

PERSONNEL SOIGNANT ET COVID-19 AU MALI : REFLEXION SUR LES DROITS ET LES DEVOIRS

Mariam MAIGA

Enseignante-chercheuse

Faculté de Droit Privé de l'USJB de Bamako

maigamaria@yahoo.fr

RESUME

Le constat de l'épuisement ou de la défaillance des systèmes de santé mondiaux, y compris du système de santé malien (dont les défis étaient déjà multiples au moment de l'apparition de la Covid-19) a donné lieu à la présente étude qui vise à confronter la situation de pandémie de Covid-19 aux devoirs qui incombent aux soignants dans le cadre de la prise en charge (PEC) des patients. A travers cette étude d'ordre juridique et extra juridique, il s'agit d'analyser les règles qui doivent garantir un environnement de soins adéquat surtout lorsqu'une urgence sanitaire survient. Différentes sortes de PEC (psycho sociale et juridique) existent et pouvaient concerner cette étude, mais elle concerne l'appréciation de la PEC médicale qui reste la plus sollicitée. Ainsi, dans un contexte de crise sanitaire, comment concilier l'obligation ou le devoir de soins et la protection du personnel soignant? Comment accorder une assistance si sa propre santé ou vie se trouve menacée?

Les réponses à ces questions se construisent autour de deux parties à savoir : l'identification des obligations du personnel soignant et la détermination des mécanismes de protection de celui-ci.

Mots clés : Soignant, Covid-19, risque médical, droits, obligations.

ABSTRACT

The observation of the exhaustion or failure of the global health systems, including the Malian health system (which challenges were already multiple at the time of Covid-19 breakout) resulted into the present study which aims at confronting the situation of the Covid-19 pandemic with the duties incumbent on caregivers in the context of the Medical Care. Through this legal and extra-legal study, it is consisted of analyzing the rules which must guarantee an adequate care environment, especially when a health emergency occurs. Different kinds of Medical Care (psychosocial and legal) exist and could concern this study, but it addresses the Medical Care assessment which remains the most requested.

Thus, in a context of health crisis, how to reconcile the obligation or duty of care and the protection of nursing staff? How do we give assistance if our own health or life is in danger? Answers of these questions is building around two parts: the identification of the obligations of the nursing staff and the determination of its protection mechanisms.

Keywords: Caregiver, Covid-19, medical risk, rights, obligations.

Les épidémies, les pandémies et toutes les maladies infectieuses existent depuis la nuit des temps. Elles ont d'ailleurs fortement contribué au progrès de la médecine, compte tenu des solutions durables et universelles qui ont été souvent dégagées face à certaines épidémies comme la variole¹, la poliomyélite², la lèpre, etc. Dans le contexte malien, et pas que, ces épidémies avaient un effet dévastateur tant elles faisaient ravage parmi les populations, surtout rurales. Il y a lieu de se souvenir que le vaccin dont la fabrication a toujours été salubre dans la lutte contre ces fléaux a particulièrement contribué à l'éradication de la variole et de la poliomyélite par exemple sur le territoire malien et pratiquement partout sur le globe terrestre. Pour la lèpre, elle est également *en voie d'élimination en Afrique depuis 2006, sa prévalence avait été ramenée à moins d'un cas pour 10.000 habitants*³.

Cependant la récurrence de certaines épidémies et l'apparition de nouvelles montrent la relation étroite entre l'humanité et ces fléaux. Ils agissent avec la même vigueur en attendant qu'un vaccin ou qu'une solution pérenne ne soit trouvée. Tel est le cas de la plus récente épidémie transformée en pandémie en moins d'un trimestre. Il s'agit de la maladie à corona virus SARS-cov-2⁴, connu sous le nom de Covid-19. Le corona virus est un virus apparu depuis les années 1930⁵, il affecte en général les animaux mais, est susceptible de mutation. La variante qui depuis l'année 2019 fait ravage dans le monde a reçu le nom de Covid-19 dont Covid pour corona virus et 19 par ce que la maladie est apparue pour la première fois en 2019⁶. Aussi rapidement que cela puisse paraître, la variante de 2019 a connu déjà des mutations ou des évolutions, puisque de « Delta », d'autres formes sont apparues comme « OMICRON ».

La non- maîtrise de la propagation du virus, de son mode de transmission, l'absence de vaccin jusqu'en décembre 2020, et bien d'autres facteurs ont certainement favorisé l'apparition d'autres variantes. Ce qui fait que comme toute épidémie, le lot de victimes a été et est encore énorme même s'il varie d'un pays à un autre et cela en raison des facteurs climatiques, socio-sanitaires, économiques, etc. La contamination en masse effectuée un peu partout dans le monde a fait que l'épidémie a été finalement déclarée pandémie le 11 mars 2020 par l'Organisation mondiale de santé (OMS). La crainte de la contamination et de la mort, le traumatisme, l'épuisement comme états psychologiques et physiques ont été ressentis par toute l'humanité et ils le sont encore plus au sein d'une couche sociale ou professionnelle qui est en contact permanent avec la personne malade. Il s'agit ici du personnel soignant autrement appelé personnel de la santé, médecin ou praticien de la santé.

Le personnel soignant est toute personne qui est au service de la personne malade afin de lui prodiguer soins et soins de santé⁷. Par personnel soignant ou de santé, il concerne tous ceux qui réalisent des actes curatifs, préventifs ou de diagnostics. Dans le cadre de cette étude, il désigne toute personne habilitée à soigner, qui intervient dans le cadre de la prise en charge de la maladie à corona virus ou Covid-19 et dans ce sens, on peut citer également le thérapeute traditionnel ou tradipraticien⁸ qui exerce des soins sur la base d'une connaissance donnée pour une finalité thérapeutique.

¹ Encore appelée « petite vérole », elle est une maladie contagieuse, dévastatrice qui tuait entre 10 à 50 % des personnes infectées. Voir www.Planet.vie-ens.fr

² Maladie qui atteignait les membres inférieurs et dans la plus part des cas les paralysait.

³ Voir, M. AUDIBERT et D. KONDI KONDI, (Sous la dir.), Le développement sanitaire en Afrique francophone, enjeux et perspectives post- 2015, édition l'Harmattan, 2015, p. 99.

⁴ Agent pathogène du syndrome respiratoire aigu sévère.

⁵ Cette période est illustrative surtout de recherche épidémiologique effectuée au XXI^e s et qui ont permis une meilleure compréhension des modalités de transmission (de l'animal à l'homme) et des symptômes de l'affection. Sinon les corona virus existent des millions d'années.

⁶ En effet, la Covid-19 a fait son apparition pour la première fois dans un marché de la Chine et plus précisément dans la ville de Wuhan, province de Hubei en novembre 2019.

⁷ Voir A. L-F. SERLOOTEN, L'obligation de soins pour différence entre soins et soins de santé, édition 2015.

⁸ Le qualificatif « traditionnel » n'est pas propre à la médecine locale malienne ou africaine mais veut dire plutôt qu'elle n'est pas conventionnelle.

La pression dans la lutte médicale contre la covid-19 a par moment affecté le sacerdoce médicale qui tient beaucoup à l'accomplissement du devoir jusqu'à l'amélioration de l'état de santé ou jusqu'au dernier souffle d'un patient. L'abandon ou l'isolement de beaucoup de soignants était lié à la peur d'être contaminé. Ainsi, l'obligation de soins de santé ou obligation médicale s'est trouvée empiéter face à l'instinct de survie du personnel soignant. Le contexte social du Mali en déphasage avec les mesures barrières dictées pour minimiser les risques de contamination, l'insuffisance de moyens adéquats et bien d'autres facteurs suscitent la problématique de l'obligation de soins du soignant dans un contexte épidémiologique insuffisamment encadré et exposant fortement ceux qui sont en contact direct avec la personne malade.

De cette problématique, découle la question fondamentale qui est de savoir : Comment concilier l'obligation ou le devoir de soins et la protection du personnel soignant contre le risque de contamination ?

En réponse à cette interrogation, il convient d'analyser d'abord les obligations qui pèsent sur le personnel soignant avant de porter un regard sur les mécanismes de protection de celui-ci.

1. LES OBLIGATIONS DU PERSONNEL SOIGNANT DANS LA PRISE EN CHARGE DU COVID-19

Le personnel soignant en tant que prestataire de soins de santé est débiteur vis-à-vis de la personne malade qui sollicite son concours. Le régime général des obligations du Mali (RGO)⁹ définit l'obligation comme un lien de droit entre un débiteur et un créancier qui donne le droit à celui-ci d'exiger une prestation, ou une abstention dont l'inexécution est sanctionnée par la loi.¹⁰ Cette définition correspond à la définition au sens étroite du terme. Dans un sens large M. CISSOUMA considère que l'obligation juridique est vue *toutes les fois qu'une personne est tenue au respect d'une prescription légale ou réglementaire*.¹¹ Dans ce sens, l'auteur précise qu'elle peut encore être considérée comme institutionnelle, parce qu'elle est censée être instituée *dans l'intérêt de la société toute entière et non individuel même si par effet induit, un particulier peut tirer profit d'une telle institution*.

L'obligation du personnel soignant de manière générale va dans les deux sens, puisqu'au-delà du cadre institutionnel qui dicte au soignant le devoir de secourir ou de soigner toute personne dont l'état de santé requiert des soins, le cadre personnel établit une relation de dette et de créance entre celui-ci et le malade. Donc tout refus ou impossibilité d'exécution de l'obligation fait appel à des sanctions ou à des mécanismes juridiques de réparation tel que dicté par l'article 2 du RGO.

Il faut voir de près les obligations qui pèsent sur le personnel soignant dans la prise en charge de la Covid-19 (A) et les dérogations susceptibles d'être apportées en vue de la protection de celui-ci même (B).

1.1. LES OBLIGATIONS GÉNÉRALES ET SPÉCIFIQUES DU PERSONNEL SOIGNANT FACE À LA COVID-19

Les soignants ayant des statuts variés, les instruments juridiques qui régissent leur situation professionnelle sont également être variés. C'est dans ce cadre que différentes lois ont été instituées au Mali en vue d'encadrer les différents corps de santé. Celles-ci (les lois sur les ordres de santé) contiennent des dispositions qui font obligation au professionnel de la santé d'adopter certains comportements dans ou pour la pratique du métier. A l'instar de ces textes, d'autres existent et encadrent de manière commune toutes les professions de santé donc, sont valables pour tout personnel de la santé. Il s'agit entre autre de la loi hospitalière de 2002, de la charte du malade de 2008, de la loi régissant les relations entre l'administration et les usagers du service

⁹ Loi n° 87-31 du 29 août 1987 portant régime général des obligations au Mali.

¹⁰ Article 2 de la loi suscitée.

¹¹ .F. CISSOUMA, Droit civil, les obligations au Mali, édition AMECOM, 2011, p.13.

public, de la loi portant autorisation de l'exercice des professions sanitaires privées de 1985. L'article 2 de la loi n° 85-41 du 22 juin 1985 dispose que tout travailleur sanitaire exerçant dans un domaine privé est tenu d'exercer les réquisitions légalement établies par l'autorité publique. L'article 7 fait obligation de n'exercer qu'une seule profession sanitaire. A l'image de cette disposition beaucoup d'autres articles sont consacrés aux obligations du professionnel pour l'exercice de sa profession (Obligation d'obtenir au préalable un diplôme, un agrément, une reconnaissance pour exercer etc. Cependant d'autres obligations plus relatives au respect de la vie, de la dignité et à l'information sur l'état de la personne malade y sont contenus, même si l'article 12 fait renvoi au code de déontologie, et au règlement intérieur de l'ordre de santé y afférent pour le respect de tout devoir ou obligation par celui qui exerce une profession sanitaire.

L'article 7 de la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière dicte que le service public garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins de référence de qualité. Cette loi fait renvoi à la charte du malade pour une meilleure consécration des droits de la personne malade, et donc par conséquent des devoirs du professionnel de la santé face à celui-ci. Le service minimum en toute circonstance est une obligation de l'établissement et est prévu par l'article 27 de la loi de 2002.

Par ailleurs, le code de déontologie renferme bon nombres de devoirs. Ces devoirs sont à la fois d'ordre général et relatifs à la conduite envers le malade, envers les confrères, envers les membres des autres corps de santé. La nuance entre devoir et obligation n'est pas très étanche surtout que le code même en parlant de devoirs s'exprime parfois en obligations. Par exemple l'article 24 du code de déontologie médicale fait usage du mot obligation en notant que dès lors que le médecin *accepte de prendre en charge un malade s'oblige* (...), et la violation d'une telle obligation suscite certes des sanctions disciplinaires mais elle peut aussi donner lieu à des sanctions juridictionnelles. L'article 21 de la loi de 1985 également prévoit une action en vue du respect de la discipline et précise que des poursuites par l'autorité judiciaire sont également possibles à titre de répression ou de réparation des préjudices subis.

D'autres obligations ont un caractère plus complexe ou spécifique eu égard aux conditions de leur exécution. La lecture de l'article 42 du code de déontologie qui dispose que le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de son administration à laquelle il ne doit fournir que des conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent fait ressortir cette complexité. Dans ce cas, l'obligation de garder le secret est confrontée au droit d'une autorité qui est en droit de savoir certaines informations sur le travailleur.

L'article 13 de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies, précise que *le médecin traitant a obligation de faire une déclaration à l'autorité sanitaire. Les modalités et le contenu de cette déclaration sont fixés par le ministre de la santé.*

L'article 7 de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies fait obligation à toute personne exerçant une profession qui l'expose à des risques de contamination d'un tiers, dans un établissement public ou privé ou qui l'expose, de par sa profession, doit être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la tuberculose et la poliomyélite. La Covid-19 en tant que maladie infectieuse hautement contagieuse doit être assimilé à ces pathologies ou affections et privilégié par conséquent la vaccination et l'immunisation du personnel soignant. Ainsi, se prémunir contre tout risque de contamination est une obligation spécifique du personnel soignant qu'un droit, car la contamination de celui-ci est susceptible d'exposer d'avantage d'autres patients ou usagers avec lesquels il rentre en contact.

L'obligation de tenir le secret contenu dans l'article 10 de la loi de 1985 trouve également mention dans l'article 30 de loi de 2002 et dans le code de déontologie qui prévoient qu'à ce sujet, des dérogations peuvent être prévues par la loi. Mais les dérogations ne concernent pas seulement le secret, elles intéressent d'autres aspects des soins de santé.

1.2. DES DÉROGATIONS À L'OBLIGATION DE SOINS ?

Comment concilier l'obligation de soins avec les dispositions des articles 219, 220 et 221 du code pénal lesquelles incriminent les faits d'abandon d'incapable et de non-assistance d'une personne à péril ? En tout état de cause étant considéré comme des « soldats de la santé », et suivant le principe hippocratique « primum non nocere », le personnel soignant doit mettre en avant la sauvegarde de la vie du malade au détriment de sa propre vie. C'est ainsi qu'il honore son serment à l'image d'un vrai soldat. Toute chose qui est confortée par les articles 5 et 6 du code de déontologie : « tout médecin... est tenu de porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat si une autre assistance ne peut lui être assurée. Le médecin responsable d'un secteur ne peut abandonner ses malades en danger public, sauf réquisition des autorités habilitées. »

Hormis ces prescriptions légales, il faut noter que la relation de soins est de nature une relation de confiance¹², même si elle fait naître des obligations à la charge des parties. C'est également sur la base de cette confiance que l'acte de soins atteint très souvent ces objectifs. Un personnel désarmé, débordé, sous équipé et craintif d'un risque de contagion cultive facilement le sentiment de méfiance.

L'absence ou l'insuffisance de soins de référence de qualité garantis par l'article 7 de la loi hospitalière de 2002 s'est encore accentuée avec la crise sanitaire de 2019, vu que bon nombre d'établissements de santé au Mali n'étaient pas dans les conditions adéquates (infrastructures, équipements, matériels et ressources humaines) pour la prise en charge de la Covid-19. Il faut à ce niveau souligner que le concept de soins de qualité est assez complexe en ce sens qu'il tient compte des aspects objectifs et subjectifs des soins.

Des dérogations flagrantes étaient faites à l'obligation pour *chaque établissement d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie*.¹³ Par contre certaines structures ont essayé de réaménager les programmes quotidiens de travail en réduisant autant le personnel soignant que le nombre d'usagers ou patients à recevoir. Ce dispositif d'allègement des tâches et de l'effectif de la structure visait surtout à limiter les contacts autrement dit à respecter ou à faire respecter « la distanciation sociale » préconisée dans la lutte contre la Covid-19. Cela peut s'accorder avec la notion de service minimum institué par l'article 27 de la loi de 2002. Mais à quoi sert un service minimum, s'il n'est pas à mesure de fournir la prestation requise ?

En vue de réduire ou d'éviter au personnel soignant des poursuites pouvant compromettre leur exercice professionnel, des mécanismes de protection solides doivent être envisagés en amont.

2. LES MÉCANISMES DE PROTECTION DU PERSONNEL SOIGNANT FACE À LA COVID-19

De prime à bord, il faut rappeler que la politique de lutte contre certaines infections (par exemple le virus de l'immunodéficience humaine) relève de la responsabilité de l'Etat¹⁴. Malgré les mesures qui ont été inspirées d'expérience anciennes (Ebola en 2014, choléra bien avant etc.), la Covid-19 a fait son apparition sur le territoire malien le 25 mars 2020 avec précisément 2 cas. Le personnel soignant déjà alerté et supposé être préparé, venait au chevet de ces premiers patients comme il était de leur devoir traditionnel. Mais la forte contagiosité de la Covid-19 devrait donner droit à celui-ci ou à toute structure de santé à des garanties assurant une gestion efficace ou optimale des risques liés aux soins.

Il y a lieu de s'intéresser de façon précise aux mécanismes de protection.

¹² Voir N. CARLIN, Relation de soin, la confiance à l'épreuve du droit, Thèse de doctorat en philosophie, Université Paris –est, 2014.

¹³ Article 7 de loi hospitalière, alinéa 2.

¹⁴ Article 14 de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies.

2.1. LES MÉCANISMES SOCIO-SANITAIRES DE PROTECTION

Les épidémies précédentes ont impacté sur les habitudes des populations en termes d'hygiène, de protection de l'environnement, de respect du règlement intérieur des établissements de santé etc. Elles ont à cet effet créer ou renforcer une culture de propreté, mais aussi et parfois une culture de distanciation les uns des autres. Depuis bien avant la Covid-19, la maladie à virus Ebola a introduit timidement dans les habitudes, le lavage des mains qui était jusque-là négligé et considéré comme contraire à la solidarité et à la chaleur humaine ou africaine.¹⁵ Ce geste faisant partie des recommandations de l'OMS ou d'autres organismes et département en charge de la santé est revenu avec force avec la Covid-19. Donc, le lavage des mains à l'instar d'autres mesures sociales d'hygiène est facteur de réduction ou d'éviction des risques de contamination.

En outre, l'établissement de santé est tenu de mettre à la disposition du personnel soignant des kits de désinfection qui sont de nature diverse et multiple. Les mesures d'asepsie existant au niveau de chaque établissement de santé sont destinées à protéger certes l'ensemble des usagers de l'établissement de santé, mais surtout le personnel de la santé qui est en contact permanent avec les agents pathogènes. Bien avant la Covid-19, ont toujours demeuré ces moyens destinés à stériliser et l'établissement et les équipements.

Cependant la spécificité de chaque pandémie peut faire que des dispositifs sanitaires spéciaux soient pris afin d'assurer a priori une gestion optimale de tout risque lié aux soins. Bien qu'il est eu des balbutiements autour de certaines mesures telles que le port du masque et la fréquence de ce port, il est certain qu'elles ont toutes fait l'objet d'une forte recommandation par l'OMS. Outre ces mesures barrières qui sont communes à tous, le personnel soignant est tenu au port de la blouse et de combinaisons pour ceux qui ont un contact rapproché ou direct avec les patients atteints ou présentant des symptômes. Les mesures communes sont cumulées donc à d'autres mesures propres au personnel soignant. Par exemple, la relation Covid-19 et infections nosocomiales peut être faite, puisque les mesures d'asepsie vont dans le sens d'éviter toute infection nosocomiale et pour le personnel soignant et pour les usagers ou personnes malades.¹⁶ De types endogènes et exogènes¹⁷, elles sont encore appelées, infections associées aux soins (IAS).

Hormis leur prise en compte au niveau des établissements de santé à travers une réglementation interne, ces infections n'ont pas fait l'objet d'une réglementation juridique au Mali pour l'instant. Avec le retard du législateur à encadrer convenablement ce domaine, la Covid-19 en tant qu'infection également peut soulever de véritables préoccupations juridiques lorsque le personnel soignant se fait contaminer dans le cadre de l'exercice de la profession sanitaire.

Ainsi, qu'il y est contamination ou non, des mécanismes juridiques de protection du personnel soignant doivent être mûrement pensés.

2.2. LES MÉCANISMES JURIDIQUES DE PROTECTION

Les mécanismes socio-sanitaires évoqués dans ce travail constituent des modes de gestion a priori des risques liés aux soins, et à l'instar de celles-ci le législateur aussi s'implique en vue de fournir un cadre d'exercice du droit à la protection ou à la réparation. Cet encadrement prend en compte la gestion a posteriori de ces risques.

¹⁵ Il faut rappeler que particulièrement au Mali, la main est l'instrument ou l'ustensile par excellence de préparation des repas et d'acheminement de ceux-ci à la bouche. Et la laver avec du savon est banni dans certaines communautés, d'autres encore préfèrent qu'un même récipient sert au lavage des mains de plusieurs personnes pour que l'esprit de confraternité et de solidarité puisse régner.

¹⁶ Le terme nosocomial est relatif à tout ce qui se contracte à hôpital. Voir Dictionnaire Le petit Larousse illustré, 2011, p.693.

¹⁷ Les infections endogènes sont liées à la flore bactérienne du patient, bien avant qu'ils ne subissent une intervention médicale et sont difficiles à prévenir par rapport à celles exogènes qui sont liées à l'environnement des soins, c'est-à-dire l'absence de germes infectieux dans l'environnement des soins. Certaines infections apparaissent chez des patients hospitalisées pour de maladies graves, ou dont les défenses immunitaires sont défaillantes et d'autres sont causées par l'utilisation d'un matériel souillé ou des conditions d'hygiène défectueuses.

Pour ce faire, le code de prévoyance sociale institué par la loi n° 62-68/AN-RM du 9 août 1962 et ses textes modificatifs prévoit un certains nombres de régimes dont le régime de protection contre la maladie et le régime de réparation et de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ainsi, le personnel soignant soumis aux règles du code du travail peut bénéficier de ces régimes en vue d'une protection face à la Covid-19. Aux termes de l'article 39 dudit code, le service médical et sanitaire est accordé aux travailleurs et est destiné dans le domaine de la prévention à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment par la surveillance des conditions d'hygiène du travail, des risques de contagion et de l'état de santé des travailleurs. La prise en compte par le législateur des risques de contagion est salvatrice en ce sens que cela devrait permettre une meilleure réparation ou indemnisation des soignants qui en sont victimes. Les contaminations de personnels soignants ont été très fréquentes un peu partout dans le monde. A l'instar des dispositifs juridiques existant, cela a conduit beaucoup d'Etats¹⁸ à décréter des primes spéciales au-delà des régimes d'assurance déjà établis. Le gouvernement malien en a décrété en avril 2020 en faveur des soignants dans le cadre de la prise en charge de la Covid-19.

Le personnel soignant en sa qualité de travailleur est couvert par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et ce moyen de couverture s'étend à la Covid-19. Déjà prévu par le code de prévoyance sociale en son article 39, ce régime d'assurance dispense nombre de personnels et pas que de la prise en charge des frais de maladies. Parlant de maladie, il y a lieu de se demander si la Covid-19 contracté par un personnel soignant dans le cadre de sa pratique est une maladie professionnelle ou un accident de travail ? La réponse à cette question n'est pas aisée, puisque d'une part, la maladie professionnelle est toute maladie contractée en lien avec l'activité du travailleur¹⁹ et d'autre part, l'accident de travail est tout accident dont le travailleur est victime en cours d'exécution du travail, dû au fait de ce travail, et qui cause une lésion. L'accident est donc dû à un choc ou un événement inattendu et extérieur qui provoque une lésion, à la différence de la maladie professionnelle, qui est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique ou qui résulte des conditions de travail.

La reconnaissance de la maladie professionnelle revient au médecin de travail ou médecin contrôleur (article 57 du code de prévoyance).²⁰ Le tableau indicatif de maladie professionnelle prise par la sécurité sociale doit certainement orienter celui-ci pour se prononcer en faveur d'une telle maladie. Le même article souligne que : le médecin de travail est tenu de notifier dans les vingt-quatre heures au médecin-chef de la circonscription administrative et à l'inspecteur du travail les cas de maladies infectieuses et contagieuses de travailleurs et membres de leurs familles. Ce deuxième alinéa de l'article 57 permet d'avancer que l'infection contractée par le soignant dans le cadre d'une activité de soins est une maladie professionnelle qui sera donc couvert par les organismes d'assurance ou de prévoyance prévu à cet effet. Le personnel soignant à cet effet et en référence à l'article 94 du code de prévoyance bénéficie de la couverture des frais entraînés par les soins médicaux et chirurgicaux, les frais pharmaceutiques et accessoires, les frais d'hospitalisation etc. dans le cadre d'une contamination par la Covid-19. Actuellement avec l'institution de l'assurance maladie obligatoire et l'existence d'autres régimes d'assurance (privés et public²¹), ces frais sont couverts en général par ces structures d'assurance.²²

¹⁸ Par exemple en France, une prime exceptionnelle de 500 à 1500 euros a été décrétée à l'endroit du personnel soignant pour les efforts consentis en Mai 2020.

¹⁹ Généralement un tableau des maladies professionnelles est dressé, mais d'autres maladies d'origine professionnelle peuvent exister.

²⁰ Cependant, l'article 70 du code définit l'accident du travail comme : « quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à tous les travailleurs (...). De même l'article 71 dégage d'autres circonstances retenues comme accident de travail.

²¹ Il ne pas perdre de vue que le régime de la couverture maladie universelle est en phase projet au Mali.

²² La mention par l'article 68 et autres articles du code du régime d'assurance maladie qui était attendu prouve la nécessité qu'il y avait d'instaurer une telle institution.

Par ailleurs, des mécanismes de réparation du dommage subi par celui-ci sont envisagés. Le code de prévoyance, en référence aux articles 36 et 37 du code du travail prévoit l'indemnisation du travailleur victime d'une maladie ou d'un accident professionnel. Tout personnel soignant assujéti au régime de la sécurité sociale peut donc bénéficier de ces mesures de prévention de la maladie et de réparation du préjudice subi.

CONCLUSION

Cette étude qui a tenté de faire la relation entre le personnel soignant et la toute dernière pandémie dénommée Covid-19 a fait ressortir les obligations auxquelles celui-ci est tenu dans le cadre de la prise en charge d'un malade. La personne malade de la Covid-19 ayant les mêmes droits que toute personne malade, aucune discrimination n'est permise. Sauf que l'exécution des obligations doit se faire dans le cadre d'une protection effective du personnel soignant aussi. L'accomplissement des obligations surtout dans un contexte d'épidémie doit se faire avec l'accompagnement indéfectible de l'Etat et des populations pour une meilleure protection de ceux qu'il sied d'appeler « les soldats de la santé ». Les mesures de protection du soignant ont été discuté et sont à la fois d'ordre socio-sanitaire et juridique. Cette protection est importante en ce sens que le personnel soignant est au cœur des moyens humains de lutte contre la Covid-19.

Si le ravage tant pronostiqué, surtout pour l'Afrique, n'est finalement pas survenu, du moins jusqu'à preuve de contraire, est-ce grâce à la confection des vaccins, ou à d'autres facteurs notamment l'effort du personnel soignant?

BIBLIOGRAPHIE

- Anne-Laure FABAS-SERLOOTEN, *L'obligation de soins en droit privé*. Toulouse: édition Presse Universitaire de Toulouse1 Capitole, 2015, 659 p.
- Martine AUDIBERT et Dominique KONDI, (Sous la dir.), *Le développement sanitaire en Afrique francophone, enjeux et perspectives post- 2015*, édition l'Harmattan, 2015, 308 p.
- Noëlle CARLIN, *Relation de soin, la confiance à l'épreuve du droit*, Thèse de doctorat en philosophie, Université Paris –est, 2014, 304 p. Sékou Faco CISSOUMA, *Droit civil, les obligations au Mali*, édition AMECOM, 2011, 400 p.
- Constitution du 25 février 1992, Décret n° 92-0731 P-CTSP portant promulgation de la constitution, JO du 29 février 1992 (en vigueur).
- Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière, JO n°23 du 20 août 2002, pp.887-897.
- Loi n°02-049 du 22 Juillet 2002, portant loi d'orientation de la Santé, JO n°23 du 20 août 2002, pp.883-887.
- Loi n°01-79 du 20 aout 2001 Portant Code pénal du Mali, Journal Officiel spécial du 18- 06- 2002, modifié par la loi n°05-045 du 15-08-2005.
- Loi n°98 -036 du 20 juillet 1998 Régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies, JO n°23 du 15-12-1998.
- Loi n°98-12 du 19 janvier 1998, régissant les relations entre l'administration et les usagers des services publics, JO non publié.
- Loi n°87-31 du 29 août 1987 portant régime général des obligations au Mali. JO non publié.
- Loi n°85-41 AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privée des professions sanitaires, JO non publié.

- Décret n° 2020- 0407/ PT-RM du 31 Décembre 2020 fixant le montant de la prime spéciale Covid-19 accordée aux personnels en service au Ministère de la santé et du développement social et au Ministère de la sécurité et de la protection civile.
- Arrêté n° 08-2716 /MS-SG du 6 octobre 2008 Portant Charte du malade dans les établissements hospitaliers, JO n°44 du 30-10-2009.