



Les villes tunisiennes à l'heure de la crise sanitaire :

pour un renouvellement des approches hygiénistes

Journée d'étude du 4 décembre 2020

« Les villes dans le monde arabe »

Par Hatem Kahloun

Hatem KAHLOUN

Hatem Kahloun est enseignant-chercheur d'urbanisme à l'Institut Supérieur des Technologies de l'Environnement de l'Urbanisme et du Bâtiment (ISTEUB), université de Carthage-Tunis.

Il s'agit ici de questionner l'urbanisme sanitaire au regard de la crise épidémiologique et du rôle joué par les politiques publiques dans la gestion des villes. Nous essayons de démontrer que l'urbanisme sanitaire, tel qu'il a été pensé et mis en œuvre dans la société tunisienne par le passé, n'est plus adapté aujourd'hui.

Pour ce faire, nous présenterons d'abord, les principes fondamentaux de l'urbanisme hygiéniste en les croisant avec l'histoire récente des épidémies en Tunisie. Nous étudierons ensuite l'échec de l'urbanisme sanitaire fonctionnel face à la crise de la COVID-19 dans le cas tunisien, en proposant une analyse des politiques publiques et de leur faiblesse à faire respecter l'hygiénisme urbain. Enfin, nous reviendrons dans la dernière partie de notre étude sur les effets néfastes des mesures restrictives anti-COVID dans le milieu urbain tunisien.

L'urbanisme hygiéniste en Tunisie : une approche historique

L'urbanisme hygiéniste est un courant qui s'est développé à la suite des crises sanitaires et des guerres qui ont marqué les villes entre le XVIII^e siècle et le milieu du XX^e siècle. Selon la typologie établie par F. Choay, ce courant s'est inscrit dans les mouvements progressistes qui ont circulé durant l'ère du pré-urbanisme (1810-1890) et l'ère de l'urbanisme et de sa critique (1910-1965), aussi qualifiée d'« anthropolis¹ ». La convergence de l'hygiène mentale et de l'hygiène physique est au centre de la réflexion sociologique de la relation de l'homme à l'espace urbain développée par ces mouvements pour lesquels l'enjeu est de concilier l'environnement physique de la ville avec la vie sociale². En se détachant de l'idéalisme formel et fonctionnel des villes, l'hygiénisme est l'ensemble des savoirs et des pratiques professionnelles qui renvoient aux principes et aux normes d'hygiène à adopter dans la conception des bâtiments, l'organisation et l'aménagement des villes.

Depuis la fin du XIX^e siècle, l'hygiénisme, d'abord dominé par la lutte contre l'insalubrité des villes et des quartiers d'habitation, a évolué vers une pratique architecturale influençant progressivement l'urbanisme sportif, sanitaire et ludique, voire les pratiques citoyennes et leurs réseaux. Malgré le caractère normatif des règlements mis en œuvre (disposition des bâtiments, normes d'équipement, accessibilité des services de soin de santé primaire, réseaux et mobiliers urbains, pratiques de l'espace en temps de pandémie, etc.), l'urbanisme hygiéniste se développe petit à petit surtout autour des dispositifs de prévention qui sont introduits, depuis la fin du XX^e siècle, dans la conception des projets d'urbanisme (sanitaire, universitaire, commercial) et des stratégies de réduction des risques de catastrophes naturelles et anthropiques en milieu urbain.

À l'image du reste des villes arabes, les villes tunisiennes n'ont pas été épargnées par les épidémies au cours de l'Histoire. Elles ont vécu depuis le XIV^e siècle des crises sanitaires qui ont ravagé des territoires entiers³. Au milieu du XVIII^e siècle, les pestes et le choléra importés de la Turquie, de Tripoli et d'Alexandrie se sont propagés sur l'ensemble du territoire à partir des ports et des échanges de marchandises, de soldats ou encore à cause des mouvements des pèlerins⁴. Il va sans dire que les villes portuaires constituaient l'entrée principale des épidémies et c'est pour cette raison que les bâtiments

1. Françoise Choay, *L'urbanisme, utopies et réalités*, Paris, Seuil, 1965, p. 345.

2. Nigel Taylor, *Urban Planning Theory, Since 1945*, London, SAGE Publication, 1998, p. 56.

3. Abderrahmane Ibn Khaldoun, *Biographie de Ibn Khaldoun et ses voyages vers l'Ouest et l'Est*, Liban, Dar Al Kitab, 1979.

4. Manal Derbali, « Aperçu sur l'histoire des épidémies en Tunisie », dans *La gouvernance de la crise COVID-19 en Tunisie : politiques de l'État et catégories vulnérables*, le *Cahier du Forum Tunisien des droits économiques et sociaux* (en arabe), 2020, p. 26.

d'isolement étaient localisés à proximité des ports ou entourés de plans d'eau ou de verges d'or⁵.

Outre les différentes mesures prises par les beys de l'époque, notamment sous le règne de Hammouda Bach⁶ lors de la « grande épidémie » de 1783⁷, les principaux lieux de mise en quarantaine étaient situés sur l'île de Chekli au niveau du lac de Tunis, à la Goulette à proximité du port, sur l'île de Zembra, aux anciens palais des beys comme à Carthage, à proximité du fort de Ghar el-Melah, au niveau des prisons et au lazaret édifié sur la colline de La Rabta. Ce lazaret prit le nom d'hôpital des Contagieux en 1924, et ensuite d'hôpital Ernest Conseil en 1930, pour être dénommé à partir de 1964, date de la création de la faculté de Médecine de Tunis, l'hôpital de La Rabta.

L'hygiénisme à l'époque coloniale

Depuis la fin du XIX^e siècle jusqu'à l'indépendance de la Tunisie en 1956, l'obsession hygiéniste était influencée par le colonialisme qui avait un certain effet sur la progression de l'urbanisme sanitaire. À la veille du protectorat français établi en Tunisie à partir de 1881, des bâtiments à vocation sanitaire existaient déjà et ce, depuis la domination turque (1574-1705)⁸. Toutefois, l'hygiénisme, durant la période coloniale, a été fortement marqué par un contexte de différenciation socio-spatiale des groupes qui composaient la société tunisienne (communautés musulmanes, chrétiennes et juives occupant différemment la médina de Tunis)⁹. Cette différenciation socio-spatiale, pour ne pas dire ségrégation communautaire, se retrouve dans l'urbanisme hygiéniste de l'époque. En dehors de l'hôpital de Tunis, qui offrait ses services gratuitement aux indigents de la population musulmane, l'assistance médicale prêté aux communautés étrangères se trouvait, pour ainsi dire, privatisée par des missionnaires et des sociétés de bienfaisance. À titre d'exemple, on peut citer les actions caritatives des Soeurs et des Aumoniers de la Chapelle Saint-Louis de Carthage, édifiant en 1842 l'hôpital Saint-Louis, afin d'accueillir les communautés italiennes et maltaises.

Il va sans dire que l'urbanisme sanitaire a connu un développement remarquable à la suite de l'instauration du protectorat français, mais il eut lieu à un rythme très lent à cause de la faible prise de conscience par l'administration française de la nécessité de mettre en place une politique sanitaire dans les colonies¹⁰, même à la suite des épidémies aiguës des années 1930. Les nouveaux bâtiments édifiés sur toute la régence, témoignent des faibles influences du courant hygiéniste porté par les

5. Il s'agit de plantes médicinales qui poussent sur les rivages et favorisent le guérison des plaies, elles sont également utilisées pour soigner les rhumes, les affections pulmonaires, les nausées et les douleurs causées par les « vents ».

6. Il s'agit du 13^e Bey de Tunisie de la dynastie Husseinite qui régna de 1782 à 1814.

7. Ahmad Ibn Abi Dhiaf, *Présent des hommes de notre temps. Chroniques des rois de Tunis et du pacte fondamental (Ithaf Ahl al-zaman bi Akhbar muluk Tunis wa 'Ahd el-Aman)*, 8 vol. 1963-1966, parties 3, 4, 6.

8. À titre d'exemple, citons l'hôpital musulman de Tunis qui constitua le principal édifice médical qui fut construit vers le XVII^e siècle et qui a emprunté le nom de Aziza Othmana (nom donné en hommage à une princesse beylicale, Aziza Othmana, en reconnaissance du rôle qu'elle a joué à travers ses biens habous). Il a été ensuite transféré, sous le règne de Sadok Bey (20^e Bey Husseinite de Tunisie), dans une caserne de janissaires située à la Kasbah de Tunis pour être dénommé hôpital Sadiki, mais a repris depuis 1960 le nom emblématique de Aziza Othmana, après avoir subi plusieurs changements de nom.

9. Paul Sebag, *Tunis : histoire d'une ville*, L'Harmattan, Paris, 1998, p. 535.

10. Colette Zytnicki, Benoît Gaumer, *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français (1881-1956) : un bilan ambigu et contrasté*, Les Presses Universitaires de Laval, Québec, 2006. Dans, *Outre-mers*, tome 94, n° 356-357, 2e semestre, septembre 2007. La colonisation culturelle dans l'Empire français, pp. 339-341, https://www.persee.fr/doc/outre_1631-0438_2007_num_94_356_4300_t1_0339_0000_2

architectes français, notamment l'architecte J.-E. Resplandy¹¹ auquel fut attribuée, en 1897, la mission de construire l'hôpital civil français, remplaçant ainsi l'hôpital Saint-Louis. Durant la même période, la construction de l'hôpital militaire en 1886 à El Omran¹² fut accompagnée de l'édification de bâtiments sanitaires annexes à Sfax, à Gabès, au Kef et à Gafsa¹³ et par la construction de l'hôpital israélite en 1894. Par ailleurs, sur les confins de l'arsenal de Bizerte, fut construit en 1899 l'hôpital de Sidi Abdallah destiné à accueillir la marine française. Le colonialisme italien n'a pas laissé ses ressortissants à l'écart et fonda dès 1900 un hôpital sur la colline de la nouvelle ville de Montfeury.

L'aspect fonctionnel et utilitaire de l'urbanisme hygiéniste colonial n'avait pourtant pas réussi à estomper son caractère ségréatif. En effet, en dehors des colonies de peuplement et des « villes garnisons », l'investissement dans l'urbanisme sanitaire était très hésitant, ce qui dénotait d'une faible prise de conscience de l'administration française de l'importance des politiques sanitaires et de la prévention des maladies contagieuses¹⁴. Les principales évolutions entreprises ont été impulsées à partir de 1909 par un courant de médecine sociale. Ce dernier a été porté par le dévouement de certains médecins notamment Nicolle, Brunet, Gaumer et Conseil et leur engagement dans la lutte contre les épidémies durant la période 1909-1930. Leurs efforts ont abouti, entre autres, à la création du Bureau d'Hygiène de la municipalité de Tunis et à la mise en place de l'Office d'hygiène sociale qui fut créé en 1930 et qui a été remplacé tardivement en 1945 par un ministère des Affaires sociales¹⁵.

En 1956, le bilan des réalisations coloniales restait mitigé. On dénombrait plus de quatre hôpitaux, trois dispensaires antituberculeux, des centres de consultations prénatales outre l'Institut Pasteur fondé en 1893 et qui fut dirigé par Charles Nicolle¹⁶. La concentration des bâtiments sanitaires publics dans la région de Tunis était controversée par l'absence de réalisation à l'intérieur du pays, ce qui explique la précarité de l'état sanitaire des populations à la veille de l'indépendance en 1956.

Loin de constituer un véritable courant de l'urbanisme colonialiste dans la ville de Tunis, l'hygiénisme a été confronté à plusieurs plans d'aménagement urbains fonctionnels d'ingénieurs, notamment le plan quadrillé¹⁷ réalisé à partir de 1890 qui, en créant une ville européenne orthogonale sur un axe maritime et un système viaire continu, n'avait pas une ambition d'ensemble d'un projet urbain maîtrisé. De Victor Valensi (1920) à Olivier-Clément Cacoub, en passant par Chevaux et Eloy (1933), Bernard Zehrfuss (1945), Michel Deloge (1948) et Michel Kosmin (1957), il y a eu au total six propositions de

11. Eugène-Humbert Guitard, *La Tunisie médicale et hospitalière*, in *La Tunisie médicale*, mai 1931, *Revue d'histoire de la pharmacie*, année 1932, n° 79, 1932. p. 133, https://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_1932_num_20_79_9973_t1_0133_0000_3

12. Quartier dénommé également *Franceville* et constituait depuis la fin du XIX^e siècle la nouvelle banlieue nord de Tunis (la médina) marquée par sa trame coloniale régulière verte (à l'image des cités-jardins) et son habitat individuel et aisé (les pavillons).

13. Amor Chadli, *La médecine en Tunisie : de la veille du protectorat à nos jours*, *La Tunisie Médicale*, 2011, Vol. 89, n° 6, pp. 411-417.

14. Olivier Le Cour Grandmaison, *Histoire coloniale française et l'obsession hygiéniste*, *The Conversation*, 2015, <https://theconversation.com/lhistoire-coloniale-francaise-et-lobsession-hygieniste-48914>

15. Colette Zytnicki, *op. cit.*, pp.339-341, https://www.persee.fr/doc/outre_1631-0438_2007_num_94_356_4300_t1_0339_0000_2

16. Colette Zytnicki, Benoît Gaumer, *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français (1881-1956)*, *op. cit.*, p. 339.

17. En urbanisme, le plan quadrillé désigne un type d'organisation de la ville dans lequel les rues sont rectilignes et se croisent en angle droit, créant des îlots de forme carrée ou rectangulaire.

plans pour le réaménagement de Tunis¹⁸. Aucun d'eux n'a pu être réalisé pour différentes raisons.

La « tunisification » des infrastructures sanitaires à l'ère de l'indépendance

Dans les années qui ont suivi l'indépendance de la Tunisie en 1956, le secteur de la santé ainsi que l'enseignement faisaient partie des principaux défis à relever par le jeune État tunisien, dans un contexte post-colonial marqué par le développement des épidémies (la tuberculose, la variole, la poliomyélite, la diphtérie et le trachome) et le départ des médecins français. La « tunisification » des hôpitaux fut donc engagée à partir de la capitale Tunis dès 1960. Elle se caractérisa par l'extension des unités existantes et la construction de nouveaux services (la pédiatrie, la cardiologie, la médecine interne, l'ophtalmologie, la médecine légale, etc.) comme ce fut le cas à l'hôpital Charles Nicolle, à l'hôpital Habib Thameur ou à l'hôpital psychiatrique Er-Razi. L'Institut ophtalmologique Hédi Raïe fut, quant à lui, créé en 1955¹⁹. Depuis 1960 et sur plus de trente ans, dix unités hospitalières à vocation universitaire ont été construites dans la région du Grand Tunis. Dans la zone péricentrale de la capitale, des constructions verticales pouvant accueillir plus d'habitants étaient privilégiées. L'hôpital pour enfants Béchir Hamza construit en 1969 au niveau de la colline sanitaire de La Rabta, témoigne de cette tendance de l'urbanisme sanitaire central de l'époque. Cette unité d'une capacité de 400 lits, comprend plus de quinze services à l'étage. L'hôpital militaire de Tunis s'inscrit également dans cette optique de redéploiement sanitaire par la construction de nouvelles structures hospitalo-universitaires centrales. Édifié en 1988, il compte environ 800 lits répartis sur une dizaine d'étages.

Dans les zones périphériques, l'urbanisme sanitaire bénéficiait d'une plus grande disponibilité foncière, ce qui a permis la réalisation de plans fonctionnels moins denses. L'hôpital Aderrahmen Mami de l'Ariana est parmi les plus grands projets mis en œuvre en 1960, sur une surface de plus de trois hectares, avec une capacité de 400 lits. Son plan en forme de « H » fut conçu par le ministère de la Santé dans une perspective fonctionnelle offrant une répartition longitudinale des blocs, ce qui favorise la séparation physique des services ainsi que la circulation entre les différents bâtiments. S'inscrivant dans cette logique, l'hôpital Mongi Slim de la Marsa fut bâti progressivement à partir de 1991 sur huit hectares. Il constitue l'unité hospitalo-universitaire la plus développée en termes de fonctionnalité et de répartition des volumes et des services. L'hôpital dédié aux urgences assure plus de dix services spécialisés avec une capacité de 250 lits²⁰. Au cours des trente dernières années, ces projets ne se sont pas poursuivis et l'on en recense qu'un seul concrétisé dans la zone sud de Tunis : le centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous²¹ mis en service à partir de 2008. En dehors de la capitale, l'édification de nouvelles structures sanitaires s'est accentuée par l'implantation successive des facultés de médecine de Tunis (1964), de Sousse et Sfax (1974) et de Monastir (1981)²².

Ces différents exemples montrent que l'urbanisme hygiéniste n'a pas été suffisamment formalisé

18. Nader MEDDEB, « Villes de pouvoir, pouvoir des villes : les limites de l'État bourguibien dans la fabrique d'une capitale indépendante », in : Amar MOHAND-AMER et Belkacem BENZENINE, *Le Maghreb et l'indépendance de l'Algérie*, Paris, Karthala, 2012, pp.167-182, p.170.

19. Institut Tunisien des Études Stratégiques (ITES), *L'hôpital tunisien de demain*, 2018, p. 71.

20. Source : Ministère de la Santé, 2020.

21. Cette structure moderne et polyvalente s'étend sur une surface de six hectares. Sur les quatre étages des bâtiments se répartissent onze services hospitaliers et techniques avec une accessibilité facilitée par l'autoroute sud de Tunis et par l'héliport.

22. ITES, op. cit, p. 72.

durant la période coloniale. Bien que différents décrets aient été émis entre 1920 et 1945²³, ceux-ci n'avaient pas d'effets notoires sur la prise de conscience de la question sanitaire dans l'évolution des villes tunisiennes. Aujourd'hui, le cadre normatif et institutionnel autour de la question de l'urbanisme sanitaire, demeure rattaché à l'évolution des lois régissant les communes notamment la loi organique des communes 1975-33 qui a été modifiée par la loi 2018-29 relative au code des collectivités locales.

La modernisation des structures sanitaires, la généralisation des hôpitaux sur le territoire national et leurs extensions, ont été réalisées dans une logique purement fonctionnelle sans être reliée à la ville et à ses enjeux sociaux et politiques. La pandémie de la COVID-19 a laissé apparaître les limites d'une telle approche, notamment à travers une difficile articulation entre politiques sanitaires urbaines et infrastructures sanitaires existantes.

La crise de la COVID-19 : constat d'un échec de la politique sanitaire urbaine tunisienne

Les villes tunisiennes subissent aujourd'hui de plein fouet les effets de la crise sanitaire causée par le coronavirus : les décès s'élèvent à plus de six mille morts sur une période de dix mois²⁴ (mars-décembre 2020) et sur une population totale d'environ douze millions habitants. Cette crise est venue se greffer à la crise sociale et économique provoquée par la difficile transition démocratique et à l'incapacité des neuf derniers gouvernements de restaurer une stabilité politique et sociale depuis la révolution de 2011. À ce titre, et au-delà de ses retombées sanitaires et démographiques (séquelles virales et vulnérabilité des personnes âgées, pertes de vie, destruction des pyramides des âges, accroissement des dépenses publiques, etc.), la pandémie de Covid-19 constitue un moment d'autant plus décisif de mise à l'épreuve des politiques sanitaires et du système de santé public et privé dans son ensemble. Elle fait apparaître les inégalités socio-spatiales liées à l'accès aux soins et interroge le rôle qui incombe aux politiques publiques dans la définition des stratégies sanitaires territoriales.

La pandémie qui s'est rapidement propagée a mis le système de santé ainsi que ses acteurs à l'épreuve de la crise. La saturation des hôpitaux, le déclin de la qualité des soins de santé dans le secteur public et la montée de la concurrence du secteur privé depuis 2012, sont autant de facteurs qui ont contribué au développement d'un discours public sur la défaillance de l'urbanisme sanitaire. Cette rhétorique, résulte de la crise du système de santé et la manière dont les structures sanitaires sont gérées et distribuées inégalement entre les différentes circonscriptions.

À l'échelle locale, la grogne de la population s'est aussi faite entendre. En effet, les conseils élus depuis mai 2018 n'exercent aucun pouvoir sur les structures sanitaires centralisées, alors que la loi de 2018-29 leur accordait pourtant de nouvelles compétences²⁵, notamment en matière de prévention

23. Le décret du 25 janvier 1929 relatif à l'aménagement et à l'extension des agglomérations urbaines, transposé de la loi française de 1919 relative à l'urbanisme, sous-entendait les règlements relatifs à l'hygiène des villes et des bâtiments. Ce texte a été complété par le décret du 9 mai 1931 qui posait des prescriptions sanitaires en matière de construction applicables sur la ville de Tunis. Cet ensemble qui a été complété par l'édiction des textes de 1943 et de 1945 relatifs à l'architecture et à l'urbanisme et à l'aménagement rural, n'avait pas des effets notoires sur la prise de conscience de la question sanitaire dans l'évolution des villes tunisiennes.

24. Source : ONMNE-Ministère de la Santé, décembre 2020.

25. La loi 2018-29 relative au code des collectivités locales accorde aux communes de nouvelles compétences qui s'inscrivent dans le cadre de la mise en place du processus de décentralisation engagé en Tunisie depuis 2014. En matière de santé et d'hygiène publique, les prérogatives sont distribuées entre compétences propres (relatives à la prestation de

sanitaire et de construction de dispensaires. Afin d'engager la mise en œuvre de ces dispositions au niveau local, deux instances ont été créées au sein des communes : la « Police de l'Environnement²⁶ » et la « Commission Propreté, Santé et Environnement²⁷ » chargée du contrôle du règlement de santé et d'hygiène et de la réduction des épidémies. Dépourvue de moyens matériels et financiers, cette commission, bien que fonctionnelle dans quelques communes, endosse avant tout un rôle consultatif. Elle se charge de l'élaboration des rapports et rend compte au conseil municipal, sans exercer un pouvoir certain sur ses décisions.

L'échec de l'urbanisme sanitaire « par le haut »

Au-delà des instances locales placées sous la tutelle du conseil municipal, l'urbanisme sanitaire demeure essentiellement une compétence centralisée par l'État. Ce système, hérité de l'époque coloniale, se distribue en fonction des compétences territoriales accordées aux structures de santé dites de « première », « deuxième » et « troisième » lignes. Ces structures sont réparties sur 221 circonscriptions sanitaires et classées suivant leurs missions, leurs équipements, et leurs compétences techniques et humaines²⁸. Sont considérées comme des structures de première ligne, les centres de santé de base (CSB), les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et les hôpitaux de circonscription ayant une compétence territoriale à l'échelle d'une ou de plusieurs délégations²⁹. La deuxième ligne concerne essentiellement les hôpitaux régionaux et exceptionnellement les centres intermédiaires qui ont une compétence territoriale régionale d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations. La troisième ligne est constituée par les établissements sanitaires universitaires notamment les centres hospitalo-universitaires (CHU) avec leurs services spécialisés, ambulatoires et/ou d'hospitalisation ayant une compétence territoriale nationale ou inter-régionale. Le bilan établi par le ministère de la Santé fait état d'un système composé jusqu'en 2018 de 175 hôpitaux³⁰, de 2157 centres de santé de base et de 98 cliniques privées. Les hôpitaux à vocation universitaire représentent 33 % du parc sanitaire dans la région de Tunis, alors que les cliniques privées avoisinent les 40 %.

Comparé au système urbain tunisien et à la distribution des villes sur les régions, ce sont les métropoles régionales et littorales (Tunis, Sfax, Sousse et Gabès) qui concentrent le nombre le plus important de structures sanitaires (notamment les CHU), au détriment des petites villes et des villes intérieures. Ces dernières sont dépourvues d'équipements sanitaires en mesure d'offrir des services de soin de qualité et de prendre en charge les populations en temps de crise. Le problème de l'accessibilité aux services de soins dans les CSB, structure sanitaire de proximité, se pose avec acuité dans les villes

services et d'équipements de proximité réalisables à partir des ressources propres des communes), compétences partagées avec l'autorité centrale (entretiens des équipements sanitaires), et compétences transférées par l'État (construction des établissements des centres de santé).

26. Ce corps est composé d'agents des collectivités locales assermentés. Il est institué par la loi n° 2016-30 relative à l'infraction aux règlements d'hygiène dans les zones relevant des collectivités locales.

27. Mise en place par l'arrêté gouvernemental n° 744-2018 relatif au règlement interne type des conseils municipaux.

28. Ceci conformément à l'article premier du décret n° 92-884 du 11 mai 1992 fixant les critères de classement des structures sanitaires publiques.

29. La circonscription sanitaire correspond à une ou plusieurs délégations dont le nombre est de 274. En Tunisie, la délégation correspond au découpage administratif intermédiaire situé entre le gouvernorat (l'équivalent d'une région) et le secteur (l'équivalent d'une zone administrative).

30. Ce nombre a légèrement évolué depuis 2010 alors qu'on comptait 174 hôpitaux.

et les localités de l'intérieur du pays. Les facteurs expliquant la défaillance du système sanitaire de proximité sont inhérents à l'implantation périphérique des structures elles-mêmes, à l'insuffisance des infrastructures de liaison, aux problèmes de transport public et à la faible couverture sanitaire en termes de personnel médical et paramédical par habitant³¹.

Le paradigme de la métropolisation reconsidéré

En temps de crise, le paradigme classique de la métropolisation en tant que modèle de développement des territoires régionaux, mérite d'être discuté, du fait des risques qu'il présente en situation de pandémie. Les faits à l'œuvre montrent que les métropoles et les zones frontalières, à cause de leurs infrastructures structurantes (ports, aéroport, postes de passages, etc.) constituent les territoires de transmission par excellence des épidémies et des maladies virales. En Tunisie, les premiers cas touchés par la COVID-19 se sont déclarés en mars 2020 avec une forte concentration dans la région de la capitale Tunis qui abritait le nombre le plus important de cas suspects de contamination (59 % des cas étaient localisés dans le grand Tunis avec un taux d'importation de la contamination de 70 %)³².

Les banlieues, telles que la Marsa, les Berges du Lac, l'Ariana et la Soukra qui constituent des grands quartiers de l'aire métropolitaine de Tunis, étaient les premières zones touchées par l'épidémie. Selon les statistiques officielles sur la migration internationale de l'INS³³, ces zones enregistrent les taux les plus forts³⁴ en termes de retour de l'étranger et constituent d'emblée des foyers à risque de « contamination importée » et donc des zones de vigilance extrême. Néanmoins, faute de système d'information fiable et interactif, ces données ne sont pas prises en considération par le gouvernement tunisien dans la définition des stratégies de prévention contre la propagation de l'épidémie sur le territoire. En outre, la propagation qui s'opère à grande vitesse peut être expliquée par les mobilités et les échanges, très peu contrôlés, entre les bassins d'emploi et les lieux de résidence. Les fortes densités urbaines dans les quartiers péri-centraux et dans les quartiers d'habitat informel (Bhar Lazreg pour le cas de la Marsa, Kram-Ouest et Sidi Hassine pour le cas de Tunis, Dar Faddhal et Aichoucha pour la Soukra, etc.) et les stratégies de communication et d'information³⁵ peu adaptées aux systèmes de représentation et de perception des populations dans ces quartiers, sont autant de facteurs à invoquer dans la détermination de l'efficacité des politiques sanitaires et de vigilance épidémiologique en milieux urbains.

Impacts des mesures restrictives sur la ville et la gestion des services urbains

L'étalement temporel de la pandémie de la COVID-19 et l'incertitude autour des mesures préventives

31. Le taux de couverture de la population par les médecins de première ligne en Tunisie est inférieur à 1,2 pour 10 000 habitants (Source : Ministère de la Santé, 2018, carte sanitaire de la Tunisie : 2018). L'indicateur de l'OMS est de 15,1 (Source : World Health statistics, 2019)

32. Source : ONMNE- Ministère de la Santé, 20 mars 2020.

33. INS : Institut National de la Statistique, 2014.

34. Ces foyers enregistrent les soldes migratoires positifs (en termes d'immigrants) les plus forts dans la région de Tunis : +1945 pour La Marsa, +827 aux quartiers du Lac (Le Kram), +1432 à l'Ariana-ville et +725 pour la Soukra (Source : INS, 2014).

35. Affiches, débats télévisés sans actions de proximité auprès des jeunes, des femmes, des personnes âgées, etc.

prises par les instances sanitaires et gouvernementales (gestes barrières, confinements, couvre-feu, fermetures des frontières, etc.), ont eu des impacts directs et/ou indirects sur la ville et ses usagers. Les deux vagues qui ont marqué l'évolution de la pandémie en Tunisie (mars 2020 et septembre 2020) apportent de nombreux éclairages sur les effets urbains de la crise, qu'il serait opportun de prendre en compte dans les approches prospectives de l'urbanisme hygiéniste.

Accroissement des inégalités et montée de la colère sociale

Une des conséquences des mesures restrictives a été la montée des contestations sociales des catégories défavorisées et des jeunes dans les quartiers populaires (Mnihla et Ettadhamen à Tunis, Menchia à Kairouan, Kazmet à Sousse, le bassin minier à Gafsa, etc.) en réaction à la défaillance des politiques sanitaires et de protection sociale. Celles-ci se sont manifestées par les émeutes et les coupures de la voie publique par les jeunes au chômage dans les différentes villes depuis la fin de l'année 2020 et les contestations des salariés licenciés et des artisans à la suite de la crise sans prise en charge par l'État. À l'origine de ces contestations : la répartition inéquitable des aides sociales exceptionnelles aux personnes défavorisées depuis avril 2020, la limitation des mobilités, le difficile accès aux espaces publics et aux espaces de loisir, et bien entendu l'enfermement dans des quartiers et des logements à forte densité urbaine. Avec l'instabilité politique, ces effets se sont intensifiés durant la deuxième vague de la pandémie, engendrant l'abandon des espaces publics et l'usage méfiant des équipements urbains³⁶.

Les municipalités livrées à elles-mêmes

À l'échelle locale, la crise de la COVID-19 a aggravé les dysfonctionnements politiques existants. Les municipalités sont confrontées à des problèmes de collecte des déchets et de contrôle de l'urbanisme. Cela s'explique en partie par l'absence de patrouille pouvant faire respecter les règles sanitaires³⁷. En effet, il n'existe plus de police municipale depuis 2012 en Tunisie, suite à son intégration aux forces de la sûreté. La redistribution des statuts et des compétences a plongé les municipalités dans l'incapacité de contrôler les infractions et les dérogations liées à la régulation urbaine et à la gestion des services urbains et environnementaux. Cette structure qui était placée sous l'autorité du maire et qui veillait au maintien de l'ordre urbain est désormais un corps sous tutelle du ministère de l'Intérieur (une tutelle différente de celle des communes qui dépendait du ministère des Collectivités locales et de l'Environnement créé en 2016). Cette situation explique pourquoi le contrôle exercé sur les règlements d'urbanisme et les procédures relatives aux opérations de construction et de lotissement n'est qu'occasionnellement assuré, réduisant ainsi les performances des documents d'urbanisme en matière de planification.

Il en découle que depuis la révolution de 2011, plus de 45 % des logements se construisent soit en dehors des périmètres planifiés soit sans autorisation de bâtir³⁸, faisant fi de toute considération pour l'urbanisme sanitaire. La construction informelle qui gagne en termes de stratégies d'acteurs et de territoires locaux (habitats, commerces, emplois, transports clandestins), s'est aggravée à cause de

36. Places publiques et cafés, aires de détente, espaces ludiques, équipements scolaires, sportifs et culturels, surfaces commerciales, etc.

37. C'est par décret n° 2012-518 du 2 juin 2012 que le corps des contrôleurs des règlements municipaux a été supprimé et intégré au corps de la sûreté et de la police municipale.

38. Données tirées des différents rapports de suivi de l'état des collectivités locales depuis 2011. Source : Ministère des Collectivités locales et de l'Environnement, 2020.

la défaillance des mécanismes de planification urbaine et de veille municipale. À ce titre, la crise du coronavirus constitue une véritable expérimentation non seulement des politiques publiques centrales, mais aussi des compétences des communes en matière de gouvernance urbaine et sanitaire. En effet, le transfert de compétences aux communes depuis 2018³⁹ n'a pas été accompagné de transfert de moyens par l'État.

Les résultats de l'enquête que nous avons menée dans le grand Tunis⁴⁰ et qui porte sur la gestion des services municipaux au cours de la crise sanitaire confirment cette demande des habitants d'avoir de meilleurs services urbains. Ainsi, 78 % des enquêtés considèrent « peu suffisants ou insuffisants » les services municipaux se rapportant au nettoyage, à l'hygiène et à la police municipale. À ce propos, l'indicateur de confiance qui se dégage de l'évaluation du rapport des enquêtés au conseil municipal (crédibilité, transparence, participation de la société civile, partenariat et engagement), est estimé à 30 % seulement.

La question de l'hygiène urbaine en temps de crise confirme donc la permanence des conflits de pouvoir entre structures décentralisées (conseils municipaux) et acteurs publics déconcentrés⁴¹ (gouverneurs, délégués et agences techniques de l'État). En effet, en dépit des dispositifs exécutifs et consultatifs décentralisés mis en place au sein des communes, les mécanismes de gestion de la crise ne peuvent être décrétés en dehors de la compétence de l'État central. Un tel état de fait plaide en faveur d'une gestion « par le bas », prenant en compte les besoins des municipalités et des acteurs locaux.

Conclusion

Nous avons vu à travers cette étude que la pandémie constitue un déterminant aléatoire des politiques urbaines. L'enjeu de la sécurisation hygiéniste et urbanistique des villes s'impose et nécessite que l'on dépasse les paradigmes normatifs de l'urbanisme moderne et post-moderne incarnant les approches « d'en-haut » et la rigidité du positivisme réglementaire, en faveur d'une meilleure prise en considération des démarches communicationnelles et collaboratives⁴². L'urbanisme sanitaire mérite d'être introduit dans les démarches de planification stratégique et dans les discours prospectifs des acteurs centraux et locaux se penchant sur des réformes pouvant déterminer la conception ou la production des projets urbains.

La « ville sanitaire » est un concept à revisiter dans une optique pluridisciplinaire et partagée avec les différents acteurs urbains. Le monde du virtuel et l'émergence de nouveaux paradigmes de structures et de territoires intelligents (villes, espaces, bâtiments, réseaux, etc.), poussent à s'interroger sur l'architecture hospitalière et la manière avec laquelle les isolations se conçoivent selon le modèle de pavillons ou de cités-jardins, souvent déconnectés de leurs environnements immédiats. L'évolution vers des projets d'urbanisme sanitaire intelligents, flexibles et résilients s'impose et suppose une maîtrise

39. Ce qui correspond à la date d'approbation de la loi n° 29-2019 du 9 mai 2018 relative au code des collectivités locales.

40. Il s'agit d'une enquête par questionnaire et par échelle de mesure réalisée en septembre 2020 dans la région du grand Tunis sur un échantillon aléatoire de 1400 enquêtés.

41. En Tunisie les relations entre l'Etat et les collectivités locales sont gérées par un double régime de décentralisation et de déconcentration. Si la décentralisation prévoit une autonomie de fait dans la gestion d'une collectivité locale, la déconcentration ne la prévoit pas, puisqu'elle consiste, dans les faits, à transférer des compétences (fonctionnaires) du pouvoir central nommées par l'Etat, agissant pour son compte et chargées de gérer les affaires d'une circonscription pour lui.

42. Pierre Hamel, « La critique postmoderne et le courant communicationnel au sein des théories de la planification : une rencontre difficile », *Cahiers de géographies du Québec*, vol. 41, n° 114, 1997, p 311-321.

collective des interfaces urbaines tant sociologiques que spatiales. Enfin, il importe de conclure à la transversalité de l'approche prospective (**projectuelle**), car la pandémie a montré l'incapacité de gérer la crise sanitaire dans une optique purement scientifique, sectorielle ou encore politique. La confrontation entre les enjeux scientifiques et politiques nécessite aujourd'hui un véritable tournant pratique⁴³.

43. Léna Soler, *Introduction à l'épistémologie*, Paris, Ellipses, 2019, p. 270