴ I. A. Dhiâf, *Ithâf*, op. cit. Vol. IV pp. 130-131.

instruits et vertueux préfèrent s'en remettre à la miséricorde divine. Le créateur est omnipotent et nous ordonne de prier et d'attendre qu'il nous libère de l'épidémie »⁴⁵.

Si Hammouda Bacha a dû lâcher du lest pour calmer les esprits, le contrôle n'a jamais complètement disparu. Au XIXe siècle, des centres de confinement ont été mis en place. La caserne du Souk Louzar a été transformée en centre de soins et l'île de Zembra (aux larges de Tunis) en lieu de confinement sanitaire. En 1835, un Conseil de la santé a été mis en place pour observer les maladies infectieuses. Parmi les mesures spécifiques, on peut citer celles prises par Saïd al-Maqdichi, caïd de Sfax qui a consigné par écrit le détail des mesures de prévention et interdit l'accostage d'un navire en provenance d'Alexandrie suspecté de garder des traces d'infection⁴⁶. Obligé de se replier sur Tunis puis sur Malte, le vaisseau finira par être brûlé et ses voyageurs mis en quarantaine en 1781. Au cours de la seconde moitié du XIXe siècle, le premier ministre Khair-Eddine (mort en 1890) a pris une série de mesures pour protéger le port de la Goulette ainsi que les frontières terrestres et d'autres mesures pour isoler les villes infectées. Bien entendu, ces mesures sont parfois restées lettre morte. Elles ont été, parfois, appliquées partiellement, tant la résistance aux contraintes sanitaires était forte et alimentée par le « fatalisme savant » ou les croyances populaires qui préféraient les soins par les herbes au vaccin (qui finira par devenir obligatoire en 1922). Cette combinaison entre « science » et superstition était profondément ancrée dans la population en raison du fossé entre l'Etat et la société.

Le petit peuple n'avait guère apprécié la fuite du sultan à Tozeur en 1348, ni goûté l'isolement de Hammouda Bacha dans son palais à la fin du XVIIIe siècle, ni le déménagement d'Ahmed Bey de Carthage à Mhamdia, au Bardo puis à Porto-Farina lors de l'épidémie de choléra de 1849. Habib Chabbi a décrit par le menu cette impression de chaise vide de l'Etat⁴⁷. Les crises épidémiques sont aussi un moment de dévoilement de l'impuissance beylicale à réaménager le territoire et en particulier l'espace urbain pour faire face aux fléaux. Laissant les

⁴⁵ I. A. Dhiâf, *Ithâf*, op. cit. Vol. III pp. 14-15.

⁴⁶ Salvatore Speziale, « Les médecins européens, op cit, p.18.

⁴⁷ Lahbib Chabbi, « Épidémies et organisation spatiale dans le Tunis du XIXe siècle », in *Cahiers des arts et traditions populaires*, 7, 1980, pp.31-46. Le même auteur revient sur la question à travers la littérature dans son roman *La fêlure*, éd. Salammbô, 1985.

populations sans filets protecteurs, les autorités beylicales n'ont pas pour autant desserrer la pression fiscale. La démission de l'Etat souligne *a contrario* le rôle joué par les associations de bienfaisance (chrétiennes surtout) qui vont organiser l'entraide, prodiguer les secours aux populations et ouvrir en temps de crise des espaces de convivialité entre les musulmans, la minorité juive et les colonies chrétiennes.

Durant le XIXe siècle, de nouveaux acteurs entrent en scène, à savoir les médecins européens, qui étaient aussi les médecins du Bey et de la Cour comme ce fut le cas de J. A Peyssonnel, Carlo Antonio Standarti, Louis Franck, Abraham Lumbroso... Ce nouveau corps médical, composé principalement de Juifs livournais, à la croisée des traditions orientales et occidentales, a joué un rôle de passeur en assurant la transmission du savoir médical au sein des élites locales. Leur rôle dans l'élaboration des politiques de santé est incontestable. Porteurs d'un savoir, d'une politique et d'une culture nouvelle, ils seront de véritables médiateurs entre « les diverses institutions européennes et méditerranéennes, entre les pouvoirs publics partisans de la modernisation et les courants les plus rétifs aux innovations »⁴⁸.

Dans le Tunis colonial, la politique du Protectorat en matière de santé s'est focalisée autour de deux axes majeurs : le dispositif juridique et l'infrastructure sanitaire. Un ensemble de décrets beylicaux, d'arrêtés ministériels et de notes de la Résidence, portant sur la politique d'hygiène, ont été élaborés en rapport avec les épidémies successives. Le décret beylical du 20 février 1885 a ainsi institué un Conseil sanitaire. Suivirent la création d'un Conseil central d'Hygiène publique et de salubrité (décret du 5 janvier 1889) ; la création de la Direction de la Santé (décret du 26 mai 1890), du bureau d'Hygiène municipale de la ville de Tunis dirigé, 22 ans durant, par le Dr. Ernest Conseil. Et enfin, un décret relatif à la vaccination jennérienne est promulgué en 1922. L'infrastructure, jusque-là rudimentaire, va se développer grâce à la mise en place d'établissements sanitaires, de laboratoires et d'infirmiers-dispensaires. S'agissant des principaux établissements, outre l'Hôpital Sadiqi (actuellement Aziza Othmana) inauguré en 1880, des hôpitaux militaires ont été construits après l'installation du Protectorat à Tunis, à Sousse, Bizerte et Gabès. Ils ont été suivis de la construction de l'Hôpital civil français en 1898 (devenu Hôpital Charles

⁴⁸ Salvatore Speziale, « Les médecins européens... op. cit. p. 29.

Nicolle en 1944). Il y a aussi lieu de mentionner l'Hôpital italien qui a pris le nom de Garibaldi pour devenir l'Hôpital de la Libération (actuel Hôpital Habib Thameur) et l'Hôpital israélite de Tunis, place Halfaouine⁴⁹. Ces hôpitaux aux statuts diversifiés sont caractéristiques de la politique coloniale de ségrégation « ethnique » à travers la hiérarchisation des établissements sanitaires. Chaque communauté devait prendre en charge ses sujets⁵⁰. L'Institut Pasteur de Tunis a été créé au début du XXe siècle. Nommé à la tête de l'Institut et de la Société des sciences médicales de Tunisie, le Dr. Charles Nicolle va jouer, avec ses collègues européens et tunisiens, un rôle majeur dans la lutte contre les épidémies⁵¹. Le futur prix Nobel, récompensé pour ses travaux sur le typhus exanthématique, dirigera l'établissement pendant 33 ans sans discontinuer et réussira à lui donner un rayonnement international dans la recherche épidémiologique et dans la lutte contre les fléaux de la peste, du choléra, de la variole et de la tuberculose...

Après l'indépendance en 1956, le nouvel État va s'atteler à consolider l'infrastructure sanitaire et à doter le pays d'un personnel médical aux compétences reconnues. La création de la Faculté de médecine en 1966 et la politique sociale de la santé vont permettre à l'Institut Pasteur de devenir une pièce maîtresse dans la recherche épidémiologique, dans la préparation des vaccins, le contrôle et la réduction des affections endémiques. L'implication des blouses blanches dans la lutte contre le coronavirus et leur présence hautement pédagogique dans les médias témoignent de l'importance du rôle que celui-ci continue à jouer.

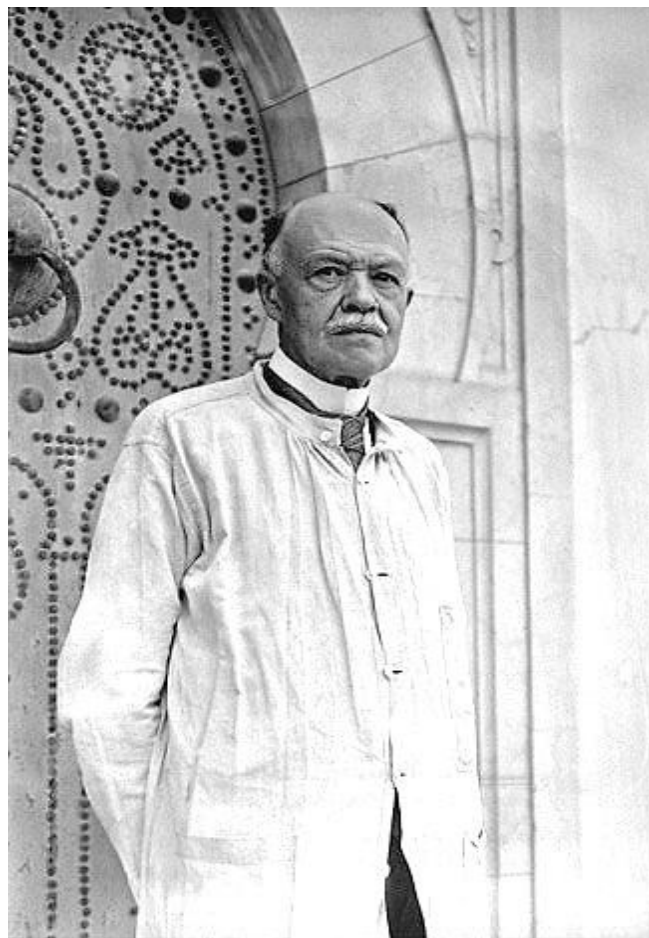
Au bout de ce regard historique et de ce voyage dans le Temps, nous nous sommes posé les problématiques sur de l'Histoire en temps de pandémie. A quoi sert-elle? Est-elle nécessaire ? Est-elle souhaitable ? Ya-t-il un besoin d'histoire qui pourrait contenir des éléments qui pourraient être utiles? Ces questions permettent de mettre en valeur des similitudes et constants avec l'actualité du Covid 19 comme celui de la controverse sur le confinement, sur le vaccin, sur les comportements ; la peur, la fuite, la vulnérabilité sur le poids du

⁴⁹ Cf. Mohamed Moncef Zitouni, *La médecine en Tunisie, 1881-1994*, Simfact 1994, pp. 78-89.

⁵⁰ Une livraison spéciale de la revue *Watha'iq*, N° 20-21, 1994-95, a été consacré à l'infrastructure et aux politiques sanitaires en Tunisie aux cours des XIXe et XXe siècles. On y trouvera outre les documents d'archives, une enquête bibliographique d'une grande utilité.

⁵¹ Maurice Huet, *Le pommier et l'olivier, Charles Nicolle, une biographie*, Paris, Éditions Sauramps médical, 1995.

religieux,... Mais, ces invariants ont des limites d'où l'émergence des singularités et des spécificités liées au contexte de la mondialisation processus historique de mise en relation intense des espaces, des lieux et des territoires à travers des flux matériels et immatériels dominants et une explosion des flux humains à l'échelle internationale à tel point que nous sommes en présence d'un village planétaire. Ce processus s'explique par les progrès considérables dans les transports et les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ainsi nous sommes en présence d'un nouveau rapport au Temps avec la rapidité des transports, les flux qui n'ont plus de limites, avec la mutation de la science capable d'identifier le virus, de trouver le génome, de le décortiquer et de trouver le vaccin en un temps record dans une mondialisation sélective et différenciée reposant sur une double logique d'intégration / exclusion à l'origine de profondes inégalités. La répartition des vaccins dans le monde actuellement symbolise parfaitement la persistance de ces inégalités et la marginalisation de nombreux pays.



De la santé publique à la santé globale, les approches systémiques One-health et Eco-health

Particularités conceptuelles et opérationnelles et exemples d'implications dans le secteur de la médecine vétérinaire

Mohamed Aziz DARGHOUTH

Docteur en Médecine Vétérinaire, Docteur d'Université, Professeur Hospitalo-universitaire en Parasitologie Vétérinaire. Domaines de recherche académique : tiques et maladies transmises par les tiques, épidémiologie et contrôle des parasitoses majeures en Tunisie. Publications scientifiques : plus de 80 articles dans des revues impactées et indexées. Fonctions assurées : Directeur d'un laboratoire de recherche (2002-12), directeur de l'Ecole Nationale de Médecine Vétérinaire de Sidi Thabet (2011-12), président de l'Institution de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur Agricoles (2012-17), directeur de l'Observatoire National des Sciences et de la Technologie (2020-21), membre du Comité National d'Evaluation des Activités de Recherche (Depuis 2020). Domaines transversaux d'activités: transfert technologique, développement stratégique dans les domaines de l'enseignement supérieur et des sciences et technologies (stratégie décennale de l'Institution de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur Agricoles, projet de stratégie d'état en science technologie et innovation, stratégie décennale de l'Ecole Nationale de Médecine Vétérinaire de Sidi Thabet, stratégie décennale de l'Association des Institutions de recherche Agricole du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord), accréditation et management de la qualité en enseignement supérieur. Activités dans des ONGs : membre du bureau de l'Association Nationale des Médecins Vétérinaires de Tunisie (Différentes fonctions de 1985 à 2006), membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins Vétérinaires de Tunisie (Différentes fonctions de 2006 à 2015), membre fondateur de l'Union Maghrébine Vétérinaire, membre du comité de direction du réseau « International Consortium on Ticks and Tick-borne Diseases » (2002-2010), Président de l'Association des Institutions de Recherche Agricole du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord (2014- 18).

Introduction

La santé de l'Homme est sujette à des interactions complexes et multiples qui la placent à l'interface de la santé animale et de la santé de sagroécosystèmes. Ces interactions sont elles-mêmes influencées, à divers degrés, par le contexte humain dans ses déclinaisons socio-culturelles, économiques et politiques (Figure 1).

Cette complexité motive l'adoption d'approches holistiques (sur le plan conceptuel) et systémiques (sur le plan opérationnel) pour manager plus efficacement les problématiques de santé dans le monde complexe, sophistiqué et interrelié d'aujourd'hui. Historiquement, les médecines orientales, (ex. égyptienne antique, chinoise, arabe,...) ont été à l'avant-garde des approches intégratives de santé relativement à la médecine occidentale (Zinsstag et al., 2011). En effet, ce n'est que bien plus tard, soit au 19^{ème} et au 20^{ème} siècles, respectivement avec Virchow et Schwabe, que les approches systémiques de santé ont commencé à se développer en occident (In Zinsstag et al., 2011). Le concept « One Medicine » a été développé par Schwabe dans les années 80, il a été suivi vers les années 2000 par l'émergence des concepts « One Health » et « EcoHealth », et une décennie plus tard par celle du concept « Planetary Health ». Nous nous focaliserons dans notre intervention sur les deux concepts « One Health » et « EcoHealth » en analysant leurs particularités conceptuelles et opérationnelles, tout en développant, par des exemples, les implications qui en découlent dans le secteur de la médecine vétérinaire et de la santé animale.

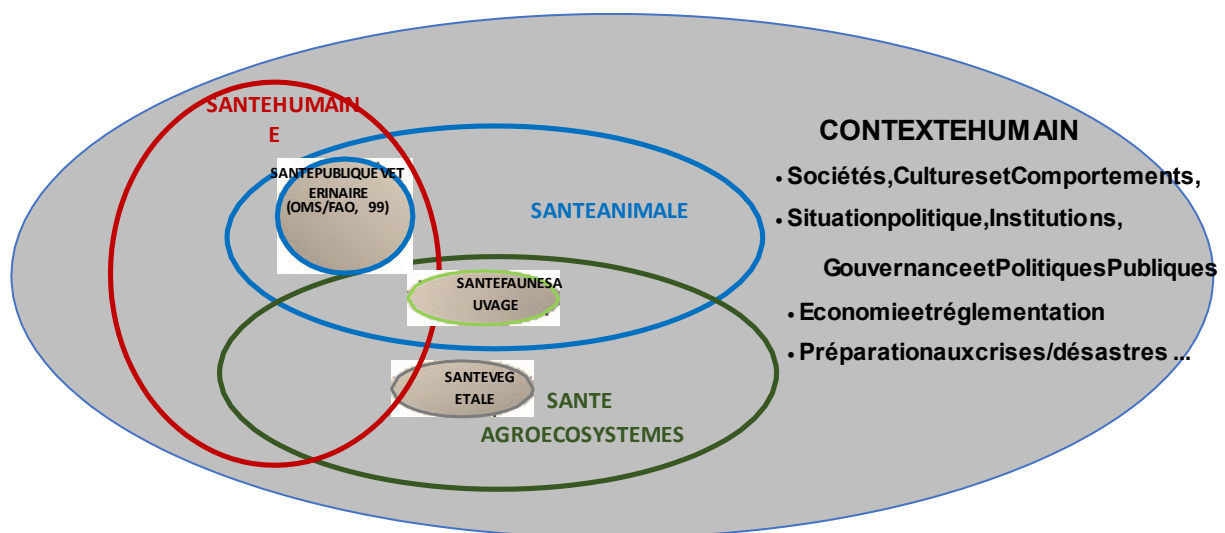


Figure 1 : Interactions globales entre santé, humaine, animale et de l'environnement, (D'après Hunger, 2014).

1. Définitions des concepts « One Health » et « EcoHealth »

Le concept « One Health » n'admet pas de définition consensuelle de référence, plusieurs définitions sont ainsi proposées. Nous en retiendrons deux qui sont largement partagées, celle de la Commission « One Health » et celle de l'OMS :

i : « One Health » est l'effort de **collaboration** de **plusieurs professions** des sciences de la santé, ainsi que de leurs disciplines et institutions **connexes**, travaillant **localement, nationalement et mondialement**, pour atteindre une **santé optimale** pour les **personnes**, les **animaux domestiques**, la **faune**, les **plantes** et notre **environnement**. (D'après la Commission « One Health », in Lerner & Berg, 2017). Cette définition a été étendue en Novembre 2021 comme suit :

« One Health » est une approche **intégrée et fédératrice** qui vise à équilibrer et à optimiser **durablement** la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Cette approche reconnaît que les santés des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes) sont étroitement liées et interdépendantes. (D'après: [//www.onehealth commission.org/en /why_one_health/what_is_one_health/](https://www.onehealthcommission.org/en/why_one_health/what_is_one_health/)).

ii : Une seule santé » est une approche de **conception** et de **mise en œuvre** de programmes, de politiques, de législation et de recherche dans laquelle de **multiples secteurs** communiquent et travaillent ensemble pour obtenir de meilleurs résultats en matière de **santé publique**. L'approche « Une seule santé » est essentielle pour faire face aux **menaces** pour la **santé** à l'**interface** entre l'**animal**, l'**homme** et l'**environnement**. (D'après: www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/one-health).

La première définition est, dans ses deux variantes, plus conceptuelle, elle est aussi plus large et plus holistique car recherchant à atteindre une santé optimale aussi bien pour l'Homme, que pour l'animal, le végétal et l'environnement. La version de 2021 reconnaît l'interdépendance des santés des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes, et de l'environnement.

La deuxième définition est plus opérationnelle car nettement orientée vers le déploiement de l'approche « One Health ». De plus, elle est beaucoup plus anthropocentrique, donc plus restreinte, puisqu'elle cible principalement les questions de santé publique situées à l'interface entre l'Homme, l'Animal et l'Environnement.

Le concept « EcoHealth » fait aussi l'objet de plusieurs définitions, nous en avons retenu deux:

i: L'EcoHealth s'engage à promouvoir la **santé des humains**, des **animaux** et des **écosystèmes** et à mener des **recherches** qui reconnaissent les **liens inextricables** entre la **santé de toutes les espèces** et leur **environnement** en reconnaissant que la **santé et le bien-être ne peuvent être** maintenus sur une planète **épuisée, polluée et socialement instable**. (D'après « EcoHealth Alliance », in Lerner & Berg, 2017)

ii: L'EcoHealth est une approche systémique de **recherche**, d'**éducation** et de **pratiques** qui vise à la **promotion durable** de la **santé des personnes**, des **animaux** et des **écosystèmes** dans le contexte des **interactions socio-culturelles, politiques, économiques et écologiques** existantes. D'après Albrecht et al., 2008, et Mi et al, 2016 .

La première définition à une portée conceptuelle importante, elle lie la santé et le bien-être à l'état d'épuisement et de pollution de la planète ainsi qu'à l'instabilité sociale des sociétés humaines.

La deuxième définition décline opérationnellement les concepts fondamentaux du concept « EcoHealth », elle introduit la notion de promotion durable de la santé en la plaçant dans le jeu des interactions socio-culturelles, politiques, économiques et écologiques.

Le déploiement du concept EcoHealth est dirigé par 6 principes-clés (Charron 2012) :

Réflexion/approche systémique ; Savoir pour l'action ;
Transdisciplinarité ; Participation ; Équité ; Durabilité.

2. Comparaison des concepts « One Health » et « EcoHealth »

Cette comparaison s'intéressera respectivement aux valeurs et aux groupes cibles ainsi qu'aux domaines scientifiques concernés par les deux concepts « One Health » et « EcoHealth » (Voir Figures 2 et 3)

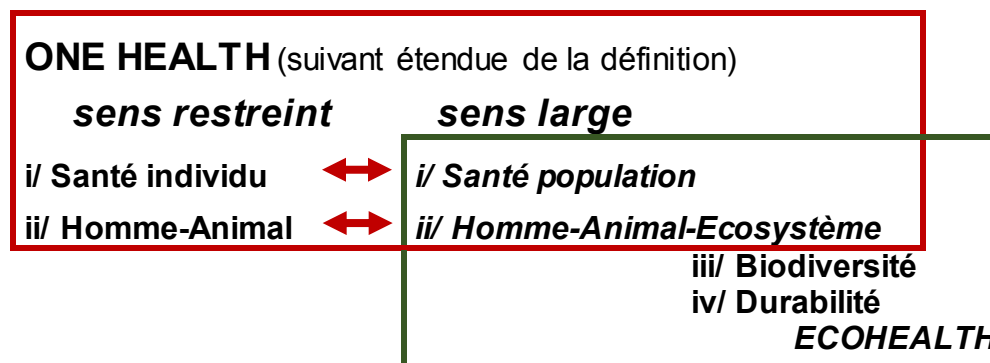


Figure2 : Valeurs et groupes cibles communs et spécifiques aux concepts «One Health » et «EcoHealth» (D'après Lerner et Berg, 2017). La zone d'intersection regroupe les valeurs et les groupes cibles communs aux deux concepts.

La Figure 2 montre que dans sa définition étendue le concept «One Health» partage des cibles communes avec le concept «EcoHealth» (santé des populations, et le nexus Homme-Animal-Environnement). Ce dernier se distingue en plus par une intégration spécifique des valeurs relatives à la biodiversité et à la durabilité.

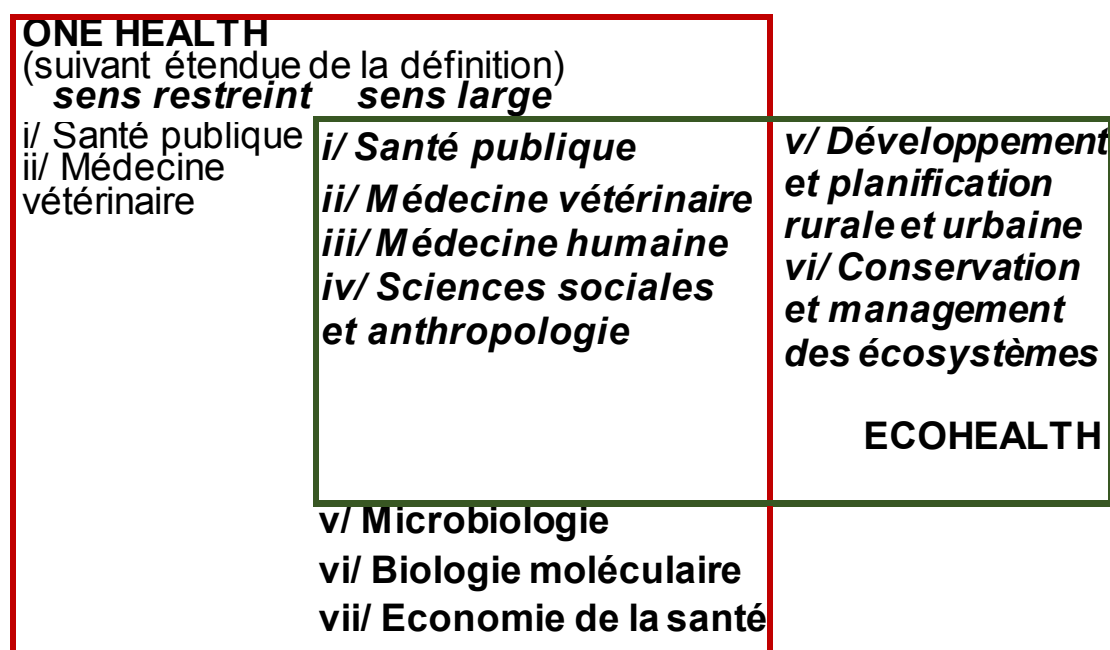


Figure 3 : Domaines scientifiques communs et spécifiques aux concepts « One Health » et « EcoHealth » (D'après Lerner et Berg, 2017). La zone d'intersection regroupe les domaines scientifiques communs aux deux concepts.

Les valeurs et groupes cibles des deux concepts conditionnent les domaines scientifiques qui leurs sont d'une part, spécifiques, et d'autre part, communs comme illustré par la Figure 3.

Les particularités et les spécificités opérationnelles des deux concepts sont schématisées à la Figure 4. Nous retiendrons que les deux concepts, recourent, du fait de leur nature holistique, à l'approche systémique, favorisant ainsi l'interdisciplinarité ainsi que l'action et la réflexion collectives, et promouvant de fait l'efficacité et l'effectivité. Le concept « One Health » se distingue par une meilleure adaptation aux maladies transmissibles. Cependant, le concept «EcoHealth» admet un champ d'intervention plus large qui lui confère l'avantage d'être plus propice à la prise en charge des maladies non transmissibles et à l'étude des déterminants fondamentaux des maladies liées à l'environnement.

Ce concept, du fait de ses particularités, serait ainsi plus favorable à l'interdisciplinarité et au développement de connaissances innovantes.

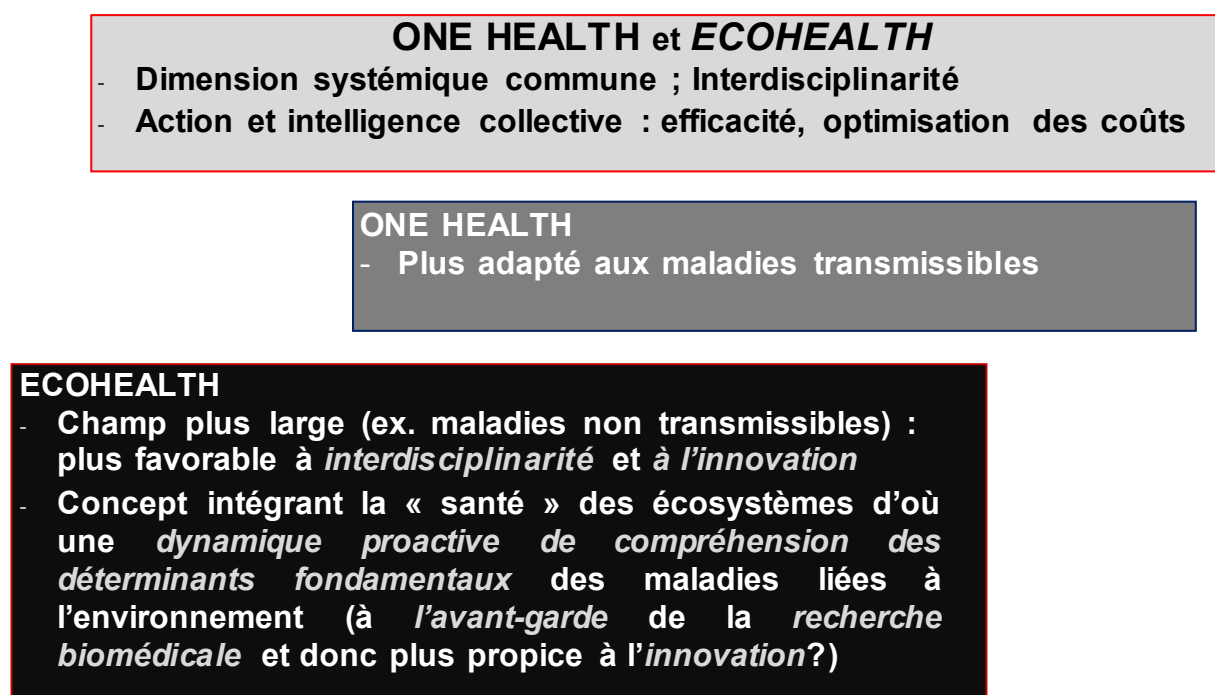


Figure 4 : Particularités et similarités opérationnelles des concepts « One Health » et «EcoHealth»
(D'après Lerner et Berg, 2017).

Vers une convergence des concepts « One Health » et « EcoHealth » ?

Les deux concepts « One Health » et « EcoHealth » sont complémentaires. En effet, le concept « One Health » est plus adapté à l'étude et la gestion des maladies transmissibles, alors que le concept « EcoHealth » est plus propice à celles des maladies liées au réchauffement climatique et à l'eau (d'après Zinsstag et al., 2012 ; Mi et al., 2016 ; Lerner & Berg, 2017). Cette complémentarité motive une dynamique de convergence vers un troisième concept plus intégratif. C'est dans ce sens que Mi et al., 2016 ont proposé le concept de « Santé dans les Systèmes Écologiques ». Cette approche intégrative permettrait de mieux identifier les déterminants fondamentaux sociaux et écologiques concernant les trois santés, celles de l'Homme, de l'Animal et de l'Environnement, comme mis en avant, des 2011 par Zinsstag et al.,.

3. « One Health » et « EcoHealth » et exemples d'implication en médecine vétérinaire

Nous mettrons en avant dans cette partie, les implications potentielles découlant des deux concepts « One Health » et « EcoHealth » en prenant l'exemple de la médecine vétérinaire.

i/ Exemples relatifs à la formation vétérinaire

Les implications dans le domaine de la formation vétérinaire sont développées au Tableau 1, les domaines de formation à intégrer, les exemples de changements ciblés et l'approche de formation sont abordés.

Domaines de formation	Exemples de contenus et changements souhaités	Approche de formation
Sciences biomédicales	Enseignement décroisé favorisant la continuité entre concepts scientifiques et applications	« Savoir pour agir » : Approche de formation par compétence axée sur la transmission des compétences de base
Sciences vétérinaires	Enseignement structuré selon un nexus opérationnel Assurant une continuité naturelle entre sciences vétérinaires de base et sciences de la décision en, Clinique vétérinaire, en Santé publique vétérinaire et en élevage.	
Sciences à l'avant-garde de la médecine vétérinaire et sciences transversales	Intégration des mathématiques appliqués à la médecine vétérinaire, modélisation, ingénierie génétique, biodiversité et environnement, élevage et impact sur l'écosystème et le climat, sociologie, ...	
Épidémiologie et Qualité et Sécurité des aliments d'origine animale	Intégration de l'étude de la dynamique d'évolution des agents pathogènes dans le contexte « One Health » (intersection Maths/sciences vétérinaires), plus d'ouverture sur les aspects socio-économiques et génétiques, ingénierie et évaluation des programmes de contrôle, biosécurité et hygiène,	
Bien-être et éthique animales	Assurer une cohérence entre concepts, valeurs et mise en application	
Réflexion et action scientifique et systémique	Intégrer l'enseignement du raisonnement scientifique et des techniques de l'approche systémique	
Savoir-être	Intégrer dans la formation des éléments de base en management, communication, leadership, valeurs et éthiques, travail d'équipe	

Tableau 1 : Exemples d'implications découlant de la prise en compte des concepts « One Health » et « Ecohealth » dans la formation vétérinaire.

ii/ Culture et pratiques organisationnelles

Le modèle actuel d'organisation de l'action publique dans le domaine de la santé au sens large n'est pas encore insuffisamment propice à une dynamique d'action cohérente avec les concepts « One Health » et « EcoHealth ». Le déploiement de ces derniers pose la question de l'évolution de la culture et des pratiques organisationnelles actuelles, marquées par une rigidité procédurale et réglementaire et un cloisonnement important, vers une culture plus ouverte favorisant le décroisement, la responsabilisation et la prise d'initiative, l'action collective, la culture des résultats et de l'impact, et en finalité, la redevabilité sociétale.

iii/ Exemples relatifs à l'aide à la décision en pratique vétérinaire

Des exemples simples d'aide à la décision en pratique vétérinaire, qui sont cohérents avec les concepts « One Health » et « EcoHealth », sont donnés aux Tableaux 2 et 3. Les exemples intégrant une prise en charge de problématiques spécifiques de santé humaine comme les maladies zoonotiques sont alignés au concept « One Health » (Cf. Tableau 2). Les exemples d'actions ciblant une préservation générique des santés, de l'Homme, de l'Animal et de l'Environnement sont plus cohérents avec l'approche « EcoHealth » (Cf. Tableau 3). En fait le rationnel des deux concepts exposés ici est souvent implicitement pris en compte dans la démarche de prise de décision du vétérinaire praticien. Il est important de valoriser et de développer ce potentiel implicite d'alignement pour en faire un objectif cible explicite à intégrer aux pratiques vétérinaires et pour l'utiliser comme un vecteur de changement vers une intégration plus poussée des approches systémiques de santé dans les différents niveaux de l'action vétérinaire.

Exemples d'objectifs ciblés	Concept appliqué	Exemples d'actions correspondantes
1. Annuler le risque de transmission à l'Homme et l'animal	ONE HEALTH (Préserver la santé physique du propriétaire et de sa famille)	• Éliminer l'agent infectieux, ex. les teignes animales • Euthanasie si stade clinique à pronostic sombre, ex. leishmaniose générale canine
2. Réduire significativement les risques de transmission à l'Homme et l'animal (couper le cycle de transmission)		• Sécuriser l'abordabilité et l'observance du traitement • Prévenir l'infection des vecteurs sur l'animal malade, ex. phlébotomes et leishmaniose canine (ex. utilisation de colliers répulsifs)
3. Bien gérer l'impact mental de la décision d'euthanasie de l'animal sur le propriétaire et sa famille (voir 1)	ONE HEALTH (Préserver le bien-être mental du propriétaire et de sa famille)	• Faire preuve d'empathie pour le propriétaire, bien gérer la question de l'attachement des enfants à l'animal (éviter les chocs psychologiques)
4. Respecter l'éthique et le bien-être de l'animal		• Bien gérer la douleur et la souffrance de l'animal

Tableau 2 : Exemples d'aide à la décision clinique et thérapeutique vétérinaires alignés au concept «One Health»

Critères de choix	Concept appliqué	Exemples d'éléments de prise de décision (par ordre décroissant de priorité)
Réduire les risques d'exposition du manipulateur, de l'entourage et de l'environnement au produit utilisé	ECOHEALTH	1. Formes parentérale ou orale 2. Formes « Pour On » ou « Spot On » 3. Concentrés émulsionnables à diluer dans l'eau
Réduire les risques de consommation de denrées animales contaminées par des résidus de l'antiparasitaire (cas des animaux de production)		Spécialités à délai d'attente (viande et abats) et de retrait (lait et œuf) les plus courts

Tableau 3 : Exemples d'aide à la décision de choix d'acaricides et d'insecticides vétérinaires alignés au concept « EcoHealth ».

Conclusion :

La complexité des relations entre les santés de l'Homme de l'Animal et de l'environnement a entraîné l'émergence de concepts systémiques « One Health » et « EcoHealth ». Ces deux concepts partagent des particularités communes et des champs de complémentarité qui pourraient déboucher, à l'avenir, à leur intégration dans un concept unique. L'application pratique de ces deux concepts exige une adaptation, d'une part des formations dans les domaines de la santé de l'Homme, de l'animal et de l'environnement, et d'autre part de la culture et des pratiques organisationnelles des institutions concernées.

Bibliographie :

1. Albrecht G. ; Higginbotham N. ; Connor, L.; Freeman S. 2008. Social and cultural perspectives on Eco-Health. In International Encyclopaedia of Public Health ; Heggenhougen, K., Quah, S.Eds ; AcademicPress : San Diego, USA.
2. F. Hunger, 2014. EcoHealth and One Health. EcoHealth and One Health Training. The Philippine Council for Agriculture, Aquatic and Natural Resources Research and Development, July 30-31.
3. Lerner H., and Berg C.2017. A comparison of three Holistic Approaches to Health : One Health, ecoHealth, and Planetary Health. Frontiers in Veterinary Science, 4, 163. doi:10.3389/fvets. 2017.00163.
4. Mi, E., Mi, E., and Jeggo M. 2016. Where to Now for One Health and EcoHealth? EcoHealth. 13,12-17.
5. Zinsstag J., Schelling E., Waltner-Toews D., Tanner M. 2011. From "one medicine" to "one health" and systemic approaches to health and well-being. Preventive Veterinary Medicine, 101,148-156.
6. Zinsstag J. et al. 2012. Convergence of Ecohealth and One Health. Editorial. EcoHealth, 9,371-373.

Sécurité sanitaire et enjeux éthiques : Etat des lieux en Tunisie et expériences comparées

Thouraya ANNABI-ATTIA

Médecin de la santé publique, médecin expert en Sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, santé, environnement. Elle 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 20ème 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 20ème siècle provoquées par l'impact sanitaire négatif de produits mis sur le marché ; qu'il s'agisse de médicaments (conter-façon et autre AMM⁵² 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

⁵² Autorisation de Mise sur le Marché

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].

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 résultats⁵³.

2. Les conséquences sur le plan international :

Mais d'abord, une définition de la sécurité sanitaire⁵⁴ : « 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

⁵³Objet d'une conférence de A. Mahjoub-Zarrouk & al. « Principe de précaution et sécurité des patients » ; Actualités médico-légales (Monastir – 19 mai 2007).

⁵⁴Source : 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

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 le quel plusieurs agences/institutions peuvent être actives tout en étant « rattachées » à une instance centrale de veille sanitaire (ensemble des actions visant à 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 Maëstricht⁵⁵ 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 création⁵⁶). 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.

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 SS⁵⁷ ; sachant qu'aujourd'hui encore les missions du ministère de la Santé (MS) sont gérées par un décret de 1974⁵⁸ 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.

⁵⁵ Février 1992 - Art 174 (alinéa 1)

⁵⁶ Par la signature des accords du GATT en 1995)

⁵⁷OMS 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

⁵⁸ Décret N°74-1064 du 28 novembre 1974

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'agence⁵⁹.

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 DSSB⁶⁰ 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*⁶¹).

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

⁵⁹Objet 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.

⁶⁰ Direction des Soins de Santé de Base (tutelle des centres de santé et programmes nationaux)

⁶¹ Pas de publication régulière de bulletin épidémiologique

qui devait entrer 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'OMS⁶²) qui semblaient plutôt concluantes (voir fig. 1), la crise Covid19 nous a surpris avec une préparation insuffisante et un quasi effondrement du système.

⁶²Connue sous le vocable de JEE – JoinetExternal Evaluation

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)⁶³

Capacities	Indicators	Score
National legislation, policy and financing	P.1.1 Legislation, laws, regulations, administrative requirements, policies or other government instruments in place are sufficient for implementation of IHR	2
	P.1.2 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
IHR coordination, communication and advocacy	P.2.1 A functional mechanism is established for the coordination and integration of relevant sectors in the implementation of IHR	3
Antimicrobial resistance	P.3.1 Antimicrobial resistance detection	2
	P.3.2 Surveillance of infections caused by antimicrobial resistance pathogens	1
	P.3.3 Health care-associated infection prevention and control programmes	2
	P.3.4 Antimicrobial stewardship activities	2
Zoonotic diseases	P.4.1 Surveillance systems in place for priority zoonotic diseases/pathogens	4
	P.4.2 Veterinary or animal health workforce	4
	P.4.3 Mechanisms for responding to zoonoses and potential zoonoses are established and functional	3
Food safety	P.5.1 Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to foodborne disease and food contamination	3
Biosafety and biosecurity	P.6.1 Whole-of-government biosafety and biosecurity system is in place for human, animal, and agriculture facilities	2
	P.6.2 Biosafety and biosecurity training and practices	2
Immunization	P.7.1 Vaccine coverage (measles) as part of the national programme	5
	P.7.2 National vaccine access and delivery	5
National laboratory system	D.1.1 Laboratory testing for detection of priority diseases	4
	D.1.2 Specimen referral and transport system	4
	D.1.3 Effective modern point-of-care and laboratory-based diagnostics	4
	D.1.4 Laboratory quality system	3
Real-time surveillance	D.2.1 Indicator- and event-based surveillance systems	3
	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

⁶³ 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

Preparedness	R.1.1 Multi-hazard national public health emergency preparedness and response plan is developed and implemented	2
	R.1.2 Priority public health risks and resources are mapped and utilized	2
Emergency response operations	R.2.1 Capacity to activate emergency operations	4
	R.2.2 Emergency Operations Centre operating procedures and plans	3
	R.2.3 Emergency operations programme	4
	R.2.4 Case management procedures are implemented for IHR-relevant hazards	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
Medical countermeasures and personnel deployment	R.4.1 System is in place for sending and receiving medical countermeasures during a public health emergency	4
	R.4.2 System is in place for sending and receiving health personnel during a public health emergency	4
Risk communication	R.5.1 Risk communication systems (plans, mechanisms, etc.)	2
	R.5.2 Internal and partner communication and coordination	3
	R.5.3 Public communication	2
	R.5.4 Communication engagement with affected communities	2
	R.5.5 Dynamic listening and rumour management	2
Points of entry	PoE.1 Routine capacities are established at points of entry	4
	PoE.2 Effective public health response at points of entry	1
Chemical events	CE.1 Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to chemical events or emergencies	3
	CE.2 Enabling environment is in place for management of chemical events	3
Radiation emergencies	RE.1 Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to radiological and nuclear emergencies	2
	RE.2 Enabling environment is in place for management of radiation emergencies	2

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 œuvre⁶⁴ a été proclamée lors de la journée mondiale de la santé en avril 2021.

Cependant la lecture du référentiel⁶⁵ de cette réforme révèle qu'elle est totalement orientée « soins ». Certes, nous y retrouvons un clin d'œil à la charte d'Ottawa⁶⁶ (voir fig.2), mais

⁶⁴Vision complétée par les travaux du comité technique par la mise en place d'un Plan National Santé à l'horizon 2030 http://www.hiarsaha.tn/Fr/accueil_46_4

⁶⁵Livre blanc intitulé « Pour une meilleure santé en Tunisie, Faisons le chemin ensemble »

⁶⁶La 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.

aucun lien avec la déclaration de Shanghai⁶⁷ ni allusion à la sécurité sanitaire. En fait, 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 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].

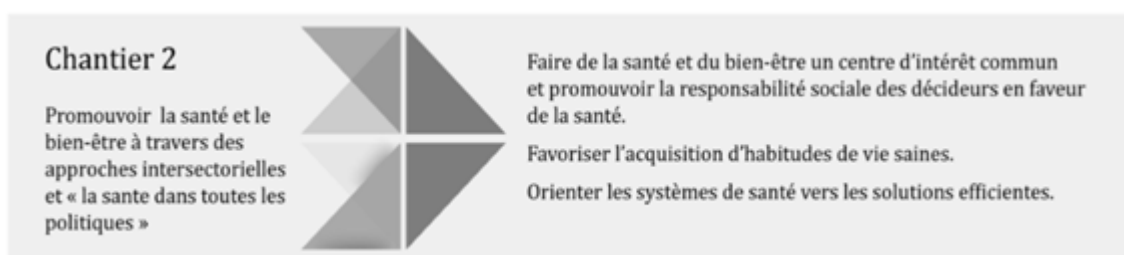


Figure2 : Extrait du Livre blanc « Pour une meilleure santé en Tunisie, Faisons le chemin ensemble » représentation de l'un des 8 chantiers objet des recommandations du dialogue sociétal pour une réforme du système de santé (2012)

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.

⁶⁷ Neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé (Novembre 2016) : Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030

Morale	Éthique	Droit	Déontologie
Elle vise à construire des valeurs absolues, universelles et impérissables. Portée en général par la religion.	Leurs valeurs sont relatives à la société qui les partage et elles changent en fonction du temps et de l'idéologie dominante. 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.	Il renvoie à la régulation des comportements par la loi (s'applique de manière identique à tous les citoyens). Cependant, le droit s'appuie sur l'éthique lorsqu'il s'agit d'opérer des jugements au cas par cas.	L'ensemble des devoirs et des obligations imposés aux membres d'un ordre ou d'une association professionnelle. 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 technique⁶⁸, 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 :

⁶⁸P. 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 »

- 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.

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'experts⁶⁹ 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,

⁶⁹Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) lors de la réponse au COVID-19(résolution WHA73.1 – 2020)

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.

Références :

1. P. Bonfils, Morale, éthique et déontologie dans la communication Victoires éditions | « LEGICOM » ; 1996/1 N° 11 | pages 4 à 12
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. Y. Boisvert, Leçons d'éthique publique » 2008/4 Vol. 20 | pages 313 à 325 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, 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. 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

Commentaires

Ridha Boukraa

Les épidémies au fil de l'histoire

L'analyse historique du professeur Allagui porte sur une période qui part du moyen âge jusqu'à nos jours. Il décrit à partir de témoignages le déroulement des épidémies qui sévissaient à l'époque comme celle de la peste noire et du choléra et focalise sur le fonctionnement de l'Etat, de la population et sur le mode de gestion médiévale et contemporaine des différentes épidémies qui se sont succédées à travers l'Histoire et la manière dont elles sont représentées par la population et les gouvernants. Ce qui caractérise cette période c'est l'ignorance médicale des causes biologiques des épidémies. La seule parade qu'on utilise reste l'isolement et la quarantaine ou la fuite des villes qui sont des mesures considérées comme autoritaire et despotique. Professeur Allagui insiste sur le fait que ces épidémies adviennent dans un contexte politique qui se caractérise par le « fossé » qui existe entre Etat et société et un contexte religieux où l'épidémie est perçue comme un châtement religieux et un contexte médical où le concept de santé publique n'est pas encore suffisamment élaboré par les pouvoirs publics ni intériorisé par la population. Néanmoins l'étude du professeur Allagui révèle des constantes structurelles qui semblent caractériser le fonctionnement des épidémies depuis Thucydide, Ibn Khaldoun, ou Ibn El Khatib jusqu'à nos jours. Ces constantes sont les suivantes :

- L'épidémie est un phénomène social total. Elle affecte tous les paliers du système social, politique, économique, culturel, géographique, démographique.
- Toute épidémie pose le problème de la relation Etat-Société et celui de la perception de l'action de l'Etat par la société. Quel que soit le niveau des connaissances scientifiques, les actions de l'Etat peuvent faire l'objet d'adhésion ou de défiance et de refus. Les mesures préventives prises par Hamouda Bacha furent perçues par la population comme un acte despotique et durent être assouplies. Pendant la colonisation les colons français refusèrent les mesures préventives d'isolement, les percevant comme des mesures de

discrimination raciale. Ils se virent traités comme des « juifs ou des arabes » et protestèrent énergiquement. De nos jours les mesures sont refusées au nom de la liberté de l'individu.

- L'Etat peut assumer son rôle de protecteur de la santé publique comme il peut ne pas assumer ce rôle et ne pas intervenir. Ahmed Bey fuit Tunis et va s'installer à Mhamdia et le sultan hafside fuit la capitale vers Tozeur, laissant l'épidémie faire son œuvre destructrice. On retrouve cette situation avec Bolsonaro au Brésil et dans d'autres pays d'Amérique latine.
- L'épidémie pose le problème des représentations collectives de la maladie. L'existence d'un hadith qui interdit d'utiliser le concept de contagion est un exemple de la manière dont la religion intervient dans un contexte épidémiologique. Si la contagion est interdite c'est parce qu'elle est assimilée à la magie avec laquelle elle partage les qualités de la transmission invisible. Ensuite la contagion n'est pas généralisée, elle est sélective. Par conséquent on ne peut instaurer une relation de cause à effet mécanique entre proximité et maladie. Si on exclue la causalité immédiate, on la remplace par une causalité médiate, celle de Dieu. Cette argumentation est utilisée en Tunisie jusqu'à nos jours pour refuser la vaccination. Pourtant au XIV^e siècle, Ibn El Khatib a bien révélé et théorisé le mécanisme de la contagion en remarquant qu'à Séville, les prisonniers isolés n'étaient pas atteints de la maladie. De nos jours c'est le complotisme qui prend le relais de la religion et part en croisade contre les vaccins.
- La mondialité des épidémies
L'épidémie est structurellement mondiale. Dans le passé la mondialisation du virus est lente et met une dizaine d'années pour arriver, de nos jours la mondialisation est rendue rapide par le développement des moyens de transport aériens et met quelques jours pour traverser la planète.
Avec les communications du Pr Darghouth et du Pr Annabi on assiste au passage paradigmatique du concept de santé publique au concept de santé globale et du concept sécurité sanitaire

De la santé publique à la santé globale - One health

Le tournant anthropologique majeur que connaît le XXI^e siècle et celui de la transformation du concept de nature et la position de l'homme dans la nature. On passe d'un paradigme qui dissocie l'homme, de l'animal,

du végétal et du minéral et qui en le rendant différent et transcendant l'instaure comme maître dominateur du monde : c'était l'héritage cartésien qui considérait les animaux comme des machines. Le nouveau paradigme restaure la continuité de la chaîne qui lie l'homme à l'animal, au végétal et au minéral et insère le tout dans un environnement unifié qui les englobe. Une orientation plus radicale reproche à l'environnement son caractère d'extériorité par rapport aux différents éléments de la chaîne qu'il est supposé envelopper et opte pour une fusion entre environnement et les éléments de cette chaîne. Homme, animal, végétal, minéral sont l'environnement dans leur interaction et leur interdépendance. D'où parfois la préférence pour le concept d'écologie qui étymologiquement vient d'eikos qui signifie en grec, maison. Homme, animal, végétal, minéral constitue l'eikos, la maison-planète. On s'oriente actuellement vers un concept plus englobant celui du vivant et la santé du vivant.

C'est ainsi qu'émerge le concept de santé globale, santé de la maison planète ainsi qu'ecohealth et que s'effectue le passage de la santé publique à la santé globale qu'analyse le professeur Darghouth. En effet le concept de santé publique est élaboré dans un contexte collectif de citoyenneté et géré par l'Etat-nation moderne. La santé publique s'inscrit dans le cadre de la nation et porte essentiellement sur la santé des citoyens alors que la santé globale s'inscrit désormais dans un cadre planétaire associant la santé de l'homme à celle de l'animal, du végétal et du minéral ou du sol. Ce qui implique une nouvelle approche politique, organisationnelle et éthique au niveau de la nation et au niveau de la planète-monde menacée désormais par les risques des pandémies.

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

Avec la communication du Pr. Annabi on procède aussi à un passage paradigmatique du concept de santé publique statique et fondé sur la prévention au niveau national, au concept dynamique de sécurité sanitaire fondé sur la gestion du risque, de l'incertitude et de l'anticipation au niveau national et international. Dans le nouveau paradigme la décision politique s'appuie autant sur les certitudes scientifiques que sur les incertitudes scientifiques qui sont comme c'est le cas de la pandémie covid19 souvent plus importantes. Le concept de Risque de sécurité sanitaire s'inscrit dans un paradigme de gestion de

l'incertitude et de l'imprévisible. Il suppose une approche organisationnelle fondée sur la veille et la capacité d'alerte des systèmes d'anticipation. Elle implique du point de vue éthique un rapport harmonieux et transparent entre Etat et société au niveau national et entre Etat national et organisations internationales au niveau mondial. Ce nouveau paradigme implique une nouvelle éthique communicationnelle où l'agir communication devient le fondement des stratégies sanitaires. Le Pr. Annabi pointe la difficulté pour ce nouveau paradigme à s'instaurer au niveau national et au niveau international.

Pandémie, crises sanitaires et éthique : principes, dilemmes, enjeux

Jacqueline LAGREE

Pr. émérite de Philosophie, Rennes

*« Je ne suis pas une spécialiste attirée d'éthique médicale mais une philosophe, un professeur d'histoire de la philosophie moderne, spécialiste des questions religieuses au XVII^e siècle, qui est rentrée au comité d'éthique de Rennes en 1983, dès sa création, car le comité avait besoin d'un philosophe et d'une femme (nous n'étions que 2/20 à ce moment-là) et que j'avais les deux casquettes. J'ai beaucoup appris dans ce comité et je me suis aussi formée aux problèmes cliniques auprès d'un chirurgien, spécialiste du traitement du cancer de l'œsophage, qui m'a permis d'assister à deux longues opérations d'ablation de l'œsophage et m'a fait intervenir sur des questions comme « comment dire la vérité à un malade ? » ou bien « que signifie la fin de vie » ? A la suite de quoi, j'ai écrit un livre sur la relation thérapeutique, *Le médecin, le malade et le philosophe*, (Paris, Bayard 2001, Rennes, PUR 2015) qui traite de problèmes tels que « le malade est une personne », la consultation comme partage de parole, la maladie comme régime de vie, les tests génétiques et le droit de savoir ou de ne pas savoir, le statut ontologique de l'opération chirurgicale, l'accompagnement de la fin de vie, une éthique de la sollicitude... »*

Je vous remercie de m'avoir invitée. Ma situation est particulière au milieu d'un ensemble de soignants et de médecins. Il me faut donc dire d'abord qui je suis.

Mes fonctions au Comité d'éthique du CHU de Rennes

Les comités d'éthique créés en France à partir de 1983, soit dans une ville, soit dans un CHU, sont une assemblée d'une vingtaine de personnes, des soignants (médecins, infirmières, cadres de santé), un psychologue, des philosophes, des juristes, éventuellement un représentant des usagers, des personnes venant de professions et de cadres de pensée divers, chargées de donner un avis, un conseil en réponse à des questions éthiques posées par des soignants. J'ai appartenu aux divers comités d'éthique qui se sont succédé au CHU de Rennes depuis presque 40 ans et j'y participe toujours. A ce titre, je suis comme un vieillard africain, une bibliothèque vivante. J'ai ainsi vu évoluer les préoccupations qui donnaient lieu à des demandes d'avis, ce

qui rend plus sensible, peut-être, à l'apparition de problèmes nouveaux. Ces demandes portaient sur :

- Les questions de la procréation médicalement assistée ou la question de l'avortement thérapeutique chez une femme atteinte d'un cancer.
- Les questions sur la fin de vie, la demande d'euthanasie et l'institutionnalisation des soins palliatifs passés d'une équipe mobile à un service entièrement dédié.
- Les questions sur la greffe, greffe de mains et aujourd'hui greffe d'utérus.
- Le Sida et le refus de traitement chez des sdf trouvant dans l'hôpital une deuxième demeure.
- La démence sénile et la maladie d'Alzheimer.

J'oublie assurément bon nombre de ces questions mais je voudrais souligner l'importance de la composition de ce comité et ce qui a fait sa force. Dans les années 80, il y avait une majorité de médecins, tous de sexe masculin, mais au fil des ans nous sommes arrivés à un bon compromis : un nombre raisonnable de participants (maximum 22 de telle sorte qu'en cas de réunion d'urgence il puisse toujours y avoir 12 personnes présentes) ; pas plus de 50 à 60% de soignants comportant médecins de diverses spécialités, infirmières, cadre de santé (pas d'aide-soignante malheureusement), une parité réelle. En outre : 1 ou 2 philosophes, un.e psychologue, un.e juriste spécialiste du droit de la santé, un.e historien.ne, un.e directeur d'hôpital, une représentante des usagers. Le cas étudié est présenté à tous, confié pour examen à deux rapporteurs, discuté en séance plénière, puis l'avis est rédigé, validé par tous et envoyé au demandeur dans un délai assez court, une ou deux semaines maximum). Ce mode de fonctionnement, présenté et validé à l'Espace régional éthique de Bretagne (EREB), a conditionné la création et le mode d'exercice de la cellule de veille créée au début de la pandémie, que j'ai présidée et que je voudrais évoquer.

La situation au début de la pandémie :

Au début de la pandémie (en mars 2020) l'EREB a souhaité créer une cellule de crise dans chaque département breton. Tout soignant ou cadre de santé pouvait ainsi, via l'EREB, s'adresser à cette cellule, poser un problème et demander un avis ou un conseil, tant éthique que juridique. Je m'étais engagée à rendre réponse dans les 48h, ce qui fut tenu. Les membres potentiels de la cellule étaient assez nombreux et

comprenaient des médecins, des infirmières, des cadres, des philosophes, psychologues, des juristes (essentiel) et des représentants de différents comités d'éthique du département. Pour chaque question posée, je constituais un petit groupe de travail (5-7) parmi les intervenants disponibles qui étaient choisis en fonction de la question soulevée. Le mode de travail était simple : envoi par mail de la question, demande d'expertise à tel ou tel, analyse collective en réunion zoom, rédaction d'un avis ou conseil en moins de 48h.

Il faut se rappeler que la demande de conseil éthique est toujours une demande circonstancielle, historiquement, géographiquement, culturellement située; **l'éthique au quotidien est toujours en situation**, ce qui exige d'adapter les grands principes éthiques aux situations concrètes, ce qui requiert parfois des choix douloureux, où l'on doit choisir non pas le Bien toujours visé mais le moindre mal ou ce qui aura pour effet d'induire un plus grand bien. La grande difficulté de la situation de pandémie réside dans cette tension éthique, vécue dans un contexte d'incertitude et de projections difficiles. Son appréciation dépend forcément du contexte épidémique et des capacités de prise en charge (actuelle, à venir et à envisager) qui peuvent varier d'un jour à l'autre. Quelle que soit la fonction d'un soignant, la situation pandémique implique inévitablement de prendre des décisions difficiles. Ces décisions ne doivent pas seulement être évaluées sur leurs conséquences (difficiles à prédire) mais avant tout sur le fait qu'elles auront été prises à un moment donné, de façon éclairée scientifiquement (ce qui n'est pas scientifiquement correct, ce qui n'est pas vrai n'est pas éthique⁷⁰), en étant attentifs aux enjeux éthiques qui ne sont pas toujours immédiatement perceptibles, et après une discussion la plus large possible. Notons d'abord les questions les plus fréquentes qui nous ont été posées.

Les questions les plus fréquentes :

Ce qui me frappe d'abord, c'est que les questions les plus fréquentes ont presque toutes concerné les EHPAD, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, soit atteintes de troubles cognitifs et comportementaux, soit en fin de vie, soit incapables de se débrouiller seules chez elles, et pour lesquelles le souci de bienveillance (veiller sur leur santé, ne pas troubler leurs habitudes, ne pas les désorienter, ne

⁷⁰ Voir en France les dérives de Didier Raoult.

pas les inquiéter) pouvait entrer en opposition avec les consignes sécuritaires très strictes imposées par le Ministère de la santé. Les demandes ont ainsi concerné :

Une demande de visite de la part d'un cadre de santé qui a profité de son statut et de la connaissance de l'établissement pour transgresser les règles communes qui interdisaient toute visite de personne extérieure, ce qui nous a conduit à réfléchir au traitement des cas d'exception.

Le droit de déplacement ou la demande de déambulation de patients à troubles cognitifs qui voulaient sortir de leur chambre et risquaient une contamination. Les soignants ou l'administration réclamaient une contention, ce qui a été refusé.

Une demande de dépistage des soignants pour chercher le cas zéro qui aurait introduit le Covid dans l'établissement, avec un risque de chercher un bouc émissaire.

Une demande de transformation de lits EHPAD en lits Covid, ce qui imposait un déménagement de certains patients fragiles, et augmentait le risque de troubles cognitifs et comportementaux. Le traitement de cette question a été à la fois juridique et éthique, avec rappel de quelques principes fondateurs :

- Principe de non-malfaisance : ne pas traumatiser des patients fragiles et assurer leur sécurité ;
- Respect de la dignité et de la vie privée : tout changement de lieu doit obtenir le consentement du résident ou de son représentant légal.
- Liberté : il faut tenir compte de la diversité des résidents dont certains déambulent, avec des risques supplémentaires, et d'autres non.
- Bienveillance : si le résident doit se retrouver dans une autre chambre, il faut que ce soit avec le même mobilier et les objets de son cadre de vie habituel et il est souhaitable que, s'il change de chambre, il soit suivi par les mêmes aides-soignants pour qu'il ne perde pas trop de repères.

L'absence d'accompagnement de la mort, la mise en bière impersonnelle et sans la présence de la famille ont été très mal vécues et ont aggravé les affects de deuil. Comment répondre à la demande légitime des familles d'avoir une photo ou de mettre dans le cercueil un souvenir propre au défunt ? Là où le droit demande de suivre à la lettre les réglementations du Ministère de la santé, l'éthique et un peu de bon

sens permettent d'inventer des astuces pour contourner le règlement, par ex. si un soignant prend une photo du malade pour la donner à sa famille, on ne lui demandera pas de la mettre aussi dans le dossier médical.

Lorsque le confinement a commencé à être levé et donc que les citoyens ne résidant pas en EHPAD commençaient à sortir librement, certains résidents, autonomes et habitués à sortir seuls, ont protesté contre le confinement qui leur était toujours imposé et ont réclamé le droit de sortir, notamment pour participer à une cérémonie religieuse (aller à la messe). Le comité a rappelé les exigences et les principes suivants : la **liberté** du résident, qui ne va pas sans risque. La **justice** en raison du sentiment d'injustice éprouvé devant la différence de traitement entre les résidents et les citoyens vivant à l'extérieur. La **responsabilité** individuelle (niée par une interdiction sans nuance et à bien des égards infantilissante). La **solidarité** avec l'exigence du lien social constitutif de notre humanité. La **confiance mutuelle** qui se construit dans le temps avec des ajustements.

Les principes retenus :

L'analyse de ces quelques cas permet de mieux préciser quelques principes éthiques fondamentaux, qui sont valables aussi bien dans le contexte habituel des analyses de bioéthique (relation soignant / patient) que dans le contexte d'une pandémie où la question éthique concerne une population, relève d'un souci de la santé publique et non pas individuelle, et met en jeu, outre des dilemmes entre deux valeurs éthiques, un conflit potentiel entre des valeurs éthiques (autonomie individuelle) et des valeurs politiques (sécurité de la population). On retiendra les points suivants :

- Quelle que soit la question posée, la solution doit toujours être au cas par cas, même quand il s'agit d'un groupe (EHPAD). Il ne s'agit pas de préparer une loi ou un décret mais de *donner un conseil*, qui sera suivi ou non, mais dont la mise en œuvre relève toujours d'une responsabilité personnelle.
- *La règle est générale mais le traitement éthique est singulier.* Ce qui impose de réfléchir à la manière de traiter les cas d'exception. Doit-on maintenir l'obligation stricte de suivre la règle, élaborée à un niveau national, sans tenir compte des circonstances, par ex. ville ou campagne ? population dispersée ou concentrée ? Prenons pour exemple la demande de dérogation de l'interdit de visite extérieure pour une visite de proche à un mourant dans une unité de soins

palliatifs. Sur quels critères s'appuyer ? La satisfaction de cette demande contrevient aux règles d'équité (même traitement pour toutes les familles). Dans le casque nous avons étudié, la décision n'avait pas été collective, ni argumentée, ni entérinée par la personne juridiquement responsable (directeur de l'institution), ce qui n'est pas acceptable. Il ne faut pas vouloir inventer de nouvelles règles, mais prendre en compte non seulement la bienveillance envers le patient et sa famille mais également la sécurité du groupe. L'accord sur un cas exceptionnel doit être discuté collectivement. Et si l'on fait primer l'esprit de la loi sur la loi, il faut que ce soit avec des raisons et pas seulement des affects.

- *Le respect des personnes*, de leur dignité, de leur statut d'adulte, impose aussi de prendre en compte leur **autonomie** toute limitée qu'elle soit. Refuser d'infantiliser mais chercher à prendre en compte la force méconnue des fragiles.
- Toujours se souvenir que *toute personne est un nœud de relations* ; supprimer la relation, c'est tuer la personne comme être pensant, aimant, désirant. On sait qu'en France un certain nombre de personnes très âgées sont mortes non pas du Covid mais de l'isolement qui leur a ôté le goût de vivre et fait qu'elles se sont laissées mourir. Il faut donc assurer la réciprocité des échanges, ce qui va de pair avec la **solidarité** : on en prendra pour exemple ces soignants qui se sont confinés avec leurs patients pendant un mois pour éviter l'entrée du virus et sécuriser des gens inquiets.
- *L'équité* dans le traitement des patients et des familles.
- *L'ouverture d'un horizon* futur même en période de crise grave.

Dilemmes :

Cela étant, la situation de pandémie pose un certain nombre de dilemmes éthiques nouveaux. Si l'on compare avec des épidémies anciennes, la peste décrite par Albert Camus, le choléra décrit par Giono, il semble que le choix portait sur « Partir ou rester ? » Partir pour se mettre à l'abri (ma sécurité d'abord), rester pour soigner, gérer, aider... Mais aujourd'hui partir est impossible puisque l'épidémie est mondiale et que tous les pays, voire régions, imposent des limites ou des interdictions à la circulation des personnes. Partir à la campagne, dans sa résidence secondaire en s'offrant de quasi vacances ? Solution bonne pour les riches.

Il me semble que le terme d'« individualisme », qui qualifie généralement l'humeur des habitants des pays riches, masque en fait un refus de solidarité et de fraternité qu'on appelait jadis égoïsme. Par ailleurs la référence aux droits imprescriptibles (ce qui est faux) de la liberté individuelle est une mascarade qui oublie non seulement que « ma liberté s'arrête où commence celle des autres », mais encore que, comme le disait Lacordaire, « entre le pauvre et le riche, c'est la liberté qui opprime et c'est la loi qui affranchit ».

Si l'on prend au sérieux cette formule que je considère fondamentale et juste, cela devrait nous conduire à revoir toute une série de hiérarchies spontanées et à se poser un certain nombre de questions inédites ou incongrues du genre : la vie est-elle la valeur suprême ? La santé est-elle un bien absolu ou relatif ? Qui doit-on sauver en premier, le plus fragile ou le plus fort ? On a parfois critiqué en France le fait que le gouvernement ait choisi de vacciner d'abord les personnes âgées et de se préoccuper des EHPAD avant de se soucier des écoles. Mais c'est là oublier qu'en immunisant les personnes âgées, on veillait à ce qu'elles ne contaminent pas des personnes plus valides. Faute de pouvoir compter sur le sens des responsabilités des personnes valides (comme on le voit aujourd'hui chez ceux qui refusent le vaccin), on a vu clairement le conflit entre le souci éthique de la liberté, ou plutôt de l'autonomie des personnes, et le souci politique de la sécurité collective. L'obéissance aux textes réglementaires ne relève pas seulement de l'obligation juridique et citoyenne, donc politique, mais bien d'une obligation éthique : je pratique les gestes barrières non d'abord pour me protéger mais pour protéger autrui.

Primum non nocere, en premier lieu ne pas nuire à autrui, ce principe de non malfeasance ne s'impose pas seulement au soignant mais à tout citoyen. L'institution politique, hospitalière, voire communale, est responsable de l'éveil éclairé de la responsabilité individuelle. Si je dois mettre un masque dans un lieu public, un magasin, un marché, où beaucoup de personnes se croisent, ce n'est pas seulement par souci de ma santé personnelle mais tout autant par souci de la santé d'autrui, que je ne connais pas mais auquel je suis lié invisiblement comme avec un proche. En cas de pandémie le principe de bienveillance doit être extensif.

Enfin, dans un contexte où les passages à l'hôpital sont plus nombreux, il y a forcément, surtout au début, un conflit potentiel entre la sécurité

des soignants et celle des malades. Des services hospitaliers ont été le lieu de diffusion du Covid, soit par des soignants qui ignoraient qu'ils étaient contaminés, soit par des proches rendant visite à un malade, soit par d'autres personnes dans l'enceinte de l'hôpital. Il est donc parfaitement normal que des règles strictes, fixées par la puissance publique, régissent la vie de l'hôpital, ce qui ne contredit pas la bienveillance envers les malades et l'équité dans le traitement des familles.

Enjeux

Le contexte de pandémie, d'une épidémie gravissime, mortifère, s'étendant non seulement sur tout le pays mais sur le monde entier, a mis en évidence des questions nouvelles dans l'ordre éthique, mettant en jeu non plus une relation interpersonnelle, donc des devoirs envers autrui personnalisés, mais des relations aléatoires, imprévues, avec un « autrui quelconque ». Ainsi les questions de santé collective ou de santé publique sont-elles devenues des questions communes, suscitant des dilemmes ou des conflits qu'on n'avait pas l'habitude de regarder en face. Pour les voir distinctement, il faut d'abord distinguer quelles sont les valeurs du politique, du juridique et de l'éthique car toute valeur politique n'est pas forcément éthique (même si elle a des enjeux éthiques) et toute valeur éthique ne trouve pas immédiatement une traduction politique. Quelles sont-elles ?

- Les valeurs politiques : traditionnellement on range dans ces valeurs la sécurité, la paix, la prospérité mais d'autres valeurs s'y ajoutent aujourd'hui.
 - La *sécurité* ne signifie pas ici la paix et la gestion des conflits armés mais bien la protection thérapeutique.
 - La *solidarité* qui devrait être une valeur politique ne l'est que dans des démocraties qui valorisent le principe de l'État Providence, c'est-à-dire de l'État solidaire. Cette solidarité intra nationale doit s'accompagner aujourd'hui d'une solidarité internationale comme on l'a vu sur le partage des vaccins. La monopolisation, en un premier temps, des vaccins par les pays riches a été ressentie, à juste titre, comme une injustice scandaleuse
 - Le *partage* d'une information vraie, fiable et éclairante est nécessaire à l'acceptation d'une loi contraignante. Cette information doit passer par des instances scientifiques sérieuses

et contrôlées et non pas par des media qui cherchent le scoop et qui fonctionnent à l'émotion.

- Le *primat de l'intérêt collectif* sur l'intérêt individuel car nul ne peut subsister seul.
- La *justice* dans le partage des moyens thérapeutiques disponibles.
- Les valeurs juridiques :
 - Le *respect de la loi* : c'est la valeur juridique fondamentale et elle ne s'oppose pas aux autres valeurs, politiques ou éthiques. Seule la loi peut me protéger de l'égoïsme ambiant et de la tendance naturelle du fort de tout rapporter à soi, à son propre intérêt. C'est bien l'ordre juridique qui assure la médiation et la transition entre les considérations d'intérêt du fort et les besoins du faible.
 - L'*équité* dans l'obéissance à la loi, dans le partage des secours disponibles.
 - La *responsabilité* de chacun envers autrui comme envers soi-même : c'est un devoir envers soi-même et envers autrui que d'accepter les mesures de restriction de ma liberté ou les gestes barrières quand ils sont nécessaires, étant entendu que, en démocratie, j'ai toujours la possibilité de critiquer les solutions adoptées et d'en proposer d'autres.
- Les valeurs éthiques sont les plus reconnues (théoriquement). On énumère généralement :
 - Le *souci du plus faible* : en cas de doute il doit être prioritaire. C'est autour de lui que s'organisent les autres exigences.
 - La *bienveillance* qui n'est pas l'empathie et encore moins la pitié mais le souci de ne pas faire mal, de prendre soin et pas seulement de soigner (care & cure).
 - Le *respect des personnes*, qui est parfois difficile à pratiquer en cas d'urgence et de pléthore de cas à traiter.
 - L'*autonomie* qui présuppose un jugement éclairé, ce qui à son tour présuppose une information transparente, sobre, non contradictoire.

Ces valeurs ne sont pas nécessairement contraires mais il est vrai qu'elles entrent en conflit, que le souci de l'intérêt collectif peut s'opposer à la bienveillance envers tel ou tel, que l'exigence de veiller à la sécurité du grand nombre peut contredire l'autonomie de certains mais la

responsabilité et le souci d'autrui s'imposent toujours à tous. Il ne faut pas être naïf : le politique ne peut être guidé spontanément ni longtemps par des valeurs morales ; il est lié à des questions d'intérêt. Si la pandémie suscite des exigences éthiques nouvelles ou remet au premier plan des valeurs oubliées (comme la solidarité) reste que ces exigences morales ne sauraient être efficaces si elles ne s'accompagnent pas de la mise en lumière de l'intérêt qu'il y a (pour le politique, pour les individus pris ensemble et pour l'individu en particulier) à adopter des pratiques justes et bonnes.

Ce qu'on peut retenir de cette expérience.

Il me semble qu'on peut retenir divers enseignements de cette expérience :

1. Le *vivre ensemble n'est pas une option* mais une nécessité qui tient à la biologie (notre appartenance à une espèce sociale) et à l'histoire (l'homme est un animal politique). Cela implique l'échange dans la diversité et la solidarité, avec le respect de chacun et le souci du plus faible.
2. La *diversité des points de vue* et la confrontation des positions, des attentes, des responsabilités, est une force mais, à la fin, il faut bien trancher et la décision, toujours modifiable et amendable, appartient au politique, c'est-à-dire à la loi.
3. La *démocratie* n'est pas le primat de l'opinion majoritaire mais la possibilité de confronter des positions pour aboutir à une position raisonnable, justifiable et justifiée.
4. La prise en compte de la dimension éthique des décisions politiques de santé publique n'est pas une entrave à leur détermination et à leur efficacité mais plutôt une force car elle permet qu'elles soient mieux comprises, mieux acceptées.

Le principal gain éthique de la pandémie, à mon sens, aura été de montrer que, face aux revendications égoïstes et individualistes, l'exigence vitale de protection et de solidarité était la forme contemporaine de réalisation de la belle devise républicaine qui refuse de séparer la liberté de l'équité (égalité) et de la solidarité (fraternité).

Redevabilité des parties prenantes dans l'anticipation et la gestion des crises sanitaires : Aspects éthiques

Amel AOUIJ MRAD

Docteur d'Etat en droit, Professeure en droit public à l'Université Tunis El Manar, elle est spécialisée en droit administratif, en droit de la santé et de la bioéthique, en droit de l'urbanisme et de l'environnement.

Membre fondateur de l'Association tunisienne de droit de la santé en 2006, qu'elle dirige jusqu'en 2019. Elle fut également de 2002 à 2012, membre du Comité national d'éthique médicale et de sa section technique. Elle est membre du Réseau universitaire de Bioéthique.

Outre ses articles, elle a publié des manuels, parmi lesquels : Droit public de l'économie (2019), Droit de l'urbanisme (2014) ; Droit des entreprises publiques (2009) ; Droit des services publics (1998) .

Parmi les ouvrages qu'elle dirigea dans le domaine du droit de la santé et de la biomédecine, nous trouvons notamment: Administration et démocratie (2014) ; La maladie et le droit (2014), Corps de la femme et biomédecine (avec Pr. Brigitte Feuillet Liger, Bruxelles Bruylant 2013) ; Commentaire des grands textes du droit de la santé (2012) ; Le principe du consentement éclairé en matière de recherche et de soins (2012), La responsabilité médicale (2006).

« L'avenir est l'organe principal et primaire de la vie humaine.⁷¹ ». Jose Ortega y Gasset

« Si on trouvait un moyen de se rendre maître de tout ce qui peut arriver à un certain nombre d'hommes, de disposer tout ce qui les environne, de manière à opérer sur eux l'impression que l'on veut produire, de s'assurer de leurs actions, de leurs liaisons, de toutes les circonstances de leur vie, en sorte que rien ne pût échapper ni contrarier l'effet désiré, on ne peut pas douter qu'un moyen de cette espèce ne fût un instrument très énergique et très utile que les gouvernements pourraient appliquer à différents objets de la plus haute importance ». Jeremy Bentham, Le Panoptique.

La crise du Covid⁷², comme on a pris coutume de la dénommer, peut être vue comme la rupture brusque d'un système (et même de plusieurs

⁷¹La révolte des masses. « La vie est une opération qui se fait vers l'avant. Chacun de nous est, d'abord et avant tout, avenir. Tout le reste, présent et passé, surgit chez l'homme en vue de l'avenir ».

⁷²« Après Le Larousse, Le Robert a fait le choix d'intégrer le "Covid" à son édition 2022 en l'accordant au masculin - tout en permettant le féminin -, le dotant au passage d'une minuscule. Les responsables du dictionnaire ont indiqué s'être appuyés sur les usages en vigueur dans la population ». <https://www.lci.fr/societe/covid-feminin-ou-masculin-une-bonne-fois-pour-toutes-doit-on-dire-le-ou-la-pour-la-maladie-du-coronavirus-2188539.html>

systèmes), accompagnée d'une perte de maîtrise des décideurs, d'un désarroi de ces acteurs ou personnes dans l'action, qui n'ont plus su ce qu'il fallait faire, comment ils devaient agir ou réagir. Face à eux, et dans l'attente des décisions qui seraient prises, qui *devaient* être prises, des citoyens, désarmés et inquiets. La situation était grave car si toute crise entraîne la perte de nos repères habituels, ceci est encore plus vrai lorsque celle-ci a des conséquences sanitaires, qu'elle entraîne hospitalisations et décès, qu'elle est d'une ampleur et d'une gravité inattendue, comme le fut celle du Covid-19.

Toute crise majeure, frappant un Etat et même le monde dans sa totalité, met face à face deux groupes d'acteurs : d'un côté, ceux qui la *subissent*, sans marge d'action aucune et qui détiennent peu d'informations fiables et, de l'autre côté, ceux qui la *subissent* mais en possession de moyens d'action et bien davantage d'informations que les premiers, même si en fait, lesdites informations sont hétérogènes, contradictoires, tronquées. Si ce tableau peut apparaître inéquitable, il n'en est rien en réalité car ces acteurs « éclairés » sont en contrepartie dotés d'une lourde responsabilité, d'une véritable mission éthique : c'est à eux qu'incombe la tâche de *décider* dans le but de réduire les impacts de la crise sur les citoyens désarmés.

Quelle éthique alors doit être celle de ces décideurs, dénommés dans notre intitulé les « parties prenantes »? Plus généralement, quelle éthique devrait être celle des gouvernants pour que leur cité se rapproche un tant soit peu de l'utopique cité idéale de Platon⁷³, pour qu'ils donnent aux citoyens une image qui se rapprocherait de la vertu. L'être qui commande ne doit-il pas en effet avoir « la vertu morale dans toute sa perfection » ?⁷⁴

Quant au sens à donner ici à l'éthique, parmi tous les sens existants, répondant chacun à une conception philosophique, nous dirons d'abord que, d'une manière générale, l'éthique tente toujours de répondre à une question : « *comment vivre une situation, un évènement, une action ?* » et, étant une morale de l'action, la question de savoir « *quelle décision prendre face à une alternative, un dilemme ?* »⁷⁵. Entre l'éthique

⁷³La République, Livre IV.

⁷⁴Aristote, *La Politique*, Livre I, Chapitre 5.

⁷⁵Michel JORAS, « *Ethique et crise* ». www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2011-1-page-49.htm

kantienne, ou *éthique de conviction*, qui exige de l'homme qu'il fasse son devoir sur la base de ses valeurs propres et *l'éthique de responsabilité* de Hans Jonas, rationnelle par rapport à une finalité, s'insèrent d'autres conceptions, mettant chacune en exergue une exigence de comportement particulière, un angle précis d'évaluation de l'action éthique : ce peut être, par exemple, le consensus entre des valeurs partagées (Jürgen Habermas) ou la prise en compte de l'intérêt d'autrui (Emmanuel Levinas).

L'éthique exige donc toujours un détour par le raisonnement, car elle doit répondre à une situation donnée, par le biais d'un choix plus ou moins complexe, plus ou moins douloureux. Les valeurs universelles incontestées qui la fondent, notamment celui de la *bienfaisance* ou de la *non-malfaisance*, doivent parfois se moduler en fonction des exigences propres à une société et de sa culture. Ces mêmes valeurs font que l'éthique récuse la prise en compte des intérêts individuels prioritairement aux intérêts de la collectivité.

A travers la présente réflexion, nous souhaitons nous questionner, dans le contexte de la crise du Covid, tel qu'il fut vécu en Tunisie, sur les *obligations inhérentes à l'exercice d'une responsabilité en période de crise*. Notre objectif est de tenter de savoir *dans quelle mesure les décisions prises dans ce contexte particulier y furent adaptées, répondirent aux attentes citoyennes* (Première partie)? Dans le cas contraire, dans le cas de *non-décision* ou de *mauvaise décision*, quelle part de responsabilité devrait porter les décideur(s)? De quoi et dans quelle mesure seraient-ils redevables face à leurs citoyens ? Et comment pourrait-on contrer ou au moins limiter, dans l'avenir, de tels mauvais choix et improvisations (Deuxième partie)?

Première partie : une éthique défaillante

On s'attend, de la part de gouvernants, de décideurs, d'hommes de pouvoir, à ce qu'ils aient une vue exhaustive de la situation plus ou moins dramatique vécue par la collectivité. On suppose que leur vue sera juste, claire, et que, logiquement et presque naturellement, ils sachent y répondre en agissant *bien*. C'est comme si nous étions convaincus du postulat que, du fait de leurs fonctions, de leurs moyens, de leurs pouvoirs, les décideurs, « *savent* » et qu'ils « *saurent faire* ». On leur attribue, on leur suppose, on leur prête des qualités et notamment

une « *intelligence* » de la situation, une pertinence des décisions à prendre, une exemplarité de comportements. Intrinsèquement dotés de valeurs éthiques, conscients, clairvoyants, courageux et responsables, ces décideurs sauront agir comme il faut et quand il faut, pour le bien-être de leur population, ils sauront dépasser la crise, la vaincre. Il nous en sont redevables.

Au sein même de cette projection idéalisée de notre imaginaire collectif, sorte d'image d'Épinal de l'éthique des gouvernants, il faudrait tenter de saisir quelles sont les constantes qui doivent marquer leurs obligations politiques⁷⁶, particulièrement en cas de crise ? Ces obligations dont ils nous sont redevables, se situent, d'une part, en amont de la crise (A) et, d'autre part, concomitamment à celle-ci (B).

A. La faille éthique originelle

« *L'ambition collective de nos sociétés est sans conteste à l'origine de ce désaveu d'une conduite anticipatrice* »⁷⁷.

La question première serait de savoir si la crise du Covid est, au moins en partie, une crise *d'anticipation*, c'est-à-dire d'une crise dont on aurait pu réduire les conséquences en la prévoyant, rendant ainsi possible la prise de décisions rapides et plus adaptées.

La réponse semble s'imposer d'elle-même : le premier devoir éthique auquel les *parties prenantes* ont failli lors de la crise du Covid est ne pas avoir anticipé, sans doute car ils ne savaient pas le faire. L'anticipation étant la prise d'avance sur une situation future, le fait de, devancer celle-ci la transforme en une sorte de *problématisation du futur*⁷⁸. C'est dans l'anticipation que les gouvernants se posent des questions et recherchent des choix éthiques pour une situation de crise probable : savoir quelles actions prioriser, vers quelle population se tourner prioritairement, quels besoins laisser provisoirement en attente, de

⁷⁶ Politique est pris ici dans le sens de *Politikè* ou d'art politique, en référence à la pratique du pouvoir.

⁷⁷Pour une éthique de l'anticipation, <https://cercle-k2.fr/etudes/pour-une-ethique-de-l-anticipation-368>

⁷⁸Voir V. November, A. Azémar, S. Lecacheux et T. Winter : « Le couple anticipation/décision aux prises avec l'exceptionnel, l'imprévu et l'incertitude ». <https://doi.org/10.4000/echogeo.18949>

Dans le même sens, L. Coutellec, P.-L. Weil-Dubuc : « Les figures de l'anticipation ou comment prendre soin du futur ». <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2016-2-page-14.htm>

quelle manière intégrer les approches de précaution⁷⁹. Signe d'incapacité ou reflet de nos peurs profondes face aux possibles catastrophes qui pourraient nous toucher, nous n'avons pas su anticiper la crise du Covid ou, au moins, anticiper sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire les conséquences d'une crise sanitaire⁸⁰.

Comme nombre d'autres dirigeants du monde, pour ne pas dire tous les dirigeants, la première défaillance des gouvernants tunisiens fut de n'avoir pas su mettre en œuvre une « *éthique de notre attention envers le futur, du soin que nous portons à ce futur* »⁸¹. La première attitude d'anticipation des crises sanitaire concernait au premier chef l'état du système sanitaire, base de la lutte contre le Covid. Or, la précarité du secteur de la santé était connue de tous, ses lacunes étaient, depuis longtemps, pointées du doigt. Pourtant, aucune stratégie d'anticipation dans le cas de la survenance d'une crise sanitaire n'avait été élaborée, aucune politique publique de santé pérenne digne de ce nom n'avait vu le jour depuis des décennies, comme le révélera par la suite le manque de lits de réanimation ou de concentrateurs d'oxygène. C'est à ce niveau que le gouvernement de l'époque⁸², entré en fonction début mars 2020, avec peu d'expérience politique, dut subir les premières conséquences de l'absence d'anticipation du gouvernement précédent avec la cruelle pénurie de masques, de gel hydro alcoolique et de tests PCR.

C'est comme si la pandémie n'avait été considérée que comme une banale maladie transmissible, une simple question technique à régler.

Cette *non-prévision* des conséquences d'une situation est une responsabilité éthique à laquelle nos dirigeants ont failli et cela débouchera en toute logique sur une gestion à court terme de la crise, qui génèrera d'autres conséquences. « *Les choix à opérer sont plus*

⁷⁹ P. Lascoumes, « *La précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité* ». L'année sociologique 1996 p.359.

⁸⁰ Lorsqu'on anticipe, on se donne, par avance, des moyens qui permettraient de dominer une situation d'urgence et ce, en considérant les multiples facettes du problème à résoudre, en mettant en place des processus de décision. C'est une attitude éthique car les décideurs travaillent autour de valeurs communes en ayant en point de mire, le bien-être de la population.

⁸¹ L. Coutellec et p-L. Weil-Dubuc, *Op. cit.* p.16

⁸² Il s'agit du gouvernement constitué par le chef du gouvernement Elyès Fakhfakh (27 février au 2 septembre 2020).

précipités, de sorte que les étapes courantes de gestion (...) peuvent être escamotées »⁸³.

Absence d'anticipation, mais aussi absence d'évaluation *ex post* des différentes mesures prises à divers moments de la crise, dans le but de mieux agir lors de la phase suivante. Lorsque, en mai 2020, les chiffres des nouveaux cas vont diminuer, il n'y aura pas d'analyse suffisante de la situation, sur la base des données fournies par les scientifiques, afin de poursuivre avec une meilleure stratégie⁸⁴. Cet enlisement coupable des politiques dans une attitude de décisions non réfléchies, quasiment mécanisées, se perpétuera alors même que les connaissances relatives au virus du Covid s'amélioreraient, permettant de mieux réfléchir et prévoir.

Ainsi, en juillet 2020, une mauvaise évaluation des choix, des intérêts en présence et des priorités fera prendre de mauvaises décisions. Le choix prioritaire sera celui du sauvetage de la saison touristique par l'ouverture des frontières, sans restriction ni contrôle, aux voyageurs en provenance des zones vertes, ce qui contribuera à provoquer la seconde vague épidémique de l'automne-hiver 2020.

D'un autre côté, il est clair qu'une lutte contre un vecteur de crise ne peut porter ses fruits que si elle s'insère dans une stratégie de coercition et de sanctions. Or, là aussi, les failles de l'anticipation, en termes de contrainte, apparaissent. Le laxisme général⁸⁵ accélèrera la deuxième vague de contaminations, plus meurtrière que la première, dès décembre 2020, aggravée par le manque de ressources et l'étiollement de la confiance de la population.

Une autre faille sera par la suite celle qui concernera l'anticipation de la mise en place de la campagne vaccinale avec des commandes des vaccins faites tardivement et un démarrage laborieux en mars 2021⁸⁶.

⁸³ J. Fernandes : Enjeux éthiques de l'exercice de pouvoirs publics en temps de crise. .Publié sur <https://calenda.org/852854> le 9 mars 2021.

⁸⁴ Ceci provoquera une attitude de « légèreté » des Tunisiens, sûrs d'avoir vaincu le virus en septembre 2020 où on n'enregistre que 54 décès liés au Covid.

⁸⁵ Aucun contrôle du respect des mesures décrétées, aucune sanction appliquée en cas d'infraction

⁸⁶ Elle subira deux bugs informatiques, dont l'un qui effacera 60.000 noms de la base de données.

Non anticipée, la crise du Covid sera également mal gérée avec nombre de décisions inadéquates qui seront prises lorsque les pics de contaminations se succéderont et que les décès se multiplieront.

B. La myopie temporelle, aggravation attendue⁸⁷

S'il n'y a pas eu d'éthique du futur, puisqu'il n'y eut pas d'anticipation, il faudrait s'interroger pour savoir s'il y eut au moins eu une responsabilité éthique relevée dans la gestion de la crise du Covid. Même s'il est utopique de croire qu'un décideur puisse prendre la *meilleure* des décisions, faute d'une évaluation et d'une réflexion antérieures, comment faire pour que cette décision soit la moins critiquable possible, qu'elle sauvegarde de bonnes valeurs ? Comment savoir avec certitude qu'il s'agit d'une décision correcte, alors même que le contrôle sur cette décision ne se fera qu'à moyen et long terme, lorsque se révéleront ses effets négatifs ou pervers ?

Dès le mois de mars 2020, la Tunisie va se trouver engagée « *dans une course infernale contre la pandémie. Les périodes de confinement, assorties de mesures drastiques, alternent avec des déconfinements partiels perçus par la population comme une levée de toutes les restrictions et un retour à la vie normale* »⁸⁸. Les choix éthiques vont se multiplier et « *plusieurs décisions comportent une dimension tragique, puisqu'elles généreront des conséquences négatives pour certains groupes d'individus, même si elles sont de compte justifiables* »⁸⁹. En effet, pour ce qui concerne l'activité des hôpitaux, à côté des actions de lutte et de soin contre le Covid, mises en place dans l'urgence, en tâtonnant et souvent en copiant d'autres pays, il fallait maintenir certaines activités opérationnelles régulières, reporter des rendez-vous et des interventions chirurgicales. Il fallait réguler le secteur et toutes les décisions auront des conséquences prévues ou imprévues⁹⁰. Ces effets pervers et inattendus sont difficiles à évaluer à l'avance.

Les gouvernants recentrèrent sur la pandémie l'essentiel de leur activité, mais le fait qu'ils aient dû agir dans l'urgence, dans cette situation

⁸⁷ L. Coutellec, *op.cit.*

⁸⁸ F. Dahmani, « Covid-19 en Tunisie : pourquoi un tel fiasco dans la gestion de la pandémie ? »

Jeune Afrique 27 mai 2021.
<https://www.jeuneafrique.com/1179041/politique/covid-19-en-tunisie-pourquoi-un-tel-fiasco-dans-la-gestion-de-la-pandemie/>

⁸⁹ [http://gpp.oig.qc.ca/Start.htm#t=Demarche de prise de decision ethique.htm](http://gpp.oig.qc.ca/Start.htm#t=Demarche%20de%20prise%20de%20decision%20ethique.htm)

⁹⁰ Comme le nombre des décès indirectement liés au Covid.

d'obligation d'agir puisque les citoyens étaient dans l'attente, leur fit commettre dès le départ des erreurs d'évaluation avec la prise de décisions approximatives. Nous pensons ici à la fermeture des frontières dès le 18 mars et au confinement total le 22 mars, suite aux recommandations de l'OMS⁹¹. Isolé du monde, replié sur lui-même, le pays semblait avoir maîtrisé le virus. Mais la sévérité excessive des mesures décrétées fut l'erreur initiale qui génèrera nombre de conséquences négatives sur la suite de la crise. A posteriori, elle se révèle comme un manque flagrant d'intelligence collective et de clairvoyance. Les décideurs n'ont pas su doser la sévérité des mesures pour juguler et gérer la crise ; ils n'ont pas su composer avec les caractéristiques de leur société⁹².

Cette absence de *finesse* et de *discernement* ne cesseront dès lors plus : même une fois la crise déclarée, même à la fin d'une période de pic viral, dans ce que l'on pourrait appeler une période de *rémission* , alors qu'il n'y avait plus d'urgence, les décideurs n'évaluèrent jamais le passé, n'anticipèrent pas le futur. Ils continuèrent à prendre, de manière répétitive et quasiment automatique, des mesures impromptues et insuffisamment réfléchies. Or, le contexte de crise socio-économique de l'époque précipitera l'exaspération de citoyens qui ne vont plus saisir la portée des mesures prises, car se voyant plus directement menacés par le tarissement de leurs revenus que par ce qu'ils considèrent comme un hypothétique virus. Pour ces citoyens en détresse, la priorité était bien plus de ne pas mourir de faim et de pouvoir assurer une subsistance minimale à leur famille. Or c'est là l'exemple type du dilemme éthique qui aurait dû guider l'action des gouvernants⁹³.

La crise du Covid a mis en lumière, dans ce contexte de l'action en urgence, des états de fait importants. Apparaît **d'abord** les conséquences

⁹¹ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>

⁹² Les citoyens semblèrent pourtant, dans un premier temps, compréhensifs des sacrifices qu'on leur imposait et notamment le confinement et ils firent preuve de solidarité et de générosité avec leur participation massive au fonds 18/18

⁹³ La suspension des soins autres que le Covid dans les hôpitaux, le report des rendez-vous pour les consultations externes et les interventions chirurgicales l'isolement des personnes âgées, privées de la visite de leur famille; les problèmes de violence domestique liés, ou de santé mentale pour les personnes déjà fragiles, les retards scolaires, la situation des familles précaires ou vivant dans des conditions matérielles difficiles....se cumulent avec le ralentissement économique en lien avec le confinement (Enjeux éthiques de la pandémie de Covid-19 : précaution et déconfinement).

liées à la relation forte et complexe entre la *science*, la *politique* et l'*éthique*. Les décideurs politiques étaient tenus de composer avec les scientifiques, sachant que ces derniers n'avaient, au moins dans les premiers mois de la crise, que des connaissances limitées sur le virus. Ces approximations n'auraient pas dû empêcher le politique, dans cette situation à la fois urgente et brumeuse⁹⁴, de tenir davantage compte des conclusions et propositions des scientifiques. Car malgré tous les aléas de leurs connaissances incomplètes, Ils demeuraient les mieux placés pour une vision globale de la situation⁹⁵. L'argument que l'urgence exige une centralisation de la décision ne signifie pas que le rôle des scientifiques doit être celui de simple caution de décisions politiques.

Il y a **ensuite** le fait que la situation de crise, par nature, génère des tensions nouvelles et exacerbe les anciennes, justement du fait que les décideurs ont une « *perception partielle de la situation en cours, construite sur la base d'informations hétérogènes et incomplètes dans un volume de temps et d'espace évolutif* »⁹⁶. Ils ne sont plus vraiment en situation de doser sereinement et équitablement les tensions entre l'intérêt général et les intérêts privés des citoyens, privilégiant ainsi un aspect de la crise. Du fait de l'atomisation des informations, ils font alors des choix éthiques approximatifs, sans en réaliser l'ensemble des conséquences négatives.

Enfin, l'autre preuve de la mauvaise gestion de la crise du Covid fut l'absence de réflexion éthique et ce qu'on pourrait dénommer l'étroitesse de vue des gouvernants. De manière quasi-automatique, à chaque nouvelle vague, les mêmes mesures seront prises, qui péchaient par leur partialité puisqu'elles appauvrissaient toujours davantage les classes modestes et par leur manque d'effectivité puisqu'elles n'étaient ni respectées, ni sanctionnées⁹⁷.

⁹⁴C'est la situation type où le pouvoir doit réagir vite et de manière centralisé : notamment sur la propagation du virus, les mesures à prendre pour le contenir, l'immunité acquise par une personne ayant été infectée ainsi que l'effet des mesures de déconfinement.

⁹⁵[http://gpp.oiq.qc.ca/Start.htm#t=Demarche de prise de decision ethique.htm](http://gpp.oiq.qc.ca/Start.htm#t=Demarche%20de%20prise%20de%20decision%20ethique.htm)

⁹⁶Voir V. November et *al.*, *Op. Cit.* Les auteurs se réfèrent à la théorie de M.R. Endsley, sur la conscience de la situation.

⁹⁷ Le 6 juillet 2021, les gouverneurs du Grand-Tunis prolongent l'application des mesures décidées depuis le mois de Ramadan jusqu'au 31 juillet 2021. Il s'agit notamment de l'interdiction de la circulation des véhicules entre les gouvernorats durant les week-ends, du couvre-feu de 20h à 5h du matin, de la suspension des marchés hebdomadaires, de l'interdiction de l'utilisation des espaces intérieurs

Un autre enjeu éthique où les décideurs-parties prenantes montrèrent leurs limites, malgré l'absence d'urgence sera celui du déconfinement. Là encore, au lieu d'anticiper en réfléchissant à un calendrier, à des mesures d'accompagnement, tout en continuant de protéger la population contre la propagation du virus, ils semblèrent céder systématiquement à la pression de l'un ou de l'autre des acteurs.

Nous pourrions rajouter à ces erreurs spécifiques à la gestion de la crise sanitaire l'incompétence politique qui aggravera la gestion de la crise : les mauvais choix de ministres, le fait de n'avoir pas su dépasser, ou au moins laisser de côté, la crise politique⁹⁸ au profit du bien-être de la population et donc de ne pas avoir su hiérarchiser des priorités. Face à un pays fragilisé, face à des franges de population de plus en plus nombreuses en situation de précarité, face à un système hospitalier souvent dépassé, cruellement désarmé mais toujours responsable et à un manque d'implication du secteur privé, les réactions n'allaient pas tarder à se manifester, une fois l'urgence sanitaire dépassée.

A un autre niveau, les pouvoirs exceptionnels des décideurs suite à la proclamation de l'état d'urgence sanitaire⁹⁹ posent une autre interrogation éthique qui est celle de la limite de leur liberté d'action, ces pouvoirs exercés, quasiment sans contrôle, étant des limites aux libertés citoyennes.

Deuxième partie. Redevabilité et reddition des comptes : vers une éthique instaurée ?

Dans quelle mesure la crise du Covid a-t-elle modifié l'environnement éthique des décideurs publics ? Dans quelle mesure la population a-t-elle gardé sa confiance à leur endroit l'a-t-elle réduit à zéro ?

L'accumulation d'erreurs, les défaillances réitérées, le manque de vision d'ensemble, l'absence de démarche éthique globale brouillent les

des cafés et restaurants en plus de l'arrêt de la consommation sur place à partir de 16h. Ce ne sera qu'à partir du mois d'août 2021 que le couvre-feu sera progressivement allégé et que la circulation entre les gouvernorats sera à nouveau autorisée.

⁹⁸ Les dissensions au sommet de l'État ont fait que le Conseil national de sécurité ne se réunit pas depuis mars 2021.

⁹⁹ Loi 2020-19 du 12 avril 2020 habilitant le Chef du Gouvernement à prendre des décrets lois dans l'objectif de faire face aux répercussions de la propagation du Coronavirus (Covid-19)

relations entre les gouvernants et leurs citoyens. S'il est clair qu'un décideur ne peut être responsable de tous ses choix, qu'il existe un degré d'erreurs concevables et admissibles, inhérent à l'exercice de toute mission, on peut s'interroger sur le degré d'insatisfaction citoyenne. Ce serait à partir de ce dépassement qu'un décideur deviendrait redevable de ses actions, de ses choix non éthiques (A). La gestion de la crise du Covid ayant été la tragique occasion du constat des incapacités et approximations nationales, les représentants de la société internationale spécialisés dans le domaine de la santé, l'OMS en l'occurrence, décidèrent de réagir et d'établir des normes unifiées d'anticipation et de réaction face à une future pandémie. Même si ce choix part d'une démarche éthique, il pose la question de savoir si une organisation internationale peut se substituer à des Etats et imposer des règles de conduite standard pour tempérer les effets des futures crises (B) ?

A. Le temps de la redevabilité

De quoi devrait être redevable un décideur, une « partie prenante » ? Et surtout, comment devrait se mesurer cette redevabilité ? Là encore, c'est le critère éthique qui doit être mis en avant à travers la question posée : dans quelle mesure les décisions prises durant la période précédente ont-elles eu des conséquences plus graves que ce contre quoi elles étaient censées lutter ? Dans quelle mesure les défaillances répétées des parties prenantes, leurs erreurs accumulées ont-elles mené à une remise en cause du théorique *contrat social*, tel qu'existant dans la vision de John Locke¹⁰⁰ ?

Lors de la crise du Covid, les gouvernants de chaque Etat ont commis des erreurs qui leur sont spécifiques, car répondant à une situation propre, s'adressant à des populations particulières. L'exigence d'une reddition des comptes, prise dans son sens large en tant que demande de clarification de la part de la société civile, pour des actions passées, de demandes justifications a posteriori, fait son apparition une fois la crise passée¹⁰¹. Quels seraient alors en Tunisie les reproches précis,

¹⁰⁰ *Second traité du gouvernement*. PUF 1994.

¹⁰¹ Des mesures plus précises peuvent être exigées de la part des citoyens, comme pour l'utilisation des fonds du 1818 en Tunisie ou les recours contentieux, comme en France La délicate question de savoir si la politique peut relever de la justice se pose après la mise en examen, le 10 septembre, de l'ancienne ministre de la Santé Anne Buzyn pour "mise en danger de la vie d'autrui".

visant des attitudes non éthiques, que l'on pourrait adresser aux *parties agissantes* concernant les 18 mois passés ?

Nous aurons ainsi en ligne de mire ce que l'on pourrait appeler une **indélicatesse éthique** avec les demi-vérités des gouvernants. Il est clair par exemple clair que, contrairement à ce que soutenait la ministre de la Santé sortante¹⁰², aucune véritable stratégie de lutte contre le Covid n'avait été élaborée en janvier-février 2020, aucune réflexion d'ensemble n'avait été menée pour limiter les effets de la pandémie. Encore plus loin dans le temps, il est clair aussi qu'aucune politique publique destinée à améliorer l'état des infrastructures, valoriser le personnel de santé, leur donner des moyens conséquents de travail n'avait jamais vu le jour¹⁰³.

Le **manque de compétences** ou d'expertise eut pour effet la prise de mesures aux conséquences perverses ou négatives indirectes. Qu'il s'agisse de mesures inappropriées, ne tenant pas compte de la culture et des habitudes de vie de la société à laquelle elles s'adressaient, ou qu'il s'agisse de mesures insuffisamment réfléchies ou copiées dans la précipitation d'autres pays. Les effets inattendus ou sous-estimés les plus graves furent l'appauvrissement de la population, particulièrement les classes les plus précaires, le creusement des écarts socioéconomiques, l'aggravation des maladies de longue durée avec des létalités en hausse....

Le **manque de réactivité des décideurs** durant la crise fut une autre attitude qui révèle un manque d'éthique. La responsabilité n'implique-t-elle pas l'action et, qui plus est, l'action bonne ? Souvent, au cours des périodes considérées, couvrant chacune une vague de contaminations, on releva ce manque de vision globale, véritable incompréhension des décideurs de la véritable portée d'un problème¹⁰⁴, l'immobilisme des

¹⁰²L'ancienne ministre de la santé Sonia Ben Cheikh (mars 2019-février 2020) avait annoncé une stratégie visant à prévenir la pénétration du virus sur le sol tunisien en renforçant le contrôle notamment dans les aéroports. Cette stratégie avait prévu également l'installation de centres d'isolement médical en collaboration avec le ministère du Tourisme. <https://www.businessnews.com.tn/sonia-ben-cheikh--le-staff-medical-tunisien-est-pret-a-faire-face-a-la-propagation-du-covid-19,520,95602,3>

¹⁰³Ce secteur, qui souffre cruellement de son délaissement et de son manque de moyens, voit les mouvements de grèves répétés le toucher depuis de nombreuses années..

¹⁰⁴On peut donner comme exemples la campagne vaccinale ou les retards dans l'attribution des aides...

dirigeants : « *Les dirigeants n'ont rien appris, ils ne semblent même pas vivre dans le même pays. La pandémie a démontré la nécessité de réviser le rôle de l'administration, qui plombe la prise de décision à force de centralisation* »¹⁰⁵. L'**incapacité** du ministère de la santé, entendu comme administration et non dans ses structures hospitalières, fut souvent flagrante¹⁰⁶. Acteur clé du gouvernement s'il en faut, il fut à certains moments dépassé par les événements à gérer¹⁰⁷.

L'**enfermement** de ces mêmes dirigeants dans leur « bulle » de pouvoir, dans ce que l'on pourrait appeler leur *autisme* aggravera leur déphasage face à une société en désarroi.

Leur communication défailante ou inexistante¹⁰⁸, leur manque d'empathie citoyenne, leur peu d'efforts pédagogiques, leurs querelles intestines et leur égocentrisme¹⁰⁹, ainsi que le manque de transparence dans la gestion de la crise achevèrent leur déconnexion de la société et les voua aux gémonies, lorsque la crise s'estompa quelque peu.

Enfin, une faille éthique d'envergure des gouvernants fut, à certains moments, leur **absence d'exemplarité**. En février 2021, en plein pic viral, des citoyens abasourdis, incrédules et désarmés voient se tenir les rassemblements autorisés de deux grands partis politiques ennemis, soit le Parti démocratique libre et le parti Ennahdha, avec des centaines de participants¹¹⁰. De même, en juillet 2021, en plein confinement estival et de couvre-feu à 20H, ils apprennent que leur chef de gouvernement,

¹⁰⁵ Karim Bouzouita (expert en communication politique), cité par F. Dahmani, *Op. Cit.*

¹⁰⁶ Ni le ministère de la santé, ni le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens n'ont mis un frein au phénomène d'automédication (achat en pharmacie d'un pack de médicaments sans prescription), et cette passivité coupable a généré de nombreuses conséquences négatives dans la gestion de la crise Covid. Ceci a notamment biaisé l'évaluation de la diffusion du virus, ce qui a brouillé les statistiques et fait que les patients ne se sont adressés à des médecins qu'en dernier recours, souvent dans un état nécessitant une hospitalisation. Frida Dahmani, article précité.

¹⁰⁷ Pour ne pas tomber dans l'impartialité, il faudrait sans doute rajouter ici le rôle néfaste et polémiste que jouèrent systématiquement les médias tout au long de la crise du Covid, qui firent grimper leur audimat en invitant des scientifiques non toujours avertis ou objectifs.

¹⁰⁸ « *Faute d'une campagne de vulgarisation, faute de mise à jour des informations scientifiques et médicales, beaucoup de personnes penseront n'avoir qu'une grippe saisonnière* ». F. Dahmani, op.cit.

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ Ces rassemblements se sont tenus avec l'aval du gouvernement.

accompagné d'autres membres de son gouvernement, tient ses réunions de travail dans un hôtel de luxe à Hammamet¹¹¹.

Une suite d'erreurs politiques et de décisions réitérées et inappropriées aboutira à la remise en cause cuisante des décideurs¹¹². Car dès le printemps 2021, malgré une hausse continue des contaminations, les restrictions étaient de moins en moins respectées. Au fil des semaines, les décisions gouvernementales eurent de moins en moins d'effets sur les citoyens, l'irresponsabilité éthique se conjuguant avec l'absence de contrôles réels et de véritables sanctions¹¹³. Les actions individuelles des citoyens¹¹⁴ iront même jusqu'à se structurer, à la fin du mois de Ramadan 2021, du fait de la brusque décision de confinement et de fermeture des commerces non essentiels. A l'appel du bureau de la centrale patronale de Nabeul, et de celui de la centrale syndicale, qui prônent indirectement la **désobéissance civile**, de grandes enseignes décident d'ouvrir leurs portes¹¹⁵. Ce rejet massif des mesures gouvernementales apparaît clairement comme une forme de sanction et révèle le manque de confiance des citoyens à leur égard.

On assiste alors à une déliquescence diffuse et généralisée du pouvoir, une déconsidération franche des parties prenantes avec la disparition de la crainte de la sanction. L'ordre public, ciment d'une société, n'est plus, la conviction et il n'y a plus de confiance dans les dirigeants. Le terme même de « *pouvoir* » politique, dans son sens fédérateur et bienfaisant, se trouve vidé de son sens.

B. L'éthique imposée, solution ultime ?

La pandémie du Covid a montré qu'aucun pays ne pouvait faire face seul à une crise sanitaire. Le problème révélé par cette crise est l'absence de préparation des Etats à prévenir, détecter, faire face à des pandémies, malgré une menace révélée dès 2019. Le 31 mai 2021, lors de la 74^{ème} Assemblée mondiale de la santé de l'OMS, 25 chefs d'Etat se déclarent

¹¹¹ <https://www.businessnews.com.tn/hasdrubal-gate-des-deputes-denoncent-latitude-du-gouvernement-meii,520,110255,3>

¹¹² Et même à leur rejet collectif et euphorique le 25 juillet 2021.

¹¹³ Et sans doute aussi beaucoup de corruption.

¹¹⁴ On voit une population qui préfère éviter les très hypothétiques contrôles policiers, de crainte des conséquences d'une mesure de quarantaine sur eux et leur famille, ou par manque de moyens financiers qui permettraient leur hospitalisation dans une clinique privée, au vu de la saturation des établissements publics.

¹¹⁵ <https://www.tunisienumerique.com/tunisie-nabeul-lutica-et-lugtt-declarent-la-desobeissance-civile-face-au-gouvernement/>

en faveur d'un traité international destiné à améliorer les réactions nationales face aux pandémies et aux urgences sanitaires. Cette décision fut actée le 1^{er} décembre 2021 : l'Assemblée Mondiale de la santé, réunie en session extraordinaire, adopte une décision unique intitulée « *Le monde ensemble* » qui établit un organe intergouvernemental de négociation, chargée de rédiger un instrument international sur « l'intervention, la préparation et l'intervention en cas de pandémie d'ici 2024 »¹¹⁶.

Ce qui semble être devenu une priorité pour l'OMS entre en réalité dans ses compétences puisqu'elle doit proposer des conventions, des règlements, des recommandations concernant les questions de santé internationales¹¹⁷. L'OMS déplore qu'à cause notamment de l'inexistence d'un système de lutte unifié, beaucoup de pays se soient affranchis de ses directives durant la pandémie¹¹⁸. L'OMS reconnaît que les mécanismes de lutte dont elle dispose demeurent fragiles : elle n'a pas les moyens de faire respecter ses normes, ce qui peut faire parler de l'échec du système mondial de gouvernance de la santé¹¹⁹. Le nouvel instrument permettrait une action collective et coordonnées, assurant l'accès universel aux diagnostics, vaccins, médicaments. Pour l'OMS, « *la pandémie est essentiellement une crise de la solidarité qui a révélé au grand jour les faiblesses fondamentales de l'architecture mondiale de la santé, et qui les a exacerbées* »¹²⁰.

Selon le directeur général de l'OMS, cet instrument international serait indispensable à l'avenir pour que les Etats puissent surmonter de nouvelles pandémies. Il « *pourrait permettre d'établir des principes concertés de haut niveau destinés à renforcer la solidarité et l'équité(...). Un tel accord permettrait d'établir un cadre général destiné*

¹¹⁶ Lors de la 77^{ème} Assemblée mondiale de la santé. Voir <https://www.who.int/fr/news/item/01-12-2021-world-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-agreement-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response>

¹¹⁷ Le Règlement sanitaire international a été adopté en 1951, suite à la constitution de l'OMS en 1948, pour lutter à l'origine contre les maladies infectieuses graves.

¹¹⁸ Par exemple, pour les restrictions de voyage, de commerce, l'inégalité dans la distribution des vaccins

¹¹⁹ L'OMS relève elle-même les failles du système mondial de protection des populations contre les pandémies : privation des personnes vulnérables de vaccins, manque d'équipements, égoïsme mondial. Voir lien cité en note (38).

¹²⁰ Allocution du Directeur général de l'OMS, Dr. Tedros Adhanom, à la première session du Forum mondial sur les nouvelles préoccupations en matière de sécurité, à la session consacrée à la sécurité sanitaire : « *La coopération internationale au service d'un renforcement de la riposte face aux nouvelles crises sanitaires et sécuritaires* ».

à favoriser une plus grande coopération internationale et permettrait de renforcer la sécurité sanitaire mondiale (...)».¹²¹

Car aujourd'hui, le seul instrument dont dispose l'OMS est le Règlement sanitaire international, « *destiné à prévenir la propagation internationale des maladies* ». Mais il est loin de suffire car « *il se contente d'exiger les capacités minimales à mettre en place par les Etats Parties pour « détecter, évaluer, signaler, répondre » à une potentielle urgence de santé publique de portée internationale. Ce RSI ne disparaîtrait pas mais deviendrait un appui pour le futur traité.*

Nous demeurons, quant à nous, dans l'expectative concernant ce décret : pourra-t-il réellement se substituer à des politiques publiques nationales ? « *L'élaboration d'une convention, d'un accord ou d'un autre instrument international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies...* » présentera-t-elle réellement des avantages¹²² ? Un traité international pourra-t-il réellement contraindre des Etats de niveaux disparates à agir dans un sens déterminé ? Et surtout, quelle sera son effectivité ? Ne serait-ce pas une sorte de vœu pieux ou, pis encore, une hypocrisie généralisée pour que la communauté internationale se donne bonne conscience ?

Peut-être, pour tempérer quelque peu nos critiques et finir sur une note d'optimisme, nous évoquerons les avancées des législations nationales et, dans une moindre mesure, dans les comportements des citoyens, avec un début de prise de conscience, du fait de l'existence et de l'application d'autres conventions internationales, conclues sous l'égide des Nations Unies, telles la Convention de lutte contre la corruption ou la convention-cadre sur les changements climatiques ?

Comme conclusion, nous dirons, que si « *nier, croire et douter sont à l'homme ce que le courir est au cheval* »¹²³, ne faudrait-il pas aussi apprendre la réflexion et l'humilité dans la troublante spirale du pouvoir ?

¹²¹ <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-first-session-of-the-world-emerging-security-forum>

¹²² G. Velásquez et N. Syam « *Un nouveau traité international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies : pourra-t-il répondre aux besoins des pays du Sud ?* » <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/07/PB-93-A-New-WHO-International-Treaty-on-Pandemic-Preparedness-and-Response-FRENCH-REV.pdf>

¹²³ Blaise Pascal, Pensées.

Rapport de synthèse

Wafa HARRAR MASMOUDI

Professeur de l'enseignement supérieur, agrégée de droit public à la Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales de Tunis, relevant de l'Université de Carthage. Spécialisée en droit international et relations internationales (politique étrangère et diplomatie), droits de l'homme et analyse des politiques publiques et de gouvernance, professeur Wafa HARRAR MASMOUDI s'intéresse également à l'identification et à la résolution des problèmes juridiques en relation avec le domaine de la santé et de l'éthique. Ses recherches et publications portent sur des thématiques de droit international, droit de la santé, droit constitutionnel et droits de l'homme.

Professeur Wafa HARRAR MASMOUDI est membre du Comité national d'éthique médicale et expert-évaluateur auprès de l'Instance Nationale de l'Evaluation, de l'Assurance Qualité et de l'Accréditation. Outre une expertise développée en matière d'accréditation et audit des Systèmes Management de Qualité (SMQ) ISO 9001, elle est experte en évaluation pédagogique et institutionnelle et varie les activités d'expertise, de formation sur plusieurs thèmes, en collaboration avec plusieurs organisations nationales et internationales.

Professeur Wafa HARRAR MASMOUDI est également directrice du Mastère de Recherches en Droit anglo-saxon (Common Law) à la Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales de Tunis, membre élue du Conseil scientifique de la faculté et membre du Laboratoire de Droit des Relations Internationales des Marchés et des Négociations (DRIMAN) rattaché à la Faculté de droit et des sciences politiques de Tunis.

Fidèle à sa tradition, le CNEM a organisé le 11 décembre 2021 sa conférence annuelle portant sur une large thématique, celle de "Maladies émergentes, sécurité sanitaire et éthique", une manière de rappeler que la réflexion éthique se positionne en substrat de tout débat scientifique.

Ce rapport de synthèse - auquel j'ai choisi de donner le nom de "Paroles croisées" - ambitionne de reprendre avec concision les interventions de nos illustres invités et d'en faire la synthèse. J'ai choisi pour ce faire un clivage dichotomique qui permet de décliner ces interventions autour de deux axes majeurs. Le premier revêt l'intitulé évocateur *De la pérégrination et des concepts*, et couvre les interventions de la première séance, tandis que le second porte un titre incantatoire *A la quête d'une éthique rédemptrice*, et appréhende les interventions des conférenciers de la seconde séance.

I - De la pérégrination et des concepts

Un voyage dans le temps nous a été proposé par **monsieur Abdelkrim ALLAGUI, Professeur d'Histoire à l'Université de Tunis** à travers une communication intitulée "Les épidémies au fil de l'Histoire". Professeur Abdelkrim ALLAGUI a choisi de rappeler en premier les extraits des Prolégomènes d'Abderrahman Ibn Khaldoun s'attardant sur le fléau qui a ravagé la Tunisie à la fin du Moyen-âge (1348).

La position géographique de la Tunisie la rend particulièrement vulnérable aux épidémies, devenues, pour reprendre le professeur ALLAGUI "cycliques". Peste et choléra ont décimé plus des deux tiers de la population de l'*Ifriqiya*. Une littérature foisonnante (archives, chroniques, témoignages des voyageurs et rapports médicaux, même si insuffisamment circonstanciés) renseigne sur l'ampleur des fléaux endémiques et permet d'identifier l'origine des épidémies, les modalités et les rythmes de leur diffusion ainsi que les bouleversements qu'elles occasionnent à chaque fois.

Après avoir énuméré, dans un premier temps, les dates funestes allant du XV au début du XXème siècle des fléaux qui ont jalonné l'histoire de la Tunisie, le professeur ALLAGUI a rappelé que les épidémies constituent l'un des paramètres constants qui pèsent sur les structures démographique et sociale en Tunisie et ne manquent de marquer "de leur empreinte les mentalités et les débats intellectuels et religieux". Les débats religieux sont à même de refléter une profonde discorde. Celle-ci est à cet égard révélatrice d'un clivage tranchée entre deux écoles. La première "refuse les mesures d'isolement" et de mise en quarantaine, tandis que la seconde défend la nécessité d'instaurer des "mesures préventives de distanciation par rapport aux personnes et aux foyers contaminés". Les *Oulémas Zaytouniens* sont ainsi départagés entre soumission à la volonté divine considérant toute mesures comme contraires à la *Chariaa* voire hérétiques, "la peste est une pique des djinns", alors qu'une frange, certes minoritaire, ne manque d'invoquer des hadiths à l'appui de la stricte observance de la quarantaine.

La discorde n'est pas cantonnée au domaine du religieux. En effet, elle se prolonge au-delà pour envahir le champ du politique. Cela se vérifie aisément à travers les politiques de santé menée lors de la période du Protectorat. S'affrontent désormais deux camps. Les premiers préconisent de mener un véritable combat contre les épidémies à travers

notamment les mesures de dépistage, d'hospitalisation d'office des malades au Lazaret de la Rabta, et d'isolement. Les seconds s'insurgent contre les mesures drastiques "anticholériques" allant jusqu'à l'organisation de mouvements de résistance. L'on notera ainsi que la mise en place d'instance *ad hoc* pour faire face aux épidémies date du début du XIXème siècle.

Professeur ALLAGUI s'est enfin attardé sur l'abîme latent entre les politiques et le peuple, d'autant plus exacerbé par la démission des autorités beylicales et leur impuissance à juguler les épidémies. Le rôle joué par les associations de bienfaisance en tentant de calfeutrer les brèches et celui incontestable des médecins juifs livournais dans l'élaboration des politiques de santé. Au début du XXème siècle, la politique du Protectorat en matière de santé s'est articulée essentiellement autour de deux volets. Le premier a trait à l'édiction d'un arsenal juridique, composé de décrets beylicaux portant création d'organes en charge de la lutte contre les épidémies. Le second mettant en place une véritable infrastructure sanitaire découlant d'une approche communautaire incarnée par des "statuts diversifiés privilégiant une démarche « ethnique » à travers la hiérarchisation des établissements sanitaires. Chaque communauté devait prendre en charge ses sujets".

La lecture de l'histoire permet souvent d'apporter des éclairages pertinents sur le présent. Avec le **professeur Mohamed Aziz DARGHOUTH** de l'Université de Mannouba, nous avons enjambé le XXe siècle pour interroger les concepts nouveaux qui s'inscrivent en filigrane des endémies de ce XXIe siècle. Les concepts relatifs à la santé globale : *One Health*, *EcoHealth*, *Planetary Health* sont ainsi appréhendés de même que leur implication sur les systèmes de santé." De la santé publique à la santé globale, les approches systémiques *One Health* et *EcoHealth* constituent des particularités conceptuelles et opérationnelles" affirme professeur DARGHOUTH. Mettant en exergue la pluralité des approches santé (chinoise, arabe, africaine), et l'inéluctable interaction entre elles, professeur DARGHOUTH rappelle d'abord la genèse de ces concepts *One Health*, *EcoHealth*, *Planetary Health* et s'emploie ensuite à les définir.

Le concept *One Health* renvoie ainsi dans son sens le plus large à "l'effort de collaboration de plusieurs professions des sciences de la

santé, (ainsi que de leurs disciplines et institutions connexes, travaillant localement, nationalement et mondialement), pour atteindre une santé optimale pour les personnes, les animaux domestiques, la faune, les plantes et notre environnement". La définition exhaustive renvoie, quant à elle, à l'élaboration et "mise en œuvre de programmes, de politiques, de législation et de recherche (...) en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé publique pour faire face aux menaces pour la santé à l'interface entre l'animal, l'homme et l'environnement".

L'approche globale et multidimensionnelle se vérifie par ailleurs au niveau de la conceptualisation de l'*EcoHealth* en vue de promouvoir la santé des humains, des animaux et des écosystèmes en insistant sur les liens inextricables entre la santé de toutes les espèces et leur environnement. Le concept de *Planetary Health* semble être un concept porteur et ambitionne la "réalisation du plus haut niveau possible de santé, de bien-être et d'équité dans le monde entier".

Faisant preuve de systématisation, professeur DARGHOUTH a identifié les principes structurant l'application du concept *EcoHealth* (i) Réflexion/approche systémique; ii) Savoir pour l'action; iii) Transdisciplinarité; iv) Participation; v) Equité; vi) Durabilité) avant d'appréhender les groupes cibles desdits concepts et les domaines scientifiques y afférents. Il s'avère ainsi que les dits concepts convergent tout en maintenant certaines spécificités. Tandis que le concept *One Health* est bien adapté aux maladies transmissibles, celui d'*EcoHealth* a un champ plus large (à l'instar des maladies non transmissibles) et semble "plus favorable à l'interdisciplinarité et à l'innovation dans la mesure où il intègre la « santé » des écosystèmes".

Professeur DARGHOUTH s'est interrogé, en outre, sur l'implication de ces différents concepts sur le secteur de la médecine vétérinaire. Afin d'en rendre compte, dit-il, plusieurs périmètres doivent être envisagés. Il en est ainsi de la formation vétérinaire, de la culture et pratique organisationnelle, et de l'aide à la décision clinique dans le cas des zoonoses parasitaires, etc.

A l'aune de cet éclairage, professeur DARGHOUTH conclut que lesdits concepts sont dynamiques et évolutifs pour la prise en charge, à différents niveaux, de toute la complexité des interactions en matière de santé.

Pour autant, les interrogations portant sur les nouveaux concepts ne sont pas épuisées, et ce, en raison de la fécondité de la matière. C'est ainsi que **Dr. Thouraya ANNABI ATTIA** s'est penchée sur la Sécurité sanitaire dans sa dimension éthique afin d'en brosser un tableau complet en Tunisie et ailleurs.

Rappelant la naissance récente de la notion de sécurité sanitaire en réponse aux incertitudes scientifiques importantes face à la propagation des grandes crises sanitaires, elle rappelle qu'elle a été mise en place suite aux effets pervers de produits mis sur le marché "qu'il s'agisse de médicaments (contrefaçons et autres AMM délivrées sans réelle mesure du risque), de produits biologiques (affaire des dérivés sanguins en France), d'aliments contaminés par des produits biologiques (crise de la vache folle) ou chimique (affaire des poulets à la dioxine), ou de la remise en question des techniques et procédés de production".

Un changement de prisme s'ensuivit, affirme Dr. ATTIA, puisque l'on est passé d'une logique de « 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). Le cadre juridique de même que les politiques publique de santé ont dû ainsi s'adapter pour entériner ce changement paradigmatique.

Après avoir défini la notion de sécurité sanitaire en tant qu' "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", Dr. ATTIA considère que la sécurité sanitaire désormais s'impose et impose des mutations profondes au niveau des objectifs, outils, et méthodes. Il en ainsi du passage d'une logique de surveillance de la santé par des indicateurs vers une logique empruntée au monde des finances, celle de veille continue et proactive ; de l'instauration d'un système de vigilance et de riposte ainsi que de la nécessaire et profonde refonte du droit de l'Union en vue "d'y intégrer le principe de précaution et d'imposer la migration vers un système de prévention, etc."

La Tunisie n'est pas en reste affirme par ailleurs Dr. ATTIA. En effet, et quand bien même la Loi n°91-63 du 29 juillet 1991 relative à

l'organisation sanitaire ne comporte aucune référence à la notion de sécurité sanitaire, plusieurs institutions ont été mises en place en matière d'évaluation des risques ou de veille sanitaire. Dr. ATTIA cite ainsi les exemples de l'Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits, et de l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Émergentes.

Dr. ATTIA a en outre rappelé que le législateur tunisien a intégré la notion de sécurité sanitaire dans le cadre de la loi 25-2019 du 29 février 2019 relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires et de l'alimentation animale mais que sa concrétisation demeure difficile. Evoquant le projet de réforme du système sanitaire proposé suite au dialogue sociétal mené en 2012, Dr. ATTIA a souligné que ledit projet ne semble pas entériner la notion de sécurité sanitaire avant de conclure par une réflexion sur la gestion de la crise induite par la pandémie et des lacunes imputables aux pouvoirs publics en raison de la mise en œuvre défailante du Règlement Sanitaire International instauré par l'OMS -RSI (2005) - qui préconise un changement de l'organisation sanitaire à l'échelle des pays, organisation devant se baser sur la notion de sécurité sanitaire.

Après des échanges forts constructifs entre les intervenants et l'auditoire, la seconde séance a appréhendé l'éthique au cœur de la pandémie.

II – La quête d'une éthique rédemptrice

L'Éthique à l'épreuve des crises sanitaires : rôle des comités d'éthique est l'intitulé retenu par **madame Jacqueline LAGREE, professeur émérite de philosophie à l'Université de Rennes** afin de rappeler les questions récurrentes qui se posent à tout comité d'éthique, allant des interrogations portant sur la procréation médicalement assistée, sur la fin de vie, à celles attenantes à la démence sénile et la maladie d'Alzheimer. Professeur LAGREE a, au cours de son intervention, précisé le *modus operandi* du comité d'éthique auquel elle appartient. Relatant son expérience personnelle fort riche, elle s'est attardée longuement sur le mode d'exercice de la cellule de veille créée au début de la pandémie, qu'elle a présidée.

L'Espace régional éthique de Bretagne (EREB), rappelle-t-elle, a été l'instigateur de la création d'une cellule de crise dans chaque

département breton afin d' "être à l'écoute de tout soignant ou cadre de santé sollicitant un avis ou un conseil, tant éthique que juridique dans un laps de temps très court, en moins de 48 heures". La cellule de crise comprend des médecins, des infirmières, des cadres, des philosophes, psychologues, des juristes et des représentants de différents comités d'éthique du département.

Après s'être arrêté sur les fondamentaux qui président à toute demande de conseil éthique, professeur LAGREE a mis en exergue la difficulté de la tâche, inhérente sans doute à "la nécessité d'adapter les grands principes éthiques aux situations concrètes", tâche qui implique souvent des "choix douloureux". La grande difficulté de la situation de pandémie réside dans "cette tension éthique, vécue dans un contexte d'incertitude et de projections difficiles".

Le témoignage du professeur LAGREE permet ainsi de lever le voile sur les questions les plus fréquentes posées sur le terrain allant de "la demande de visite, droit de déplacement" à "la demande de dépistage des soignants pour chercher le cas zéro qui aurait introduit la Covid dans l'établissement". Et, indubitablement, le traitement des demandes doit se faire sous la loupe des principes éthiques fondateurs, à l'instar du principe de non malfeasance, de celui du respect de la dignité et de la vie privée, du principe de bienveillance, etc.

Professeur LAGREE révèle à cet égard qu'un certain nombre de principes éthiques fondamentaux prévalent aussi bien dans "le contexte habituel des analyses de bioéthique (relation soignant/patient) que dans le contexte d'une pandémie" où la question éthique concerne l'ensemble de la population, et "met en jeu les dilemmes entre les valeurs éthiques (...) et les valeurs politiques (...)", l'éternel conflit entre autonomie individuelle et sécurité de la population. De nouveaux principes s'imposent à l'instar du recours à la casuistique, de "la personnalisation de la règle (la règle est générale mais le traitement éthique est singulier)", ainsi que du principe de "l'équité dans le traitement des patients et des familles".

La situation de pandémie pose un certain nombre de "dilemmes éthiques" et d'enjeux qui rendent impérieux la nécessité de distinguer quelles sont les valeurs du politique, du juridique et de l'éthique car - comme le rappelle professeur LAGREE - "toute valeur politique n'est pas

forcément éthique (même si elle a des enjeux éthiques) et toute valeur éthique ne trouve pas immédiatement une traduction politique". Les valeurs politiques, juridiques et éthiques ont ensuite été détaillées par le professeur LAGREE afin de démontrer que l'enchevêtrement entre elles est aisée et qu'il est nécessaire - peut-être - de les départager, et de conclure enfin par les leçons retenues et le "*principal gain éthique de la pandémie qui aura été de montrer que, face aux revendications égoïstes et individualistes, l'exigence vitale de protection et de solidarité était la forme contemporaine de réalisation de la belle devise républicaine qui refuse de séparer la liberté de l'équité (égalité) et de la solidarité (fraternité)*".

Tant s'en faut, la question n'est pour autant pas épuisée. Le regard scrutateur du juriste s'impose ; la rédemption à travers l'éthique serait-elle la solution idoine. C'est ainsi que **madame Amel AOUIJ MRAD, professeur de droit public à l'Université El Manar** a traité de la *Redevabilité des parties prenantes dans l'anticipation et la gestion des crises sanitaires : aspects éthiques*. Les décideurs face à cette crise n'ont pas eu la tâche aisée. Professeur Amel AOUIJ MRAD a rappelé combien la crise du Covid-19 a jeté le désarroi non seulement sur les citoyens, mais également et surtout sur les décideurs "parties prenantes" dans l'action, "qui ne savent plus ce qu'il faut faire, comment agir ou réagir", et ce, en raison de la perte des repères qu'elle a entraînée." Dotés d'une lourde responsabilité, véritable mission éthique : c'est à eux qu'incombe la tâche de prendre les décisions en temps de crises". Quelle éthique devrait être la leur en pareille situation sachant, comme le rappelle professeur AOUIJ MRAD, que "*L'être qui commande ne doit-il pas avoir « la vertu morale dans toute sa perfection » ?*", celle de ces décideurs.

La question qui jalonne en filigrane les propos du professeur AOUIJ MRAD porte sur les obligations inhérentes à l'exercice de toute forme de responsabilité en période de crise, et partant, sur la responsabilité qui pèse sur tout décideur. C'est à cet égard que l'épineuse question de la recevabilité, non seulement des décideurs, mais également de toutes les parties prenantes, est ainsi analysée. Partant du postulat que les décideurs -détenteurs de "science infuse" - ne peuvent se tromper, imprégnés qu'ils le sont par les valeurs éthiques, les failles révélées par la crise ont démontré qu'il n'en est rien. Le professeur Amel AOUIJ

MRAD explique ainsi que la faille éthique *originelle* tient au défaut d'anticipation de la part des parties prenantes de la réaction du système sanitaire tunisien. Elle constate qu'aucune stratégie d'anticipation n'a été élaborée, ce qui a causé *une mauvaise gestion à court terme de la crise*, aggravée par les défaillances flagrantes qui ont entaché la stratégie de coercition et de sanction. Les décideurs tunisiens acculés à prendre des décisions drastiques l'ont fait dans l'urgence et en tâtonnant, et manifestement, affirme le professeur AOUIJ MRAD, l'éthique n'était pas au Rendez-vous.

La crise du Covid a ainsi généré des tensions nouvelles et a exacerbé les anciennes. Et lorsque l'éthique s'est enfin profilée, les choix éthiques qui ont été faits étaient titubants voire souvent contreproductifs. La crise a agi, au demeurant, sur l'environnement des décideurs puisque le capital confiance s'est érodé. L'absence d'une démarche globale a brouillé la donne et n'a fait qu'accentuer les difficultés inhérentes à la gestion de la crise. Vient ainsi le temps de la recevabilité et de la reddition des comptes. Cette exigence est exprimée avec acuité par les citoyens, désormais "désabusés et abasourdis". Professeur AOUIJ MRAD cite à titre d'exemple la tenue de rassemblements des deux partis politiques ennemis au mois de février 2021 et en tire la conclusion idoine, en l'occurrence, "la déliquescence diffuse mais généralisée du pouvoir", conjuguée à l'absence de crainte de la sanction. Que faire en pareil cas ?

L'éthique doit-elle être imposée s'interroge ainsi le professeur AOUIJ MRAD. Ce serait, vraisemblablement, la solution privilégiée à l'échelle internationale à travers l'adoption encore hypothétique d'un traité international visant à améliorer et uniformiser les réactions nationales face aux pandémies et urgences sanitaires. Le seul instrument en vigueur étant aujourd'hui le Règlement Sanitaire Internationale.

Concluant son intervention sur "une note d'optimisme", professeur AOUIJ MRAD croit pouvoir déceler une prise de conscience de la part des parties prenantes de l'impérieuse nécessité d'une éthique rédemptrice en ce temps, que je qualifierai "d'abysse sanitaire".

Je conclurai ce rapport en remerciant les différents intervenants et en rappelant combien il était pertinent d'associer des gens de sciences

humaines et sociales à cette réflexion, car l'on observe que partout la parole est davantage centrée sur la science plutôt que sur les enjeux éthiques alors que le lien entre la réflexion éthique et les données scientifiques doit demeurer fondamental, et c'est encore plus vrai lors des situations de crise.