

## De la gestion de la COVID-19: quelques éclairages critiques

Dr Abdelwahed El Abassi

### 1. Une pandémie attendue mais qui surprend le monde

Le début du 21<sup>ème</sup> siècle a réveillé les souvenirs des pandémies du siècle précédent, la grippe espagnole (1918-1919), la grippe asiatique (1957) ou celle de Hong Kong (1968), avec la menace répétée du risque pandémique d'infections respiratoires virales : la grippe aviaire (1997, 2003, 2018), le SRAS CoV (2003), la grippe porcine H1N1 (2009-2010) et le MERS (2012). La mondialisation connaît une intensification et une rapidité considérable des échanges propices à la progression des pandémies. L'humanité et la communauté scientifique ont toutefois accumulé connaissances et expériences pour prévenir et faire face à ce risque.

Depuis la pandémie de la grippe porcine H1N1 de nouveaux mécanismes ont été mis en place pour renforcer la collaboration et la réglementation sanitaire internationale avec le développement des capacités des pays pour mieux s'y conformer. C'est dans ce cadre qu'a été développé l'observatoire national des maladies nouvelles et émergentes dans notre pays.

En dépit des dispositions contre un risque prévisible, la pandémie de SRAS Cov2 a surpris le monde par la rapidité de son extension. Elle présente un défi majeur pour les systèmes de santé. Les réponses pour en assurer le contrôle ont engendré des conséquences graves sur les déterminants de la santé dans de très nombreux pays avec amplification de la vulnérabilité et de la précarité de larges franges de la population.

Dans le cadre d'une revue critique de la gestion de la crise de la Covid-19 organisée par la CNEM, cette présentation fait juste un focus sur:

- La considération adéquate du contexte lors d'une décision majeure, en l'occurrence le confinement général

- La globalité d'approche du système de santé pour le contrôle de l'épidémie

Sans prétention d'exhaustivité, un très bref rappel de l'évolution de la pandémie dans le monde et dans notre pays contextualise cette réflexion. Cette dernière s'inspire d'un cadre logique construit par l'auteur sur la base des bonnes pratiques internationales agréées pour la prévention et la lutte contre les pandémies respiratoires.

### 2. De repères importants internationaux et nationaux de la pandémie

**Sur le plan international**, au mois de décembre 2019 débute l'infection du SRAS Cov2 à Wuhan en Chine. Les événements s'accroissent durant le mois de janvier : le premier décès est rapporté le 11, le partage de la séquence du virus est fait le 9, les premiers cas sont rapportés en Europe à partir de la troisième décennie du mois. Le 30 janvier 2020 l'OMS déclare la situation d'urgence sanitaire mondiale. La situation de pandémie mondiale est déclarée le 11 mars.

**La première vague mondiale progresse très rapidement** vers tous les continents, elle frappe lourdement de nombreux pays européens puis américains conduisant à la saturation de la capacité hospitalière dans de nombreuses régions. Elle a induit des pics de mortalité inhabituels<sup>1</sup>. Celle-ci concerne essentiellement le groupe de la

---

<sup>1</sup> Pages Covid sur les sites de l'OMS, John Hopkins, Health metrics...

population la plus âgée. La propagation de la vague ainsi que sa gravité ont été inégales à travers les continents et les pays. Le désastre attendu en Afrique n'a pas eu lieu et ne semble pas se produire durant la deuxième vague en cours. Cette dernière affecte encore durement l'Europe et les Amériques affectant particulièrement les régions relativement épargnées durant la première vague. Le nombre de décès attribué à la Covid-19 approche les deux millions dans le monde à la fin du mois de novembre. Il reste sur une pente ascendante.

**Des différences géographiques importantes** sont observées en matière de niveau de pénétration du SRAS Cov2 et de la mortalité qui lui est attribué. Ils continuent d'alimenter les discussions autour de nombreuses hypothèses explicatives : intensité des échanges internationaux et dans le pays en relation avec le développement économique, démographique avec l'importance de la proportion du groupe des populations âgées, comorbidité, génétique, immunité croisée, climatique, mode de vie...).

**Des conséquences majeures, sociales et économiques, ont accompagné** les mesures générales et drastiques mises en place dans les pays pour le contrôle de l'épidémie à l'instar des fermetures des frontières et du confinement généralisé. Des amorces de défiance et ou de violences sociales et politiques sont rapportés. Les mesures barrières ont été promues et soutenues partout. Les différences entre les pays dans la stratégie<sup>2</sup> avaient concerné le recours aux mesures générales, drastiques et contraignantes par de nombreux pays alors que d'autres avaient privilégiés une approche plus ciblée et proportionnée avec un contrôle bien maîtrisé des sources de contamination (dépistage, tests, isolement des cas, identification et confinement des contacts...).

**La rapidité et l'ampleur du partage des connaissances et des expériences** entre les pays ont été sans précédent en relation avec cette pandémie. Ainsi très vite les groupes à risque de complications graves de la Covid-19 ont été identifiés et confirmés ; la proportion des personnes infectées et asymptomatiques confirmée pour le défi qu'elle représente dans le contrôle de la pandémie ; la létalité qui paraissait relativement élevée (3 à 4%) a été progressivement révisée vers la baisse et on parle plus de mortalité parmi les personnes infectées (IFR) qui est ramené à moins de 0.5%. Les échanges ont permis une amélioration rapide dans la prise en charge des formes graves et ont impulsé une course poursuite d'une vitesse exceptionnelle dans le développement et la production de vaccin en moins d'une année.

### 3. Qu'en est-il de la situation en Tunisie ?

**Durant la première vague mondiale, le pays a été relativement épargné.** Le premier cas a été rapporté le 02 mars 2020. L'incidence cumulée était de 90 nouveaux cas dépistés et 4 décès pour un million d'habitant (de mars à juin). Une situation proche de de nombreux pays du voisinage nord-africain mais une incidence cumulée un peu plus élevée que la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Toutefois la situation était sans commune mesure avec celle des pays de la rive nord de la Méditerranée. Ces derniers, pour un million d'habitants, comptaient les nouveaux cas et les morts attribués à la Covid-19 respectivement par milliers et par centaines durant cette première vague.

**L'amorce d'une deuxième vague importante et soutenue** commence à la fin du mois d'août. Elle a suivi une période marquée par l'apparition de cas isolés, souvent importés,

---

<sup>2</sup> Voir le benchmarking fait sur les stratégies dans le rapport de l'ITES sur la Covid-19 les "scénarios fin 2020 et stratégie de sauvetage et de sortie de crise : rôle du système sanitaire". Tunis septembre 2020.

et de clusters en relation avec des cérémonies familiales (décès, mariages). Le contexte étant celui d'un relâchement général dans le respect des gestes barrières. Durant les mois d'octobre et novembre c'est au quotidien qu'on comptait le total cumulé des nouveaux cas et des décès de la première phase. Le système centralisé d'appel pour le dépistage et la prise en charge des cas s'est trouvé très largement dépassé. Un pic de mortalité est noté au début du mois de novembre. Depuis la situation connaît une sorte de plateau irrégulier sans signes de décélération forte et soutenue et avec potentiel de rebonds. La mortalité attribuée à la Covid-19 durant cette deuxième phase éloigne la Tunisie de la situation des pays du voisinage africain et la rapproche de la situation des pays européens les plus affectés tout en restant à grande distance<sup>3</sup>.

**Anticipation et détermination avaient marqué la réponse à la menace de l'épidémie.** En effet dès le 29 janvier un SMS du ministère de la santé recommandait le respect des gestes barrières un jour avant la déclaration d'urgence sanitaire mondiale par l'OMS. La fermeture des frontières est décidée le 13 mars soit deux jours après la déclaration de pandémie mondiale. Le couvre-feu et le confinement général sont décidés respectivement le 18 et le 22 mars. Ce dernier a évolué progressivement à partir du 4 mai vers un confinement ciblé. Les écoles sont restées fermées, sauf certaines classes d'examens, jusqu'à la rentrée du mois de septembre. Les frontières ont été ré-ouvertes le 27 juin avec mise en place d'un dispositif de contrôle exigeant des tests RT-PCR. Non sans difficultés, la stratégie de contrôle a pu surmonter les contraintes matérielles et financières pour se déployer et maîtriser la situation durant la première phase à l'instar de nombreux pays de la région. Le prix à payer sur les plans sociaux et économiques et du bien-être de la population a été très lourd.

**Impréparation et déficiences importantes du système de santé** ont été révélés par la progression rapide de l'épidémie durant la deuxième phase. Le temps gagné durant la première phase n'a pas été suffisamment mis à profit pour mieux préparer l'ensemble du système de santé au scénario d'une progression rapide de l'épidémie. Ceci a concerné aussi bien la saturation du système centralisé de dépistage, reposant sur le no d'appel 190, que la prise en charge des malades graves dans les hôpitaux.

#### 4. Un cadre conceptuel pour analyser la réponse à la pandémie respiratoire

Chaque nouveau virus responsable d'infection respiratoire apporte sa part d'inconnues, induisant de l'incertitude et exigeant une mobilisation internationale pour capitaliser sur l'apprentissage par les échanges rapides afin d'ajuster les réponses aux caractéristiques de la menace épidémique. Une modernisation poussée et soutenue est également observée avec le recours aux nouvelles technologies pour le contrôle des épidémies. Mais au-delà des spécificités, dont il faut tenir compte, les fondamentaux dans la lutte contre les épidémies respiratoires virales, fruits des connaissances et expériences internationales cumulées, sont plus que jamais valides.

Le cadre conceptuel les présente dans la figure ci-après :

- **Le paquet d'interventions** directes ou force de frappe pour le contrôle de l'épidémie (la prévention individuelle et collective en particulier gestes barrières

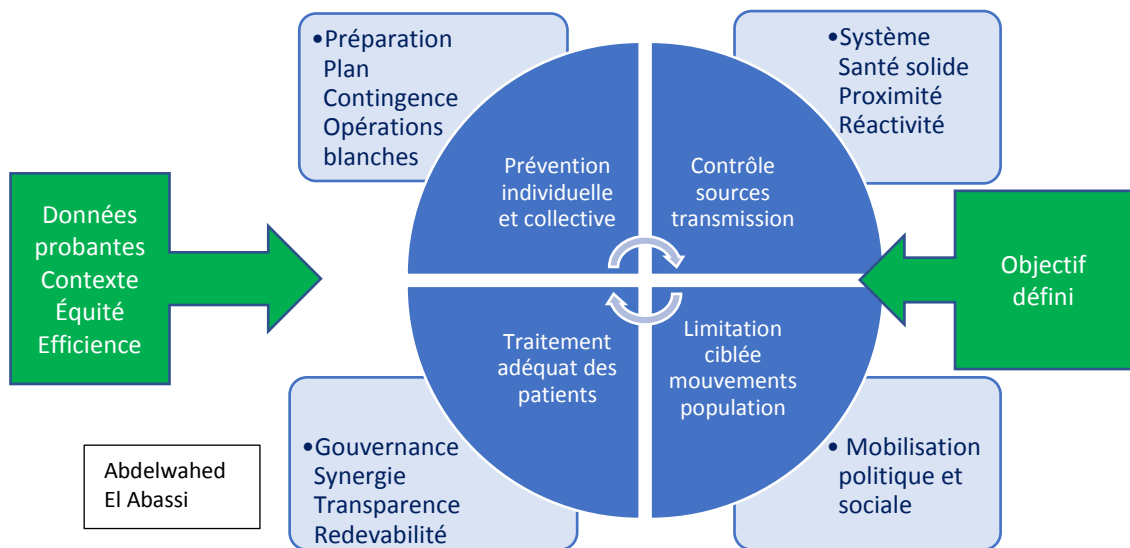
---

<sup>3</sup> A la fin décembre, la plupart des pays africains restent avec une mortalité à moins de deux chiffres pour cent mille habitants, la Tunisie avec plus de 40 décès pour cent mille habitants approche la mi-distance de la situation à trois chiffres (> 100) des pays européens les plus affectés

et vaccination quand elle est disponible; le contrôle des sources de transmission avec dépistage, tests, isolement des cas, confinement des contacts, surveillance et réponse rapide; la limitation ciblée des mouvements de la population et contrôle des frontières; le traitement adéquat des patients)

- **Les leviers ou supports** inter-liés qui préparent, ajustent et amplifient la portée et l'impact des interventions directes (préparation et plan de contingence ; réactivité du système de santé)
- **Les référentiels** qui permettent de sélectionner et d'adapter les réponses possibles (Contexte ; données probantes ; équité ; efficacité ; éthique)
- **L'objectif** qui cadre et donne la direction de la lutte contre l'épidémie/pandémie avec ses deux dimensions, le contrôle ou élimination du virus mais et le niveau acceptable des effets indésirables ou de coût d'opportunité induits par les mesures de lutte.

**Figure 1 : cadre conceptuel pour la réponse à une pandémie**



## 5. La décision du confinement général a-t-elle pris en considération les dimensions du contexte?

**La limitation des mouvements de la population avec obligation de "rester à la maison"** constituent le contenu du confinement général. Ce dernier est décidé dans le but de limiter la propagation du virus. Limité dans le temps et dans l'espace la limitation des mouvements permet de contenir, dans la zone affectée, la progression de l'épidémie permettant ainsi de mieux contrôler cette dernière. Non limité dans le temps et dans l'espace, le confinement général tend à perdre en efficacité par les effets majeurs induits sur la santé, la vie sociale et économique. Plus l'espace du confinement est grand et prolongé dans le temps plus ses effets indésirables sont lourds et les ressources plus difficiles à mobiliser pour en réduire l'impact. A Wuhan, la Chine entière a été mobilisée pour la ville et la province confinée. Mais il a fallu intensifier le dépistage et l'isolement des personnes infectées pour ralentir effectivement une transmission qui continuait à se faire au sein des familles confinées.

Il est impossible d'évaluer l'effet attribuable au seul confinement général eu égard aux effets reconnus des interventions classiques qui lui sont associés et qui constituent ainsi des facteurs confondants (mesures barrières, dépistage et isolement des personnes infectées ainsi que le confinement des personnes contacts...). Une étude comparative sur la mortalité durant la première phase de la pandémie avait concerné 160 pays oblige au moins à l'humilité eu égard à l'absence de lien entre les actions drastiques des gouvernements et la mortalité par la Covid-19. Cette dernière est plus en relation avec une vulnérabilité "paradoxe" : les pays qui ont l'espérance de vie la plus élevée, des prévalences importantes de maladies non transmissibles et d'obésité ainsi qu'un temps d'ensoleillement (UV) plus limité, la production de richesse (PIB) et la capacité d'appui financier sont ceux qui ont été les plus affectés<sup>4</sup>.

**Les conséquences directes et indirectes du confinement général** sont par contre vérifiables et évaluables aussi bien sur la santé de la population que sur le plan social et économique. Parmi les conséquences majeures on peut citer (i) celles qui affectent directement la santé avec des ruptures prolongées de l'accès et de la continuité des soins pour des patients en situations de vulnérabilité, les effets sur la santé mentale rapportés par les enquêtes de l'INS<sup>5</sup> (l'insomnie, problème de concentration, violence domestique...), (ii) l'interruption prolongée de la scolarité et ses conséquences sur l'apprentissage et le développement des enfants (iii) l'appauvrissement d'une frange importante des ménages n'ayant pas de rentes ou salaires garantis et dont les revenus et la survie se gagnent au quotidien aggravant ainsi les inégalités sociales (iv) aggravation de la crise économique avec une chute sans précédent du PIB de 21,7% au deuxième trimestre et plus de cent mille nouveaux chômeurs durant la même période (v) les estimations initiales du coût du confinement général faites par l'UGTT tablaient sur une baisse de 5% du PIB, plus de 6 milliards de dinars soit plus de 120% de l'ensemble des dépenses publiques ( budget + assurance maladie)<sup>6</sup>, de quoi réduire une part significative de la mortalité prématurée imputable à d'autres causes que la Covid-19.

**Dans beaucoup de pays** le recours au confinement général non ciblé s'est le plus souvent fait dans une situation de panique globale face à la progression rapide de la pandémie d'une part et le constat d'une préparation déficiente pour en assurer le contrôle (situation de beaucoup de pays occidentaux). Il a été encouragé et conforté par la saturation du système de soin dans les épicentres de l'épidémie et les zones les plus affectées mais aussi compte tenu de la partie alarmiste des fourchettes de prédiction faites par des modélistes de réputation mondiale (Neil Ferguson de l'Impérial Collège en particulier).

**Dans notre pays** le recours à cette mesure générale extrême dans tout le pays ne reposait pas sur des données probantes la justifiant. Des appels avaient été faits pour en limiter la durée et utiliser ce temps pour mieux préparer le système de santé à

---

<sup>4</sup> Covid-19 Mortality : A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation. Quentin De Laroche Lambert et al ; Frontiers in Public Health 19 novembre 2020

<sup>5</sup> Voir les enquêtes et études en relation avec la Covid-19 sur le site de l'INS

<sup>6</sup> Faïçal Ben Salah, Abdelwahed El Abassi, Mohamed Hsairi, Moncef Belhaj Yahia : Pour qu'un train n'en cache pas d'autres. Leaders, Tunisie 04 mai 2020

répondre aux défis<sup>78</sup>. Une telle anticipation, drastique et lourde de conséquences, aurait pu trouver des arguments solides si le confinement général dans l'ensemble du pays permettait d'éliminer définitivement la menace du SRAS Cov2. Nous savions que ce n'était pas le cas et tel n'était pas l'objectif explicite de la lutte contre la Covid-19 depuis que l'état de pandémie mondiale fut déclaré. Il s'agissait officiellement de freiner la progression du SARS Cov2 et en mitiger les effets. L'élimination du SRAS Cov2 virus est hors de portée dans le contexte géographique et humain de la Tunisie pour au moins trois raisons (i) l'interdépendance et la proximité géographique d'une Europe, lourdement affectés et une continuité territoriale avec des pays d'Afrique du Nord avec qui nous avons et des frontières poreuses (ii) le défi que représente la transmission du virus par une très grande proportion des personnes infectées asymptomatiques qui échappent aux dispositions de contrôle (iii) l'autarcie prolongée n'est pas viable pour le pays, elle affecte les déterminants de la santé, aggrave les inégalités et peut rendre explosive la situation sociale et politique.

**La santé n'a certes pas de prix**, mais elle a un coût qui peut obliger à faire des choix dans un contexte de ressources limitées afin de ne pas affecter lourdement d'autres priorités par la mobilisation de ressources pour un problème avec de graves préjudices pour d'autres qui impactent directement ou indirectement la santé.

## **6. L'ensemble du système de santé a-t-il été préparé et mobilisé pour le défi de la pandémie ?**

**Les constats montrent un effort important d'anticipation et de préparation** pour prévenir et endiguer la progression de la pandémie en Tunisie sur la base du plan de préparation et de riposte existant (M. Santé 2016). Un effort d'adaptation continue aux spécificités du SRAS CoV2 a été fait compte tenu des nouvelles connaissances le concernant. Un travail considérable a été réalisé pour produire de façon dynamique les référentiels pour les professionnels aussi bien pour le dépistage et la prise en charge des personnes infectées que pour la protection des professionnels.

Le dispositif mobilisé reposait surtout sur les services centraux, le SAMU avec un no d'appel centralisé (190), le Contrôle des Frontières (fermées du 13 mars au 27 juin) et les Directions Régionales de la Santé servant comme tête de pont pour les services centraux. La première ligne du système de soin n'est pratiquement pas impliquée. La panique aidant, la quasi-totalité des structures de soins de santé publics et privés se sont trouvés fermés ou non fonctionnels durant plusieurs semaines car non préparés ni équipés pour travailler dans le contexte d'une menace pandémique. Des services dédiés aux patients Covid-19 ainsi que des circuits Covid-19 dans les urgences et les équipements de protection individuelles pour les professionnels ont été mis en place non sans retard.

**En dépit des dispositions** d'anticipation et de préparation pour prévenir et endiguer l'importation du SRAS Cov2 dans le pays, l'ensemble du système de santé n'a pas été préparé pour travailler dans les conditions d'une menace pandémique et encore moins pour apporter la contribution nécessaire à son contrôle et à la prise en charge

---

<sup>7</sup> Que faire après la 1<sup>ère</sup> vague de coronavirus en Tunisie? Abdelwahed El Abassi, Amel Ben Said, Fiaçal Ben Salah, Mohamed Hsairi. Leaders, 26 mars 2020

<sup>8</sup> Premier rapport de l'ITES sur la Covid-19, "Le système sanitaire dans la lutte contre la Covid-19", Tunis, mai 2020

des patients Covid-19. La 1<sup>ère</sup> ligne a été marginalisée malgré son potentiel de couverture géographique et de l'avantage de sa proximité de la population. Il n'y a pas eu d'opérations blanches organisées dans les hôpitaux pour les préparer aux différents scénarios envisageables dans le contexte d'une menace pandémique. Les limites du dispositif n'ont pas été corrigé ni durant le confinement général ni durant la période prolongée de reflux de la pandémie (mois de juin et juillet).

**De graves déficiences de préparation et d'organisation** du système de santé, limitant considérablement le potentiel de sa capacité fonctionnelle, ont été mis à nu à l'occasion de la montée en puissance de l'incidence des nouvelles infections de SRAS CoV 2, des formes graves et de la mortalité attribuée à la Covid-19, dès la fin du mois d'août. Le numéro d'appel centralisé (190) complètement saturé ne parvenait à répondre qu'à un appel sur quatre durant la phase d'accélération soutenue de la pandémie. Les personnes suspectes d'infection au SRAS Cov2 se présentaient souvent très tardivement aux urgences après l'apparition de complication graves ou mouraient à domicile.

**Certaines bonnes pratiques semblent avoir été négligées.** L'ensemble du système de santé n'a pas été préparé au scénario plus que probable d'une extension importante de la pandémie dans le pays. Des plans et opérations blanches dans chaque hôpital et groupes régionaux de structures de santé auraient dû être développés avec adaptation dynamique au défi dans chaque grande région du pays. La préparation et l'habilitation de la première ligne<sup>9</sup>, publique et privée, devait assurer la continuité des soins habituels pour la population mais aussi apporter une contribution précieuse dans le contrôle local de la pandémie (dépistage, prélèvement pour les tests et tests rapides selon les instructions agréées, identification et suivi des contacts, le suivi des personnes infectées, la prise en charge des patients Covid-19, y compris l'apport d'oxygène, et la référence à temps, pour les patients qui le nécessitent, réduisant ainsi l'incidence et l'arrivée tardive des formes graves dans les hôpitaux...). A l'instar des expériences passées dans notre pays et ailleurs dans le monde, la première ligne permet d'animer localement la lutte contre la Covid-19 et faciliter l'adaptation de la réponse selon le risque inhérent à chaque situation et phase du développement de la pandémie. La circonscription sanitaire jouant le rôle de clef de voute locale irremplaçable et d'interface avec le niveau régional et central.

La coordination et la communication centrales ainsi que le recours aux technologies modernes ont besoin d'une première ligne impliquée et mobilisée pour faire effectivement la différence.

## 7. Des questions qui demandent réponses

**Tenir compte du contexte** n'est pas une option mais une nécessité. Certes le contexte de crise politique, économique et sociale du pays constitue une toile de fond ne facilitant pas une réactivité appropriée du système de santé face au risque d'une pandémie qui a surpris par la rapidité de son extension. Néanmoins on peut légitimement se demander s'il n'y avait pas eu, par moment ou pour certains, une ambiguïté concernant l'objectif même de la lutte ? Une logique d'élimination n'a-t-

---

<sup>9</sup> Un appel signé par des organisations de la société civile, des professionnels de la santé et du milieu académique soulignait la nécessité d'impliquer rapidement et pleinement la première ligne dans la lutte contre la pandémie dès le mois d'avril.

elle pas pris lieu et place de la stratégie officielle de freinage et de contrôle de l'épidémie ? Une fois la pandémie mondiale déclarée, considérant les conditions géographiques et humaines de notre pays, était-il possible de prévenir et ou endiguer, dans la durée, la progression du SRAS CoV2 qui affecte lourdement de nombreux pays Méditerranéens ? L'interdépendance et la proximité avec l'Europe ainsi que la continuité territoriale avec les pays d'Afrique du Nord<sup>10</sup> ne laissent pas beaucoup de doute sur la réponse à la question. Force est de constater que "vivre avec la présence du virus, freiner sa progression et mitiger ses effets" n'a été réaffirmé que tardivement pour justifier la levée ou le non-retour à certaines restrictions. Il a pu dans ces conditions être perçu, non pas comme un choix stratégique adapté de la lutte contre la Covid-19 et nécessitant une mise en œuvre dans la durée, mais comme un "laisser faire, laisser aller" propice à un relâchement général après plus de deux mois de restrictions majeures difficiles à vivre.

**A-t-on mis en balance toutes les dimensions** avant chaque décision majeure concernant la pandémie du SRAS CoV2? La définition de la santé n'étant pas réduite à l'absence de maladie (OMS) a-t-on pris en considération l'importance des nuisances induites sur la santé, le bien-être ainsi que sur les déterminants de la santé, par des mesures drastiques et générales contraignantes dans tout le pays ? A-t-on examiné sous l'angle de l'éthique les effets graves indésirables induits par de telles décisions. L'argument mettant en avant que la santé, réduite ici au risque de l'infection par le SRAS Cov2, constitue la priorité des priorités, paraît un peu court pour convaincre même si la peur, légitime et diffuse, ou "faire comme d'autres pays d'Europe", peuvent lui donner du vent en poupe. L'enjeu n'est pas seulement technique, épidémiologique ou médical classique, mais de santé publique considérant toutes les dimensions sociales, économiques et éthiques. L'enjeu est de fait éminemment politique et sociétal. Les décisions majeures ne devraient-elles pas se construire en considérant toutes ces dimensions ? De le faire dans la transparence par des décideurs dûment informés mais qui assument politiquement les choix et les expliquent clairement à la population. Ce n'était pas tout à fait le cas. La peur a pu servir d'argument décisif et occulter aussi bien l'obligation de redevabilité que la nécessité de responsabiliser chaque partie concernée dans la lutte contre la pandémie.

**La stratégie très centralisée**, reposant sur une communication directe, les services spécialisés et l'hospitalocentrisme, est-elle suffisamment robuste pour contrôler la pandémie<sup>11</sup> ? Une telle stratégie aurait pu réussir si le risque de pandémie mondial avait tourné court comme ce fut le cas pour de précédentes menaces (SRAS CoV1 et MERS). Mais nous avons su suffisamment tôt que ce ne serait pas le cas cette fois. La pandémie sévissait autour de nous et frappait à nos portes depuis le mois de février. Notre pays n'est pas une île autosuffisante dans un océan. La préparation de l'ensemble du système aux différents scénarios n'était-elle pas, dans ces conditions une obligation plutôt qu'une option ? Incontournable dans la lutte contre les

---

<sup>10</sup> Plus des trois quarts des cas importés durant la période entre le 27 juin et la mi-août l'ont été à partir des frontières terrestres officiellement fermées

<sup>11</sup> Mohamed Salah Ben Ammar, Abdelmajid Ben Hamida, Abdelwahed El Abassi, Skander Mrad. L'urgence du Covid-19 : une opportunité pour réformer le système de santé. Tunis, Business News le 14 avril 2020



épidémies, le système local de santé prolonge et renforce toutes les dispositions et actions centrales. Le marginaliser c'est se passer d'un atout décisif. Un effort d'ajustement important est toutefois entrepris depuis le mois d'octobre<sup>12</sup> avec une implication progressive et soutenue de la première ligne dans la lutte contre la Covid-19. Un effort qui doit surmonter la démobilisation liée à la marginalisation précédente mais aussi les tendances centralisatrices toujours présentes. L'abandon pour cause de saturation des services et activités prévalait plus que leur délégation en bonne et due forme afin que chaque niveau du système de santé puisse jouer le rôle comme tenu de son avantage comparatif. Il est permis de penser qu'on aurait pu faire beaucoup mieux avec un système de santé impliqué dans toutes ses composantes et ses lignes et que nous n'avons pas mis suffisamment à profit le répit octroyé durant la période de reflux de la pandémie.

**Avons-nous la bonne gouvernance** pour assurer la meilleure attention possible aux problématiques importantes et prendre les décisions éclairées les concernant ? Avons-nous en place une bonne organisation de gouvernance de la crise liée à la pandémie ? Sans aller dans les détails des tous les mécanismes et procédures envisagés par le plan de préparation et de réponse à une pandémie, au moins deux problèmes ressortent et interpellent : une approche très centralisée et top down, peu participative et inclusive dans la conduite de la lutte et une confusion de fait sur les rôles respectifs des différentes instances impliquées.

Le président de la république et le gouvernement ont certes engagé les décisions majeures mais la confusion perdure sur ce qui relève de l'arbitrage politique normal et nécessaire, de ce qui appartient aux propositions d'un comité scientifique consultatif indépendant ou à un comité technique de pilotage en charge de la mise en œuvre. Davantage de transparence aurait mieux servi le pays et responsabilisé chaque partie concernant son rôle spécifique et irremplaçable. Cela aurait mieux valu que la cacophonie à la quelle contribue parfois des expressions médiatiques discordantes de membres appartenant au comité scientifique poursuivant leurs discussions es-qualité dans les médias et les réseaux sociaux. Un début de clarification s'est mis progressivement en place mais le problème n'est pas résolu.

## **8. Apprendre de l'expérience et ajuster**

Nous n'avons pas d'autres choix que d'apprendre de notre expérience et de celle des autres pays pour ajuster avec pragmatisme la gestion de la pandémie. Il est crucial dans ces conditions de :

- Rappeler que l'objectif explicite de la lutte contre la covid-19 exige vigilance, mobilisation et surtout le respect des gestes barrières dans la durée. C'est une course de fond et pas un sprint !
- Utiliser à bon escient tout l'éventail des mesures de prévention et de contrôle, connues et reconnues pour leur efficacité selon le besoin et avec le mix et l'intensité que nécessite la dynamique de la pandémie. Et de veiller avec la pédagogie et la rigueur nécessaires pour leur mise en œuvre effective.

---

<sup>12</sup> Note du Ministère de la santé ( DSSB) précisant les missions de la première ligne dans le contexte de la Covid-19, novembre 2020

- De compléter la préparation et la réhabilitation de l'ensemble du système de santé et décentraliser, avec délégation et soutien mais pas par abandon, tout ce qui peut ou doit l'être pour améliorer la réactivité du système de santé dans l'ensemble du pays
- De promouvoir une communication factuelle, cohérente, compréhensible et responsabilisante en direction de toutes les parties prenantes permettant d'apporter des réponses aux inquiétudes des uns et des autres, de faire adhérer davantage la population au respect des gestes barrières, de contrer les fausses informations, de contenir la panique à chaque aggravation des indicateurs et de prévenir la désorganisation du système santé ainsi que la dé-credibilisation politique qui peuvent en découler.
- De revisiter la gouvernance de la gestion de la crise de a Covid-19 par une meilleure définition des rôles respectifs avec (i) un comité scientifique indépendant mais consultatif, dont la composition diversifiée est équilibrée et multidisciplinaire (ii) un comité de gestion de la crise qui prend en considération les recommandations du comité scientifique mais qui prend et assume la responsabilité d'adaptation selon les contraintes et les opportunités du contexte (iii) une délégation effective de la gestion opérationnelle aux structures dédiées (iv) un leadership politique qui engage et renforce la cohérence des énergies respectives et surtout qui mobilise la population afin que la gestion de la crise se fasse au meilleur intérêt possible du pays.