

# Hôpitaux et santé publique face à la pandémie de Covid-19

PERSPECTIVES DE SANTÉ MONDIALE



SOUS LA DIRECTION DE

Valéry Ridde, Lola Traverson, Kate Zinszer



# Hôpitaux et santé publique face à la pandémie de Covid-19

*Perspectives de santé mondiale*

Sous la direction de Valéry Ridde,  
Lola Traverson, Kate Zinszer



*Hôpitaux et santé publique face à la pandémie de Covid-19 Copyright © by Valéry Ridde, Lola Traverson, Kate Zinszer is licensed under a License Creative Commons Attribution - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International, except where otherwise noted.*

Titre : Hôpitaux et santé publique face à la pandémie de Covid-19. Perspectives de santé mondiale

Sous la direction de Valéry Ridde, Lola Traverson, Kate Zinszer

Design de la couverture : Kate McDonnell, photo d'Omar Thiam, prise à Kaolack en 2021

Édition et révision linguistique : Alizée Harel et Érika Nimis

ISBN pour l'impression : 978-2-925128-32-8

ISBN pour le PDF : 978-2-925128-33-5

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2023

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationale Canada

Ce livre est publié sous licence Creative Commons CC BY-SA 4.0 et disponible en libre accès à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/hospicovid/>

Éditions science et bien commun

<http://editionscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : [info@editionscienceetbiencommun.org](mailto:info@editionscienceetbiencommun.org)

# Table des matières

In memoriam	xi
Préface	xiii
<i>Maria Helena Teixeira Pinto</i>	
Introduction. Entre résilience des hôpitaux et actions de santé publique face à la pandémie de Covid-19 <i>Valéry Ridde, Lola Traverson, Kate Zinszer</i>	1
I. LES RÉPONSES DES HÔPITAUX ET DE LEURS PERSONNELS FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19	
SECTION A : ÉTUDES DE CAS UNIQUES	25
1. Les réponses à la pandémie de Covid-19 d'un Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux du Québec <i>Morgane Gabet, Arnaud Duhoux, Valéry Ridde, Kate Zinszer, Lara Gautier, Pierre-Marie David</i>	27
2. L'Hôpital du Mali face à la Covid-19. Analyse des stratégies d'adaptation de l'hôpital et de son personnel <i>Abdourahmane Coulibaly, Laurence Touré, Fanny Chabrol, Boubacar Sidiki Ibrahim Dramé, Kate Zinszer, Valéry Ridde</i>	49
3. Les adaptations et réponses à l'épidémie de Covid-19 d'un hôpital de référence parisien <i>Fanny Chabrol, Lola Traverson, Renyou Hou, Lisa Chotard, Jean-Christophe Lucet, Nathan Peiffer-Smadja, Gisèle Bendjelloul, François-Xavier Lescure, Yazdan Yazdanpanah, Kate Zinszer, Valéry Ridde</i>	71

4. La pandémie de Covid-19 dans un hôpital tertiaire au Mali et ses enjeux financiers	87
<i>Valéry Ridde, Abdourahmane Coulibaly, Laurence Touré, Mouhamadou Faly Ba, Kate Zinszer, Emmanuel Bonnet, Ayako Honda</i>	
5. L'approche matérielle et spatiale d'un hôpital parisien face à la Covid-19. Vers un hôpital dés-affecté?	109
<i>Fanny Chabrol et Lisa Chotard</i>	
SECTION B : ÉTUDES DE CAS COMPARATIVES	127
6. Adapter le travail hospitalier en temps de pandémie dans deux hôpitaux québécois	129
<i>Pierre-Marie David, Morgane Gabet, Arnaud Duhoux, Lola Traverson, Valéry Ridde, Kate Zinszer, Lara Gautier</i>	
7. La mise en œuvre de la réponse à la pandémie de Covid-19 dans l'État brésilien du Pernambouc	149
<i>Andréa Carla Reis Andrade, Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos, Sydia Rosana de Araújo Oliveira</i>	
8. La gestion de la pandémie de Covid-19 par deux hôpitaux de la ville de Tokyo	167
<i>Ayako Honda, Toyomitsu Tamura, Hiroko Baba, Haruka Kodoi, Shinichiro Noda</i>	
9. Soutenir le personnel hospitalier délesté pendant la pandémie de Covid-19 dans deux hôpitaux de la région de Montréal. Quels styles de leadership?	195
<i>Lara Gautier, Morgane Gabet, Arnaud Duhoux, Lola Traverson, Valéry Ridde, Kate Zinszer, Pierre-Marie David</i>	
10. La résilience de huit hôpitaux du Sénégal face à la pandémie de Covid-19	225
<i>Valéry Ridde, Lola Traverson, Adama Faye</i>	

11. La résilience hospitalière dans trois hôpitaux de référence pour la Covid-19 au Brésil	249
<i>Karla Sousa, Stéphanie Medeiros, Betise Furtado, Ana Lucia Vasconcelos, Gisele Cazarin, Aletheia Sampaio, Sydia Oliveira</i>	
12. Les visites familiales en période de pandémie de Covid-19 dans deux hôpitaux en France et au Mali	269
<i>Abdourahmane Coulibaly, Fanny Chabrol, Laurence Touré, Renyou Hou, Boubacar Sidiki Ibrahim Dramé, Kate Zinszer, Valéry Ridde</i>	
13. Les innovations dans la prestation des services de santé pendant la pandémie de Covid-19 au Brésil, au Canada et au Japon	289
<i>Ayako Honda, Sydia Rosana de Araújo Oliveira, Valéry Ridde, Kate Zinszer, Lara Gautier</i>	

## II. LA SANTÉ PUBLIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE COVID-19

SECTION A : LA PRISE EN COMPTE DES INÉGALITÉS DANS DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE	315
14. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la formulation des interventions de suivi des contacts. Une revue rapide de la littérature scientifique	317
<i>Isadora Mathevet, Katarina Ost, Lola Traverson, Kate Zinszer, Valéry Ridde</i>	
15. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la formulation d'une intervention de suivi des contacts pour la Covid-19 à Montréal	333
<i>Camille Beaujoin, Lara Gautier, Marie-Catherine Gagnon-Dufresne, Rachel Mikanagu, Ashley Savard-Lamotte, Patrick Cloos, Valéry Ridde, Kate Zinszer</i>	

16. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la formulation du dépistage à grande échelle pour la Covid-19 à Montréal	353
<i>Marie-Catherine Gagnon-Dufresne, Lara Gautier, Camille Beaujoin, Ashley Savard Lamothe, Rachel Mikanagu, Patrick Cloos, Valéry Ridde, Kate Zinszer</i>	
17. Les défis de la prise en compte des inégalités sociales de santé lors de la formulation de la stratégie de dépistage du SRAS-CoV-2 au Mali	375
<i>Pauline Boivin, Lara Gautier, Abdourahmane Coulibaly, Kate Zinszer, Valéry Ridde</i>	
18. Le dépistage de la Covid-19 et les inégalités à Manaus	397
<i>Raylson Nóbrega, Stéphanie Gomes de Medeiros, Sydia Rosana de Araujo Oliveira</i>	
19. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans une intervention de réponse à la pandémie de Covid-19 en Île-de-France : "faire dans la dentelle" en temps de crise sanitaire?	419
<i>Zoé Richard, Fanny Chabrol, Lara Gautier, Kate Zinszer, Valéry Ridde</i>	
SECTION B : LA COMMUNICATION, L'INFORMATION ET LES PERCEPTIONS DES POPULATIONS	443
20. Du devoir d'informer au besoin de sensibiliser. La perplexité de la presse malienne en période de Covid-19	445
<i>Fabrice Escot</i>	
21. Les connaissances de la Covid-19 et l'impact sur l'accès des indigent·e·s aux soins de santé au Burkina Faso	475
<i>Emmanuel Bonnet, Yvonne Beaugé, Mouhamadou Faly Ba, Souleymane Sidibé, Manuela De Allegri, Valéry Ridde</i>	
22. Le port obligatoire du masque dans la réponse à la pandémie de Covid-19 au Bénin. Entre popularité et scepticisme	505
<i>Roch Appolinaire Hounghinin</i>	



23. Les facteurs associés à l'hésitation vaccinale contre la Covid-19 au Sénégal 531

*Mouhamadou Faly Ba, Adama Faye, Valéry Ridde*

## CONCLUSION : LES LEÇONS TIRÉES DES RÉPONSES À LA PANDÉMIE DE COVID-19

24. Les leçons tirées des expériences de terrain sur la résilience des hôpitaux face à la pandémie de Covid-19 549

*Christian Dagenais\*, Muriel Kielende\*, Abdourahmane Coulibaly, Lara Gautier, Pierre-Marie David, Nathan Peiffer-Smadja, Ayako Honda, Sydia Oliveira, Lola Traverson, Kate Zinszer, Valéry Ridde*

25. Comment formuler des leçons apprises de qualité. Une revue rapide 577

*Christian Dagenais, Michelle Proulx, Aurélie Hot, Esther McSween-Cadieux, Romane Villemin, Lara Gautier, Sydia Rosana de Araujo Oliveira, Patrick Cloos, Lola Traverson, Kate Zinszer, Valéry Ridde*

Présentation des auteur-riche-s 603

À propos des Éditions science et bien commun 617



À la mémoire de  
David Doucet et de Pierre Pluye



# Préface

MARIA HELENA TEIXEIRA PINTO

Vu d'ici, le mois de mars 2020 semble si loin. Tout le monde vivait sa vie, vaquait à ses occupations. Internet nous a apporté tant d'informations, une quantité absurde. Les gens avaient déjà perdu ce sentiment d'énormes distances entre eux (souvent saines). Le temps était compté pour rechercher et absorber tant de connaissances dans cet océan de données (bonnes et mauvaises) à portée de main, que l'on soit sur une plage, dans une ville lointaine, sur le marché près de chez soi, bref, n'importe où. Les sciences de la santé, largement diffusées sur le web, se sont révélées puissantes, atteignant des niveaux d'évolution jamais vus auparavant. Personne n'aurait pu imaginer que, de nos jours, une pandémie puisse émerger, se propager aussi rapidement, avoir une portée planétaire et être capable d'ôter la vie à des millions et des millions de personnes. C'est pourtant ce qu'il s'est passé. Nous avons alors appris qu'il nous restait un long chemin à parcourir avant d'être à l'abri de telles tragédies. Nous n'y parviendrons peut-être jamais.

L'humanité a connu la peste noire au 14ème siècle, qui a fait environ 200 millions de morts. Lors de la grippe espagnole au début du 20ème siècle, le virus de l'influenza a décimé environ 50 millions de personnes. Au 21ème siècle, le virus SRAS-CoV-2 a tué jusqu'à présent environ 7 millions de personnes. Bien sûr, la science est responsable de cette baisse abyssale du nombre de victimes, d'autant plus si l'on considère le nombre de décès par rapport à la population mondiale totale. Mais ce que je voudrais souligner, ce n'est pas tout cela, c'est la peur. Notre peur primitive d'une maladie inconnue et mortelle est certainement la même que celle de n'importe quel citoyen-ne du 14ème siècle ou du 20ème siècle. La peur a poussé la science à se doter de son meilleur arsenal et à partir en guerre contre le SRAS-CoV-2. Apparemment, cette guerre est gagnée. C'est bien. D'autres soldats et d'autres arsenaux ont émergé à l'arrière

de la science. Médecins et infirmier·ière·s pluridisciplinaires, équipes de paramédicaux, secouristes, ambulancier·ière·s, équipes de nettoyage et de désinfection des hôpitaux, tous en uniforme avec leur équipement de protection individuelle et armés d'amour, de courage (chacun avec son savoir et ses outils en première ligne) pour accueillir, soigner et tenter de sauver les personnes infectées, en donnant le meilleur d'eux-mêmes.

La peur nous a aussi fait agir dans cette guerre, même si nous n'étions pas en première ligne de ce combat quotidien et épuisant. C'est ainsi qu'est né le projet COMVIDA (AVEC LA VIE) à l'hôpital universitaire Oswaldo Cruz (une référence en matière d'accueil et de traitement des patient·e·s gravement malades dans la lutte contre la Covid-19 et évoqué dans plusieurs chapitres de ce livre). Ce projet était axé sur un soutien humanisé, avec la distribution de nourriture et la collecte d'équipements de protection individuelle pour tou·te·s les professionnel·le·s de santé qui étaient en contact direct avec les patient·e·s isolé·e·s, s'isolant avec elles et eux dans les services. Ces professionnel·le·s ont fait preuve d'un dévouement sans faille dans leur travail, se battant avec les moyens dont ils et elles disposaient, exposé·e·s à une contamination extrême (et aussi à la peur), vivant souvent, impuissant·e·s, les tragédies quotidiennes de la perte de patient·e·s, sans la certitude de pouvoir vaincre la maladie. Le poids du stress était immense et palpable sur leurs visages, exprimé par le doute et le désespoir qui en découle. Le projet COMVIDA les a accueillis avec amour en leur fournissant des collations offertes par de nombreux fournisseurs partenaires, accompagnées de messages d'encouragement et de félicitations inlassables pour leur travail héroïque, 24 heures sur 24. Ils ont également reçu des équipements de protection individuelle offerts par des entreprises partenaires. Un lien d'amour et d'hospitalité s'est formé autour de ces professionnel·le·s. Les répercussions ont été immenses. La gratitude et le renforcement de leur force dans la lutte contre la pandémie se sont étendus à l'environnement du service, et cette humanisation a atteint et réconforté les patient·e·s et leurs familles en détresse. L'objectif de ce projet était de servir et de soutenir, à l'image de cet ouvrage collectif passionnant qui permet de comprendre ce qu'il s'est

passé en dehors du Brésil. Mais il nous a aussi apporté de grandes leçons en guise de récompense, comme celles partagées à la fin de ce livre. L'une d'entre elles, peut-être la plus grande, est que la solidarité n'a de sens qu'AVEC LA VIE, beaucoup de vie.





# Introduction. Entre résilience des hôpitaux et actions de santé publique face à la pandémie de Covid-19

VALÉRY RIDDE, LOLA TRAVERSON, KATE ZINSZER

*[Cet article est une traduction adaptée de l'article Ridde, V., Traverson, L., & Zinszer, K. (2023). Hospital Resilience to the COVID-19 Pandemic in Five Countries: A Multiple Case Study. Health Systems & Reform, 9(2), 2242112. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2242112>.]*

En 2020, au moment où les pays et les systèmes de santé ont du mal à réagir à la pandémie de Covid-19, les équipes de recherche se sont rapidement mobilisées pour participer à la lutte. De nombreux appels à projets ont été lancés pour effectuer des recherches sur la pandémie, souvent des recherches interdisciplinaires bien que la majeure partie des financements aient été alloués, comme habituellement, à la recherche clinique et biomédicale.

L'urgence de la situation et l'obtention de financements de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR Flash) en France et de l'Institut de Recherche en Santé du Canada (IRSC) ont conduit à la formation d'une importante équipe de recherche internationale et interdisciplinaire et à la création du projet HoSPiCOVID. Ce projet de recherche, mené d'avril 2020 à avril 2022, visait à étudier (i) la prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS) dans la planification et la mise en œuvre d'interventions de santé publique telles que le suivi des contacts et le dépistage Covid-19, et (ii) la résilience des hôpitaux et de leur personnel face à la pandémie de Covid-19 au Brésil, au Canada, en France, au Japon et au Mali ([| 1](https://u-</a></p></div><div data-bbox=)

paris.fr/hospicovid/). Sur la base de réseaux de collaborations antérieures, des équipes de recherche du Brésil, du Canada, de la France, du Japon et du Mali se sont rassemblées pour comparer des cas comprenant des approches de financement des systèmes de santé et des contextes socio-économiques différents, inscrits dans différents contextes épidémiologiques de Covid-19.

Le présent ouvrage collectif a été construit autour des résultats du programme de recherche HoSPiCOVID et d'autres études auxquelles nous étions associé-e-s (Burkina Faso, Sénégal) ou que nous trouvions importantes à partager (Bénin) afin de disposer d'une vision de santé mondiale. En effet, l'une des originalités de notre livre est de proposer une démarche que nous voulions relativement globale, faisant fi des dichotomies simplificatrices Nord/Sud et montrant les interrelations des systèmes de santé à l'échelle mondiale (Ridde et Fillol 2021). Notre vision de la santé mondiale implique de tenir compte, d'une part, de l'économie politique globale qui s'inscrit dans une approche néolibérale de la santé et de la couverture universelle en santé (CSU), et d'autre part, des enjeux d'équité et d'inégalités structurelles. Ainsi, l'ouvrage aborde deux domaines d'études associés à ces défis qui touchent toutes les populations de la planète : i) la résilience des hôpitaux et de leur personnel face à la pandémie dans un contexte historique de réformes néolibérales, et ii) la (non-)prise en compte des ISS dans des interventions de santé publique visant à lutter contre la propagation de l'épidémie de Covid-19.

## **Des hôpitaux et une santé publique minés par les réformes néolibérales**

Les gouvernements du monde entier ont pris des mesures coercitives pour contenir la propagation du virus, protéger l'économie et éviter de surcharger les systèmes de santé, en particulier les hôpitaux. Dans de

nombreux pays, l'hospitalo-centrisme est la norme (McPake 2009), les hôpitaux servant encore trop souvent de points d'entrée au sein des systèmes de santé. Les structures désignées comme hôpitaux de référence Covid ont été particulièrement touchés par la crise. Il en est de même pour les services spécialisés dans les maladies infectieuses qui ont souvent été les premiers à prendre en charge les patient-e-s atteint-e-s de Covid-19. Pourtant, les systèmes de santé, au-delà de leurs moyens financiers et humains, de leurs bâtiments et équipements, sont avant tout des systèmes sociaux (Whyle et Olivier 2020). La manière dont ils fonctionnent aujourd'hui, dont ils sont en mesure de répondre aux besoins de la population, s'inscrit dans une histoire politique nationale mais aussi dans des principes et croyances diffusés à l'échelle internationale sur la façon dont ils devraient être organisés. Un débat international organisé par la revue internationale *Social Science & Medicine* en 2023 a mis en exergue la primauté de la politique dans les réformes néolibérales des systèmes de santé (Mladovsky et al. 2023). En France, Nicolas Da Silva montre parfaitement comment, au cours de l'histoire des réformes successives du système de santé français, l'État a écarté les citoyens de leur gouvernance au profit des pouvoirs médicaux et financiers (Da Silva 2022). Au Mali et au Sénégal, les thèses de Lara Gautier et de Jean-Hugues Caffin ont démontré comment les organisations internationales influencent les prises de décisions nationales et facilitent la mise en œuvre de réformes néolibérales des systèmes de santé par des jeux de pouvoir et d'incitations à l'aide d'experts internationaux et nationaux (Gautier et al. 2018; Caffin 2018). Le plus souvent, l'objectif est d'inciter l'État à utiliser des instruments politiques issus de la « nouvelle » gestion publique (New Public Management – NPM) au nom de laquelle il est censé réduire ses actions au profit d'acteurs privés considérés comme plus efficaces (Keshavjee 2014). Les répercussions sont claires pour la santé publique et les systèmes de santé.

Pour la santé publique, cette idéologie implique une approche centrée sur le ciblage des plus pauvres ou des personnes à risque au sens médical, sans se préoccuper des ISS et du gradient social de santé au sein de l'ensemble de la population. Pourtant, en février 2021, au cœur de la pandémie de Covid-19, la revue *The Lancet* rappelait l'importance et la pertinence de la proposition de Julian Tudor Hart de 1971 : l'hypothèse d'équité inverse (Hart 1971). Julian Tudor Hart considère que les personnes qui bénéficient des soins de santé sont d'abord celles qui en ont le moins besoins. Si sa proposition a d'abord été appliquée aux soins de santé, elle s'adapte également aux interventions de santé publique et à la répartition injuste des résultats en matière de santé. Les questions de justice sociale et d'équité ont toujours été au cœur des enjeux de santé publique. Viser l'efficacité tout en prenant en compte l'équité est un défi permanent pour les personnes qui planifient et mettent en œuvre des interventions de santé publique. La plupart des phénomènes de santé (par exemple, l'espérance de vie, l'obésité ou la malnutrition) confirment cette loi d'équité inverse, y compris la distribution du virus SRAS-CoV-2 (Benita, Rebollar-Ruelas, et Gaytán-Alfaro 2022). En France, l'étude de la première vague de Covid-19 a montré une hétérogénéité spatiale significative dans la distribution de l'incidence et de la mortalité de Covid-19 dans les hôpitaux (Gaudart *et al.* 2021). Il a été démontré, dès le début de la pandémie, que les populations les plus vulnérables et les plus précaires ont été les plus touchées, en particulier les personnes nées à l'étranger et vivant dans des quartiers sensibles.

Pour les systèmes de santé et les hôpitaux, la perspective néolibérale se traduit par l'exigence d'une autonomisation des structures de santé, une contractualisation et une séparation croissantes des fonctions (par exemple, entre la personne malade comprise comme acheteur des soins et le prestataire de soins), le paiement direct de la part des patient-e-s ou encore des incitatifs à la performance (par exemple, plus on réalise d'accouchements, plus on touche de primes). Dans les années 1990, des études au Ghana, au Zimbabwe, au Sri Lanka, en Inde et en Thaïlande avaient déjà confirmé les effets catastrophiques de ces approches dans

les hôpitaux (Mills *et al.* 2001). En France, les réformes de l'hôpital public ont été qualifiées de « casse du siècle » (Juven, Pierru, et Vincent 2019). Au Québec, une analyse menée sur 50 années (1961-2010) confirme le développement des réformes s'appuyant sur le NPM et « l'omniprésence de l'idéologie managériale » (Turgeon, Jacob, et Denis 2011). Une synthèse du recours des approches fondées sur le paiement à la performance dans les systèmes de santé à l'échelle mondiale montre qu'il n'existe pas de théorie permettant de soutenir cette approche et que sa poursuite n'est que la conséquence de la permanence de l'idéologie du NPM (Paul, Bodson, et Ridde 2021). En France, Batifollier (2013) montre aussi combien la marchandisation des soins s'est développée au détriment de la solidarité, de l'accès aux soins et des relations de soins, comme en Afrique d'ailleurs (Foley 2010). L'histoire du paiement à l'acte et de la marchandisation des soins est très ancienne et remonte déjà au 19<sup>ème</sup> siècle (Domin 2016). Gelly et Spire (2022) ont rendu compte des effets délétères de la présence du privé dans les hôpitaux publics français sur l'égalité de traitement pour les patient·e·s mais aussi sur les conditions de travail des soignant·e·s.

Dans ce contexte historique d'enjeux de pouvoir et de réformes néolibérales, il est nécessaire d'étudier comment les systèmes de santé contemporains et les actions de santé publique font face à de multiples événements qui peuvent constituer des poly-crisis ou des crises permanentes, être internes (changement de personnels, de modes de financement, de modalités de gestion) ou externes (épidémies, attaques informatiques ou terroristes, événements climatiques extrêmes, etc.), de forte ou de basse intensité, de courte ou de longue durée, anticipés ou non. Mais l'enjeu n'est pas seulement scientifique ou conceptuel. Il suffit de penser aux épidémies ou aux événements liés, par exemple, aux changements climatiques (températures extrêmes, inondations, etc.) pour se rendre compte de l'importance de tirer des leçons de ces expériences afin que les systèmes de santé puissent s'adapter et/ou mieux se préparer à réagir à des événements similaires. Comment comprendre l'absence de préparation du système de santé français à la

pandémie de Covid-19 alors qu'il disposait de plans et de comités créés, d'expériences vécues avec la canicule de 2003, les attentats de 2015 ou encore l'expérience de lutte contre le VIH/sida? Comment comprendre la mise à l'écart des trois grandes institutions gouvernementales de santé publique lorsqu'un conseil scientifique a été mis en place en France au début de la pandémie (Borraz, Jacobsson 2023)? La crise organisationnelle mise en lumière par la pandémie (Bergeron *et al.* 2020) mérite une attention particulière, y compris dans les hôpitaux.

Ainsi, il ne faudrait pas tomber dans la vision naïve ou politisée d'une mobilisation de la résilience qui ferait fi des questions d'inégalités et de vulnérabilités, des enjeux historiques et contemporains de pouvoirs et de politiques qui ont contribué à réduire les capacités des systèmes de santé et des établissements de soins à faire face à de multiples chocs. Le concept de résilience est ancien et ses critiques sont nombreuses et connues (van de Pas *et al.* 2017; Topp 2020). D'abord utilisé dans le monde de la physique et de la biologie, puis développé dans celui de la psychologie, il a été mobilisé plus récemment dans le champ de la recherche sur les systèmes de santé (Saulnier *et al.* 2021; Turenne *et al.* 2019). Il fait l'objet de multiples recherches, conférences et publications scientifiques. Il serait dommage de se laisser emporter par le mésusage politique d'une résilience néolibérale, comme cela a été le cas dans de nombreux pays durant la pandémie de Covid-19. Le terme a été instrumentalisé à des fins politiques pour cacher les enjeux de pouvoir, les inégalités structurelles et surtout les réformes de ces dernières décennies ayant fragilisé les systèmes de santé et donc leurs capacités à faire face aux chocs sanitaires. En 2008, le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) mettait en avant trois principales tendances réduisant la capacité des systèmes de santé à s'orienter vers les soins de santé primaires : l'hospitalo-centrisme, la marchandisation des soins et la fragmentation des systèmes (WHO 2008). Cela explique certainement pourquoi l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2023 a mis l'accent

sur le fait que les soins de santé primaires représentent la fondation de la résilience des systèmes de santé, et qu'il était nécessaire de s'en préoccuper d'urgence.

## Approches, méthodes et plan de l'ouvrage

Le projet HoSPiCOVID est au cœur de cet ouvrage, reflétant deux approches conceptuelles spécifiques sur l'étude de la résilience des hôpitaux et de la prise en compte des ISS. Plus de détails sur ces approches sont présents dans le protocole du projet (Ridde *et al.* 2021) et dans des articles d'un numéro spécial HoSPiCOVID auxquels les lecteur-ric-e-s pourront se référer (voir le numéro spécial *Health System & Reform*). Mais tous les chapitres de ce livre ne se réfèrent pas uniquement à ces approches ou au projet HoSPiCOVID car nous souhaitons laisser place à une certaine diversité.

En ce qui concerne l'étude de la résilience hospitalière, une définition commune et ouverte de la résilience a été retenue : *« capacités d'un hôpital, confronté à des chocs, des stress ou des tensions chroniques déstabilisantes (inattendus ou anticipés, soudains ou subtils, internes ou externes au système), à absorber, adapter et/ou transformer afin de maintenir et/ou améliorer l'accès universel à des soins de santé complets, pertinents et de qualité, sans faire basculer les patient-e-s dans la pauvreté »*. Le résultat attendu de la résilience est l'accès aux soins de santé et à leurs cinq déterminants (Levesque, Harris, et Russell 2013). Ensuite, nous avons proposé un cadre conceptuel, des dimensions et des concepts pour étudier la résilience des hôpitaux. Le cadre, représenté en Figure 1, comprend plusieurs phases : 1) la survenue d'événements ou de chocs sanitaires, comme la pandémie de Covid-19; 2.i) les effets de ces événements ou chocs sur les routines organisationnelles des hôpitaux et ses dimensions ainsi que 2.ii) les stratégies déployées par les hôpitaux et leurs personnels pour y faire face dans chacun de ces domaines et

2.iii) les impacts de ces stratégies, perçus comme positifs ou négatifs par les personnels au sein des hôpitaux; 3) les impacts de ces stratégies sur l'accès aux soins du point de vue de l'hôpital; et 4) les processus de résilience mis en œuvre par les hôpitaux (absorption, adaptation, transformation) (Blanchet *et al.* 2017) et leurs résultats (effondrement, détérioration, récupération, amélioration). Concernant les processus de résilience, l'absorption correspond à la capacité de l'hôpital à continuer à fournir des services de santé de base avec le même niveau de ressources et de capacités. L'adaptation, elle, représente la capacité de l'hôpital à fournir le même niveau de services de santé en s'appuyant sur des adaptations organisationnelles pour faire face à une situation perturbatrice. Enfin, la transformation correspond à la capacité de l'hôpital à modifier ses fonctions et sa structure en réponse à un choc.

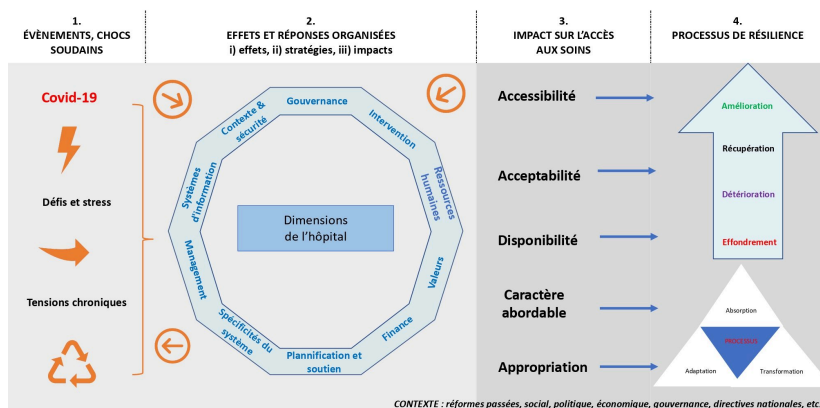


Figure 1 : Cadre conceptuel de la résilience des hôpitaux face à la pandémie de Covid-19.

En ce qui concerne l'étude des inégalités, l'équipe HoSPiCOVID a mobilisé un « bricolage théorique » empruntant des concepts à l'étude des politiques publiques, la planification en santé et la prise en compte des ISS (Gagnon-Dufresne *et al.* 2022). Quatre catégories d'analyse ont permis



de mieux comprendre, comment, dans plusieurs contextes, la question des ISS avait nourri la planification et la mise en œuvre d'interventions de santé publique liées à la Covid-19. Il s'est notamment agi d'étudier i) la manière dont certain-e-s acteur-ric-e-s clés en santé appréhendent les ISS, ii) les stratégies globales privilégiées par ces acteur-ric-e-s pour lutter contre les ISS, iii) les collaborations intersectorielles de plusieurs secteurs, iv) les capacités d'adaptation des interventions à différentes échelles.

Les méthodes employées par la majorité des membres de l'équipe HoSPiCOVID et autres auteur-ric-e-s invité-e-s, ont été essentiellement qualitatives.

L'ouvrage comporte deux grandes parties. La première est consacrée aux études sur les hôpitaux et la seconde à celles sur la santé publique. Au sein de la première partie, une première section est consacrée aux études de cas uniques, c'est-à-dire ne concernant qu'un établissement hospitalier, et une seconde section permet aux auteur-ric-e-s de comparer plusieurs cas, c'est-à-dire des hôpitaux d'une même métropole ou de différents pays. Les études de cas se concentrent sur neuf hôpitaux situés au Brésil, au Canada, en France, au Japon et au Mali. Les hôpitaux ont été choisis pour des raisons pragmatiques et heuristiques : pour leur importance dans la réponse à la pandémie, la plupart étant des hôpitaux de référence de prise en charge de la Covid-19, et pour leur accessibilité par les chercheur-euse-s car les structures étaient submergées en cette période d'urgence. Au sein de la seconde partie, la première section est entièrement dédiée aux analyses de la prise en compte, ou de l'absence de prise en compte, des ISS dans la planification et la mise en œuvre de plusieurs interventions de santé publiques, et notamment le suivi des cas contacts et le dépistage du SRAS-CoV-2. La seconde section est plus générale et concerne notamment la manière dont les informations et les communications autour de la Covid-19 ont été diffusées et effectuées, et la façon dont elles ont été appréhendées par les populations de plusieurs villes de différents pays.

Quels sont les enseignements de ces chapitres sur la résilience des hôpitaux et de leurs personnels face à la pandémie de Covid-19?

Les premiers chapitres de ce livre fournissent un aperçu de la façon dont des hôpitaux de six pays – Brésil, Canada, France, Japon, Mali et Sénégal – se sont adaptés à la pandémie de Covid-19, en permettant de comparer, au niveau international, des contextes et des situations épidémiologiques contrastés.

Les études empiriques montrent que les hôpitaux étudiés sont arrivés, souvent grâce à une forte implication – voire dévotion – de leurs personnels, à absorber la crise en déployant des stratégies d'adaptation variées. Les équipes de recherche ont observé une forte résilience individuelle, des personnels hospitaliers, plutôt qu'organisationnelle, des structures/hôpitaux. En effet, la résilience des hôpitaux étudiés a souvent été contrainte et freinée par des réformes destructrices de l'hôpital public et par de forts manques de moyens matériels, humains et financiers, comme cela a été décrit plus haut. Les capacités de réponse des hôpitaux à la pandémie dépendaient alors quasi-systématiquement de l'engagement des professionnel-le-s, cela pouvant entraîner des conséquences néfastes sur leur santé physique et mentale.

La première section de la première partie du livre se concentre sur des études de cas uniques. Les trois premiers chapitres sont structurés autour du concept global de résilience (Gabet, Coulibaly, Chabrol) et les deux suivants autour de thématiques spécifiques liées à la résilience (Ridde, Chabrol et Chotard).

Après une brève analyse du contexte hospitalier et des effets de la pandémie de Covid-19 sur les routines organisationnelles des hôpitaux étudiés, les auteur-ric-e-s des trois premiers chapitres de la section identifient les stratégies mises en place par les hôpitaux et leurs personnels et décrivent les impacts de ces stratégies tels que perçus par le personnel hospitalier participant à l'étude. Enfin, ils et elles discutent et analysent la résilience des structures et des professionnel-le-s en

identifiant les facteurs organisationnels et individuels facilitants et contraignants, puis indiquent les domaines de recherche future. Dans leur chapitre, Gabet *et al.* indiquent que les récentes réformes de la santé au Québec (Canada) ont limité la résilience d'un Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISSS) du Québec, notamment en raison de la gouvernance très centralisée et des lourdeurs administrative et institutionnelle. Coulibaly *et al.* Démontrent que les stratégies mises en place à l'hôpital du Mali ont abouti à une résilience absorptive qui a consisté en une gestion transitoire de l'épidémie, sans opérer de changements profonds à moyen et long terme. Enfin, Chabrol *et al.* Notent la mobilisation sans précédent d'un hôpital de référence en région parisienne (France), soulignant que ce dernier s'est fortement appuyé sur la résilience et l'engagement des professionnel·le·s de l'hôpital.

Les deux derniers chapitres de cette section se concentrent sur l'influence de la réponse financière du gouvernement malien sur la gestion de l'épidémie de la Covid-19 par les professionnel·le·s de l'hôpital du Mali (Ridde), et sur une étude matérielle, affective et spatiale du soin dans un hôpital parisien faisant face à la Covid-19 (Chabrol et Chotard).

La deuxième section comporte des analyses comparatives menées au sein d'un même pays (David, Andrade, Honda, Gautier, Ridde, Paz de Sousa) et des analyses comparatives menées entre pays (Honda, Coulibaly), se concentrant sur des thèmes spécifiques et comparant les expériences des personnels hospitaliers. David *et al.* étudient et comparent la réorganisation du travail et des pratiques du personnel hospitalier induite par la pandémie de Covid-19 dans deux hôpitaux du Québec, soulignant que l'adaptation du travail par des stratégies de réaffectation pouvait assurer l'absorption de l'afflux de cas de Covid-19 dans les hôpitaux, mais que ces stratégies pouvaient également avoir des effets délétères sur le personnel hospitalier. Andrade *et al.* identifient plusieurs facteurs susceptibles de favoriser la résilience des systèmes de santé et des hôpitaux à Recife (Brésil), tels que les ressources financières, les nouveaux protocoles hospitaliers, le réseau de soutien, la formation professionnelle et le leadership proactif. Honda *et al.* soulignent que les stratégies mises

en œuvre à un niveau par deux hôpitaux à Tokyo (Japon) pouvaient être problématiques à d'autres niveaux, et qu'il est ainsi impératif d'étudier les facteurs organisationnels du système de santé qui renforcent les capacités d'absorption, d'adaptation et de transformation des hôpitaux. Gautier *et al.* étudient les liens entre le style de leadership exercé dans les hôpitaux et leur résilience, en soulignant que l'expression de ces styles de leadership était largement façonnée par des politiques récentes. Ridde *et al.* décrivent le processus de résilience de huit hôpitaux régionaux du Sénégal comme adaptatif avec, pour résultat, un retour fréquent « à la normale ». Paz de Sousa *et al.* étudient et comparent la résilience de trois hôpitaux de la région de Recife au Brésil, montrant que des processus d'adaptation et d'absorption ont été observés dans ces trois derniers. Coulibaly *et al.* comparent les mesures relatives aux visites familiales mises en œuvre pendant la crise Covid-19 dans des hôpitaux français et malien, montrant que les mesures prises pour éloigner les familles des lieux d'hospitalisation des patient·e·s atteint·e·s de la Covid-19 ont été mal accueillies par les familles. Enfin, Honda *et al.* identifient et comparent les facteurs organisationnels qui ont facilité la création et la mise en œuvre d'approches hospitalières innovantes au Brésil, au Canada et au Japon, tels que des structures organisationnelles souples et adaptables, la mise en place et le maintien de systèmes de communication efficaces, un leadership engagé, une compréhension commune des missions et des valeurs de l'hôpital par l'ensemble du personnel, et l'utilisation des réseaux sociaux qui facilitent l'innovation et la mise en œuvre de nouvelles idées.

De manière générale, si les hôpitaux et leurs personnels ont su s'adapter à la crise Covid-19, il semble aujourd'hui hâtif de parler de véritables transformations, qu'il s'agisse de transformations des structures ou des pratiques des professionnel·le·s. Plus de temps et de recul seront nécessaires pour évaluer ce processus de transformation et la pérennité des stratégies mises en place par les hôpitaux et leurs personnels.

Quels sont les enseignements de ces chapitres sur la santé publique en période de pandémie de Covid-19<sup>1</sup>?

La première section de la seconde partie du livre se concentre sur la prise en compte – et le plus souvent sur l'absence de prise en compte – des ISS dans la planification et la mise en œuvre de certaines interventions de santé publique, telles que le suivi des contacts et le dépistage Covid-19, en France, au Canada, au Mali et au Brésil (Mathevet, Gagnon-Dufresne, Beaujoin, Boivin, Richard, Nóbrega).

L'universalisme proportionné permet le déploiement d'interventions pour l'entièreté de la population, accompagnées d'efforts supplémentaires proportionnels au niveau de désavantage des divers groupes sociaux (Marmot 2015). Cette approche, considérant que les groupes les plus difficiles à atteindre sont souvent ceux ayant des besoins plus importants, est plus équitable. Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, une approche d'universalisme proportionné aurait pu consister en la planification et la mise en œuvre d'interventions populationnelles de dépistage et de suivi des contacts, combinées à d'autres activités spécifiques, pour les rendre plus accessibles aux populations défavorisées, éloignées ou vulnérables. Bien que cette approche ait souvent été identifiée comme préférable pour améliorer l'équité en santé, notre étude montre qu'elle ne semble pas avoir été priorisée par les responsables de la santé publique dans les pays étudiés et concernant la plupart des interventions que nous avons étudiées comme le dépistage et le suivi des cas contacts ou même la vaccination (qui fera l'objet d'une autre publication).

La perception des ISS de la part des act-eur-ric-e-s et de leurs organisations varie dans chacun des lieux des études présentées dans cette section. À Montréal, les personnes interrogées de divers secteurs (hospitalier, santé publique, communautaire, etc.) soutiennent que la réflexion sur les ISS est bien intégrée au mandat de leur organisme. En Île-de-France, en Amazonas et à Bamako, cette réflexion apparaît moins formalisée.

1. Les premiers paragraphes de cette partie correspondent à une version réduite et adaptée d'un article écrit collectivement pour *The Conversation*, coordonné par Marie-Catherine Gagnon-Dufresne.

Néanmoins, à Montréal et en Île-de-France, les répondant-e-s identifient rapidement des groupes plus vulnérables à la Covid-19 pendant la première vague pandémique. Ils mentionnent notamment les impacts inégalitaires de la pandémie sur les populations racisées et migrantes. À Bamako et en Amazonas, la plupart des répondant-e-s considèrent que la pandémie n'a pas exacerbé les ISS, considérant que le virus n'affecte pas un groupe social plus qu'un autre. De manière générale, les act-eur-ric-e-s n'ont pas une conception consensuelle des ISS, nuisant potentiellement à leur prise en compte dans les interventions de dépistage et de suivi des contacts. Par ailleurs, le constat selon lequel certains groupes sont plus affectés que d'autres par la pandémie ne se traduit pas directement dans la planification ou la mise en œuvre de ces interventions.

À Montréal, à Bamako et en Île-de-France, différentes personnes affirment que le climat d'urgence lié à la pandémie éclipsait la question des ISS. Cette dernière est mise de côté pour prioriser le déploiement d'interventions à l'échelle de toute la population, dans l'objectif de freiner la propagation du virus. Cette approche populationnelle est perçue comme nécessaire en contexte pandémique pour que l'ensemble de la population ait un accès égal aux interventions. Égalité et équité sont donc parfois confondues. Certaines personnes soulignent néanmoins l'importance d'adapter les interventions pour atteindre les sous-groupes les plus vulnérables. En Amazonas, le dépistage – non ouvert à l'ensemble de la population – cible plutôt les sous-groupes considérés à risque, incluant initialement les professionnel-le-s de santé, les travail-leur-euse-s essentiel-le-s et les personnes hospitalisées. Ce processus de dépistage axé sur les groupes à risque, mis en œuvre lors de la première vague Covid par les autorités d'Amazonas, a perduré au cours des vagues suivantes.

Les interventions de dépistage et de suivi des contacts ont été adaptées au fil du temps. Bien que la question des ISS soit peu considérée à l'étape de la planification des interventions, on s'y intéresse davantage lors de leur mise en œuvre. Confrontés à la réalité du terrain, les personnes impliquées dans la planification des interventions adaptent les interventions pour les vagues subséquentes. À des degrés variables,

favoriser l'accessibilité des interventions devient une priorité dans le but d'atteindre les populations marginalisées. Ces adaptations visent notamment les populations rurales à Bamako, les populations migrantes, racisées et allophones à Montréal, les populations à faible statut socio-économique en Île-de-France, et les populations autochtones en Amazonas. Parmi les adaptations mises en œuvre, on note le déploiement de cliniques mobiles, la création de nouvelles cliniques de dépistage et l'aide à l'isolement pour les personnes vulnérables testées positives.

L'absence de prise en compte des ISS dans la planification et la mise en œuvre d'interventions de santé publique est historique (Aïach 2010). Deux revues de littérature menées par notre équipe démontrent effectivement que, lors d'épidémies passées (maladies sexuellement transmissibles, VIH, Ébola, tuberculose) et présentes (Covid-19), la grande majorité des interventions de dépistage et de suivi des contacts ne repose pas sur des stratégies favorisant leur déploiement équitable (Mathevet et al. 2021; Ost et al. 2022). Depuis plusieurs décennies, les appels à la prise en compte de l'équité et de la justice sociale dans les interventions de santé publique s'accumulent. Différents documents phares de la santé publique, de la déclaration d'Alma-Ata de 1978 à la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de 2008 en passant par la Charte d'Ottawa de 1986, insistent sur l'importance de faire de la réduction des ISS une priorité et la base de toute intervention de santé publique.

La réponse à la pandémie de Covid-19 apparaît alors comme une opportunité manquée, qui met en lumière l'attention politique insuffisante portée aux mandats de la santé publique. Ces chapitres de la section 1 invitent donc à s'attarder à l'évaluation de la capacité des responsables des interventions sanitaires à tenir compte des ISS, permettant aux personnes expertes et aux responsables politiques concerné·e·s par la santé publique d'en tirer des leçons. Cela est indispensable pour que les futures interventions de santé publique n'aggravent pas les ISS, et que le climat d'urgence engendré par les pandémies, dont la multiplication semble inévitable, ne serve plus de nouveau prétexte au manque de volonté politique à l'échelle mondiale.

La deuxième section de cette partie aborde les questions essentielles, en temps de crise et d'urgence, de diffusion de l'information, de communication et de perceptions des populations (Escot, Bonnet, Hounghin, Ba). Tout d'abord, Escot constate que les médias maliens ont accordé une place limitée à la question des structures de prise en charge Covid-19 en période de pandémie de Covid-19. Les journalistes ont rencontré des difficultés d'accès aux sources sur la question hospitalière et les troubles politiques perturbant les circuits d'information des institutions, laissant les journalistes dans un flou qu'ils n'avaient pas la capacité d'éclaircir. Le fait que la Covid-19 occupe peu les tribunes de la presse a très probablement impacté le niveau de connaissances des populations, leurs perceptions de la maladie et des mesures de prévention ainsi que leur recours aux soins. Dans leur chapitre, Bonnet *et al.* étudient la connaissance de la Covid-19 et des mesures préventives des personnes indigentes au Burkina Faso. Puis ils décrivent l'évolution de leurs parcours de soins pendant la pandémie de Covid-19. Ils montrent que la Covid-19 est partiellement connue par ces populations et que les mesures de prévention ne sont pas universellement comprises et constatant une augmentation de plus de 11 % de leur non-recours aux soins. Hounghin analyse les réactions des populations béninoises face au dispositif de port du masque qui a été rendu obligatoire, décrivant que le masque est devenu un support de communication et une opportunité financière, cela induisant de multiples mésusages. Enfin, Ba *et al.* ont examiné les raisons de l'hésitation et du refus du vaccin contre la Covid-19 des populations au Sénégal, telles que le fait de douter de son efficacité, le manque d'informations données par les professionnel·le·s de santé ou encore la crainte que le vaccin puisse nuire à leur santé.



## Conclusion

Les équipes impliquées dans ce programme de recherche, et plus largement dans cet ouvrage, sont toutes convaincues de l'importance de produire des connaissances utiles, non seulement aux scientifiques, mais aussi, sinon surtout, aux responsables des systèmes de santé, des hôpitaux et de la santé publique. Les deux derniers chapitres de l'ouvrage rendent compte des leçons apprises dans chaque hôpital à travers un processus spécifique de production de ces leçons, guidé par une revue des écrits scientifiques (Dagenais 2022) et comprenant une série d'activités délibératives (groupes de discussion, ateliers). Nous espérons ainsi que le contenu de cet ouvrage et que les démarches scientifiques empruntées puissent nourrir les réflexions collectives afin que nous soyons mieux préparés aux prochaines crises... qui sont déjà là !

## Références

- Aïach, P. 2010. *Les inégalités sociales de santé*. Écrits. Paris: Economica. Anthropos.
- Batifoulier, Philippe. 2013. « Faire payer le patient: une politique absurde ». *Revue du MAUSS* 41(1): 77. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0077>.
- Benita, Francisco, Leonardo Rebollar-Ruelas, et Edgar David Gaytán-Alfaro. 2022. « What Have We Learned about Socioeconomic Inequalities in the Spread of COVID-19? A Systematic Review ». *Sustainable Cities and Society* 86 (novembre): 104158. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2022.104158>.

- Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel, et François Dedieu. 2020. *Covid-19: une crise organisationnelle*. <http://journals.openedition.org/lectures>. Première édition. Les Presses de Sciences Po. <http://journals.openedition.org/lectures/44142>.
- Blanchet, Karl, Sara L. Nam, Ben Ramalingam, et Francisco Pozo-Martin. 2017. « Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework ». *International Journal of Health Policy and Management* 6(8): 431-35. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
- Borraz, Olivier, et Bengt Jacobsson. 2023. « Organizing Expertise During a Crisis. France and Sweden in the Fight Against Covid-19 ». *Journal of Organizational Sociology* 0(0). <https://doi.org/10.1515/joso-2023-0009>.
- Caffin, Jean-Hugues. 2018. « L'aide au développement et le financement basé sur la performance: quelle performativité? » Doctorat ès sciences de gestion, Paris: École Doctorale de Management Panthéon-Sorbonne.
- Chabrol, Fanny, Lola Traverson, Renyou Hou, Lucie Chotard, Nathan Peiffer-Smadja, Jean-Claude Lucet, Gisèle Bendjelloul, Christian Dagenais, et Ridde, Valéry. 2023. « Échanges interprofessionnels en temps de COVID-19 à l'hôpital Bichat Claude-Bernard: éclairages pour la recherche ». *Santé Publique* 1(35).
- Da Silva, Nicolas. 2022. *La bataille de la Sécu: Une histoire du système de santé*. Paris: La Fabrique Éditions.
- Dagenais, Christian. 2022. « How to formulate high quality lessons learned: a rapid review ». SSRN. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=4255090](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4255090).
- Domin, Jean-Paul. 2016. « Paiement à l'acte et régulation du système de soins: une analyse de longue période (1803-2013) ». *Revue Française de Socio-Économie* n°16(1): 215-34. <https://doi.org/10.3917/rfse.016.0215>.

- Foley, E. E. 2010. *Your pocket is what cures you: the politics of health in Senegal*. Piscataway, NJ: Rutgers Press.
- Gagnon-Dufresne, Marie-Catherine, Lara Gautier, Camille Beaujoin, Ashley Savard Lamothe, Rachel Mikanagu, Patrick Cloos, Valéry Ridde, et Kate Zinszer. 2022. « Considering Social Inequalities in Health in Large-Scale Testing for COVID-19 in Montréal: A Qualitative Case Study ». *BMC Public Health* 22(1): 749. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13163-3>.
- Gaudart, Jean, Jordi Landier, Laetitia Huiart, Eva Legendre, Laurent Lehot, Marc Karim Bendiane, Laurent Chiche, et al. 2021. « Factors Associated with the Spatial Heterogeneity of the First Wave of COVID-19 in France: A Nationwide Geo-Epidemiological Study ». *The Lancet Public Health* 6(4): e222-31. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00006-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00006-2).
- Gautier, Lara, Jale Tosun, Manuela De Allegri, et Valéry Ridde. 2018. « How Do Diffusion Entrepreneurs Spread Policies? Insights from Performance-Based Financing in Sub-Saharan Africa ». *World Development* 110 (octobre): 160-75. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>.
- Gelly, Maud, et Alexis Spire. 2022. « L'encastrement du privé dans l'hôpital public ». *Sociétés contemporaines* n°126(2): 5-31. <https://doi.org/10.3917/soco.126.0005>.
- Hart, J. T. 1971. « The inverse care law ». *Lancet* 1(7696): 405-12.
- Juven, Pierre-André, Frédéric Pierru, et Fanny Vincent. 2019. *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*.
- Keshavjee, Salmaan. 2014. *Blind spot: how neoliberalism infiltrated global health*. California series in public anthropology 30. Oakland, California: University of California Press.

- Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, et Grant Russell. 2013. « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations ». *International Journal for Equity in Health* 12(1): 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- Marmot, Michael G. 2015. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London Oxford New York New Delhi Sydney: Bloomsbury.
- Mathevet, Isadora, Katarina Ost, Lola Traverson, Kate Zinszer, et Valéry Ridde. 2021. « Accounting for Health Inequities in the Design of Contact Tracing Interventions: A Rapid Review ». *International Journal of Infectious Diseases* 106 (mai): 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.010>.
- McPake, B. 2009. « Hospital Policy in Sub-Saharan Africa and Post-Colonial Development Impasse ». *Social History of Medicine* 22(2): 341-60. <https://doi.org/10.1093/shm/hkp007>.
- Mills, Anne, Sara Bennett, Steven Russell, et Nimal Attanayake. 2001. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Houndmills; New York: Palgrave.
- Mladovsky, Philipa, Ruth Prince, Fatoumata Hane, et Valéry Ridde. 2023. « The Primacy of Politics in Neoliberal Universal Health Coverage Policy Reform. A Commentary on ‘Financing and Provision of Healthcare for Two Billion People in Low-Income Nations: Is the Cooperative Healthcare Model a Solution?’ By William C Hsiao and Winnie Yip ». *Social Science & Medicine*, janvier, 115742. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115742>.
- Ost, Katarina, Louise Duquesne, Claudia Duguay, Lola Traverson, Isadora Mathevet, Valéry Ridde, et Kate Zinszer. 2022. « Large-Scale Infectious Disease Testing Programs Have Little Consideration for Equity: Findings from a Scoping Review ». *Journal of Clinical Epidemiology* 143 (mars): 30-60. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.11.030>.

- Pas, Remco van de, Majdi Ashour, Anuj Kapilashrami, et Suzanne Fustukian. 2017. « Interrogating Resilience in Health Systems Development ». *Health Policy and Planning* 32 (suppl\_3): iii88-90. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx110>.
- Paul, Elisabeth, Oriane Bodson, et Valéry Ridde. 2021. « What Theories Underpin Performance-Based Financing? A Scoping Review ». *Journal of Health Organization and Management* 35(3): 344-81. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0161>.
- Ridde, Valéry, et Amandine Fillol. 2021. « La santé mondiale ». In *Anthropen.org*, Éditions des archives contemporaines. Paris.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Saulnier, Dell D, Karl Blanchet, Carmelita Canila, Daniel Cobos Muñoz, Livia Dal Zennaro, Don de Savigny, Kara N Durski, et al. 2021. « A Health Systems Resilience Research Agenda: Moving from Concept to Practice ». *BMJ Global Health* 6(8): e006779. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006779>.
- Topp, Stephanie M. 2020. « Power and Politics: The Case for Linking Resilience to Health System Governance ». *BMJ Global Health* 5(6): e002891. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>.
- Turenne, Charlotte Pailliard, Lara Gautier, Stéphanie Degroote, Etienne Guillard, Fanny Chabrol, et Valéry Ridde. 2019. « Conceptual Analysis of Health Systems Resilience: A Scoping Review ». *Social Science & Medicine* 232 (juillet): 168-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>.

- Turgeon, Jean, Robert Jacob, et Jean-Louis Denis. 2011. « Québec: cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) ». *Les Tribunes de la santé* n°30(1): 57. <https://doi.org/10.3917/seve.030.0057>.
- WHO. 2008. « The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever ». Geneva: World Health Organization.
- Whyte, Eleanor Beth, et Jill Olivier. 2020. « Towards an Explanation of the Social Value of Health Systems: An Interpretive Synthesis ». *International Journal of Health Policy and Management*, août, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.159>.

# I. LES RÉPONSES DES HÔPITAUX ET DE LEURS PERSONNELS FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19





# SECTION A : ÉTUDES DE CAS UNIQUES



# I. Les réponses à la pandémie de Covid-19 d'un Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux du Québec

MORGANE GABET, ARNAUD DUHOUX, VALÉRY RIDDE, KATE ZINSZER,  
LARA GAUTIER, PIERRE-MARIE DAVID

## Résumé

Le Québec a été l'une des provinces canadiennes les plus touchées par la pandémie de Covid-19. Confronté à des contaminations importantes, un Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux du Québec (Canada) a développé différentes stratégies de résilience. Pour les explorer, une étude de cas a été réalisée, à partir d'une conceptualisation de la résilience basée sur des « configurations » d'effets, de stratégies et d'impacts. Les données qualitatives issues d'entretiens menés en 2020 avec des gestionnaires et des praticien·ne·s hospitalières ont été analysées sous l'angle de situations d'anticipation, de réaction ou d'inaction. Les résultats ont été discutés lors de trois ateliers. Trois configurations ont émergé : 1) la réorganisation des services et des espaces pour accueillir davantage de patient·e·s Covid; 2) la gestion des risques de contamination pour les patient·e·s et les professionnel·le·s; et 3) la gestion des équipements de protection individuelle, des fournitures et des médicaments. Les réponses à la crise ont été fortement influencées par les réformes du système de santé de 2015 au Québec et par des défis

organisationnels comprenant un modèle de gouvernance centralisé, un historique de coupes budgétaires dans les soins de longue durée et un manque systématique de ressources humaines<sup>1</sup>.

**Mots-clés** : organisation des soins, résilience, Covid-19, gestion de crise, ressources humaines, gouvernance

## Introduction

Le virus du SRAS-CoV-2 a atteint le Canada le 25 janvier 2020 et le premier cas au Québec (Canada) a été identifié le 28 février 2020 (CIHI, 2020). Les taux de mortalité au Québec ont été parmi les plus élevés au Canada lors de la première et de la deuxième vague (43,2 et 1,6 pour 100 000 habitant·e·s, respectivement). Le système de santé québécois a été massivement impacté par cette pandémie, notamment au niveau de la rétention des ressources humaines en santé (RHS), déjà précaire en raison d'importantes pénuries de main-d'œuvre et de déficits de ressources dans les milieux de travail (Denis et al. 2021). Diverses mesures de gestion de crise ont ainsi été prises pour maintenir, améliorer et rétablir la santé et le bien-être de la population québécoise (Alami et al. 2021).

Pour mieux comprendre les effets de cette pandémie sur le système de santé québécois, il est essentiel de considérer trois éléments contextuels liés à la réforme du système de santé de 2015. Premièrement, l'intégration des services sociaux aux secteurs médicaux plus traditionnels et la création de « Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux » (CISSS, ou CIUSSS lorsqu'ils sont affiliés à une université), chacun englobant les établissements et services pour une région géographique désignée,

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article Gabet, M., Duhoux, A., Ridde, V., Zinszer, K., Gautier, L., & David, P. M. (2023). How did an integrated health and social services center in the Quebec province respond to the COVID-19 pandemic? A qualitative case study. *Health Systems & Reform*, 9(2), 2186824.

y compris les établissements de soins de longue durée (Centre d'hébergement et de soins de longue durée – CHSLD). Un deuxième élément contextuel est la centralité des hôpitaux au sein de ces CISSS, de sorte que certaines clientèles considérées comme des soins non-aigus – telles que les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie – reçoivent moins d'attention. Un troisième élément contextuel est le manque chronique de rétention des RHS. Le CISSS à l'étude, qui possède l'un des plus grands territoires de santé au Québec, connaît un roulement de RHS depuis des années. Cela a donné lieu à des actions telles qu'un *sit-in* au début de 2018 (Centrale des syndicats du Québec, 2019). Les pénuries étaient par ailleurs déjà importantes dans certains CHSLD (Rapport d'enquête sur l'éclosion de la Covid-19 au CHSLD Sainte-Dorothée, 2022).

La littérature sur la résilience des systèmes de santé vise à étudier les capacités d'un système de santé confronté à des chocs à absorber, adapter et/ou transformer afin de maintenir et/ou améliorer l'accès universel à des soins et services de santé complets, pertinents et de qualité (Turenne et al. 2019; Azizoddin et al. 2020). Néanmoins, la plupart des études dans le contexte de la pandémie se sont concentrées sur la résilience des hôpitaux. Dans cette étude, nous avons cherché à comprendre comment un CISSS, entendu comme un territoire intégré de ressources en santé, soumis à de telles contraintes, peut être résilient ou non face à une série de chocs successifs, aussi bien structurels (ex. : manque de rétention des RHS) que contextuels (ex. : épidémies) (Turenne et al. 2019).

# Méthodologie

## Conception et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une étude de cas unique portant sur le CISSS de Laval au Québec (Canada), et sur sa réponse à la pandémie, au cours des première et deuxième vagues de Covid-19 (Stake 1995). Le CISSS de Laval est représentatif des CISSS urbains, puisqu'il dessert une zone de chalandise très étendue, tant sur le plan démographique que géographique. Son hôpital général a été créé en 1978 et fournit, avec l'Hôpital juif de réadaptation, des services de santé à environ 450 000 habitant·e·s. Il comprend également de nombreux établissements de soins de longue durée, dont six CHSLD. En 2015, le CISSS de Laval comptait 10 357 employé·e·s, dont 24 % de personnel infirmier. Son budget annuel est d'environ 970 millions de dollars.

## Collecte des données

Une stratégie d'échantillonnage ciblé a été utilisée pour sélectionner une diversité de participant·e·s ayant des rôles et des fonctions différents, travaillant dans les unités de soins intensifs, les pharmacies, l'administration, la santé publique et la prévention des infections. Une stratégie « boule de neige » a également été utilisée pour recruter davantage de participant·e·s. Des entretiens approfondis ont été menés au cours des première et deuxième vagues de Covid-19 (été et automne 2020) avec des médecins et pharmaciens (n = 2), du personnel infirmier (n = 3), du personnel de contrôle des infections et de première ligne (n = 4), et des gestionnaires (n = 3), jusqu'à ce que la saturation empirique soit atteinte à travers la diversité des réponses obtenues. Le guide d'entretien a été élaboré sur la base du cadre conceptuel du projet

de recherche multi-pays sur la résilience des systèmes de santé, le projet HoSPiCOVID (Ridde et al. 2021). Ce projet de recherche comportait également un processus de « leçons apprises » (Dagenais et al. 2022) dans le cadre duquel les principaux résultats ont été discutés lors de trois ateliers de transfert de connaissances, visant à discuter les expériences de résilience des équipes. Deux ateliers (printemps 2021) ont été réalisés auprès des employé·e·s du CISSS (n = 116 et n = 87), et un auprès des gestionnaires (n = 12).

## Cadre d'analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le cadre analytique sur la résilience des systèmes de santé conçu pour le projet HoSPiCOVID (Ridde et al. 2021). Dans ce cadre, la pandémie de Covid-19 représente une série de chocs pour le système (c'est-à-dire des événements externes et internes). Conceptualisées à travers des « configurations », les réponses du système de santé à ces chocs sont définies comme des associations non-linéaires entre a) les effets, positifs ou négatifs, causés par la pandémie; b) les stratégies mises en œuvre pour faire face à ces effets; et c) les impacts, perçus comme positifs ou négatifs par les professionnel·le·s, de ces stratégies sur les routines organisationnelles (Ridde et al. 2021).

Trois configurations sont apparues au cours de l'analyse comme les plus discutées par les participant·e·s, à savoir : 1) la réorganisation des services et des espaces pour accueillir davantage de patient·e·s atteint·e·s de la Covid-19 (patient·e·s Covid); 2) la gestion des risques de contamination pour les patient·e·s et les professionnel·le·s; et 3) la gestion des équipements de protection individuelle (EPI), des fournitures et des médicaments. Deux autres thèmes majeurs, à savoir l'adaptation du travail hospitalier (David et al. 2023) et l'impact des styles de leadership sur la gestion des ressources pendant la crise (Gautier et al. à paraître) ont

fait l'objet d'études distinctes. Plus précisément, les situations ont été qualifiées d'« anticipation » lorsque les stratégies anticipaient les effets potentiels de la pandémie et avaient des répercussions; de « réaction » lorsque les effets de la pandémie conduisaient à l'élaboration de stratégies qui, à leur tour, avaient des répercussions; et d'« inaction » lorsque les effets ne généraient pas de stratégies.

Les entretiens ont été transcrits et codés à l'aide d'un logiciel de traitement des données qualitatives assisté par ordinateur (QDAMiner). Le codage a été guidé par l'approche et les principes de l'analyse de cadre, c'est-à-dire l'utilisation d'un cadre analytique prédéfini (présenté ci-dessus) et l'élaboration progressive de comptes rendus descriptifs et explicatifs pour donner un sens aux données, à la fois des entretiens et des ateliers (Smith et Firth 2011).

## Résultats

### Réorganisation des services et des espaces pour accueillir davantage de patient·e·s Covid

#### *Effets*

Le contexte pandémique québécois, avec le premier arrêté ministériel déclarant l'urgence sanitaire à la fin mars 2020, a d'abord eu pour effet de mettre l'accent sur la nécessité de protéger les hôpitaux contre l'afflux de patient·e·s, y compris en provenance des CHSLD. Cette idée a été rapidement intégrée, entraînant un mouvement général de protection des hôpitaux plus que d'autres établissements. De plus, certaines zones,



comme les locaux des services sociaux dans les CHSLD, ont été désignées comme des espaces d'absorption supplémentaires potentiels. Ces effets ont généré de l'anxiété et de l'instabilité organisationnelle et individuelle.

## *Stratégies*

Anticipant ces effets, le CISSS de Laval a commencé à réorganiser ses services en février 2020. Il a d'abord augmenté la capacité de soins intensifs de l'hôpital, en réorganisant les soins intensifs et en installant des roulottes extérieures avec plus de lits. Par la suite, des services de soins intensifs à domicile ont également été développés et divers sites non traditionnels ont été créés. Des satellites pharmaceutiques ont également été mis en place dans certains services, comme les soins intensifs, afin d'adapter la prestation des soins dans un contexte de diminution de la disponibilité des fournitures. Pour aider les employé·e·s dans leurs nouveaux rôles, ces nouveaux espaces ont été soutenus par des réunions régulières du personnel et par le partage d'expériences et d'informations. Une stratégie de zones a été adoptée : « rouges » ou « chaudes » pour les patient·e·s Covid, « vertes » pour les patient·e·s non infecté·e·s et « jaunes » pour les patient·e·s non infecté·e·s nécessitant un isolement. Les professionnel·le·s de santé ont été, au moins dans un premier temps, affecté·e·s à un type de zone spécifique. En particulier, des mesures strictes de contrôle de l'infection avec EPI étaient obligatoires dans les zones rouges.

Des stratégies de ressources humaines ont été adoptées pour soutenir ces réorganisations. Des heures supplémentaires obligatoires ont été demandées à l'ensemble du personnel clinique et administratif. Le personnel a également été redéployé vers les départements et les établissements qui avaient besoin de plus de ressources. Le personnel clinique et administratif a été jumelé pour faciliter l'adaptation et surmonter les obstacles traditionnels à la collaboration interprofessionnelle. Au fur et à mesure que les agents de santé ont été

infectés, une partie de la stratégie de zonage a été abandonnée. En raison des redéploiements des RHS, il a parfois été impossible de maintenir la séparation entre les zones. D'autres réponses ont été marquées par une certaine improvisation. Pour garantir la sécurité des espaces dans les établissements périphériques (comme les CHSLD), les RHS ont dû être déployées de façon obligatoire, ce qui a souligné l'urgence de la situation et l'imposition hiérarchique de certaines stratégies.

### *Impacts*

Avant la pandémie, le système de santé connaissait déjà de nombreux problèmes de RHS, notamment des inégalités de traitement entre catégories d'employé·e·s ou de services et des charges de travail insoutenables. Les réorganisations susmentionnées ont exacerbé ces inégalités, avec un risque de traitement différencié entre les professionnel·le·s des zones chaudes/rouges et les autres. Dans ces unités, de nouvelles équipes ont dû être créées tout en garantissant leur sécurité, ce qui a entraîné des instabilités et des problèmes d'identité professionnelle. Par exemple, des infirmier·ière·s travaillant dans les services à la jeunesse ont été transféré·e·s vers des ressources pour les personnes âgées, créant une confusion dans leurs rôles et leurs pratiques. Ces instabilités peuvent également avoir provoqué un syndrome de stress post-traumatique chez le personnel déployé dans des services peu familiers et sans orientation. En termes positifs, des preuves de résilience individuelle et de responsabilité sociale de la part des professionnel·le·s ont émergé de cette configuration. Dans l'ensemble, les stratégies ont permis de renforcer le sens de la responsabilité collective. Les personnes interrogées considèrent que les succès de la réorganisation résultent principalement du dévouement des employé·e·s.

Le nombre important de cas Covid traités au début du printemps 2020 a montré une certaine efficacité des stratégies dans les hôpitaux, où des zones rouges ont été rapidement désignées et protégées. Cependant,

dans les établissements non-hospitaliers considérés comme périphériques, tels que les CHSLD, la stratégie a pu être identifiée comme un manque d'anticipation. Nos entretiens ont explicité un arbitrage pour faire le choix des espaces à protéger. Ainsi, la protection de l'hôpital a été conçue au détriment d'établissements moins stratégiques comme les CHSLD, du moins au début de la crise. En termes conceptuels, cela signifiait l'anticipation pour l'hôpital et l'inaction, suivie d'une réaction, pour les CHSLD. Diverses stratégies de résilience (c.-à-d. la réorganisation des services et les RHS) se sont entremêlées, révélant des façons d'organiser et de réagir qui s'inscrivaient dans des visions culturelles organisationnelles antérieures à la pandémie.

## Gestion des risques de contamination pour les patient·e·s et les professionnel·le·s

### *Effets*

La pandémie de Covid-19 a suscité des craintes parmi les RHS concernant les risques d'infection et de sécurité pour les patient·e·s et les professionnel·le·s. Ces craintes ont conduit à l'expansion des services de prévention et de contrôle des infections (PCI) en dehors de l'hôpital et dans d'autres établissements du CISSS. Cette crise a également mis en lumière la position ambiguë de la PCI au sein du CISSS, nominalement sous l'autorité du département des soins infirmiers, mais avec un statut flou par rapport aux établissements en dehors des hôpitaux. Le responsable de la PCI avait un statut de consultant indépendant, nommé par le ministère, qui n'avait aucune autorité organisationnelle sur les établissements du CISSS. La pandémie a également mis en évidence l'insuffisance des ressources humaines en PCI, avec seulement 20 personnes : 12 au début et huit embauchées après le début de la pandémie. Dans ce contexte difficile, des décisions ont dû être prises

(conseils en matière de PCI, EPI, produits sanguins, lits d'hôpitaux, ventilateurs, etc.) pour gérer les risques de contamination parmi les patient·e·s, les familles et les soignant·e·s.

## *Stratégies*

Au départ, les discussions stratégiques sur la gestion de la pandémie au CISSS incluait la PCI, mais principalement dans un rôle consultatif. Un changement positif majeur a été la mise en place d'un laboratoire autonome sur site pour le dépistage du SRAS-CoV-2 au sein du CISSS à compter du 15 avril 2020, qui pouvait effectuer jusqu'à 3 500 tests par jour – une augmentation significative par rapport aux quelques 50 tests par jour (pendant la saison grippale) constatés avant la pandémie et confiés à des laboratoires externes. Cette capacité élevée a favorisé une gouvernance plus locale de la PCI au sein du CISSS.

De nombreuses stratégies ont été élaborées dans différents établissements afin de dispenser une formation sur la gestion des risques et la sécurité. Avant la pandémie, les équipes de PCI du CISSS effectuaient généralement des visites rapides dans une cinquantaine d'établissements par an; au cours des deux premières vagues de la pandémie, elles ont visité environ 300 centres ou services. Une stratégie clé a été la formation et le déploiement de 140 « coachs » PCI, y compris de nouvelles et de nouveaux employé·e·s. Le département logistique du CISSS a également joué un rôle dans la stratégie de gestion des risques d'infection, voyant son rôle s'accroître pendant la pandémie. Ce département s'est également rendu sur le terrain, visitant les établissements pour contrôler les fournitures et leur utilisation. Enfin, des stratégies qualifiées d'innovantes par les participant·e·s ont été développées, comme la réutilisation des masques N-95 et la production locale d'écrans faciaux.

## *Impacts*

Le principal impact de ces stratégies de PCI a été l'habilitation rapide et exceptionnelle du CISSS à traiter ses propres échantillons de test, un facteur majeur dans la gestion de la pandémie, en général, et dans l'atténuation des risques d'infection parmi le personnel, en particulier. Cette crise a également conduit à la reconnaissance de l'importance de ces équipes, en particulier par la direction stratégique et clinique. Les équipes PCI, confrontées à une pression importante de la part des professions médicales et paramédicales, ont dû faire preuve de diplomatie pour s'assurer que leurs recommandations étaient mises en œuvre, dans un contexte parfois tendu où les équipes cliniques avaient déjà des pratiques et procédures en place.

En termes de « réaction », les ressources ont été augmentées avec le recrutement de ces *coach*. Les stratégies étaient moins claires pour les établissements périphériques, en raison notamment de la plus grande mobilité des RHS d'un établissement à l'autre. Les tests d'ajustement des EPI n'avaient pas été effectués avant la pandémie, ce qui a entraîné des retards dans la réponse à la crise et l'inadaptation de l'équipement. En outre, les format-eur-ric-e-s en PCI n'ont pas toujours été bien accueilli-e-s par les équipes, parfois considéré-e-s comme arrivant trop tard et/ou introduisant de nouvelles normes qui contredisaient les normes antérieures, ou des pratiques adaptées au contexte de pénurie, ce qui pourrait nuire à la pérennité des mesures. Dans l'ensemble, les notions d'« anticipation » et de « réaction » se chevauchaient, en fonction des établissements et des espaces considérés.

# Gestion des EPI, des fournitures et des médicaments

## *Effets*

La pandémie a entraîné des pénuries d'EPI et de médicaments dans le CISSS. Les pénuries d'EPI ont pu entraîner une utilisation ou une réutilisation inappropriée du matériel, ainsi qu'une augmentation du risque d'infection et de l'anxiété des professionnel-le-s. La pandémie a mis en évidence la nécessité d'une meilleure coordination entre les équipes cliniques et les équipes d'approvisionnement. En particulier, la structure organisationnelle très centralisée du CISSS a eu un impact significatif sur les processus de gestion des fournitures, et plus particulièrement des EPI. Le service des approvisionnements était en effet mal coordonné avec les besoins du terrain. Consistant en un point de service unique pour des centaines d'établissements, aussi bien responsable des collations pour les centres jeunesse que les EPI, il a été débordé lors des vagues successives de Covid-19. Malgré le pouvoir du CISSS (par rapport aux ordres du ministère) et ses ressources (financières et humaines), des pénuries critiques dans certaines structures périphériques, avec une insuffisance de médicaments, d'EPI et de produits d'hygiène, ont été relevées. Plus spécifiquement, les pénuries d'anesthésiques et de respirateurs ont conduit respectivement à des « bricolages thérapeutiques » (combinaison de certains médicaments pour atteindre l'anesthésie) et à des plans de gestion de la pénurie de respirateurs; plans qui n'ont pas eu à être utilisés.

## *Stratégies*

Diverses stratégies ont été mises en œuvre pour faire face à la pression exercée sur les fournitures et autres stocks. Au niveau provincial, le ministère a mis en place des comités statutaires pour faciliter le dialogue

entre les directeurs généraux des établissements intégrés et non-intégrés, d'une part, et entre les directeurs de la logistique et de l'approvisionnement, d'autre part. Si l'approvisionnement en matériel relève de la responsabilité de chaque CISSS, qui peut commander lui-même ce dont il a besoin, une partie des acquisitions du CISSS (masques, blouses, compresses) est mise dans la réserve provinciale pour être distribuée à d'autres établissements qui en ont besoin.

Pour les produits pharmaceutiques, des mini-pharmacies ont été mises en place dans certains services de l'hôpital, ce qui a permis de décentraliser les services d'approvisionnement et de gestion des stocks. Certaines équipes se sont également tournées vers les pharmacies communautaires ou d'autres cliniques privées pour compléter leurs approvisionnements insuffisants.

En ce qui concerne les pratiques professionnelles, de nombreuses stratégies d'adaptation ont également été utilisées, telles que les échanges de médicaments, parfois décrits comme une « improvisation pharmaceutique ». D'une manière générale, une certaine solidarité a été observée entre les départements d'approvisionnement de la région métropolitaine de Montréal, avec des réunions informelles pour échanger des fournitures lorsque cela était nécessaire et possible.

### *Impacts*

N'ayant pas encore réellement eu l'occasion d'exercer sa responsabilité et son autorité territoriales telles qu'envisagées par les réformes de 2015, la pandémie a mis en évidence la difficulté pour le CISSS de gérer les fournitures pour un territoire de santé aussi vaste. Le partage réalisé entre établissements est un aspect positif, compte tenu du contexte concurrentiel dans lequel tous les établissements du système de santé sont devenus des « client·e·s » indépendant·e·s du ministère, un processus déjà à l'œuvre depuis les réformes précédentes, mais renforcé

par les réformes de 2015. Un autre aspect positif a été une reconnaissance de la créativité et de l'inventivité des départements logistiques. En effet, ceux-ci ont réussi à démultiplier certaines initiatives individuelles ou collectives pour améliorer la gestion des approvisionnements et le suivi des stocks, par le biais de « l'improvisation thérapeutique » ou de réunions informelles.

L'administration a fait preuve d'une forte capacité de « réaction ». La montée en puissance des services logistiques s'est traduite par un renforcement de la coordination, car ils ont été légitimés à prescrire certains usages, comme le port des masques. Cependant, ces stratégies ont donné l'impression aux RHS et aux médias que les normes d'utilisation des EPI étaient adaptées aux stocks réels, et non l'inverse. Certains membres du personnel de santé ont ressenti cela comme une rupture de confiance avec les responsables, voire comme une mise en danger.

## Discussion

Notre étude est l'une des rares au Québec (Canada) à s'intéresser aux stratégies de résilience adoptées par un CISSS lors de la pandémie de Covid-19. Nous y avons décrit trois configurations de résilience employées pour répondre aux effets de la pandémie lors de la première et de la deuxième vague. Cette étude a mis en évidence que les perceptions des situations d'« anticipation », de « réaction » et d'« inaction » dépendaient du type d'établissement considéré (hôpital ou établissement de soins de longue durée) et contribuaient à leur tour à la différenciation des espaces et des populations desservies. Le cadre temporel de l'étude peut également expliquer certaines variations entre ces concepts, notamment parce que les leçons tirées de ces configurations ont pu conduire à de meilleures réactions lors des vagues ultérieures de la pandémie. En termes de résilience, le CISSS semble avoir adapté et transformé ses services dans la mesure du possible, compte tenu de



ses ressources limitées (Blanchet et al. 2017), et dans un contexte où la capacité de résilience est façonnée par les réformes passées (Burke et al. 2021; Barbash et Kahn 2021).

Initialement, une solide préparation à la gestion de crise, acquise grâce à des expériences antérieures similaires, a permis de mobiliser les ressources et les capacités existantes, c'est-à-dire d'anticiper. Il a également été possible de capitaliser, dans une certaine mesure, sur les expériences des vagues successives. Le fait que cette anticipation ait été orchestrée par le ministère pourrait représenter un aspect positif d'un système de santé centralisé face à une crise, ce qui a également été noté dans des systèmes de soins de santé comparables (Hood, Rothstein, et Baldwin 2001). Dans un environnement de travail fortement hiérarchisé, un autre résultat positif peut avoir été la création de nouveaux espaces de discussion et de collaboration, au-delà des professions ou des statuts (Azizoddin et al. 2020). Malgré ces aspects positifs, les établissements de soins de longue durée au Québec n'étaient pas préparés. Dans un contexte marqué par une action tardive (ou « inaction ») dans ces établissements, les stratégies de réaction sont principalement issues d'initiatives, individuelles ou d'équipes, répondant à des besoins non-satisfaits. Cela met en évidence un manque de prise en compte de la complexité organisationnelle inhérente à la structure centralisée et intégrée du CISSS (Touati et al. 2019), ainsi qu'une possible culture de différenciation des soins, dans laquelle les soins hospitaliers se voient attribuer une plus grande valeur par rapport aux autres établissements. Le compromis établi pour protéger un secteur (les soins aigus) par rapport à un autre (les soins de longue durée) pourrait être une conséquence de la structure et de la culture susmentionnées, combinant de manière critique hospitalo-centrisme et « agisme systémique » (soit le manque de considération pour les personnes âgées lors de la crise de la Covid-19) (Hébert 2023).

Au Québec, comme en France et au Brésil, des collaborations innovantes et des improvisations réussies ont été observées (Tort-Nasarre *et al.* 2021). La pandémie a également mis en évidence d'importantes disparités (entre

les établissements, les services, les clientèles, etc.) au sein de la structure des CISSS, ainsi que de possibles inégalités entre les CISSS eux-mêmes, notamment dans la distribution et la gestion des fournitures et autres stocks. Ainsi, cette pandémie semble avoir révélé des problèmes préexistants dans le système de santé, comme on l'a vu dans d'autres pays (Mbunge 2020; Tiirinki *et al.* 2020). En définitive, le fort engagement du personnel, qu'il soit volontaire ou obligatoire, semble avoir permis aux établissements de faire preuve de résilience, tout en mettant en péril leur bien-être. Des études similaires sur la résilience ont également souligné la centralité des ressources en RHS dans l'expérience de résilience des organisations face à la crise (Teixeira *et al.* 2020; Frowde, Dove, et Laurie 2020), plus que des structures ou les routines organisationnelles (Blanchet *et al.* 2017). Ces études soulignent également les problèmes structurels et contextuels qui limitent la capacité de résilience, tels que le problème chronique du manque de personnel. Sans le développement durable d'un certain « pouvoir d'agir » pour les établissements et les RHS, qui a été en quelque sorte autorisé provisoirement pendant cette crise, les contraintes organisationnelles préexistantes pourraient persister et entraver la pérennité des changements positifs ou des effets induits par la résilience activée pendant cette pandémie (Barbash et Kahn 2021).

## Limites

Cette recherche s'est appuyée sur une étude de cas unique, ce qui présente certaines limites inhérentes à la généralisation. Le biais de perception, le nombre limité de personnes interrogées et le cadre temporel spécifique de l'étude (premières et deuxièmes vagues de la pandémie) pourraient limiter la généralisation de ces résultats à d'autres contextes. En outre, notre cadre conceptuel reposait sur une perception relativement mécaniste de la gestion de crise, ce qui a pu limiter notre analyse d'un phénomène dynamique. D'autres déterminants, tels que la

culture organisationnelle ou les effets cumulatifs des réformes antérieures sur les conditions de travail, auraient pu ajouter de la complexité à l'analyse et ne sont pas pris en compte ici.

## Conclusion

Comme d'autres études, notre analyse renforce l'hypothèse selon laquelle les récentes réformes de la santé au Québec ont limité la résilience du système. En renforçant une gouvernance très centralisée, ces réformes ont créé une certaine lourdeur administrative et institutionnelle qui a pu limiter les configurations adoptées pour faire face à la crise et conduire à un manque d'anticipation, voire à certaines situations d'« inaction » dans le système. À différents niveaux, la pandémie a révélé des inégalités préexistantes entre établissements ou services, ainsi qu'entre clientèles, qu'il est difficile d'appréhender à travers le concept de résilience. Les futures recherches devraient donc intégrer une perspective plus large du système de santé, en envisageant la durabilité et l'équité des systèmes au-delà de la gestion des crises.

## Références

Alami, Hassane, Pascale Lehoux, Richard Fleet, Jean-Paul Fortin, Joanne Liu, Randa Attieh, Stéphanie Bernadette Mafalda Cadeddu, Mamane Abdoulaye Samri, Mathilde Savoldelli, et Mohamed Ali Ag Ahmed. 2021. « How Can Health Systems Better Prepare for the Next Pandemic? Lessons Learned From the Management of COVID-19 in Quebec (Canada) ». *Frontiers in Public Health* 9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.671833>.

- Azizoddin, Desiree R., Kristen Vella Gray, Andrew Dundin, et Demian Szyld. 2020. « Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic ». *Journal of Interprofessional Care* 34(5): 711-15. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1813697>.
- Barbash, Ian J., et Jeremy M. Kahn. 2021. « Fostering Hospital Resilience—Lessons From COVID-19 ». *JAMA* 326(8): 693-94. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.12484>.
- Blanchet, Karl, Sara L. Nam, Ben Ramalingam, et Francisco Pozo-Martin. 2017. « Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework ». *International Journal of Health Policy and Management* 6(8): 431-35. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
- Burke, Sara, Sarah Parker, Padraic Fleming, Sarah Barry, et Steve Thomas. 2021. « Building Health System Resilience through Policy Development in Response to COVID-19 in Ireland: From Shock to Reform ». *The Lancet Regional Health – Europe* 9 (octobre): 100223. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100223>.
- « COVID-19's impact on long-term care | CIHI ». s. d. <https://www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/long-term-care>.
- « Crise à la Cité de la Santé de Laval | Le SIIIAL-CSQ exige qu'on règle le 'vrai problème' – Centrale des syndicats du Québec (CSQ) ». s. d. <https://www.lacsq.org/actualite/crise-a-la-cite-de-la-sante-de-laval-le-siial-csq-exige-quon-regle-le-vrai-probleme/>.

- Dagenais, Christian, Michelle Proulx, Aurélie Hot, Esther Mc Sween-Cadieux, Romane Villemin, Lara Gautier, Sydia Rosana de Araujo Oliveira, et al. 2022. « How to Formulate High Quality Lessons Learned: A Rapid Review ». SSRN Scholarly Paper. Rochester, NY. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4255090>.
- David, Pierre-Marie, Morgane Gabet, Arnaud Duhoux, Lola Traverson, Valéry Ridde, Kate Zinszer, et Lara Gautier. 2023. « Adapting Hospital Work During COVID-19 in Quebec (Canada) ». *Health Systems & Reform* 9(2): 2200566. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2200566>.
- Denis, Jean Louis, Nancy Côté, Charles Fleury, Graeme Currie, et Dimitrios Spyridonidis. 2021. « Global Health and Innovation: A Panoramic View on Health Human Resources in the COVID-19 Pandemic Context ». *The International Journal of Health Planning and Management* 36(S1): 58-70. <https://doi.org/10.1002/hpm.3129>.
- Frowde, Rhiannon, Edward S. Dove, et Graeme T. Laurie. 2020. « Fail to Prepare and You Prepare to Fail: The Human Rights Consequences of the UK Government's Inaction during the COVID-19 Pandemic ». *Asian Bioethics Review* 12(4): 459-80. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00151-1>.
- Hood, Christopher, Henry Rothstein, et Robert Baldwin. 2001. « The Regime Perspective in Risk Regulation: Implications for Policy and Institutional Design ». Dans *The Government of Risk*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199243638.003.0010>.
- Mbunge, Elliot. 2020. « Effects of COVID-19 in South African Health System and Society: An Explanatory Study ». *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 14(6): 1809-14. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.09.016>.
- « Rapport d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée ». s. d., 119.

- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, *et al.* 2021. « Learning from Public Health and Hospital Resilience to the SARS-CoV-2 Pandemic: Protocol for a Multiple Case Study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Smith, Joanna, et Jill Firth. 2011. « Qualitative Data Analysis: The Framework Approach ». *Nurse Researcher* 18(2): 52-62.
- Stake, Robert E. 1995. *The Art of Case Study Research*. SAGE.
- Teixeira, Marco, Antonio Sérgio Araújo Fernandes, Robson Zuccolotto, et Alex Bruno F. M. do Nascimento. 2020. « The Brazilian Government's Inaction Policy in the Face of the COVID-19 Pandemic ». *GIGAPP Estudios Working Papers* 7(182-189): 533-54.
- Tiirinki, Hanna, Liina-Kaisa Tynkkynen, Markus Sovala, Salla Atkins, Meri Koivusalo, Pauli Rautiainen, Vesa Jormanainen, et Ilmo Keskimäki. 2020. « COVID-19 Pandemic in Finland – Preliminary Analysis on Health System Response and Economic Consequences ». *Health Policy and Technology*, The COVID-19 pandemic: Global health policy and technology responses in the making, 9(4): 649-62. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.005>.
- Tort-Nasarre, Glòria, Bruna Alvarez, Paola Galbany-Estragués, Martí Subías-Miquel, Eva Vázquez-Segura, Diana Marre, et Maria Romeu-Labayen. 2021. « Front-Line Nurses' Responses to Organisational Changes during the COVID-19 in Spain: A Qualitative Rapid Appraisal ». *Journal of Nursing Management* 29(7): 1983-91. <https://doi.org/10.1111/jonm.13362>.
- Touati, Nassera, Lara Maillet, Marie-Andrée Paquette, Jean-Louis Denis, et Charo Rodríguez. 2019. « Understanding Multilevel Governance Processes through Complexity Theory: An Empirical Case Study of the

Quebec Health-Care System ». *International Journal of Public Administration* 42 (3): 205-17. <https://doi.org/10.1080/01900692.2017.1423501>.

Turenne, Charlotte Pailliard, Lara Gautier, Stéphanie Degroote, Etienne Guillard, Fanny Chabrol, et Valéry Ridde. 2019. « Conceptual Analysis of Health Systems Resilience: A Scoping Review ». *Social Science & Medicine* (1982) 232 (juillet): 168-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>.





## 2. L'Hôpital du Mali face à la Covid-19. Analyse des stratégies d'adaptation de l'hôpital et de son personnel

ABDOURAHMANE COULIBALY, LAURENCE TOURÉ, FANNY CHABROL,  
BOUBACAR SIDIKI IBRAHIM DRAMÉ, KATE ZINSZER, VALÉRY RIDDE

### Résumé

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les stratégies de résilience mises en œuvre par l'Hôpital du Mali (HDM) et son personnel pour faire face à la pandémie de Covid-19. En utilisant une approche qualitative, nous avons mené 51 entretiens semi-structurés et 229 sessions d'observations dans les unités Covid et non-Covid de l'HDM. Nous avons analysé la résilience de l'HDM au regard de quatre dimensions : la gestion des infrastructures, la gestion des équipements de protection individuelle et des consommables la gestion des ressources humaines et la gestion du risque infectieux. Les stratégies mises en place à l'HDM ont abouti à une résilience absorptive qui a consisté en une gestion transitoire de l'épidémie, sans opérer de changements profonds à moyen et long terme. L'intensité de l'épidémie, son ampleur et les circonstances de sa survenue ont produit des vulnérabilités différentes d'une vague épidémique à l'autre. La deuxième vague a été plus massive, moins bien anticipée et a davantage touché l'établissement de santé que la première. L'étude a révélé que la résilience n'était pas déterminée par

les plans et les programmes mis en œuvre par l'institution, mais qu'elle était plutôt portée par le personnel hospitalier en réponse aux situations vécues.

**Mots-clés :** Mali, Covid-19, hôpital, adaptation, résilience

## Introduction

Au Mali, le premier cas d'infection par le SRAS-CoV-2 a été détecté le 25 mars 2020. La pandémie a atteint son pic en mai et juin 2020 (première vague), puis en décembre 2020 et janvier 2021 (deuxième vague). De mars 2020 au 31 décembre 2021, 21 008 cas d'infection au virus SRAS-CoV-2 ont été détectés au Mali<sup>1</sup>.

En termes d'accès aux soins, dans la gestion de la pandémie de Covid-19, l'Hôpital du Mali (HDM), en tant que centre de référence tertiaire, a été confronté au double défi d'assurer l'accès aux soins des patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 (patient·e·s Covid) tout en maintenant les soins pour les patient·e·s non-Covid. Le contexte des soins dans cet hôpital avait été fortement marqué par une pénurie de ressources humaines qui s'était traduite par l'absence de spécialistes dans certains domaines (gastro-entérologie, néphrologie) ou la présence d'un seul spécialiste dans d'autres (neurologie, médecine interne, infectiologie) (Coulibaly *et al.* 2021). Les perturbations causées par l'épidémie étaient d'autant plus inattendues qu'il s'agissait de la première expérience de gestion d'un événement de cette ampleur (les cas de contamination par le virus Ébola en 2014 ont été très limités au Mali).

1. Source : <https://www.worldometers.info/coronavirus>.

De fait, les stratégies mobilisées par l'HDM et son personnel dans ce contexte ont interrogé leur capacité de résilience. La résilience est un concept polysémique (Folke 2006). La plupart des définitions de la résilience des systèmes de santé se concentrent sur la préparation et la réponse du système face à un choc aigu et sur la façon dont le système peut absorber, s'adapter et se transformer pour faire face à de tels changements (Smit 2000; Adger 2000; Barasa *et al.* 2017). Dans cette étude, nous nous sommes inspirés de l'approche écologique, dans laquelle la résilience fait référence à la capacité d'un système à maintenir son intégrité et à revenir à un état qui peut être l'état antérieur, l'état stable ou l'état normal, après avoir été soumis à une perturbation (Holling 1973). Cette approche met l'accent sur les différentes stratégies qui donnent à une entité la capacité de se réorganiser lorsqu'elle est confrontée à un changement (Turner *et al.* 2003; Folke 2006). L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les stratégies de résilience mises en œuvre par l'HDM et son personnel lors de la gestion des deux premières vagues épidémiques.

## Méthode

### Conception et cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée à l'HDM, qui est le deuxième site de gestion de la Covid-19 au Mali (96 lits) après l'hôpital du Point G à Bamako. L'HDM fournit des soins d'urgence, des soins généraux et spécialisés. Ses 24 services couvrent 18 spécialités dont, entre autres, la médecine interne, les analyses de laboratoire, les urgences, l'imagerie médicale et l'anesthésie.

## Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une approche qualitative basée sur des entretiens semi-structurés et des observations de situations. La collecte des données a eu lieu entre avril et juillet 2020 (première vague) et entre décembre 2020 et février 2021 (deuxième vague). Nous avons réalisé 51 entretiens semi-structurés et 229 observations de situations basées sur des grilles de collecte adaptées pour prendre en compte les différentes dimensions du cadre conceptuel d'analyse de la résilience des systèmes de santé (Turenne *et al.* 2019). Les observations ont été menées dans des unités dédiées à la prise en charge de la Covid-19 (unité de prise en charge des patient·e·s Covid, unité de triage) et sur plusieurs autres services hospitaliers (endocrinologie et médecine, soins intensifs, urgences, pédiatrie). Différents profils d'acteur·rice·s hospitalier·ière·s ont participé aux entretiens, notamment des prestataires de soins de santé (médecins et infirmier·ière·s des services Covid et non-Covid), des administrateur·rice·s, des représentant·e·s syndical·aux·ales, des travailleur·euse·s des services d'hygiène (hygiénistes et nettoyeur·euse·s), des travailleur·euse·s des services sociaux et des agent·e·s de sécurité.

## Approche de l'analyse des données

Notre approche de l'analyse de la résilience a été structurée autour du cadre conceptuel de Levesque *et al.* (Levesque *et al.* 2013), qui a été le cadre commun utilisé par chacun des six pays impliqués dans le programme de recherche HoSPiCOVID (Ridde *et al.* 2021). Les résultats présentés ici se concentrent sur la résilience de l'HDM selon quatre configurations : 1) la réorganisation des services et des espaces; 2) la gestion des équipements de protection individuelle (EPI) et des autres équipements; 3) la réorganisation du travail et le renforcement des ressources humaines (soutien au personnel, bénévoles); et 4) la gestion

des risques de contamination. En définitive, l'objectif de notre analyse était de comprendre si, dans ce processus de résilience, l'HDM s'était amélioré, rétabli, détérioré ou avait échoué dans sa fonction de maintien de l'accès à des soins de qualité.

Toutes les données recueillies ont été intégralement transcrites. Les transcriptions des entretiens ont été codées manuellement sur la base d'une lecture systématique des données issues des observations et des entretiens semi-structurés. Une analyse thématique interprétative a ensuite été appliquée en utilisant une approche déductive. Chacune des quatre configurations est présentée ci-dessous, avec des détails sur le contexte, les effets, les stratégies et les impacts. Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 1.

## Résultats

### Ouverture, fermeture, réouverture : les logiques variables de la gestion de l'espace à l'HDM pendant la pandémie

#### *Contexte*

Avant l'apparition de la pandémie de Covid-19, dans le cadre d'un projet d'extension de l'HDM, une nouvelle infrastructure avait été construite pour abriter les services d'urgence et de soins intensifs. La disponibilité de ce bâtiment a attiré l'attention du ministère de la Santé, qui y a vu une opportunité d'isoler un site de prise en charge Covid à l'HDM. Le bâtiment de deux étages, dont la construction a débuté en 2018, a été inauguré trois jours seulement avant l'arrivée des premier·ière·s patient·e·s Covid, le 29 mars 2020.

## *Effets*

Le début de la pandémie a été marqué par une forte augmentation des besoins en infrastructures et en équipements. L'HDM n'avait que très peu de capacités pour financer les investissements nécessaires à l'aménagement du bâtiment, qui devait être également équipé pour être opérationnel. Le manque de places a été un problème majeur lors de la deuxième vague, en particulier dans l'unité de triage, qui accueillait les patient·e·s suspect·e·s. Dès qu'une place se libérait, elle était immédiatement occupée par un nouveau ou une nouvelle patient·e.

## *Stratégies*

Trois unités ont été créées à l'HDM pour prendre en charge les patient·e·s Covid (site de prise en charge Covid-19) : l'unité de triage, l'unité de prise en charge et l'unité de soins intensifs. Puis, l'unité de prise en charge Covid-19 a été divisée en trois zones en fonction du niveau de risque de contamination pour les soignant·e·s : (i) la zone verte (risque faible) correspondant à la pharmacie implantée dans l'unité de prise en charge, la salle des médecins, la salle des infirmier·ière·s; (ii) la zone orange (risque intermédiaire) correspondant à une zone tampon entre les deux autres zones; et (iii) la zone rouge (risque élevé) correspondant aux chambres d'hospitalisation des patient·e·s infecté·e·s par le SRAS-CoV-2.

Avec la forte diminution du nombre de patient·e·s à la fin de la première vague, les responsables de la réponse à la Covid-19 ont décidé de fermer l'étage du bâtiment et de ne conserver que le premier étage du site Covid. Dès l'arrivée de la deuxième vague pandémique, l'étage du bâtiment Covid a été réouvert pour augmenter la capacité de traitement des patient·e·s. En raison de l'afflux important de patient·e·s, seule·s les patient·e·s en détresse (cas Covid graves) étaient soigné·e·s à l'HDM. Les patient·e·s non gravement malades ont été conseillé·e·s et ont reçu un stock renouvelable de médicaments pour leur traitement à domicile.

## *Impacts*

La mise en place du site Covid-19 formé de l'ensemble des unités Covid-19 a entraîné une duplication de l'espace hospitalier, avec la création d'une zone Covid-19 délimitée qui était souvent perçue comme une zone à haut risque de contamination. Elle s'opposait à la zone non-Covid-19 constituée du reste de l'espace hospitalier. La création de démarcations différentes a donné lieu à deux voies de circulation pour les patient·e·s – l'une pour les patient·e·s Covid et l'autre pour les patient·e·s non-Covid – et également à un « parcours soignant·e·s » et un « parcours patient·e·s ». L'autorisation du traitement à domicile lors de la deuxième vague a entraîné une perte de contrôle des soignant·e·s sur le traitement des patient·e·s, notamment en ce qui concerne le contrôle de l'observance. Les mesures prises pour aménager et équiper les unités Covid-19 ont été perçues par les personnes interrogées comme un moyen pour certains services de l'HDM de se constituer un patrimoine par anticipation, notamment en ce qui concerne l'équipement pour les soins intensifs.

*Cela a comblé beaucoup de lacunes préexistantes, parce qu'on n'avait pas prévu de faire autant d'aménagements pour pouvoir accueillir les patients. (Membre de la cellule technique Covid-19)*

Dans l'unité de prise en charge des patient·e·s infecté·e·s, le choix de n'hospitaliser que les patient·e·s en détresse a permis d'admettre en priorité les patient·e·s les plus gravement atteint·e·s.

# Tensions dans la gestion des EPI et autres consommables après une tendance au gaspillage

## *Contexte*

Lorsque l'HDM a accueilli ses premier-ière-s patient-e-s Covid en mars 2020, la pénurie d'EPI et autres consommables était généralisée. Pour aider l'HDM à faire face à la crise, plusieurs dons spontanés d'EPI ont été faits par de nombreux partenaires, notamment des associations, des fondations et même des particuliers. Le suivi des médicaments a été fortement négligé dans un contexte où les stocks n'étaient pas menacés par le nombre relativement faible de patient-e-s.

## *Effets*

La pénurie d'EPI constatée lors de la première vague a été rapidement résolue grâce aux différents soutiens apportés par les partenaires de l'HDM. Le libre-service était devenu la règle, facilité par l'absence de contrôle de l'utilisation des EPI par les personnels. Les ruptures de stock dans les unités Covid ont été particulièrement importantes pour les médicaments, les écouvillons et les tests de diagnostic rapide (TDR). La pénurie de draps était devenue un sujet de conversation.

*J'ai cherché des draps trois fois et je n'ai pas pu en obtenir pour les patients. (Infirmière, Unité de soins Covid-19)*

## *Stratégies*

Le personnel a procédé à plusieurs adaptations pour faire face aux quantités limitées d'EPI sans assurer une protection optimale.



*Souvent, nous portions des sacs en caoutchouc aux pieds comme mesure de protection pour entrer dans les services. (Médecin, Unité de soins Covid-19)*

Avant l'intensification des dons des partenaires, les quantités limitées de masques étaient recyclées pour éviter les ruptures. Au cours de la deuxième vague, la gestion des médicaments est passée d'une situation de faible attention à une rigueur beaucoup plus grande, impliquant le stockage des médicaments dans la pharmacie de l'HDM et non plus dans les armoires d'urgence, ainsi que la subordination de la délivrance des médicaments demandés par les médecins à la présentation d'une ordonnance en guise de justificatif.

### *Impacts*

La première vague a été marquée par des ruptures de stock très limitées, grâce à un système d'approvisionnement qui a tenu tout au long de cette période, assurant des quantités suffisantes pour la protection du personnel. Ainsi, les mesures d'approvisionnement ont permis au personnel de continuer à s'occuper des patient·e·s tout en assurant une protection contre les risques de contamination. La mise en place d'une gestion plus rigoureuse des consommables lors de la deuxième vague a entraîné une tension accrue entre les soignant·e·s et la pharmacie de l'HDM. Les soignant·e·s ont trouvé que les critères d'approbation des prescriptions de la pharmacie étaient trop exigeants et que les prescriptions étaient souvent rejetées sur la base de détails mineurs. Une infirmière en colère a expliqué à un médecin que « *le pharmacien a rejeté l'ordonnance parce que le numéro de téléphone du patient n'était pas écrit* » (Infirmière, Unité de soins Covid-19).

# Gestion circonstancielle des ressources humaines

## *Contexte*

L'HDM connaissait déjà une pénurie de personnel avant l'arrivée de la pandémie de Covid-19 et employait du personnel contractuel, appelé « prestataires de garde », pour les activités de garde. Ainsi, en plus des fonctionnaires, les activités de l'HDM dépendaient fortement du travail du personnel contractuel.

## *Effets*

Après le pic de la première vague, le personnel était en surnombre par rapport aux tâches à accomplir. Cependant, avec l'afflux important de patient·e·s lors de la deuxième vague, les unités Covid se sont retrouvées à nouveau en sous-effectif. Dans les services non-Covid, après une courte période de sous-effectif, l'évitement de l'HDM par les patient·e·s par crainte de contamination a également conduit à une inadéquation importante entre le nombre de soignant·e·s et le nombre de patient·e·s (sureffectif).

*Avec la diminution de la fréquentation du service en raison de la Covid-19, nous avons constaté qu'en général, nous étions souvent sept soignants pour deux patients par jour. (Infirmière, Service non-Covid-19 de médecine)*

## *Stratégies*

Le personnel a été progressivement réaffecté des unités non-Covid vers les unités Covid au fur et à mesure que la charge de travail augmentait au cours de la première vague épidémique. Cette augmentation de la charge de travail a nécessité une nouvelle vague de recrutement de personnel contractuel.

*Lorsque Covid-19 est arrivée, nous n'étions pas en mesure de couvrir un autre site sans recruter. (Membre de la cellule technique Covid-19)*

Finalement, 64 contractuel·le·s ont été embauché·e·s (22 médecins, 36 infirmier·ière·s et 6 agent·e·s d'hygiène).

Fin juillet 2020, avec la diminution du nombre de patient·e·s, le sureffectif de personnel sur le site Covid devenait de plus en plus difficile à justifier. Ainsi, sur instruction du ministère, une série de licenciements a visé le personnel contractuel, en particulier les six titulaires du diplôme d'études spécialisées (DES) qui assuraient les gardes dans l'unité de soins Covid-19 de l'HDM, ce qui a nécessairement conduit à l'imposition d'un service minimum. Le nombre d'infirmier·ière·s a diminué et a été ramené de 29 à 25. Puis, quelques mois seulement après avoir été licencié·e·s, plusieurs infirmier·ière·s contractuel·le·s ont été contacté·e·s et invité·e·s à reprendre du service pour faire face à l'afflux de patient·e·s, en augmentation constante depuis le début de la deuxième vague.

## *Impacts*

Les différentes vagues de recrutement du personnel ont permis au site Covid-19 d'être opérationnel tout au long de la première vague. L'augmentation des effectifs dans les unités de triage et de prise en charge Covid-19, ainsi que la création d'une unité de soins intensifs Covid-19

ont permis de prendre en charge les patient·e·s Covid-19 confiné·e·s à leur domicile ainsi que les patient·e·s hospitalisé·e·s. Les réaffectations de personnel sur le site Covid-19 ont eu un impact important sur les services non-Covid-19.

*Les consultations régulières ou les interventions programmées ont été interrompues, à l'exception des interventions d'urgence. Tout cela pour avoir la force de s'occuper de Covid-19. (Membre de la cellule technique Covid-19)*

## Surprotection du personnel contre les risques de contamination et assouplissement général des mesures de sécurité

### *Contexte*

Face à un virus encore mal connu, la peur et la panique se sont répandues parmi le personnel tout au long de la première vague. Des formations ont été organisées pour aider le personnel à se prémunir contre les risques de contamination. Au Mali, le ralentissement de la courbe épidémique vers juin 2020 et la faible propagation de la maladie ont rassuré les autorités sanitaires et la population. Lors de la première vague, la plupart des cas hospitalisés étaient bénins.

### *Effets*

La diminution du nombre de cas à la fin de la première vague, ainsi que la fréquence des cas bénins, ont entraîné une baisse de la vigilance du personnel quant au respect des mesures de protection. Lors de la deuxième vague, la tendance au relâchement amorcée vers la fin de la

première vague s'est maintenue. Le personnel soignant et d'autres catégories de personnel, comme les agent-e-s des services d'hygiène, ont été de plus en plus nombreux à ne pas utiliser les EPI comme prévu.

## *Stratégies*

Pour réduire le risque de contamination lors de la prise en charge de patient-e-s suspect-e-s envoyé-e-s par d'autres services de l'HDM, le personnel des urgences a commencé à exiger un dépistage avant de procéder à la prise en charge du ou de la patient-e.

Aussi, les médecins ont fixé des quotas de consultations afin d'éviter les contacts prolongés avec les patient-e-s.

*Souvent, avec le thermomètre, s'ils constatent que le patient a un peu de fièvre et qu'il tousse, ils refusent immédiatement de prendre ces patients et les envoient à l'unité de triage de Covid-19. (Médecin, Unité de triage)*

Des rotations régulières des équipes de soins ont été organisées et des mesures ont été mises en place pour suspendre le travail des stagiaires.

Enfin, le nettoyage de l'HDM dans son ensemble est devenu beaucoup plus fréquent qu'avant la période Covid-19.

## *Impacts*

Les déclarations de nos répondant-e-s ont clairement souligné le fait que la prise de conscience du risque Covid-19 lors de la première vague a incité le personnel soignant à respecter plus strictement les normes de protection.

*La Covid-19 nous a permis de renforcer les mesures d'hygiène à l'hôpital. Tout le monde porte des gants pour les consultations, des boucliers, on se lave les mains à chaque fois, ce n'était pas le cas avant Covid-19. (Infirmière, Service non-Covid-19 de médecine)*

La tendance du personnel à se surprotéger durant cette période a conduit à une surutilisation des EPI dans certains cas. L'imposition de quotas de consultations journalières dans le service d'endocrinologie et de médecine interne a entraîné la réorientation de nombreux-ses patient-e-s vers le service des urgences, qui est resté ouvert 24 heures sur 24. Lors de la deuxième vague, la sous-estimation du risque a entraîné une baisse de la vigilance, ce qui a conduit à une augmentation des pratiques à risque. Le personnel a été fortement exposé au risque de contamination lors de cette deuxième vague. Les pratiques routinières se sont rapidement imposées après une période d'alignement des normes de sécurité théoriques et des normes pratiquées.

<b>Configuration 1 : Réorganisation de des infrastructures</b>		
<b>Effets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non-disponibilité des places (Vague 1 - V1)</li> </ul>	« Ils ont dit qu'il n'y avait pas de places. J'ai frappé à toutes les portes » (Médecin, unité de triage Covid-19)
<b>Stratégies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation progressive de la capacité du site Covid-19</li> <li>Délimitation de l'espace hospitalier</li> </ul>	« Dans ces salles de soins, nous avons déjà deux lits ; le ministre, lors de sa visite, nous a demandé de passer à 6 puis à 10 » (Membre de la cellule technique Covid-19)
<b>Impacts perçus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aménagement et équipement de l'extension de l'HDM par anticipation</li> </ul>	« Ça a comblé beaucoup de lacunes préexistantes, parce qu'on n'avait pas prévu de faire autant d'aménagements pour pouvoir accueillir les patients. » (Membre de la cellule technique Covid-19)
<b>Configuration 2 : Gestion des EPI et autres consommables</b>		
<b>Effets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surutilisation des matériels de protection en début d'épidémie</li> <li>Multiplication des ruptures de consommables</li> <li>Plusieurs donations d'EPI par le ministère et les associations</li> </ul>	« Les masques, les combinaisons, tout ce que tu peux imaginer comme équipement de protection. Bon il y a eu beaucoup. » (Membre de la cellule technique Covid-19)
<b>Stratégies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contractualisation pour la fourniture de gaz</li> <li>Recyclage des masques en quantité insuffisante au début de l'épidémie</li> <li>Système de gestion plus rigoureux mis en place (Vague 2 - V2)</li> </ul>	« Sans ordonnance on ne donne pas de médicaments ou autres choses de la pharmacie. » (Membre de l'équipe de pharmacie).
<b>Impacts perçus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de ruptures de stocks (V1)</li> <li>Tensions au sein du personnel à cause des mesures strictes imposées dans la gestion des consommables</li> </ul>	« La pharmacienne a rejeté l'ordonnance parce que le numéro de téléphone du malade n'est pas écrit. » (Infirmier, Unité de prise en charge Covid-19)
<b>Configuration 3 : Gestion des ressources humaines</b>		
<b>Effets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abandon de l'HDM par certain-e-s stagiaires par peur des risques de contamination</li> <li>Personnel en sous-effectif par rapport aux tâches à mener (V1)</li> </ul>	
<b>Stratégies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recrutement ou réaffectation du personnel aux unités Covid-19 en fonction de la charge de travail (V1)</li> </ul>	« Quand le Covid-19 est arrivé, on n'était pas capable de couvrir un autre site sans recrutement. » (Membre de la cellule technique Covid-19)

Tableau 1 : Synthèse des configurations selon les effets de la pandémie, les stratégies appliquées et les impacts perçus par les professionnel-le-s.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciement de plusieurs agent-e-s en raison de la baisse de la charge de travail</li> <li>• Nouvelle vague de recrutement (V2)</li> <li>• Recrutement de nouveaux profils de personnel</li> </ul>	
<b>Impacts perçus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravation de la pénurie de personnel touchant l’HDM avant la pandémie (V1)</li> <li>• Réponse aux besoins de la plupart des patient-e-s grâce aux recrutements</li> <li>• Réduction des capacités de prise en charge des services non-Covid-19</li> </ul>	« Les consultations ordinaires ou les interventions programmées ont été arrêtées sauf les interventions d’urgence. » (Membre de la cellule technique Covid-19)
<b>Configuration 4 : Gestion du risque infectieux</b>		
<b>Effets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de peur panique (V1)</li> <li>• Relâchement des mesures de protection (V2)</li> </ul>	
<b>Stratégies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspension du travail des stagiaires</li> <li>• Intensification des mesures d’hygiène</li> </ul>	
<b>Impacts perçus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect plus strict des normes de protection (V1)</li> <li>• Accentuation de l’exposition au risque infectieux (V2)</li> <li>• Diminution du suivi des patient-e-s en médecine interne faute de personnel suffisant</li> </ul>	« Tout le monde porte les gants quand on fait les consultations, les bavettes, on se lave chaque fois les mains, ce n’était pas le cas avant Covid-19. » (Infirmier, Service non-Covid-19 de médecine)

Tableau 1 (suite et fin) : Synthèse des configurations selon les effets de la pandémie, les stratégies appliquées et les impacts perçus par les professionnel-le-s.

## Discussion

Les nombreuses mesures imposées lors de la pandémie ont créé une forme de « gouvernementalité » (Köveker 2004). Cette gouvernementalité des corps s’est jouée dans le microcosme hospitalier à travers des mesures restrictives à l’égard des patient-e-s. Les stratégies mises en œuvre pour faire face aux effets de la pandémie ont créé une articulation entre la prévention de la pandémie et la prise en charge des patient-e-s, d’une part, et l’accès aux soins des patient-e-s dans les services Covid-19 et non-Covid-19, d’autre part. Parmi les quatre configurations analysées



dans ce travail, celles relatives à l'EPI et aux infrastructures ont eu un fort impact sur l'accès aux soins. Parmi les cinq dimensions du cadre de Lévesque (Lévesque *et al.* 2013), cette articulation a été retrouvée en particulier pour les dimensions d'accessibilité et de disponibilité des services. Ainsi, les infrastructures ont contribué à l'accessibilité par le biais de tous les sous-espaces techniques qui composaient le site Covid-19 (triage, hospitalisation, soins intensifs).

Les EPI et autres consommables contribuent à la disponibilité des services avec les ruptures de stocks de consommables qui imposent des restrictions quant à la délivrance des soins. De même, les ressources humaines peuvent être associées à la disponibilité des services à travers les différentes spécialités représentées et les différents profils de soignant·e·s avec des tâches spécifiques à chaque corps professionnel.

Les mesures de protection du personnel, avec toutes les restrictions de soins imposées aux patient·e·s par les soignant·e·s, sont également liées à l'accès aux soins. L'application de ces restrictions de soins peut avoir des répercussions éthiques importantes. Entre ce qui aurait dû être fait en termes de soins aux patient·e·s et ce qui a été fait, il y a une dimension éthique et déontologique qui peut déboucher sur les questions de droits d'accès à une offre de qualité (Jaffré 2003). Les différentes mesures mises en place par l'HDM et le personnel soignant étaient toutes des stratégies pour éviter à l'HDM de s'effondrer en devenant pire qu'avant. Cette situation traduit des rapports de pouvoir dont la dynamique montre que dans le fonctionnement quotidien du dispositif Covid-19, le véritable pouvoir est détenu par les soignant·e·s qui opposent souvent des contre-mesures face aux règles définies au niveau national (protocoles thérapeutiques, mesures préventives). En revanche, les rapports avec la hiérarchie de l'HDM sont largement insérés dans les pratiques qui les constituent et les orientent au quotidien. Ces rapports sont faits de compromis de part et d'autre. À travers les mesures qu'ils prennent souvent, ces leaders jouent un rôle important dans la mise en place de la capacité d'adaptation du personnel à travers l'acquisition de nouvelles

compétences (formation), le management des tâches en lien avec les risques et les besoins du personnel (diverses restrictions imposées au personnel), le leadership (Fagerdal 2022).

Après l'analyse des données portant sur les deux vagues, nous avons eu assez de recul pour évoquer la résilience à travers ses différentes manifestations. Les contextes représentent un enjeu important dans l'analyse de la résilience de l'HDM face à l'épidémie. On peut dire que les contextes ont fortement influencé le type de résilience. Cette analyse contextuelle repose sur des déterminants individuels, sociaux, environnementaux. Les deux vagues ont été caractérisées par des déterminants communs. Premièrement, il s'agit d'un leadership affirmé des responsables de l'HDM et des responsables du ministère de la Santé, le soutien important des partenaires extérieurs de l'HDM composés d'organisations non-gouvernementales (ONG), d'associations et de particuliers (dons d'EPI et divers matériels). Deuxièmement, les deux vagues correspondent à des modèles de résilience enracinés dans un processus d'absorption pour faire face à l'épidémie plutôt que dans un processus de transformation. En effet, pendant les deux vagues, nous avons assisté à la mise en place d'un mélange de stratégies qui ont permis d'accroître la capacité de résilience de l'HDM, soit la diversité, l'auto-organisation et l'apprentissage (Dauphiné 2007; Botta, Bousquet 2017). Ces stratégies ont permis à l'HDM de revenir à l'état antérieur dans le cadre d'une résilience absorbative. Aucune transformation dans le sens de la durabilité n'a été notée, notamment en matière d'hygiène où l'application stricte des normes constatée pendant la première vague n'a pas connu de continuité pendant la seconde vague. L'analyse des données sur les deux vagues a montré que l'HDM a pris des mesures pour absorber le choc en mobilisant du personnel dans l'urgence, des matériels, des infrastructures. Les efforts déployés ne visaient pas à opérer de changements profonds à court et à long terme dans le dispositif hospitalier. Les usages linguistiques sont aussi révélateurs de l'omniprésence d'un processus absorbatif se traduisant par l'utilisation quotidienne de la terminologie de la consommation voire de la

surconsommation (commandes, consommables, stocks, ruptures de stocks, approvisionnements). Les deux vagues ont été caractérisées par des déterminants qui les distinguent. Elles ne se sont pas manifestées de la même manière à l'HDM. L'intensité de l'épidémie, son ampleur et les circonstances de son occurrence ont construit des vulnérabilités variables par le fait même de l'exposition aux perturbations entraînées par l'épidémie, la sensibilité à ces perturbations et les capacités d'adaptation (Adger 2006). La deuxième vague a été plus massive, moins bien préparée et elle a plus affectée le dispositif de soins que la première vague. La fin des deux vagues a entraîné des fermetures d'espaces et une démobilisation du personnel.

Toute la gestion de la Covid-19 a été bâtie autour de l'articulation entre les effets, les stratégies et les impacts. Cependant, il est important de noter que ces trois éléments sont loin de former un processus linéaire. Au contraire, ils donnent lieu à de multiples configurations évolutives et instables. Certaines stratégies peuvent changer lorsqu'elles sont jugées moins pertinentes pour répondre à un effet (par ex., le test PCR a été beaucoup moins utilisé pendant la seconde vague à cause du retard des résultats au profit du dépistage par le scanner jugé plus rapide et plus fiable). L'analyse transversale des quatre configurations montre qu'un même effet peut avoir des répercussions sur plusieurs configurations. Par exemple, la baisse du nombre de patient-e-s Covid-19 a provoqué des réactions en chaîne au niveau de la configuration « gestion du personnel » (ex. licenciement des agent-e-s) et de la configuration « gestion des services et des espaces » (ex. fermetures d'espaces). Aussi, un effet peut ne déboucher sur aucune stratégie (ex. l'abandon de l'HDM par les stagiaires des services non-Covid-19 n'a pas été compensé). Nous sommes dans le cas de figure de l'inaction. Certaines stratégies (ex. travaux d'aménagement, premiers stocks de médicaments) ont incarné l'esprit d'anticipation des professionnel-le-s de l'HDM. Nous sommes dans le cas de figure de la réaction. En comparant les deux vagues, le manque d'anticipation, et donc de réaction, tranche avec ce qu'on a constaté

pendant la première vague. Cette situation démontre une fois de plus que la résilience a été absorptive, basée sur les réalités de chaque vague. C'est une résilience au cas par cas.

## Conclusion

L'approche de micro-contextualisation utilisée en lien avec les différentes configurations analysées a permis de produire une micro-histoire de l'HDM autour du processus effets-stratégies-impacts. Durant les deux vagues épidémiques, l'HDM s'est caractérisé par une résilience absorptive qui consistait à gérer l'urgence en fonction des circonstances. Ce sont les circonstances qui ont le plus souvent déterminé ce qu'il fallait faire. Souvent, rien n'a été fait. Le fait que cette résilience d'absorption se soit répétée d'une vague à l'autre ne reflète ni plus ni moins qu'une réactivité de faible intensité dans la gestion d'une épidémie. En conclusion de cette étude, nous pouvons affirmer que le cadre conceptuel que nous avons utilisé nous a permis d'explorer la résilience à travers quatre domaines différents mais liés. Nous considérons que l'analyse basée sur des configurations a été d'autant plus utile qu'elle s'est focalisée sur des sujets spécifiques choisis par les chercheur·se·s en fonction des contextes vécus. Enfin, cette recherche nous a permis de comprendre que l'étude de la résilience nécessite une approche multidisciplinaire qui combine l'anthropologie clinique, l'anthropologie de la santé publique et l'anthropologie hospitalière.

## Références

Adger, W. Neil. 2000. « Social and ecological resilience: are they related? » *Progress in Human Geography* 24: 347-364. doi: 10.1191/030913200701540465.

- Adger, W.N. 2006. « Vulnerability ». *Global Environmental Change* 16: 268-281. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>
- Barasa, EW, K Cloete, et L Gilson. 2017. « From Bouncing Back, to Nurturing Emergence: Reframing the Concept of Resilience in Health Systems Strengthening. » *Health Policy and Planning* 32 (suppl\_3): iii91-iii94. doi: 10.1093/heapol/czx118.
- Botta, Aurélie; Bousquet, François. 2017. « La résilience des systèmes écologiques et sociaux : accompagner la prise en compte de l'incertitude pour le développement ». *Perspective* 43: 1-4. doi: 10.18167/agritrop/00045.
- Coulibaly, Abdourahmane; Touré, Laurence; Zinszer, Kate; Ridde, Valéry. 2021. « La résilience de l'Hôpital du Mali face à la COVID-19 dans un contexte de pénuries ». *Santé Publique* 33(6): 935-45. <https://doi.org/10.3917/spub.216.0935>.
- Dauphiné, André; Provitolo Damienne. 2007. « La résilience: un concept pour la gestion des risques ». *Annales de géographie* 2(654): 115-125. <https://doi.org/10.3917/ag.654.0115>.
- Folke, Carl. 2006. Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change* 16(3): 253-67. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002>.
- Jaffré, Yannick. 2003. Le souci de l'autre: audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart* 4(28): 95-110. doi:10.3917/autr.028.0094. <https://doi.org/10.3917/autr.028.0094>.
- Holling, Crawford Stanley. 1973. « Resilience and Stability of Ecological Systems ». *Annual Review of Ecology and Systematics* 4(1): 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245>.

- Köveker, Dietmar. 2006. Michel Foucault, Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-78), Paris: Gallimard/Seuil (Collection « Hautes Études »), 2004, *Eurostudia* 2(2). Compte-rendu. <https://www.erudit.org/fr/revues/euro/2006-v2-n2-euro1467/014590ar/>.
- Levesque, Jean-Frederick; Harris, Mark F., Russell Grant. 2013. « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations ». *Int J Equity Health* 12(1): 18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Ridde, Valéry; Gautier, Lara; Dagenais, Christian; Chabrol, Fann; Hou, Renyou; Bonnet, Emmanuel, et al. 2021. Learning from Public Health and Hospital Resilience to the SARS-CoV-2 Pandemic: Protocol for a Multiple Case Study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Res Policy Syst* 19(1): 76. doi: 10.1186/s12961-021-00707-z. PMID: 33957954; PMCID: PMC8100363.
- Smit, Barry; Burton Ian, Klein Richard J.T.; Wandel J. 2000. An Anatomy of Adaptation to Climate Change and Variability. *Climatic change* 45: 223-51. <https://doi.org/10.1023/A:1005661622966>.
- Turner, BL 2nd; Kaspersen, Roger E, Matson Pamela A; McCarthy James J; Corell Robert W; Christensen Lindsey, et al. 2003. A framework for vulnerability analysis in sustainability science. *Proc Natl Acad Sci* 100(14): 8074-9. doi: 10.1073/pnas.1231335100.

# 3. Les adaptations et réponses à l'épidémie de Covid-19 d'un hôpital de référence parisien

FANNY CHABROL, LOLA TRAVERSON, RENYOU HOU, LISA CHOTARD,  
JEAN-CHRISTOPHE LUCET, NATHAN PEIFFER-SMADJA, GISÈLE  
BENDJELLOUL, FRANÇOIS-XAVIER LESCURE, YAZDAN YAZDANPANAHA,  
KATE ZINSZER, VALÉRY RIDDE

## Résumé

Peu d'études se sont intéressées à la gestion de la crise Covid-19 au sein de plusieurs services d'un même hôpital sur plusieurs vagues épidémiques. L'objectif de cette étude était d'analyser la réponse à la crise Covid-19 d'un hôpital de référence parisien et d'analyser ses capacités de résilience. Entre mars 2020 et juin 2021, nous avons mené des observations, des entretiens semi-directifs et organisé des ateliers pour faire émerger des leçons apprises de la gestion de la crise. L'analyse des données a été guidée par un cadre conceptuel sur la résilience des systèmes de santé et des hôpitaux.

Trois configurations ont émergé de l'analyse des données empiriques : 1) la réorganisation des services; 2) la gestion du risque de contamination; et 3) la mobilisation des ressources humaines et l'adaptation du travail. Notre étude démontre la capacité de l'hôpital et de son personnel à absorber le choc Covid-19 en mettant en place des mécanismes d'adaptation continue. Mais cette mobilisation sans précédent a principalement reposé sur les épaules des professionnel-le-s, ajoutant à leur épuisement. Il s'agirait de déterminer si ces adaptations seront

durables pour évaluer les capacités de transformation de l'hôpital dans un contexte de crise des financements et de rationalisation des activités des hôpitaux publics.

**Mots-clés** : Covid-19, hôpital, résilience, gestion de crise, France

## Introduction

Les premiers cas de SRAS-CoV-2 déclarés en France ont été admis dans un hôpital de référence parisien le 24 janvier 2020. Le 23 février 2020, le gouvernement français a activé le plan ORSAN-REB. Ce dispositif déclenche des mesures spécifiques pour faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, telle que la pandémie de Covid-19. Parmi ces mesures, le Plan Blanc d'urgence hospitalière a été activé le 13 mars 2020 pour permettre la mobilisation exceptionnelle des hôpitaux (adaptation des activités, moyens humains et financiers exceptionnels, etc.). La pandémie de Covid-19 est survenue dans un contexte très tendu pour les hôpitaux en France. Les manifestations fréquentes des personnels hospitaliers, qui s'étaient intensifiées en novembre 2019, avaient été suivies de l'annonce par le président de la République d'un grand plan hospitalier. Les conditions de travail, et surtout le manque de moyens financiers et humains, étaient déjà critiqués. Dans ce contexte fragile, la crise de la Covid-19 a gravement affecté le système de santé français, au sein duquel l'hôpital occupe une place centrale. Elle a posé la question de la capacité du système de santé et des hôpitaux à s'adapter, à absorber, voire à se remettre de ce choc. Les hôpitaux ont été à l'épicentre de la crise et ont fait l'objet d'une grande attention de la part des médias. En tant que prestataires de soins aigus, ils étaient en première ligne de cette « guerre contre le virus » (Gaudillière, Juven et Izambert 2021).

Ces dernières années, et en particulier depuis l'épidémie d'Ebola de 2013-2014 en Afrique de l'Ouest, l'idée que les systèmes de santé doivent être résilients lorsqu'ils sont confrontés à des chocs soudains (par



exemple, des épidémies) a fait l'objet d'une attention considérable (Kruk *et al.* 2015). Bien que la résilience continue de manquer de clarté conceptuelle (Pailliard-Turenne *et al.* 2019) et de puissance empirique (Biddle, Wahedi et Bozorgmehr 2020), elle s'est présentée comme un concept prometteur pour une étude hospitalière de terrain au sein d'un projet de recherche comparatif multi-pays (Ridde *et al.* 2021). En effet, le concept de résilience hospitalière existait avant la survenue de la Covid-19 mais il se rapportait aux questions d'infrastructure (comme la résistance des bâtiments) plus particulièrement à la préparation des hôpitaux en cas de catastrophe naturelle (Zhong *et al.* 2014).

Nous avons conduit une étude qualitative au sein de l'hôpital Bichat Claude-Bernard (BCB), l'un des trois hôpitaux de référence parisien pour les maladies infectieuses émergentes suspectées ou confirmées, afin d'étudier ses capacités de résilience. Nous avons défini la résilience des hôpitaux comme leur capacité, face à des chocs, des stress ou des tensions chroniques déstabilisantes, à mettre en œuvre des stratégies d'absorption, d'adaptation et/ou de transformation afin de maintenir et/ou d'améliorer l'accès aux soins de santé (Ridde *et al.* 2021). L'hôpital BCB est un hôpital universitaire parisien d'une capacité de 850 lits employant environ 9 000 personnes. Il appartient au plus grand réseau hospitalier public d'Europe, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui emploie plus de 100 000 personnes dans 39 établissements de soins de santé. L'hôpital BCB a pris en charge les trois premiers cas de Covid-19 en France, diagnostiqués le 24 janvier 2020. Au plus fort de la première vague, le 4 avril 2020, les patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 occupaient 313 lits dans neuf unités cliniques de l'hôpital, et jusqu'à 60 lits des services de réanimation médicale et réanimation chirurgicale. Près de la moitié de la capacité d'accueil de l'hôpital a été dédiée aux patient·e·s Covid à cette date.

Notre étude a ciblé les professionnel·le·s de santé et les personnels d'encadrement de tous niveaux hiérarchiques, des aides-soignant·e·s à la directrice de l'hôpital. Entre mars 2020 et juin 2021, l'équipe de recherche a mené de longues sessions d'observation (n = 44), des entretiens semi-

directifs (n = 94), et a également organisé des groupes de discussion (n = 3) ainsi que des ateliers pour faire émerger des leçons apprises (n = 2). Les observations ont été principalement conduites dans le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), à la chambre mortuaire et auprès de l'équipe de prévention du risque infectieux (EPRI). Les entretiens ont été conduits avec des professionnel·le·s de ces services et d'autres services médicaux (pneumologie, réanimation chirurgicale, soins de suite et de réadaptation), techniques et administratifs (cellule de crise, services logistiques, transport des patient·e·s, etc.) de l'hôpital BCB. La période d'étude a couvert les trois premières vagues de Covid-19, c'est-à-dire mars-mai 2020, septembre-novembre 2020 et mars-juin 2021.

Dans le cadre de l'étude comparative HoSPiCOVID, le présent chapitre présente l'étude de cas française. Parmi les quatre configurations analytiques récurrentes identifiées au sein des huit hôpitaux choisis dans les cinq pays sélectionnés pour l'étude (voir chapitre 1), trois configurations ont émergé des données empiriques collectées en France : 1) la réorganisation des services et des espaces; 2) la gestion des risques de contamination des professionnel·le·s et des patient·e·s; et 3) la mobilisation des ressources humaines et l'adaptation du travail. Afin de comprendre comment la pandémie de Covid-19 a affecté les routines organisationnelles de l'hôpital BCB et comment l'hôpital a organisé sa réponse pour faire face à la transmission du virus, nous nous sommes appuyés sur le cadre conceptuel de l'étude HoSPiCOVID visant à étudier la résilience des hôpitaux, et avons notamment analysé les dimensions suivantes : 1) l'occurrence d'événements ou de chocs, tels que la pandémie de Covid-19; 2) les effets de ces évènements ou chocs sur les routines organisationnelles de l'hôpital; 3) les stratégies déployées par l'hôpital ou son personnel pour y faire face; et 4) les impacts de ces stratégies, perçus comme positifs ou négatifs par le personnel hospitalier.

Ce chapitre dévoilera quelques stratégies opérationnelles déployées par l'hôpital BCB et son personnel qui, selon le personnel hospitalier interrogé, ont eu des impacts positifs et/ou négatifs.

## La réorganisation des services et des espaces

En tant qu'hôpital de référence pour les maladies infectieuses émergentes (MERS, Ebola, SRAS), l'hôpital BCB était prêt à s'adapter et à répondre à l'arrivée des premiers cas de Covid-19. Pour faire face à l'afflux considérable de patient·e·s atteint·e·s d'une maladie inconnue, contenir les risques de contamination des patient·e·s et des professionnel·le·s et éviter la pénurie de lits et de matériel, des réorganisations spatiales importantes de l'hôpital ont été nécessaires.

L'hôpital a tout d'abord créé, dès février 2020, une cellule de crise chargée de mener les stratégies globales de réorganisation des services et des capacités d'accueil. La composition de cette cellule était initialement relativement ouverte pour permettre une large participation des professionnel·le·s, mais elle a ensuite été limitée à quelques décideurs clés. Dirigée par une triade de directeur·rice·s de crise – la directrice de l'hôpital, une directrice médicale de crise (spécialisée en gestion des risques et de la qualité) et un directeur médical, elle était composée des responsables des principaux services sollicités pour la gestion de la crise – maladies infectieuses, prévention et contrôle des infections, réanimation et soins intensifs, service des urgences – et des services administratifs. Ainsi, la cellule de crise a décidé de l'ouverture, de la fermeture et de la fusion des services ou de lits. Les réunions étaient d'abord quotidiennes, puis bi-hebdomadaires, et les décisions étaient prises en fonction du nombre de nouvelles et de nouveaux patient·e·s admis·e·s aux urgences pendant la nuit et des chiffres de l'incidence de la Covid-19 dans le pays. Les décisions de la cellule de crise faisaient l'objet d'un rapport quotidien adressé à l'ensemble du personnel de l'hôpital

Les professionnel·le·s se sont également organisé·e·s pour « repousser les murs » et « armer les services ». L'EPRI a coordonné les réorganisations spatiales et logistiques et l'ouverture des unités Covid. Son rôle était d'informer le personnel de ces réorganisations, de le former aux mesures de prévention des infections et de préparer les chambres des patient·e·s.

Lors de la première vague de la pandémie, le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) a été entièrement transformé en unité Covid (unité vidée, chambres nettoyées, installation d'un système informatisé de codage des patient·e·s, etc.). Lors de la deuxième vague, les deux étages du bâtiment du SMIT ont été séparés, le premier étage étant dédié aux patient·e·s non-Covid et le second aux patient·e·s Covid (avec des équipements spécifiques, notamment des appareils à oxygène à haut débit). La capacité de la chambre mortuaire (CM) a été augmentée tant à l'intérieur (mise en place de racks en hauteur pour augmenter la capacité d'accueil au sein de la chambre frigorifique) qu'à l'extérieur (camion frigorifique, utilisé très ponctuellement) pour faire face à l'afflux de patient·e·s décédé·e·s. Enfin, des paravents ont été installés dans plusieurs services pour séparer les sections Covid et non-Covid, et des lits de réanimation Covid ont été installés dans les salles d'opération.

Ces stratégies ont été perçues par les professionnel·le·s comme ayant des effets à la fois positifs et négatifs. Le leadership de la cellule de crise a facilité la mise en œuvre des décisions (grande efficacité, collégialité, acceptabilité). Au quotidien, l'équipe a anticipé les besoins en déprogrammant certaines activités pour augmenter les capacités en lits dédiés aux patient·e·s Covid. La séparation des zones Covid de celles non-Covid a permis un gain d'espace efficace (par exemple, 20 places dans la chambre mortuaire). Cependant, en raison du manque de personnel et d'équipement, les espaces n'ont pas pu être agrandis massivement sur le court terme. L'étanchéité des espaces et la difficile régulation des mouvements des professionnel·le·s et des patient·e·s ont constitué des défis majeurs, entraînant des contaminations croisées occasionnelles. De plus, la rapidité d'exécution des décisions prises par la cellule de crise (décisions prises dans les 24 heures) a souvent été mal vécue par les professionnel·le·s qui se sont vu·e·s imposer des changements réguliers de pratiques.

## La gestion du risque d'infection pour les professionnel·le·s et les patient·e·s

En tant qu'hôpital de référence en France, l'hôpital BCB était chargé de définir des lignes directrices sur les mesures de protection contre les risques d'infection. Les incertitudes liées au virus SRAS-CoV-2 et sa transmissibilité ont conduit à des mises à jour rapides et fréquentes des directives et des protocoles, provoquant une forte anxiété chez les professionnel·le·s. L'annonce du port obligatoire de masques chirurgicaux et l'arrivée massive de volontaires à l'hôpital ont entraîné une surconsommation d'équipements de protection individuelle (EPI), les volontaires étant souvent surprotégés. Des vols de matériel et d'EPI ont également été signalés. La fatigue physique devenant un combat quotidien, une certaine lassitude s'est installée, entraînant une diminution du respect des protocoles de protection. De plus, lors de la première vague, les tests n'étaient pas largement disponibles pour les professionnel·le·s, ce qui a entraîné des diagnostics manqués et des clusters d'infection parmi le personnel dans plusieurs unités.

Pour atténuer ces effets induits par la pandémie, l'hôpital BCB a appliqué des protocoles de protection pour limiter les risques de contamination, tel que le port universel obligatoire de masques chirurgicaux (dès le 4 mars 2020, quelques jours avant l'adoption de la directive nationale). Ces protocoles ont été continuellement mis à jour en fonction des connaissances virologiques et cliniques les plus récentes. L'EPRI a joué un rôle pivot dans la gestion des risques de contamination en 1) expliquant les nouvelles mesures de prévention et de protection aux professionnel·le·s; 2) gérant les stocks/quotas d'EPI (phases spécifiques de distribution des EPI); et 3) menant des enquêtes systématiques par grappes pour identifier les raisons et les sources d'infection des professionnel·le·s afin de mettre en œuvre des stratégies appropriées de réduction des risques. À la fin de la première vague, un centre de dépistage a également été ouvert pour tous les professionnel·le·s et les

patient·e·s ambulatoires. D'autres stratégies, telles que l'interdiction ou la limitation des visites familiales (une règle plus ou moins stricte selon les périodes) ainsi que la création de circuits spécifiques pour les patient·e·s Covid, ont été mises en place.

Ces stratégies ont permis, selon les professionnel·le·s interrogé·e·s, un accès facilité au dépistage et une meilleure utilisation et gestion du matériel dans un contexte de ressources limitées. Cependant, les changements fréquents des mesures de contrôle des infections (par exemple, la préconisation d'utiliser des masques chirurgicaux plutôt que des masques N95 et de porter des tabliers plutôt que les surblouses traditionnelles, plus couvrantes) ont semé la confusion parmi le personnel de l'hôpital et ont créé une anxiété et une atmosphère de méfiance à l'égard de l'EPRI et de l'administration de l'hôpital pendant la première vague. Plusieurs départements ont contourné l'interdiction des visites familiales car elle présentait un dilemme éthique complexe. La communication était descendante et a entraîné un décalage entre la prise de décision et l'exécution et les pratiques du personnel. Le sentiment des professionnel·le·s d'être insuffisamment informé·e·s et équipé·e·s, et de pratiquer des soins dans des conditions sous-optimales, s'est cristallisé en véritable ressentiment.

## **La mobilisation des ressources humaines et l'adaptation du travail**

En fonction des pics de contaminations et des vagues Covid, l'afflux de patient·e·s a été plus ou moins intense et a entraîné une charge de travail variable pour le personnel hospitalier. Les périodes les plus intenses ont engendré une pénurie de personnel et un stress accru pour les professionnel·le·s.

Pour faire face à ces effets induits par la pandémie, l'hôpital a redéployé le personnel d'unités non-Covid vers les unités Covid et a recruté du personnel en fonction des besoins. Les horaires de travail ont été réorganisés. Par exemple, il a été décidé qu'une infirmière était nécessaire pour six patient-e-s Covid (plus tard étendu à huit) au lieu d'une pour 10 ou une pour 12 habituellement. Pour autant, le ressenti de la charge de travail, lié aux spécificités des patient-e-s Covid a augmenté pour les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la gestion de la pandémie (augmentation des heures supplémentaires et des gardes). En avril 2020, les congés maladie des professionnel-le-s ont été ramenés de 14 à 7 jours, conformément aux nouvelles directives nationales. Enfin, des mécanismes de soutien psychologique (par exemple, visites systématiques des services Covid par des psychologues, ligne d'assistance téléphonique) ont été activés pour le personnel.

Au niveau individuel, les professionnel-le-s ont impulsé des dynamiques spontanées d'auto-organisation, principalement au cours de la première vague. Ils-elles ont consacré plus de temps à l'accompagnement des patient-e-s et des familles en fin de vie, ainsi qu'à des discussions collectives sur l'éthique (par exemple, les bénéfices et/ou les risques de la réanimation).

Selon les professionnel-le-s interrogé-e-s, les pénuries de personnel ont été partiellement atténuées par ces stratégies de recrutement et de redéploiement. Ces dernières ne se sont pas avérées si avantageuses, compte tenu du manque de compétences et du besoin de formation des professionnel-le-s nouvellement arrivé-e-s. Cette situation a parfois entraîné une surcharge de travail pour le personnel plus expérimenté, qui s'est interrogé sur l'utilité de ces renforts. Les cadres infirm-ier-ière-s notamment du SMIT et du service de réanimation médicale ont joué un rôle clé en informant et en mobilisant le personnel et en étant responsables de la sécurité et du bien-être des professionnel-le-s. Le manque de personnel a été ressenti plus intensément lors des deuxième et troisième vagues car, à ce moment-là, toutes les régions de France étaient touchées par la Covid et aucun renfort n'était possible, ce qui a

contribué à l'épuisement des professionnel-le-s (fatigue physique, stress, burnout). Enfin, compte tenu des efforts intenses nécessaires à la prise en charge des patient-e-s Covid, de nombreuses hospitalisations médicales et chirurgicales programmées ont dû être annulées, à l'exception des urgences et de la chirurgie oncologique, ce qui, de l'avis des professionnel-le-s, a inévitablement eu des répercussions négatives sur la santé des personnes concernées et leur accès aux soins.

## Une expérience mémorable qui ne résout pas une crise plus profonde

Les professionnel-le-s ont perçu la première vague comme une « expérience mémorable », soulignant le ralliement extraordinaire des équipes au sein des différents services. La crise a renforcé la solidarité et la proximité professionnelles (par exemple, l'empathie, les expériences riches et formatrices). Ces nouvelles coopérations au sein des professions médicales et paramédicales a conduit à un relatif effacement de la hiérarchie professionnelle, avec une plus grande attention portée à la collaboration et à la prise de décision partagée. Plusieurs études ont en effet mis l'accent sur la mobilisation exceptionnelle des professionnel-le-s et le leadership hospitalier dans ce contexte de crise épidémique (Lot et De La Garza 2022; Harkouk *et al.* 2022). Le leadership déployé à l'hôpital BCB a fait primer les valeurs professionnelles plutôt que l'intérêt personnel (Forster, Patlas et Lexa 2020). Travailler ensemble dans un environnement favorable a galvanisé la collaboration et l'engagement du personnel (Harkouk *et al.* 2022). Mais, dans le même temps, les professionnel-le-s ont exprimé leur incertitude quant à leur capacité à maintenir leur engagement à l'avenir en raison de l'épuisement ressenti (Santos *et al.* 2021).



La communication a été l'un des plus grands défis soulignés par les professionnel·le·s au cours de la gestion de la crise (Harkouk *et al.* 2022). La cellule de crise a éprouvé des difficultés à communiquer efficacement ses décisions et à travailler en étroite collaboration avec l'encadrement intermédiaire c'est-à-dire les cadres infirmier·ière·s ou cadres de santé. Les informations étaient souvent communiquées de manière descendante – depuis la direction de l'hôpital et la cellule de crise vers les exécutant·e·s, avec peu d'apport de la part de la majorité du personnel hospitalier. Les professionnel·le·s souhaitaient davantage de discussions collectives, et l'on a observé une tension entre une forte demande d'informations actualisées et un manque général de temps pour les discussions. De même, l'hôpital et la cellule de crise ont eu du mal à trouver un moyen efficace de réguler le flux d'informations provenant de sources multiples, et les professionnel·le·s ont été submergé·e·s par les courriels. Les informations ont souvent dû être relayées par d'autres canaux de communication informels par le personnel lui-même (bulletins d'information, groupes WhatsApp, etc.).

Les stratégies de réorganisation motivées par l'urgence ont exercé une pression extrême sur les professionnel·le·s de santé. Les décisions d'ouverture ou de fermeture de services ont été vécues à la fois comme un défi et comme un préjudice pour les activités normales de l'hôpital qui étaient également importantes, ce qui a entraîné des pertes d'opportunités ou une diminution de la qualité des soins pour les patient·e·s non-Covid (Edge *et al.* 2021). Les protocoles de soins ont été perçus comme changeant trop souvent, que ce soit en raison de la pénurie d'EPI ou de l'évolution des recommandations nationales. Lorsque les règles semblaient trop rigides et inhumaines (par exemple, l'interdiction des visites familiales), elles étaient parfois contournées, comme l'a montré une autre étude parisienne où des contournements des directives centrales ont également été documentés (Harkouk *et al.* 2022).

La résilience organisationnelle émerge des capacités d'anticipation et d'adaptation (Lot et De La Garza 2022). Pour autant, ces capacités d'adaptation mettent en évidence un trop grand recours accordé à la

résilience individuelle. La capacité d'adaptation sans précédent du personnel (des cadres supérieur·e-s aux infirmier·ière-s et au personnel technique) a favorisé l'auto-organisation dans une organisation bureaucratique et a permis d'atténuer (temporairement) les effets de la fatigue au travail et de « mieux se battre ». Mais elle a aussi engendré des souffrances psychologiques, accentuées par le manque chronique de personnel paramédical dans les hôpitaux publics, identifié depuis longtemps comme le principal obstacle à une plus grande adaptabilité. L'hôpital a pu absorber le choc (c'est-à-dire la prise en charge d'un grand nombre de patient·e-s) en s'appuyant sur la disponibilité et l'implication de son personnel. La résilience de l'hôpital a ainsi reposé en grande partie sur les individus, le personnel hospitalier, impactant fortement leur santé physique et mentale (Labrague 2021; Jeffs *et al.* 2021). La fatigue professionnelle immense appelle des réformes structurelles sur le plus long terme (Chabrol *et al.* 2023; Lot et De La Garza 2022).

Les professionnel·le-s ont eu le sentiment de travailler dans un environnement humain et matériel très contraint et ont exprimé des sentiments de résignation, de devoir accepter l'inacceptable (dès la première vague), alors que les pénuries de personnel et de matériel préexistantes ne faisaient que s'aggraver. En même temps, cette (non)-stratégie révèle la « logique de censure des émotions à l'hôpital face à la maladie, à la mort et à la souffrance » (Carpot et Vega 2001). Ce « consentement au sur-travail » a bien été décrit dans le contexte français (Gelly et Spire 2021).

Malgré une phase de soutien total du gouvernement et de la société (héroïsation), parfois irréaliste et exprimée par des cadeaux commerciaux opulents (Chabrol et Chotard 2023), les professionnel·le-s se sont souvent senti·e-s peu écouté·e-s par rapport à des revendications de longue date concernant leurs conditions de travail, leur rémunération, etc. (Chemali *et al.* 2022). Les valeurs éthiques et professionnelles de la prestation de soins ont été sérieusement érodées, ceci contribuant au découragement de certain·e-s professionnel·le-s et à des démissions.

## Conclusion

Nous avons rendu compte des réponses organisationnelles d'un hôpital de référence parisien confronté à plusieurs vagues de Covid-19. L'hôpital BCB et son personnel ont fait preuve d'une mobilisation importante leur permettant d'affronter le choc de l'épidémie de Covid-19 en mettant en place des stratégies pour constamment s'adapter à l'évolution de l'épidémie.

À Paris et en France, la pandémie est survenue dans un contexte de contestation collective, qui avait atteint son paroxysme en novembre 2019 et avait engagé le président de la République à annoncer un plan d'urgence pour l'hôpital public. Après la première vague de l'épidémie de Covid-19, un « Ségur de la santé » a débouché en mai 2020 sur des annonces de revalorisation des salaires et d'emploi. Ces mesures n'ont pas permis de ralentir les vagues de démissions des professionnel-le-s, la dénonciation des pénuries humaines et matérielles chroniques et le manque d'attention politique et gouvernementale à l'égard de ces pénuries. Malgré l'importance des efforts fournis par les professionnel-le-s d'un hôpital public, comme l'hôpital BCB, la durabilité de ces stratégies et adaptations est devenue une question politique de premier plan que le gouvernement actuel ne semble pas avoir saisi à sa mesure.

## Références

- Biddle, Louise, Katharina Wahedi, et Kayvan Bozorgmehr. 2020. « Health system resilience: a literature review of empirical research ». *Health Policy and Planning* 35(8): 1084-1109. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>.
- Carpot, L., et Anne Vega. 2001. « Mourir à l'hôpital: quelques représentations culturelles ». *Mouvements* n°15-16(3): 145-52.

- Chabrol, Fanny, Lola Traverson, Renyou Hou, Lisa Chotard, Jean-Christophe Lucet, Nathan Peiffer-Smadja, Gisèle Bendjelloul, *et al.* 2023. « Adaptation and Response of a Major Parisian Referral Hospital to the COVID-19 Surge: A Qualitative Study ». *Health Systems & Reform* 9(1): 2165429. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2165429>.
- Chabrol, Fanny, et Lisa Chotard, 2023, « Approche matérielle et spatiale d'un hôpital parisien face à la Covid-19. Vers un hôpital dés-affecté? » in Valéry Ridde, Lola Traverson, Kate Zinszer (dir.) *Hôpitaux et santé publique face à la pandémie de Covid-19. Perspectives de santé mondiale*, Québec: Éditions science et bien commun, en ligne : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/hospicovid/chapter/5-approche-materielle-et-spatiale-dun-hopital-parisien-face-a-la-covid-19-vers-un-hopital-des-affecte/>
- Chemali, Souaad, Almudena Mari-Sáez, Charbel El Bcheraoui, et Heide Weishaar. 2022. « Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review ». *Human Resources for Health* 20(1): 27.
- Edge, Rhiannon, Josh Meyers, Gabriella Tiernan, Zhicheng Li, Alexandra Schiavuzzi, Priscilla Chan, Amy Vassallo, *et al.* 2021. « Cancer Care Disruption and Reorganisation during the COVID-19 Pandemic in Australia: A Patient, Carer and Healthcare Worker Perspective ». *PloS One* 16(9): e0257420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257420>.
- Forster, Bruce B., Michael N. Patlas, et Frank J. Lexa. 2020. « Crisis Leadership During and Following COVID-19 ». *Canadian Association of Radiologists Journal* 71(4): 421-22.
- Gaudillière, Jean-Paul, Pierre-André Juven, et Caroline Izambert. 2021. *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*. Paris: La Découverte.
- Gelly, Maud, et Alexis Spire. 2021. « Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19 ». *Revue française des affaires sociales*, no4: 15-34.

- Harkouk, Hakim, Patrick Castel, Lucile Hervouët, et Dominique Fletcher. 2022. « Qualitative Analysis of the Organisational Response of a University Hospital during the First Wave of the COVID-19 Crisis ». *BMJ Open Quality* 11(2): e001817. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001817>.
- Jeffs, Lianne, Jane Merkley, Rebecca Greenberg, Leanne Ginty, Nely Amaral, Robert Maunder, Lesley Wiesenfeld, Susan Brown, Paula Shing, et Kara Ronald. 2021. « An Academic Health Sciences Centre's Strategy to Enhance Nurse Resilience and Psychological Safety ». *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)* 34(2): 39-44. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26531>.
- Kruk, Margaret E., Michael Myers, S. Tornorlah Varpilah, et Bernice T. Dahn. 2015. « What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola ». *The Lancet* 385(9980): 1910-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).
- Labrague, Leodoro J. 2021. « Psychological Resilience, Coping Behaviours and Social Support among Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Quantitative Studies ». *Journal of Nursing Management* 29(7): 1893-1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>.
- Lot, Nicolas, et Cecilia De La Garza. 2022. « The Socio-Organizational and Human Dynamics of Resilience in a Hospital: The Case of the COVID-19 Crisis ». *Journal of Contingencies and Crisis Management* n/a (n/a): 1-13.
- Pailliard-Turenne, Charlotte, Lara Gautier, Stéphanie Degroote, Etienne Guillard, Fanny Chabrol, et Valéry Ridde. 2019. « Conceptual Analysis of Health Systems Resilience: A Scoping Review ». *Social Science & Medicine* 232 (juillet): 168-80.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from Public Health and Hospital Resilience to the SARS-CoV-2 Pandemic:

Protocol for a Multiple Case Study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.

Santos, José Luís Guedes Dos, Alexandre Pazetto Balsanelli, Etiane de Oliveira Freitas, Fernando Henrique Antunes Menegon, Ieda Aparecida Carneiro, Daniele Delacanal Lazzari, Jennifer Aguilar Leocádio De Menezes, Alacoque Lorenzini Erdmann, et Silviamar Camponogara. 2021. « Work Environment of Hospital Nurses during the COVID-19 Pandemic in Brazil ». *International Nursing Review* 68(2): 228-37. <https://doi.org/10.1111/inr.12662>.

Setola, Nicoletta, Eletta Naldi, Maria Vittoria Arnetoli, Luca Marzi, et Roberto Bologna. 2021. « Hospital responses to COVID-19: evidence from case studies to support future healthcare design research ». *Facilities* ahead-of-print (ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/F-03-2021-0023>.

Tort-Nasarre, Glòria, Bruna Alvarez, Paola Galbany-Estragués, Martí Subías-Miquel, Eva Vázquez-Segura, Diana Marre, et Maria Romeu-Labayen. 2021. « Front-Line Nurses' Responses to Organisational Changes during the COVID-19 in Spain: A Qualitative Rapid Appraisal ». *Journal of Nursing Management* 29(7): 1983-91.

Zhong, Shuang, Michele Clark, Xiang-Yu Hou, Yu-Li Zang, et Gerard Fitzgerald. 2014. « Development of Hospital Disaster Resilience: Conceptual Framework and Potential Measurement ». *Emerg Med J* 31(11): 930-38. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-202282>.

# 4. La pandémie de Covid-19 dans un hôpital tertiaire au Mali et ses enjeux financiers

VALÉRY RIDDE, ABDOURAHMANE COULIBALY, LAURENCE TOURÉ,  
MOUHAMADOU FALY BA, KATE ZINSZER, EMMANUEL BONNET, AYAKO  
HONDA

## Résumé

Cette étude examine comment la gestion de l'épidémie de la Covid-19 par les acteur-ric-e-s de l'hôpital a été affectée par la réponse financière du gouvernement pendant les 1ère et 2ème vagues dans un hôpital du Mali. Alors que le gouvernement souhaitait soutenir l'accès universel aux services de santé liés à la Covid-19, les efforts ont été minés par les problèmes liés aux procédures complexes de gestion du financement public et l'hôpital a connu de longs retards dans le transfert des fonds publics. L'hôpital a subi une baisse des revenus au cours des premiers stades de la pandémie. Les budgets gouvernementaux n'ont pas été utilisés efficacement en raison de procédures complexes qui n'ont pas permis de s'adapter à la situation d'urgence. Les difficultés rencontrées par les hôpitaux ont entraîné des retards dans le paiement des salaires du personnel et des primes promises, ce qui a eu des répercussions néfastes pour les patients. Les problèmes préexistants en matière de financement

et de gouvernance des soins de santé ont limité la gestion efficace des services liés à la Covid-19 et ont créé la confusion pour les prestataires des services de santé.<sup>1</sup>

**Mots-clés :** Covid-19, finance, hôpital, Mali, management public

## Introduction

Les systèmes de santé dans de nombreux pays africains ont souffert en raison de la faiblesse des dépenses publiques et les utilisateur·rice·s de soins de santé payent des coûts élevés pour accéder aux soins. En 2017, 15 millions de personnes en Afrique sont tombées dans la pauvreté en raison des dépenses de santé (WHO 2021). Dans les pays africains où l'utilisation des services de santé est basée sur la capacité de paiement des personnes, il y a des préoccupations quant à l'accès équitable aux services liés à la Covid-19. Cependant, peu d'études ont été entreprises pour analyser comment le contexte actuel de financement des soins de santé a affecté la prestation des services de santé et l'accès aux services de santé pendant la pandémie de Covid-19.

De nombreux systèmes de santé en Afrique de l'Ouest sont fragiles et incapables de résister à de grands chocs. Au Mali, par exemple, le système de santé est mal financé par le gouvernement, il y a un certain nombre de problèmes liés à la gouvernance. Le pays était mal préparé à l'arrivée d'épidémies et de pandémies, comme la Covid-19 (Waya *et al.* 2021; Tessema *et al.* 2021). En Afrique de l'Ouest, les questions de financement

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de Ridde, V., Coulibaly, A., Touré, L., Ba, M. F., Zinszer, K., Bonnet, E., & Honda, A. (2023). Financial issues in times of a COVID-19 pandemic in a tertiary hospital in Mali. *The International Journal of Health Planning and Management*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/hpm.3690>.



de la santé impactent les établissements de santé et les prestataires de soins de première ligne, qui sont au centre de la prestation des services de santé.

En réponse à la pandémie de Covid-19, fin février 2021, les pays de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) avaient mobilisé un financement de 158 milliards de dollars, dont 42% étaient utilisés pour des interventions de santé publique et des systèmes de santé (Ahanhanzo *et al.* 2021). En mai 2020, l'OMS a encouragé la suspension des frais d'utilisation pour les services essentiels pour tous les niveaux de prestataires de soins de santé afin de garantir un accès équitable aux services de santé nécessaires pendant la pandémie. Par conséquent, de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, dont le Mali, ont mobilisé des fonds publics pour traiter gratuitement les patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 lorsqu'ils et elles ont été testé·e·s positif·ve·s à la Covid-19 et traité·e·s dans des hôpitaux. Parallèlement, alors que de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest ont mis au point des programmes de transfert d'argent pour les ménages, peu de mesures étaient disponibles pour les patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 qui ont été invité·e·s à rester à la maison (Bonnet *et al.* 2021).

Compte tenu des problèmes de financement de la santé auxquels les pays d'Afrique de l'Ouest étaient déjà confrontés avant la pandémie de Covid-19, il est important d'examiner comment ces défis ont affecté la réponse à la pandémie et la résilience des systèmes de santé (Rispel *et al.* 2021). Ce chapitre examine le rôle des questions financières dans la réponse à la pandémie dans un hôpital tertiaire de la capitale malienne, Bamako.

## Méthode

Le présent chapitre examine l'impact de la réponse du gouvernement sur l'organisation hospitalière, le personnel et les patient-e-s dans le cadre du financement de la lutte contre la Covid-19 au cours de la première et de la deuxième vague de la pandémie. Du point de vue de l'hôpital (organisationnel), le chapitre examine les changements dans l'allocation du budget et le processus de facturation et de remboursement mis en place par le gouvernement. En ce qui concerne le personnel des hôpitaux, les effets sur les salaires et les primes du personnel ont été analysés. Enfin, du point de vue des patient-e-s, la charge financière subie en raison de l'accès aux services liés à la Covid-19 est également explorée.

L'étude de cas qualitative a été réalisée dans un hôpital tertiaire de Bamako, la capitale malienne. L'hôpital dispose d'une autonomie de gestion administrative et financière, avec une obligation de service public en tant qu'hôpital de référence. Des tentes médicales ont été utilisées pour accueillir les premiers cas de Covid-19. Par la suite, à la demande du gouvernement, l'extension de l'hôpital nouvellement construite a été choisie pour devenir le site de soins Covid-19 de l'hôpital. L'expérience de l'hôpital, de son personnel et des patient-e-s sont les unités d'analyse (Yin 2012).

Au Mali, les établissements de santé facturent des frais d'utilisation des services par les patient-e-s, à l'exception de certains services du secteur public. La couverture de la population par tous les mécanismes d'assurance est d'environ 15% de la population à Bamako, la capitale (INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF 2019). Le système de santé malien souffre d'une faible dépense publique en matière de santé. En 2019, moins de 6% du budget du gouvernement a été alloué au secteur de la santé. Les sources externes de financement représentent 33,5% des dépenses de santé, ce qui est supérieur à la moyenne des pays d'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale qui s'élève à 11% (World Bank 2022). Les dépenses

directes représentent 31,4%. Les derniers comptes nationaux de santé (2015) indiquent que 35% des dépenses de santé courantes sont dépensées dans les hôpitaux aux niveaux national, régional et local.

Les hôpitaux publics reçoivent un budget global du gouvernement qui est calculé sur une base historique. Le personnel hospitalier est employé en tant que fonctionnaire; toutefois, les hôpitaux peuvent également recruter du personnel contractuel. Les frais d'utilisation des services par les patient·e·s sont l'une des principales sources de revenus des hôpitaux publics. En réponse à la pandémie de Covid-19, le gouvernement a élaboré un plan national d'intervention de 3,5 millions de dollars, qui comprenait la fourniture de services gratuits liés à la Covid-19, les coûts étant couverts par le budget de l'État.

## Collecte de données

Des entretiens ont été réalisés au cours de la première vague de la pandémie (d'avril à juillet 2020) et de la deuxième vague (de décembre 2020 à février 2021) dans les différents départements de l'hôpital. Au total, 51 entretiens ont été réalisés auprès de 8 médecins, 3 pharmacienn·e·s, 19 ambulancier·ière·s paramédicaux·ales, 21 employé·e·s de soutien. Pour avoir une vision globale de l'expérience vécue par le personnel hospitalier et les patient·e·s, 229 observations ont été effectuées : 106 dans les services hospitaliers Covid-19, 35 dans la salle de triage Covid-19, 25 dans l'unité de soins intensifs contre la Covid-19 et le reste dans d'autres services du bâtiment Covid-19 et ailleurs à l'hôpital. Enfin, un examen des articles de presse et de la documentation du service comptable de l'hôpital a été entrepris.

## Résultats

### Retard dans le transfert de fonds et diminution des recettes de l'hôpital

Depuis 2012, le Mali est confronté à un contexte politique et sécuritaire fragile, entraînant une diminution du budget gouvernemental alloué à l'hôpital. Les dépenses prévues pour 2020 étaient de 5,9 milliards de francs CFA (FCFA), dont 2,5 milliards pour les activités hospitalières. Le chiffre d'affaires prévu (issu principalement du recouvrement des coûts) était de 1,6 milliard de FCFA.

En avril 2020, 100 millions de FCFA ont été alloués à l'hôpital par le gouvernement pour couvrir les dépenses liées à la fourniture de services liés à la Covid-19 lors de la première vague de la pandémie (70 millions pour les primes, les salaires et les indemnités journalières et 30 millions pour les médicaments et le matériel médical). Toutefois, l'hôpital a estimé que les besoins trimestriels en matière de Covid-19 s'élèveraient à 582 millions de FCFA sur cette même période.

*Le gouvernement a demandé des justifications pour la première ronde de financement que nous avons reçue. Nous avons envoyé ces justifications, mais il n'y avait pas de ministre. Nous avons donc été bloqués à ce niveau. Il n'y avait pas d'argent pour payer les agents de l'hôpital et les agents disaient déjà qu'ils allaient cesser de prendre en charge le patient dans un avenir proche. (Membre du personnel, Unité technique)*

En mars 2020, avant que les 100 millions alloués ne soient reçus, l'hôpital a acheté des équipements de protection individuelle (EPI), y compris des gants et des masques, et a dépensé 5 millions de FCFA pour l'aménagement des tentes de triage pour les patient·e·s atteint·e·s de

Covid-19, la confection des panneaux de signalisation du site Covid, les frais de peinture des tentes. En plus des 100 millions, en octobre 2020, le ministère de la Santé a accordé à l'hôpital 131 millions de FCFA par l'intermédiaire des services du Trésor public. Le financement a été fourni pour compenser les déficits de recettes dus à la pandémie et permettre l'achat de médicaments, de réactifs pour le laboratoire et d'équipements pour le service d'imagerie médicale. Le montant total du financement alloué à l'hôpital par le ministère de la Santé avant la deuxième vague était proche de 600 millions de FCFA. Toutefois, le financement ne couvrait pas les décaissements déjà effectués par l'hôpital.

En outre, il y a eu des problèmes concernant l'utilisation de ces fonds parce qu'ils étaient détenus par le Trésor public et non transférés sur le compte de l'hôpital (à l'exception des 100 millions qui ont été directement transférés sur le compte de l'hôpital). Le transfert du financement implique une procédure supplémentaire et complexe de gestion des finances publiques, suivant laquelle les fonds ne sont mis à la disposition du Trésor public qu'après un ordre administratif. Pour les dépenses directes (paiement des primes, carburant, etc.), les débours sont effectués par l'hôpital par l'intermédiaire du contrôleur financier de l'hôpital désigné par le ministère de l'Économie et des Finances. Les fonds non-dépensés sont restitués au Trésor public par l'hôpital à la fin de l'exercice budgétaire, conformément aux procédures de dépenses publiques. Pour les dépenses indirectes, tels que le paiement des services fournis par les fournisseurs, l'hôpital émet une demande de paiement pour que le Trésor public paye le fournisseur par transfert direct. En ce qui concerne les procédures de passation de marchés publics, l'hôpital émet une demande financière pour que le Trésor public paye les contractants. Les demandes de paiement ont été transmises au ministère de l'Économie et des Finances. En outre, les fonds alloués n'ont pas pu être utilisés pour couvrir les services fournis pendant la deuxième vague de la pandémie, étant donné que le budget pour l'exercice 2020 devait être utilisé d'ici la fin décembre 2020. En conséquence, les fonds ont été conservés par le Trésor public.

Lorsque la deuxième vague de pandémie a commencé début décembre 2020, l'hôpital n'avait pas de financement spécifique du gouvernement pour traiter les patient·e·s atteint·e·s de Covid-19, bien que les besoins estimés en ressources aient été transmis par l'hôpital au ministère de la Santé en décembre 2020.

Outre les procédures complexes liées au financement public, l'autorité décisionnelle partagée du ministère de la Santé et du Trésor public concernant l'allocation des ressources gouvernementales semble être la cause principale du retard dans le transfert des fonds engagés à l'hôpital. Toute décision budgétaire devait être négociée entre l'hôpital, le ministère de la Santé et le Trésor public depuis le début de la crise de la Covid-19, comme en témoignent les journaux : « les dépenses ont été effectuées sans consultation ni accord de Michel Hamala Sidibé, ministre de la Santé et des Affaires sociales du Mali » (*Nouveau Réveil*, 04/2020); « le patron du ministère des Finances devrait mobiliser des ressources » (*L'Indépendant*, 05/2020). En effet, fin avril 2020, un débat animé a eu lieu entre le ministre de la Santé et le Premier ministre (également ministre de l'Économie et des Finances) sur la gestion des fonds Covid-19 (*Info Matin*, 04/2020).

Le manque de ressources à l'hôpital, en raison du retard dans le transfert des fonds gouvernementaux, a affecté les services fournis aux patient·e·s. Par exemple, le service de restauration de l'hôpital a été interrompu pendant plusieurs jours en raison d'arriérés de paiement des factures de trois à quatre mois.

La pandémie et une réduction du nombre de patient·e·s accédant aux services hospitaliers au cours de la première vague de la pandémie ont entraîné une baisse des revenus de l'hôpital d'environ la moitié des niveaux normaux, selon les responsables de l'hôpital. La base de données du département des finances hospitalières montre que les revenus hospitaliers habituels étaient d'environ 100 millions de FCFA par mois avant le début de la pandémie de Covid-19, mais qu'ils sont tombés à 48

et 50 millions de FCFA respectivement en mars et avril 2020. En outre, la réduction des recettes a entraîné une diminution des rabais versés au personnel (normalement 30% des bénéfices).

## Retard dans le paiement des primes et des salaires promis aux personnels

Bien avant la pandémie, l'hôpital souffrait d'une pénurie de personnel de toutes catégories. Alors que de nombreux stagiaires abandonnaient leur poste au début de la pandémie, au cours de la première vague, la prestation de soins Covid reposait fortement sur les stagiaires, les étudiant·e·s en médecine et les infirmier·ière·s stagiaires, qui se sont porté·e·s volontaires pour travailler dans les services Covid. Les contrats pour les personnes qui prodiguaient des soins contre la Covid-19 étaient de courte durée, généralement de seulement trois ou quatre mois.

En outre, la direction de l'hôpital a pris la décision de redéployer les fonctionnaires de l'hôpital (permanents). En juin 2020, sept médecins fonctionnaires et 22 médecins sous contrat privé ont travaillé avec des patient·e·s atteint·e·s de Covid-19. Les salaires mensuels du personnel du service Covid-19 étaient de 400 000 FCFA pour les médecins contractuels de courte durée et de 250 000 FCFA pour les infirmier·ière·s sous contrat de courte durée, soit environ le double des salaires habituellement versés au personnel exerçant ces fonctions dans la fonction publique. En outre, des primes ont été versées aux fonctionnaires (10 000 FCFA) par jour pour les médecins et les infirmier·ière·s de catégorie A; 9 000 FCFA pour les infirmier·ière·s de catégorie B et 8 000 FCFA pour les autres catégories de personnel. Dans des circonstances autres que la Covid-19, les médecins reçoivent des primes de garde de 4 000 FCFA par jour et les infirmier·ière·s reçoivent 2 000 FCFA. Ces salaires et primes liés à la Covid-19 ont donné lieu à un certain enthousiasme du personnel hospitalier pour fournir des services liés à la Covid-19.

L'affectation des personnels aux services Covid a créé des tensions et des frustrations chez ceux ayant postulé pour travailler dans les services Covid mais n'ayant pas été sélectionnés pour effectuer le travail, y compris les stagiaires qui faisaient du bénévolat à l'hôpital depuis longtemps. En outre, l'affectation du personnel clinique pour la fourniture de services Covid a entraîné une pénurie de personnel fournissant des services non-Covid.

*Avec la majorité des médecins fonctionnaires affectés à la Covid-19, ce sont les jeunes doctorants qui font le suivi [des patients non-Covid-19]. C'est d'où vient le problème [des pénuries]. C'est sérieux maintenant. (Infirmière, Service de médecine générale)*

Bien que les salaires et les primes offerts pour le travail lié à la Covid-19 aient été suffisamment attrayants pour encourager le personnel hospitalier à occuper des postes dans les services Covid, il y a eu de longs retards dans le paiement des salaires et des primes (jusqu'à trois mois lors de la première vague et six mois lors de la seconde).

Ces retards de paiement ont été attribués aux procédures administratives du Trésor public, qui restent lourdes et qui n'ont pas été résolues pendant la pandémie. Les retards dans le paiement des salaires et des primes semblent avoir eu lieu non seulement à l'hôpital où les enquêtes ont été menées, mais aussi dans de nombreux autres hôpitaux du pays.

Le personnel a décidé d'organiser une grève pour protester contre ces retards de paiement. Cependant, la grève n'a pas été très efficace car de nombreux médecins n'ont pas suivi les ordres de grève et les services ont été maintenus pendant que les infirmier-ière-s et autres membres du personnel se mettaient en grève. Beaucoup de personnels en grève ont été visés par des sanctions prises par les responsables de l'hôpital et remplacés par de nouvelles et de nouveaux employé-e-s. Certain-e-s dirigeant-e-s de la grève étaient des travailleur-euse-s contractuel-le-s et ont été licencié-e-s sans recevoir leurs primes et salaires dus.



En décembre 2020, lorsque la deuxième vague a commencé, les arriérés de salaires et de primes variaient entre trois et six mois, selon la catégorie du personnel. Ces arriérés ont fait l'objet de discussions quotidiennes au sein du personnel, qui ne pouvait pas comprendre comment une telle situation s'était produite.

Beaucoup d'infirmier-ière-s sous contrat ont accepté de travailler dans les services Covid, pour des raisons financières et surtout parce qu'elles pensaient que l'embauche pourrait ouvrir la porte à un emploi permanent.

Cependant, à la fin de la première vague, plusieurs agent-e-s contractuel-le-s ont été licencié-e-s à la demande du ministère de la Santé, et contre l'avis de l'hôpital qui souhaitait maintenir des effectifs suffisants pour faire face à une éventuelle nouvelle vague pandémique.

Au début de la deuxième vague, certains personnels licenciés après la première vague ont dû être rappelées pour faire face à l'afflux de patient-e-s atteint-e-s de Covid-19. Certains ont refusé de retourner dans les services Covid en raison des salaires et primes impayés au cours de la première vague.

Les défis de gestion de la première vague n'ont pas été entièrement résolus lorsque la deuxième vague a commencé. Le retard dans la mise à disposition des fonds à l'hôpital par le gouvernement a rendu la passation de marchés, la gestion et le paiement du personnel hospitalier difficiles, provoquant de grandes tensions au sein des personnels hospitaliers (hiérarchies professionnelles, actions syndicales). Les relations entre le personnel administratif et d'autres catégories de personnel sont devenues tendues, un certain nombre d'infirmier-ière-s critiquant le personnel administratif hospitalier pour manque de transparence, notamment en ce qui concerne les salaires et les primes. La mauvaise relation a même conduit à des soupçons de corruption.

Les agents financiers de l'hôpital ont indiqué que les retards de paiement étaient dus à des erreurs dans les pièces du dossier financier envoyé par l'hôpital au Trésor public et que les paiements n'étaient pas effectués

avant que ces erreurs soient corrigées. Mais, pour s'assurer que les dossiers financiers de l'hôpital soient conformes aux procédures définies par le gouvernement pour la gestion des fonds publics, un suivi a été assuré. Par conséquent, en cas d'erreur dans le dossier de l'hôpital, celui-ci pouvait être maintenu à un autre niveau pour attendre de plus amples informations ou des éclaircissements sur le contenu. Le dossier devait également être traité par la direction nationale du budget avant d'être envoyé au Trésor public (Direction national du Trésor public).

La tension liée à la pandémie a été exacerbée par les tensions entre le personnel administratif et les autres personnels hospitaliers, en particulier le personnel infirmier. Cela était dus à une combinaison de besoins financiers en fournitures médicales, de retards dans le paiement des salaires et des primes, l'ensemble lié aux retards dans la réception des fonds publics.

*Cela pourrait causer des problèmes entre le personnel infirmier et nous [département des finances]. Ils ont d'autres idées sur nous, et ils pensent que nous, à notre niveau, retardons délibérément [les paiements] ou négligeons notre travail [qui a un impact sur le paiement]. Quand je dis « nous », je veux dire aussi la direction de l'hôpital. (Membre du personnel, Département des finances)*

## Charge financière et traitement injuste pour les malades

L'arrivée de la pandémie et l'obligation de porter des masques, bien que nécessaires pour le contrôle des infections, ont eu un impact sur les patient·e·s qui venaient à l'hôpital lors de la première vague. En plus du prix habituel de la consultation (1 500 FCFA), les médecins ont demandé aux patient·e·s ne portant pas de masques d'en acheter dans la pharmacie privée en face de l'hôpital (masque facturé à 300 FCFA) ou dans la rue (50 à

100 FCFA). En outre, des articles de presse mentionnent que des masques étaient censés être donnés dans le cadre de l'opération gouvernementale « un Malien, un masque » étaient vendus dans la rue (Wagadu, 21/02).

Comme dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, les accompagnant·e·s des patient·e·s (c'est-à-dire les membres de la famille, les parents et les ami·e·s accompagnant les patient·e·s dans les établissements de santé) sont des soutiens essentiels dans les hôpitaux (voir chapitre 12). En effet, les ressources humaines de l'hôpital sont rares. Les mesures de lutte contre les infections, qui ont nécessité l'isolement des patient·e·s, ont rendu difficile l'entrée des accompagnant·e·s dans l'hôpital, créant ainsi une tension entre l'hôpital et les patient·e·s. De nombreux·euses accompagnant·e·s ont donné de l'argent au personnel de l'hôpital, espérant que les patient·e·s recevraient des services de qualité et de meilleurs soins à l'hôpital.

Des différences dans les soins de santé reçus par les patient·e·s se sont produites au cours des premières vagues de la pandémie de Covid-19, ce qui a permis à certaines personnes, ou aux accompagnant·e·s de certains membres du personnel hospitalier, de recevoir un traitement privilégié. Indépendamment de leur état clinique, les patient·e·s ayant des réseaux étaient souvent privilégié·e·s (chambres VIP dans l'unité Covid, meilleures conditions de soins) par rapport aux personnes sans contact à l'hôpital.

Contrairement aux patient·e·s de l'unité de soins Covid-19, où tout est gratuit, les patient·e·s admis·e·s à l'unité de triage payaient pour les médicaments, les examens et les tests sanguins avant que les résultats du dépistage ne soient livrés.

Les appareils à rayons X thoraciques étaient souvent utilisés dans le diagnostic pendant la deuxième vague de la pandémie en raison de longs retards dans l'obtention des résultats des tests biologiques. Les tests biologiques ont été analysés dans un laboratoire national situé à l'extérieur de l'hôpital. L'utilisation des rayons X n'a pas été incluse dans le protocole de prise en charge de la Covid-19 au Mali, mais l'utilisation

de la machine à rayons X pendant la deuxième vague montre la capacité de l'hôpital à s'adapter à la situation. Pendant le temps passé à attendre les résultats (des scans et/ou des tests biologiques), les patient·e-s ont encouru de multiples dépenses, pour les médicaments, etc., certaines personnes signalant des factures de plus de 35 000 FCFA.

Une fois en triage ou dans le bâtiment Covid, les patient·e-s étaient tenu·e-s d'avoir leurs résultats de tests biologiques pour décider s'ils et elles étaient positif·ve·s et donc hospitalisé·e·s, ou négatif·ve·s et libéré·e·s. Les tests de dépistage de la Covid-19 étaient effectués au sein d'une installation centrale unique à Bamako, ce qui a causé des problèmes importants de délais par exemple. Au cours de la deuxième vague, l'installation semblait avoir été submergée par le nombre de tests à effectuer.

*Pendant plus de deux semaines, il n'y a eu aucun résultat. Nous avons recherché un partenariat avec un laboratoire privé. Ce laboratoire fera l'analyse, sinon [le centre de tests de Bamako] donne rarement les résultats des tests de contrôle. (Médecin, Unité Covid-19)*

La gestion inefficace du centre de dépistage centralisé a eu des conséquences négatives sur les prises en charges des patient·e-s atteint·e·s de Covid-19 en raison de retards dans la prestation des soins ou d'hospitalisations inutilement longues, de longs retards dans l'obtention des résultats des tests, ou simplement de l'absence de résultats. En outre, le retard dans l'obtention des résultats des tests PCR a également déclenché des pratiques visant à obtenir plus rapidement les résultats des tests.

*Vous allez voir ces gens et leur dire que vous voulez avoir les résultats rapidement. Vous contournez le circuit normal et il y a un prix pour cela. (Médecin, Unité Covid-19)*

## Discussion

L'hôpital au Mali était soumis à de graves contraintes de ressources, même avant la pandémie de Covid-19. L'étude a mis en évidence les perturbations subies par les gestionnaires de l'hôpital, le personnel de soins et les patient·e·s lors des premiers stades de la pandémie. L'histoire du système de santé au Mali (Touré 2015) et le contexte de ce pays sahélien, en crise politique et sécuritaire depuis de nombreuses années, contribuent à expliquer les causes sous-jacentes des perturbations survenues pendant la pandémie (Olivier de Sardan et Ridde 2015). En effet, le système de santé est sous-financé depuis longtemps, ce qui a conduit les patient·e·s à payer des frais d'utilisation. La situation s'est aggravée depuis les turbulences politiques de 2012. Le gouvernement est confronté à de graves problèmes budgétaires récurrents, qui ont une incidence sur la capacité de sécuriser et de payer les ressources humaines pour la santé. En 2021, le budget de la santé du Mali s'élevait à environ 150 milliards de FCFA (moins de 230 millions d'euros). Les dépenses de santé des administrations nationales sont inférieures à 6 % des dépenses publiques depuis 2006. Par conséquent, la pandémie a ajouté des défis aux problèmes existants rencontrés par le système de santé malien.

## Financement des interventions gouvernementales

Un système de santé résilient nécessite trois stratégies de financement à mettre en œuvre en cas de choc sanitaire : 1) veiller à ce que des fonds suffisants et stables soient disponibles pour répondre aux besoins; 2) adapter les systèmes d'achat, d'approvisionnement et de paiement; et 3) soutenir la couverture sanitaire universelle et réduire les obstacles à l'accès aux services de santé (Sagan *et al.* 2021). Au Mali, en réponse à la pandémie de Covid-19, le gouvernement a priorisé le financement du dépistage et du traitement de la Covid-19 et a fourni ces services

gratuitement aux patient·e·s. Afin d'accroître la disponibilité des tests de dépistage de la Covid-19, le gouvernement a également entrepris l'achat de matériel de test PCR. Mais le nombre insuffisant de tests n'a pas permis de stopper la propagation de la pandémie au Mali (Mady Cissoko *et al.* 2023). Alors que le gouvernement visait à soutenir l'accès universel aux services liés à la Covid-19 en adaptant les fonctions d'achat de soins de santé, les efforts ont été minés par les problèmes liés à la mise en œuvre des mesures stratégiques.

## Gouvernance et gestion des finances publiques

Les problèmes de financement des soins de santé au Mali sont dus à la faiblesse des dépenses publiques consacrées à la santé et à la forte dépendance à l'égard du financement externe de la santé, ce qui semble avoir un impact sur la capacité du gouvernement à mobiliser suffisamment de ressources nationales en temps de crise. En outre, la rigidité dans l'utilisation des fonds publics limite la réponse aux crises, comme on le voit au Mali depuis le début de la crise sécuritaire en 2012 (Ataullahjan *et al.* 2020; Paul *et al.* 2014). Cette rigidité a été illustrée par le défi pour le Trésor public de répondre aux besoins du ministère de la Santé et pour le ministère de la Santé de débloquer des fonds supplémentaires à l'hôpital en temps opportun. Les études sur les systèmes de santé et la résilience des systèmes de santé face à la pandémie de Covid-19 montrent l'importance de l'agilité dans l'allocation des fonds, qui dépend en grande partie des réglementations associées à la gestion des finances publiques (Sagan *et al.* 2021).

## Salaires et primes

Les défis en matière de financement public ont eu des répercussions sur la gestion des fonds aux niveaux des hôpitaux. Cette étude confirme qu'il existe des défis persistants dans la gestion des salaires et des primes pour les travailleur·euse·s contractuel·le·s, ainsi que dans la pratique des dons aux professionnel·le·s de santé par les patient·e·s. Les travailleur·euse·s contractuel·le·s et d'autres bénévoles jouent un rôle important dans les soins de santé dans les systèmes de santé ouest-africains, qui souffrent de ressources humaines limitées pour la santé, (Tantchou 2018; Jaffré et Olivier de Sardan 2003). La gestion de ces personnels est donc très importante. Dans un contexte de pénurie de ressources humaines, les défis liés au recours aux travailleur·euse·s contractuel·le·s et aux volontaires pour répondre à une pandémie sont soulignés, comme on l'a vu précédemment en Guinée avec l'épidémie d'Ébola (Kolie *et al.* 2021) et dans d'autres études sur la pandémie de Covid-19 au Mali (McQuide *et al.* 2022).

L'importance de disposer de ressources humaines suffisantes pour la santé pour permettre aux hôpitaux d'être résilients face à un choc a été défendue (Sagan *et al.* 2021). En effet, pendant la pandémie de Covid-19, il est essentiel de veiller à ce que des ressources financières suffisantes soient disponibles pour garantir qu'un nombre suffisant de ressources humaines pour la santé soient rapidement disponibles dans les hôpitaux (Bourgeault *et al.* 2020). Au Mali, ces conditions ne semblent pas avoir été remplies en raison de difficultés administratives dans la rémunération adéquate et à temps des travailleur·euse·s. La grève tentée par le personnel reflète ces défis et le déséquilibre dans la relation de pouvoir entre les différentes catégories de personnel, qui devrait faire l'objet de recherches futures.

## Équité dans l'accès aux services Covid

À la suite des recommandations de l'OMS visant à supprimer les frais d'utilisation pour les soins de santé pendant la pandémie, le traitement contre la Covid-19 a été fourni gratuitement dans les hôpitaux. Cependant, cela a été réalisé seulement après que les tests de dépistage de la Covid-19 chez les patients aient confirmé l'infection et les frais d'utilisation pour les services autres que la Covid-19 sont restés. Bien que le traitement Covid gratuit ait été accueilli favorablement par les patient·e·s, une variété de problèmes ont limité l'accès équitable aux services de santé pendant les premiers stades de la pandémie au Mali. L'une des questions abordées dans la section sur les résultats était la pratique des patient·e·s et/ou de leurs familles, offrant des « cadeaux » aux prestataires de soins dans le but de recevoir de meilleurs services. Cette pratique peut être comprise dans une société où la personne anonyme recevant des soins n'obtient pas l'attention dont elle a besoin. Elle a été bien étudiée depuis longtemps dans la région (Blundo et Olivier de Sardan 2006; Tantchou 2018; Schnitzler 2014), et au Mali, en particulier (Berche 1998). Un examen attentif d'un point de vue socioculturel est nécessaire, mais cette pratique pourrait avoir une incidence sur l'accès équitable aux services de santé, car ceux et celles qui peuvent offrir de meilleurs cadeaux peuvent avoir accès à de meilleurs services.

## Conclusion

La pandémie de Covid-19 a révélé plusieurs problèmes critiques liés au financement et à la gouvernance des soins de santé dans le système de santé au Mali. Ces problèmes existaient avant même que la pandémie impacte la gestion efficace des hôpitaux et crée de la confusion en première ligne des prestations des services de santé. Il est nécessaire de réfléchir aux activités hospitalières et à la gestion des ressources



humaines au Mali et d'apprendre de l'expérience de la Covid-19 afin que les hôpitaux puissent mieux répondre aux futures crises sanitaires. Un examen approfondi de la gestion des finances publiques et du processus de transfert des fonds publics vers les hôpitaux est nécessaire pour comprendre comment créer un environnement favorable dans lequel les hôpitaux et le personnel hospitalier peuvent fournir des services de qualité et où les patient-e-s peuvent équitablement accéder aux services nécessaires en temps de crise.

## Références

- Ahanhanzo, Césaire, Ermel Ameswue Kpogbe Johnson, Ejemai Amaize Eboeime, Sombié Issiaka, Ben Idrissa Traoré, Clétus C Y Adohinzin, Tosin Adesina, Ely Noel Diallo, Nanlop Obugreke, et Stanley Okolo. 2021. « COVID-19 in West Africa: Regional Resource Mobilisation and Allocation in the First Year of the Pandemic ». *BMJ Global Health* 6(5): e004762. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004762>.
- Ataullahjan, Anushka, Michelle F. Gaffey, Moctar Tounkara, Samba Diarra, Seydou Doumbia, Zulfiqar A. Bhutta, et Diego G. Bassani. 2020. « C'est Vraiment Compliqué: A Case Study on the Delivery of Maternal and Child Health and Nutrition Interventions in the Conflict-Affected Regions of Mali ». *Conflict and Health* 14(1): 36. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-0253-6>.
- Berche, T. 1998. *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris: APAD-Karthala.
- Blundo, Giorgio, et Jean-Pierre Olivier de Sardan. 2006. *Everyday corruption and the state: citizens and public officials in Africa*. London: Zed Book.

- Bonnet, Emmanuel, Oriane Bodson, Frédéric Le Marcis, Adama Faye, Emmanuel Sambieni, Florence Fournet, Florence Boyer, et al. 2021. « The COVID-19 Pandemic in Francophone West Africa: From the First Cases to Responses in Seven Countries ». *BMC Public Health*, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11529-7>.
- Bourgeault, Ivy Lynn, Claudia B. Maier, Marjolein Dieleman, Jane Ball, Adrian MacKenzie, Susan Nancarrow, Gustavo Nigenda, et Mohsin Sidat. 2020. « The COVID-19 Pandemic Presents an Opportunity to Develop More Sustainable Health Workforces ». *Human Resources for Health* 18(1): 83, s12960-020-00529-0. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00529-0>.
- INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF. 2019. « Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. » Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF.
- Jaffré, Y., et J-P. Olivier de Sardan, éd. 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: APAD, Karthala.
- Kolie, Delphin, Remco Van De Pas, Alexandre Delamou, Nafissatou Dioubaté, Foromo Timothée Beavogui, Patrice Bouedouno, Abdoul Habib Beavogui, Abdoulaye Kaba, Willem Van De Put, et Wim Van Damme. 2021. « Retention of Healthcare Workers 1 Year after Recruitment and Deployment in Rural Settings: An Experience Post-Ebola in Five Health Districts in Guinea ». *Human Resources for Health* 19(1): 67. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00596-x>.
- Mady Cissoko, Jordi Landier, Bourema Kouriba, Abdoul Karim Sangare, Abdoulaye Katilé, Abdoulaye A Djimde, Ibrahima Berthé, et al. 2023. « SARS-CoV-2 seroprevalence and living conditions in Bamako (Mali):

a cross-sectional multistage household survey after the first epidemic wave, 2020 ». *BMJ Open* 13(4): e067124. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067124>.

McQuide, Pamela A., Amy Finnegan, Katherine M. Terry, Andrew Brown, Cheick Oumar Toure, Jeanne Tessougue, Ibrahim Cisse, *et al.* 2022. « Applying WHO COVID-19 Workforce Estimate Tools Remotely in an African Context: A Case Report from Mali and Kenya ». *Human Resources for Health* 19(S1): 111. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00653-5>.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, et Valéry Ridde. 2015. « Public Policies and Health Systems in Sahelian Africa: Theoretical Context and Empirical Specificity ». *BMC Health Services Research* 15 (Suppl 3): S3. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S3>.

Paul, Elisabeth, Salif Samaké, Issa Berthé, Ini Huijts, Hubert Balique, et Bruno Dujardin. 2014. « Aid for Health in Times of Political Unrest in Mali: Does Donors' Way of Intervening Allow Protecting People's Health? » *Health Policy and Planning* 29(8): 1071-74. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt082>.

Rispel, Laetitia C., Carol Marshall, Busisiwe Matiwane, et Immaculate Sabelile Tenza. 2021. « Innovations, Contestations and Fragilities of the Health System Response to COVID-19 in the Gauteng Province of South Africa ». Édité par Nora Engel. *PLOS ONE* 16(12): e0261339. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261339>.

Sagan, Anna, Erin Webb, Azzopardi-Muscat Natasha de la Mata, Isabel de la Mata, Martin McKee, et Josep Figueras. 2021. *Health systems resilience during COVID-19. Lessons for building back better*. The European Observatory on Health Systems and Policies.

Schnitzler, Marie. 2014. « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain: une thématique négligée? » *Sciences sociales et santé* 32(1): 39. <https://doi.org/10.3917/sss.321.0039>.

- Tantchou, Josiane Carine. 2018. « Des papiers pour soigner, résister et discipliner: Artefacts graphiques à l'hôpital au Cameroun ». *Anthropologie et Santé*, no16 (mai). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2918>.
- Tessema, Gizachew A, Yohannes Kinfu, Berihun Assefa Dachew, Azeb Gebresilassie Tesema, Yibeltal Assefa, Kefyalew Addis Alene, Atsede Fantahun Aregay, et al. 2021. « The COVID-19 Pandemic and Healthcare Systems in Africa: A Scoping Review of Preparedness, Impact and Response ». *BMJ Global Health* 6(12): e007179. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007179>.
- Touré, Laurence. 2015. « User fee exemption policies in Mali: sustainability jeopardized by the malfunctioning of the health system ». *BMC Health Services Research* 15(3): 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S8>.
- Way, Joy Luba Lomole, David Ameh, Joseph Lou K. Mogga, Joseph F. Wamala, et Olushayo Oluseun Olu. 2021. « COVID-19 Case Management Strategies: What Are the Options for Africa? » *Infectious Diseases of Poverty* 10(1): 30. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00795-7>.
- WHO. 2021. « Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report ». World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- World Bank. 2022. « World Development Indicators ».
- Yin, Robert K. 2012. *Applications of case study research*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: SAGE.

# 5. L'approche matérielle et spatiale d'un hôpital parisien face à la Covid-19. Vers un hôpital dés-affecté?

FANNY CHABROL ET LISA CHOTARD

## Résumé

Ce chapitre donne un aperçu du vécu des trois premières vagues de l'épidémie de Covid-19 à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, un hôpital de référence du nord de Paris, selon une approche matérielle et spatiale analysée dans plusieurs services hospitaliers. Les objets fournissent une matière empirique originale pour penser l'hôpital face à la pandémie de Covid-19. Ils ont une agentivité particulière, une performativité symbolique et concrète que l'on a saisie sous l'angle des affects et des émotions qu'ils ont véhiculés au sein des équipes soignantes. En premier lieu, les bricolages matériels autour des masques et des tenues de soin recyclées ont suscité désarroi et colère dans un contexte d'urgence et de réorganisation managériale. L'afflux inédit de dons commerciaux a ensuite submergé les professionnel·le·s pris·es dans une contradiction entre sincère gratitude et sentiment d'écœurement. Enfin, dans le cas de la chambre mortuaire, les réorganisations spatiales et matérielles ont provoqué des franchissements moraux importants. Une telle approche matérielle du soin à l'hôpital permet de saisir, sous un angle inédit, les transformations de l'hôpital public en cours, et en particulier une forme de *biosécurisation* qui suscite une *désaffectation* généralisée de l'hôpital public.

**Mots-clés :** Covid-19, hôpital, espaces, objets, affects

## Introduction

« Les masques ». C'est le premier mot employé par une aide-soignante qui a pris la parole lors du focus group que nous avons organisé en juillet 2020 avec l'équipe de nuit du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) (Chabrol *et al.* 2023). Pour répondre à notre question générale sur le vécu de l'épidémie, à ce moment de la redescente du nombre de cas, cette professionnelle poursuivait sur le ton de l'exaspération : « quels masques, quels équipements faut-il mettre pour s'occuper des patients? ». Près de six mois après l'arrivée des premier·ière·s patient·e·s dans le service, sa question résumait ainsi la profonde incertitude des soignant·e·s et nous rappelait la méfiance qui s'était installée à partir du moment où l'Équipe de Prévention du Risque Infectieux (EPRI) avait annoncé, courant mars 2020, l'allègement ou la « dégradation », d'après l'EPRI, des mesures de protection. À l'exception des soins invasifs, le port du masque FFP2 n'était plus obligatoire, remplacé par le masque chirurgical, la surblouse n'était plus nécessaire, remplacée par un tablier, et les gants ne devaient plus être portés systématiquement pour soigner les patient·e·s atteint·e·s de la Covid-19.

Objets emblématiques de la Covid-19, les masques chirurgicaux et les masques FFP2 ont, comme une diversité d'autres objets, cristallisé la mobilisation de l'hôpital. Stockés, portés, déplacés, inadaptés, détruits, consommés, recyclés; ils ont fait partie d'une chaîne d'actions déterminante pour les personnels hospitaliers. En tant qu'outils supports à l'action ou au moral, ces objets ont néanmoins condensé des émotions « difficiles » – la peur, la colère ou le dégoût par exemple – au point d'être vécus parfois comme des freins, catalyseurs de tensions interprofessionnelles. En somme, ils ont affecté les professionnel·le·s de santé. Ainsi, la réponse à la Covid-19 dans les hôpitaux a été le fait de

professionnel·le·s de santé, gestionnaires, patient·e·s, mais également d'une palette d'acteur·rice·s non-humain·e·s qui ont fait preuve de leur agentivité (Akrich 2010). Cette agentivité, autrement dit la capacité d'agir sur le monde, les a propulsé·e·s sur le devant de la scène, consacrant leur performativité. S'intéresser aux objets permet ainsi de décentrer les analyses focalisées sur les professionnel·le·s de santé (récits de leur héroïsation dans un premier temps, suivi d'extrêmes difficultés – épuisement, anxiété, dépression – vécues sur le plus long terme).

En résonance avec les travaux d'ethnographie hospitalière au Nord comme au Sud qui appellent à ne pas voir l'hôpital uniquement comme pourvoyeur de soins mais à en interroger les modalités organisationnelles, relationnelles et techniques (Strauss 1992; Belorgey 2010; d'Alessandro 2012; Vincent 2017; Kehr et Chabrol 2018), nous saisissons cette institution dans sa complexité et sa multiplicité au-delà du prisme médical, à travers une approche matérielle, affective et émotionnelle de la lutte contre la Covid-19 – c'est-à-dire par les réactions spontanées et les états moraux que nous avons pu observer (Chabrol et Kehr 2020). Notre approche se situe dans la lignée des approches anthropologiques de l'hôpital par le prisme matériel, à la suite par exemple des travaux de Josiane Carine Tantchou sur les artefacts graphiques à l'hôpital au Nord-Cameroun (Tantchou 2018) ou bien encore de la façon dont Marie Detemple a saisi la culture professionnelle de gestion des déchets du nouvel hôpital de référence à Niamey en suivant certains objets spécifiques à travers les espaces de l'hôpital comme les seringues de soin ou les gants jetables (Detemple *et al.* 2021).

Dans le cadre du projet HoSPiCOVID, nous avons conduit une enquête de terrain étirée sur une année et demie (couvrant les trois premières vagues) dans un hôpital de référence du nord de Paris (Ridde *et al.* 2021), auprès de plusieurs services (Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Service de Soins de Suite et de Réadaptation, Services des Urgences, Service de Pneumologie, Chambre Mortuaire). L'hôpital Bichat-Claude-Bernard (BCB), dans lequel nous avons enquêté, est l'un des trois centres de référence parisiens en infectiologie et Risque Épidémique et

Bactériologique (REB) qui appartient au réseau de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cet hôpital a toujours été un peu « en avance », comme le décrivent certain-e-s spécialistes, pour la mise en place de mesures de prévention des infections et pour la gestion des premiers cas Covid en France en janvier 2020. Conformément au protocole de recherche, nous avons cherché à documenter l'impact de l'épidémie sur l'hôpital et les professionnel-le-s et leurs stratégies d'adaptation pour y faire face.

Dans ce chapitre, nous présenterons les objets en tant qu'ils fournissent une matière empirique originale pour penser l'hôpital face à la pandémie de Covid-19. À travers une lecture de l'agentivité des objets par les émotions et les affects qu'ils ont suscité dans leur déploiement au sein des espaces hospitaliers, nous formulerons des interprétations originales sur l'expérience de la crise Covid à l'hôpital. Dans un premier temps, nous aborderons la question des masques et des tenues de soin recyclées pour montrer que les bricolages matériels ont suscité désarroi et colère dans un contexte d'urgence et de réorganisation managériale et spatiale. Ensuite, nous porterons notre attention sur l'afflux inédit de dons commerciaux qui a submergé et perturbé les professionnel-le-s pris-es dans une contradiction entre sincère gratitude et sentiment d'écœurement. Enfin, nous évoquerons l'exemple spécifique de la chambre mortuaire et des réorganisations spatiales et matérielles ayant provoqué des franchissements moraux importants (Chotard, Ridde et Chabrol 2022). Nous concluons ce chapitre en montrant que l'approche matérielle du soin à l'hôpital permet de saisir, sous un angle inédit, les transformations de l'hôpital public en cours, et en particulier une forme de *biosécurisation* qui suscite ou alimente la *désaffection* généralisée de l'hôpital public.



## Les bricolages matériels et le redéploiement spatial : des objets affectés et affectifs

Face à l'urgence liée à la première vague de la Covid-19 et à l'afflux de patient·e·s malades, des services ont été fermés, déplacés, souvent complètement réorganisés afin de créer des « services Covid » et de limiter les risques de transmission du virus. Des objets ont été affectés dans les différents services en un temps record. Il s'agissait par exemple de vider certains services pour en réaffecter d'autres, en déplaçant des machines, des lits, des matériels de soin, de nettoyer les chambres de manière inédite (javéliser les murs), de stocker les équipements non-nécessaires dans certaines salles, d'installer un nouveau système informatique. La pénurie de matériels de soin, notamment des masques et des tenues, est apparue tôt, imposant des contraintes aux soignant·e·s devant être réactif·ve·s et inventif·ve·s pour prendre en charge les patient·e·s contaminé·e·s.

L'annonce par l'EPRI, au plus fort de la première vague (mi-mars 2020), du remplacement des masques FFP2 par des masques chirurgicaux simples a provoqué une grande réprobation sinon une nette opposition des équipes soignantes. La justification donnée portait sur la confirmation scientifique et le risque associé à un mode de transmission du virus dite « par gouttelettes » ou « aérosol », à l'instar d'autres virus saisonniers respiratoires. Le port de masques FFP2, en dehors des soins invasifs, n'était donc plus nécessaire. Toutefois, les soignant·e·s l'ont interprété avant tout comme une gestion de la pénurie des masques, ce qu'ils et elles ont vécu de manière très négative dans un contexte où l'hôpital connaissait un véritable manque de matériel. Plusieurs soignant·e·s ont clairement exprimé leur méfiance à l'égard de cette décision, l'associant avant tout à une « gestion du manque » leur faisant courir un risque plus élevé de contamination. Les médecins cherchaient à justifier ces

ajustements par des données scientifiques peu accessibles et discutées avec l'ensemble du personnel soignant et notamment les personnels paramédicaux, contribuant rapidement à leur caractère controversé :

*Je pense qu'à un moment donné, j'étais très déçue quand on a changé les masques, quand on nous a dit : « plus les FFP2, les masques chirurgicaux, parce que finalement ça suffit. » On sait qu'il faut des FFP2. On aurait préféré, comme je l'ai dit, qu'on nous dise la vérité. [...] Quand tu fais la toilette à un patient et qu'il vous éternue dessus ou qui vous tousse dessus et qui a envie de vomir, c'est pas un masque chirurgical qui va vous sauver... Plus un FFP2 qu'un chirurgical. (Aide-soignante, SMIT, juin 2020)*

De même, au cœur de la première vague à l'hôpital, des tabliers plastiques ont remplacé les surblouses traditionnelles qui constituent le revêtement requis en cas de suspicion Ébola ou coronavirus-MERS. Le passage de la surblouse au tablier plastique a été tout aussi mal perçu et vécu par les infirmier·ière·s et les aides-soignant·e·s. L'agentivité de la surblouse et du tablier se retrouve ici dans le degré de protection supplémentaire qu'ils sont censés offrir, le tablier représentant un bricolage vestimentaire discrédité, attribut du « mode dégradé » dans lequel l'hôpital était plongé, là où la surblouse incarne une composante efficace de l'attirail anti-virus. Un autre « bricolage » organisé a consisté à recycler des tenues à usage unique, qui est une contradiction dans les termes, grâce à l'acquisition de machines à laver. Avant le recyclage, la seule mise en place des tenues jetables pour tou·te·s les soignant·e·s pour remplacer la tenue en tissu traditionnellement revêtue se révélait déjà comme une expérience parfois déroutante, témoignant de la valeur symbolique, de l'attachement et du pouvoir d'identification des vêtements au métier :

*Avant normalement on est en tenue, en vraie tenue ! Là on est en tenue papier, en tenue papier on n'a pas de poche on n'a rien. Et ça, ça change complètement parce qu'une infirmière ben c'est bien connu mais on a plein de trucs dans nos poches, on a toujours plein de matériels au cas où. (Infirmière, SMIT, avril 2021)*

Concernant le recyclage, les soignant·e·s étaient parfaitement conscient·e·s de cette absurdité qui répondait à un « manque ».

Ces bricolages incarnent l'agentivité des objets techniques. Un objet technique est en effet doté d'une multitude de possibilités d'action et son usage n'est pas limité au programme d'action défini par son concepteur. Il est source de « créativité culturelle » (De Certeau 1990), inscrit dans un « cadre d'usage » plus large que la relation qu'il noue entre concepteur et usager (Flichy 2008). Le sens qu'il prend dans l'action se construit « bien au-delà des frontières du laboratoire ou de l'atelier » (Akrich 2010). « Permettant de prévenir ou compenser un dysfonctionnement » (Marion 2017), le bricolage représente une forme d'usage de l'objet et la possibilité d'accomplir les virtualités techniques qu'il incarne en lui donnant un autre sens que celui affecté lors de sa conception. Néanmoins, bien plus que *(ré-)affectés*, la crise Covid a montré à quel point les objets sont aussi *affectifs*, c'est-à-dire dotés d'une charge affective qui a provoqué chez les soignant·e·s des réactions physiques qui ont fait le terreau de leurs émotions.

Les objets et leur bricolage ont alors servi de support à une dénonciation des ruptures d'approvisionnement à l'échelle nationale et de la mise en place de procédures de contingentement (distribution des Équipements de Protection Individuelle, « EPI », en fonction des besoins par jour et par service) à l'échelle de l'hôpital. Certains objets comme les masques, objets élémentaires de la vie professionnelle soignante, sont devenus en contexte de pandémie de Covid-19 des objets de rareté, qui ont brillé par leur absence et catalysé l'insatisfaction et la lassitude des soignant·e·s.

Ce contexte de pénurie contraste avec l'abondance soudaine de dons commerciaux qui ont afflué vers l'hôpital par « solidarité » avec le travail des soignant·e·s, en suscitant des affects contradictoires.

## L'afflux de dons commerciaux : une abondance décalée

Dès la mi-mars 2020, les manques étant relayés par la presse et les médias, des dons divers ont afflué à l'hôpital, notamment des dons commerciaux. Derrière cette accumulation soudaine et massive, ils ont incarné le support matériel d'un soutien général. Néanmoins, la qualité et la quantité de ces dons, la surprise de leur afflux et les difficultés logistiques qu'ils ont engendrées pour des professionnel-le-s en pleine gestion de crise, encouragent une lecture de ces tensions à la lumière du contexte sous-jacent de l'« état » de l'hôpital public en France, selon l'expression employée par de nombreux-ses professionnel-le-s de santé.

En effet, le service logistique de l'hôpital BCB a reçu un nombre considérable de dons commerciaux qu'il s'est agi de réceptionner, valider – pour des questions de sécurité – et distribuer au sein de l'hôpital. Cela a représenté un travail soudain et intense pour les équipes logistiques et soignantes, qui ont dû jongler entre bricolage et improvisation. En décembre 2020, au cours d'un entretien, la responsable adjointe du service logistique dresse une liste non-exhaustive des produits qu'elle a croisés dans son service : palettes de muguet pour le 1er mai, palettes d'orchidées (qui ne peuvent pas monter dans les services de médecine à cause de la terre), beurre et fromage à distribuer tout de suite sinon quoi la restauration estime que la chaîne du froid a été rompue, chocolats de Pâques, chocolats de Noël, cafetières X après avoir déjà reçu des cafetières Y, crèmes hydratantes pour les mains et pour le visage, mais aussi des gels de douche, 1 000 kits de rasoirs car « la barbe c'est embêtant sous les masques », des gants offerts par des tatoueurs, de magnifiques poufs cousus main à faire homologuer par la sécurité incendie, des caisses de Bordeaux grands crus, etc. Si les dons sont devenus des cadeaux oppressants, c'est entre autres parce que leur gestion s'est vite avérée loufoque sinon absurde et logistiquement

intenable, estompant rapidement l'effet apaisant et unificateur du don. Ils sont devenus une affaire de logistique mise en tension par des enjeux de stockage et de répartition dans les services :

*Alors au début on reçoit une palette de crème pour les mains, pour les soignants qui ont les mains abimées à cause du gel hydro alcoolique, ça a du sens, et, euh... sauf que quand on reçoit 19 palettes de gel douche, euh... on fait comment? (Responsable logistique, décembre 2020)*

La gestion des dons commerciaux a mis les soignant·e·s face à une profonde ambivalence; gratifié·e·s que l'on pense à elles et eux, mais aussi affecté·e·s par l'excès étouffant, lourd, insensé, « comme si on allait mourir demain » nous a répété la cadre de la chambre mortuaire, là où en pneumologie « les équipes s'allongeaient sur des palettes de coca-cola », d'après le récit d'une infirmière de ce service en juin 2021. Les soignant·e·s ont témoigné d'une forme de rassasiement, de dégoût, d'indécence et d'opulence qui leur ont semblé aberrantes dans des temps marqués par les restrictions et les pénuries de matériels. De nombreux dons étaient des produits gras et sucrés, symboles de la société de consommation, comme si la satisfaction immédiate gustative pouvait offrir une compensation, quasi infantile, à l'effort colossal fourni par les soignant·e·s.

Les équipes logistiques ont quant à elles éprouvé des dilemmes moraux dans la répartition de tous ces dons : devaient-elles les distribuer seulement aux services Covid « au front » ou bien à l'ensemble des équipes? La circulation des dons a pu donner l'impression à certains services, comme la chambre mortuaire ou le service de brancardage, d'être oubliés, et d'être par conséquent peu reconnus. Les dons, dont la valeur était d'abord symbolique puis consommatrice et logistique, ont ainsi représenté des objets ambigus, catalyseurs de tensions interprofessionnelles, créant des jalousies entre les services. Pourvoyeurs de lien social en première vague, ils se sont ainsi rapidement transformés en produits, marchandises, à consommer, stocker, distribuer, pour ne devenir que des souvenirs les plongeant dans une nostalgie amère à

partir de la troisième vague. Les ressentis ambivalents autour des dons s'expliquent aussi par les timides tentatives de rationalisation d'une mansuétude capitaliste qui apparaissent dès la deuxième vague. Les soignant·e·s finissent par se sentir « obligé·e·s » de formuler des remerciements. La relation entre don et contre-don étant mise à mal (Mauss 2012), il s'ensuit l'expression d'une déception teintée de ressentiment :

*Après quand on avait l'insistance des entreprises pour faire des photos des palettes, avec les blouses blanches, hein, [...], on savait que c'était de la grosse comm', et que, c'était affiché derrière, y avait un but commercial derrière. (Responsable logistique, décembre 2020)*

Ainsi, polarisé·e·s entre l'euphorie et la méfiance, la gratitude et le dégoût, les soignant·e·s ont vécu une expérience éminemment sensible des objets qui ont inspiré une affectivité ambivalente. En ce qui concerne les dons, avec un peu de recul, les soignant·e·s ont été troublé·e·s par un afflux d'objets de consommation dans une institution de soin, caractérisée avant tout par sa vocation de service public. Les objets sont donc chargés d'affects et d'émotions mais ils contiennent aussi une charge morale mise en tension et façonnant là aussi un autre versant de leur fragilité.

## **Des objets controversés : de l'agentivité à la fragilité matérielle**

La chambre mortuaire de l'hôpital BCB nous a accueillies pour conduire une enquête qui a duré environ quatre mois. Une dizaine de séances d'observation et une quinzaine d'entretiens ont permis de comprendre et d'analyser les adaptations de ce service à la pandémie. Le prisme matériel et les défis logistiques ont été nombreux, avec l'apparition de trois objets devenus emblématiques de la gestion de crise en chambre

mortuaire : les racks, le camion réfrigéré et la housse mortuaire. Ces adaptations matérielles ont entraîné de nombreuses perturbations que nous analysons au regard des enjeux éthiques et moraux posés qui ont fragilisé l'agentivité de ces objets<sup>1</sup>.

## Les racks et le camion réfrigéré : de l'inattendu à l'incongru

Au deuxième sous-sol du bâtiment principal de l'hôpital BCB, malgré son invisibilité, la chambre mortuaire est un service indispensable qui a fortement été mis à l'épreuve par la pandémie de Covid-19. Deux installations ont transformé l'espace de la chambre : les racks, anglicisme traduisant des sortes d'étagères disposées à l'intérieur de la principale pièce à basse température pour superposer des corps, ainsi que le camion réfrigéré, garé à l'extérieur et à proximité, sur un parking de l'hôpital, pour garder les corps avant leur départ vers le lieu d'inhumation. Avec l'arrivée de ces nouveaux objets censés absorber l'afflux de défunt-e-s, la chambre mortuaire, d'habitude calme et peu souvent remplie, s'est retrouvée en tension entre saturation (racks) et débordement (camion réfrigéré). Les racks ont permis de disposer des corps sur plusieurs niveaux pour gagner de la place et intensifier l'utilisation de la pièce à basse température. Leur utilisation, inattendue, a finalement été vécue plutôt positivement par les professionnel-le-s sous les traits du gain et de l'efficacité :

*Je ne voulais pas ça! On a toujours réussi à gérer le flux de nos patients et tout ça, euh... voilà... et là on a les racks. [...] Comme les crématoriums sont surbookés et que j'sais pas quoi, voilà, ça traîne un peu... on est bien contents d'avoir installé ces racks. [...]*

1. Cette monographie de la chambre mortuaire a consacré d'autres analyses qui ont fait l'objet d'un article paru dans la revue *Frontières* (Chotard, Ridde et Chabrol 2022).

*Là maintenant aujourd'hui l'installation des racks j'regrette pas du tout! C'est-à-dire que là il me reste 6-7 places alors qu'on a augmenté de 21 places! C'est énorme quoi, j'me dis 'heureusement qu'on a les racks!' (Professionnelle de santé, chambre mortuaire, mars 2021)*

Installé sur le parking de la chambre mortuaire et obtenu via une entreprise spécialisée dans le transport de produits frais, le camion réfrigéré a quant à lui d'emblée suscité le scepticisme et les interrogations de l'équipe qui a été scandalisée à l'idée d'obtenir un camion dont on a détourné l'usage pour non plus transporter des produits mais pour immobiliser des corps. L'une des agentes se rappelait l'installation du camion lors de la première vague :

*C'était un camion euh... je sais pas ce camion il venait d'où? En plus on trouvait qu'il avait une odeur de fruits et légumes, donc ça nous marquait parce qu'on s'disait « bon on a nettoyé l'camion mais qu'est-ce que c'camion il va devenir après? Il va pas avoir des fruits et légumes qui vont être remis dedans? » (demi-sourire) [...] Ben on a l'impression d'enlever la dignité du défunt en fait. (Agente, chambre mortuaire, mars 2021)*

Le camion réfrigéré a été une installation bien plus qu'inattendue. Il a représenté un usage incongru, c'est-à-dire « perçu et revendiqué comme tel par l'usager lui-même, qui s'approprie l'objet par cet usage et son incongruité, [...] [et] qui est perçu comme illégitime » (Bonnot 2002). Cet usage associé à une « solution de rustine », comme nous avons souvent pu l'entendre lors des réunions de crise des chambres mortuaires de l'AP-HP, a eu plusieurs conséquences. Les soignant·e·s ne se sont jamais senti·e·s en phase avec cette installation qui a réifié les corps. Cette dégradation symbolique des corps morts s'est traduite par le déplacement supplémentaire et extérieur de corps qui sont habituellement éloignés des regards au sein de l'hôpital. Ce déplacement a sidéré l'équipe soignante qui a répété plusieurs fois le choc psychologique et moral qu'à consisté le fait de devoir « sortir [leurs] morts sur le parking ». Le camion



réfrigéré, en déplaçant et franchissant les frontières géographiques de la chambre, a aussi déplacé les frontières morales du regard. À cela s'est ajouté l'effet de la superposition des corps dans le camion qui a davantage été vécue comme un entassement indigne au début de l'épidémie. Le camion, désubstantialisé, est devenu une installation fixe « stockant » au frais des défunt·e·s là où il est censé être un moyen de transport mobile de marchandises. Le décalage a été frappant et symboliquement violent pour l'équipe habituée à « bichonner » ses morts comme la cadre aime à le dire. Des enjeux de flux et de « stockage » ont prévalu, transformant la salle d'attente, souvent vide, en espace de transit, et les salons de présentation des défunt·e·s en espaces de conservation temporaires des corps mis en bière.

## La housse mortuaire ou le déni du corps et des affects

La housse mortuaire a fait son apparition pour la gestion des défunt·e·s en période de pandémie et est devenue obligatoire le 9 mars 2020, sur décision de l'AP-HP. Enveloppant juste après la toilette infirmière (sans les familles) le corps des patient·e·s contaminé·e·s décédé·e·s, elle a été préconisée afin de protéger les personnels et les familles d'un risque de contamination à ce moment encore incertain – les mécanismes de transmission *post-mortem* du virus n'étant pas encore établis avec certitude. Pendant la première vague, l'utilisation de la housse a été systématique et a évolué ensuite au fil des vagues et de l'acquisition de nouvelles connaissances sur la contagiosité *post-mortem* du virus. Ce protocole était absolument nouveau, jamais auparavant l'hôpital n'avait eu à généraliser le recouvrement et l'enfermement des corps dans une housse mortuaire. Bien que fine et objectivement facile à ouvrir, cette housse a dressé une frontière étanche entre les défunt·e·s et leurs proches, faisant d'elle un dispositif biosécuritaire douloureux et difficile à

pérenniser. Traditionnellement, le corps d'un-e défunt-e à l'hôpital est en effet enveloppé d'un drap, objet de la vie courante qui pacifie le regard sur la personne décédée :

*On les recouvre toujours avec un drap [...] on va dire pour le regard d'autrui, c'est pas toujours agréable de voir quelqu'un décédé donc on a quelque chose qui protège. (Brancardier, avril 2021)*

La particularité de ce dispositif biosécuritaire – dans le sens où les mesures préventives de sécurité sanitaire président son choix – est que, une fois housé, le corps était interdit d'accès et il disparaissait avec la housse. Dès lors, le corps et la personne décédée fusionnaient avec la housse. Cela a entraîné beaucoup de douleur et de souffrance pour les familles, sans aucun doute, mais aussi pour les soignant-e-s dont l'essence du métier était bouleversée malgré ce qu'ils et elles assénaient comme un *leitmotiv* : « on n'a pas le choix ». Au lieu d'être muni-e-s de paroles rassurantes et de petites mains soignantes, ils-elles se retrouvaient souvent *démuni-e-s*, à expliquer difficilement les modalités de la housse *dés-affectant* le corps, dépossédant parfois les familles de leur deuil.

Malgré tout, les soignant-e-s ont là aussi bricolé ou permis le bricolage de dispositifs techniques et discursifs pour pallier l'effet des restrictions provoquées par la housse, en permettant aux familles d'installer un portrait, de disposer les vêtements du ou de la défunt-e comme un simulacre par-dessus la housse, de réaliser des toilettes religieuses « sèches » sans toucher au corps, etc. Néanmoins, ces bricolages n'ont pas concerné la housse en elle-même, mais des objets et des pratiques périphériques; la housse étant devenue une sorte d'objet sacro-saint, intouchable, un « ovni » des pratiques soignantes. Elle ne pouvait et ne saurait ainsi devenir coutumière, rentrer dans l'usage et les habitudes profanes des soignant-e-s, faire sens dans sa pratique. C'est pourtant ce qui aurait permis d'humaniser ce dispositif biosécuritaire. Au fil du temps, son utilisation a évolué et a été redélimitée, oscillant entre des consignes qui paraissaient trop strictes et qui ont finalement conduit à sa suspension. Le soin a alors pu retrouver un sens pour les soignant-e-s.

Pendant la première vague, il y a ainsi eu une dégradation symbolique du soin, très visible avec le passage du drap à la housse. La housse a incarné l'acmé des tensions morales provoquées par la pandémie, en chambre mortuaire. Elle a produit une forme de déshumanisation des corps infectés et, par conséquent, un déni des affects, créant une distance irrépressible douloureuse pour les familles comme pour les soignant·e·s. En tant que dispositif inédit de prévention des infections, elle s'est inscrite dans un déploiement biosécuritaire plus global (Cambon *et al.* 2021) qui préfigure peut-être des franchissements plus fréquents de barrières éthiques et morales susceptibles de bouleverser les soignant·e·s.

## Conclusion : vers un hôpital désaffecté?

Dans ce chapitre nous avons étudié les perturbations émotionnelles, affectives et morales engendrées par différents objets dans un contexte où ils ont afflué ou manqué, où ils ont fait figure de dispositifs incongrus ou contestés. Les masques et les EPI, objets ordinaires de la vie médicale, se sont exceptionnalisés sous l'effet de la pandémie et ont condensé les incertitudes. Les dons commerciaux ont polarisé les affects des soignant·e·s, entre satisfaction gratifiante et sentiment d'abondance absurde. Les racks et le camion réfrigéré ont perturbé le fonctionnement de la chambre mortuaire, et l'usage exceptionnel de la housse mortuaire s'est douloureusement systématisé. Ces objets sont devenus des points de fixation de la lutte, voies d'accès à des réflexions plus globales sur la prise en compte des affects en contexte biosécuritaire.

Les objets ont une agentivité particulière dans un contexte de soin, provoquant des affects et des émotions qui sont au cœur de la vie médicale et soignante. Jean-Marie Barbier note que les émotions sont des « moments de suspension de l'activité et de transformation des constructions de sens que les sujets opèrent autour d'elles » (2018). La

colère des soignant·e·s, leur indignation, tristesse ou désapprobation morale sont des émotions individuelles et partagées qui les affectent bien au-delà de leur vie affective au travail.

Depuis la fin de l'épidémie, les démissions de soignant·e·s se sont d'ailleurs accrues. Toutes ces émotions révèlent et participent à un mouvement plus global de désaffectation que connaît l'hôpital public aujourd'hui en France. À défaut d'être la cible d'investissements adéquats, l'hôpital public est désaffecté, vidé matériellement et humainement, dénué de sens.

## Références

- Akrich, Madeleine. 2010. « Comment décrire les objets techniques? » *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, n°54-55 (juin): 205-19. <https://doi.org/10.4000/tc.4999>.
- Alessandro, Eugénie d'. 2012. « Prévenir le risque infectieux à l'hôpital? » *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n°4 (mai). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.835>.
- Barbier, Jean-Marie. 2018. « Affects, émotions, sentiments : quelles différences? » *The Conversation*, mars. <https://hal.science/hal-04019723>.
- Belorgey, Nicolas. 2010. *L'hôpital sous pression*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.belor.2010.01>.
- Bonnot, Thierry. 2002. *La vie des objets: d'ustensiles banals à objets de collection*. Collection Ethnologie de la France. Paris: Maison des sciences de l'homme.

- Cambon, Linda, Henri Bergeron, Patrick Castel, Valéry Ridde, et François Alla. 2021. « When the Worldwide Response to the COVID-19 Pandemic Is Done without Health Promotion ». *Global Health Promotion* 28(2): 3-6. <https://doi.org/10.1177/17579759211015129>.
- Chabrol, Fanny, et Janina Kehr. 2020. « The Hospital Multiple: Introduction ». *Somatosphere* (blog). 17 novembre 2020. <http://somatosphere.net/2020/hospital-multiple-introduction.html/>.
- Chabrol, Fanny, Lola Traverson, Renyou Hou, Lisa Chotard, Nathan Peiffer-Smadja, Jean-Christophe Lucet, Gisèle Bendjelloul, Christian Dagenais, et Valéry Ridde. 2023. « Échanges interprofessionnels en temps de COVID-19 à l'hôpital Bichat Claude-Bernard : éclairages pour la recherche ». *Santé Publique* 35(1): 59-64. <https://doi.org/10.3917/spub.231.0059>.
- Chotard, Lisa, Valéry Ridde, et Fanny Chabrol. 2022. « 'Un sac blanc qu'on bouge' : le corps mort et les soignants à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 ». *Frontières* 33(2). <https://doi.org/10.7202/1095220ar>.
- De Certeau, Michel. 1990. *L'invention du quotidien, I: Arts de faire*. Gallimard. Paris.
- Detemple, Marie, Salou Aboubacar, Adam Elhadj Aboubacar, Mahaman Moha, Ibrahim Alkassoum, et Fanny Chabrol. 2021. « Innovations et gestion des déchets médicaux: le cas du nouvel hôpital de référence de Niamey, Niger ». *Santé Publique* 33(5): 729-39.
- Flichy, Patrice. 2008. « Technique, usage et représentations ». *Réseaux* n°148-149(2): 147-74.
- Kehr, Janina, et Fanny Chabrol. 2018. « L'hôpital ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n°16 (mai). <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2997>.

- Marion, Gilles. 2017. « L'émergence de la valeur d'usage et l'"agentivité" des objets matériels ». *Revue française de gestion* 265(4): 71-92. <https://doi.org/10.3166/rfg.2017.00127>.
- Mauss, Marcel. 2012. *Essai sur le don: Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris: PUF.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Strauss, Anselm L. 1992. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Tantchou, Josiane Carine. 2018. « Des papiers pour soigner, résister et discipliner ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n°16 (mai). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2918>.
- Vincent, Fanny. 2017. « Penser sa santé en travaillant en 12 heures: Les soignants de l'hôpital public entre acceptation et refus ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n°19-1 (janvier). <https://doi.org/10.4000/pistes.4945>.

# SECTION B : ÉTUDES DE CAS COMPARATIVES





# 6. Adapter le travail hospitalier en temps de pandémie dans deux hôpitaux québécois

PIERRE-MARIE DAVID, MORGANE GABET, ARNAUD DUHOUX, LOLA TRAVERSON, VALÉRY RIDDE, KATE ZINSZER, LARA GAUTIER

## Résumé

Parmi les réponses des hôpitaux à la pandémie de Covid-19, la réorganisation des services et la réaffectation du personnel ont permis d'adapter le travail hospitalier pour faire face à l'afflux attendu de patient·e·s. Dans cet article, nous examinons la réorganisation du travail induite par la pandémie en identifiant les stratégies opérationnelles mises en œuvre par deux hôpitaux québécois et leur personnel, puis en analysant les implications de ces stratégies. Dans les deux hôpitaux, l'adaptation du travail par la réaffectation du personnel a été l'une des mesures critiques prise pour assurer l'absorption de l'afflux de patient·e·s. Nos résultats montrent que cette stratégie a été conçue et appliquée différemment dans les deux cas. Plus précisément, les stratégies de réaffectation ont révélé de nombreuses disparités en matière de ressources, non seulement entre les territoires de santé, mais aussi entre les différents types d'établissements au sein de ces territoires. La comparaison des stratégies d'adaptation des deux hôpitaux a montré que les réformes passées au Québec ont conditionné ce que ces réorganisations pouvaient accomplir, ainsi que la façon dont elles affectaient les professionnel·le·s et le sens qu'ils et elles donnaient à leur travail.

**Mots-clés** : adaptation, travail, hôpital, résilience, Covid-19, Canada

## Introduction

Les hôpitaux ont joué un rôle crucial dans la gestion de la pandémie de Covid-19 dans le monde (Billings *et al.* 2021). Non seulement ils ont permis de soigner les patient·e·s, mais leur taux de saturation est devenu un indicateur d'alerte à l'origine du déclenchement d'autres stratégies sociales de prévention (Sorbello *et al.* 2021), telles que le confinement de la population dans son ensemble ou de sous-populations présentant un risque particulier de développer des formes graves de Covid-19 ou d'infection/hospitalisation. Avec des ressources matérielles et humaines limitées, les hôpitaux ont dû s'adapter pour faire face à la crise pandémique. À cette fin, la réorganisation des services et les réaffectations de personnel ont été les principales réponses des hôpitaux du monde entier à la pandémie de Covid-19 (Billings *et al.* 2021; Sorbello *et al.* 2021). Notre objectif était d'examiner les stratégies opérationnelles mises en œuvre par les hôpitaux pour faire face à la crise, et plus particulièrement la réorganisation du travail par le biais de réaffectations de personnel, et d'analyser les implications de ces stratégies pour le personnel de l'hôpital. Nous définissons le travail hospitalier comme les activités réalisées par le personnel hospitalier pour produire des soins, à la fois directement, comme les services fournis par les professionnel·le·s de santé, et indirectement, comme les services fournis par le personnel auxiliaire et de soutien (technicien·ne·s de laboratoire, aides-soignant·e·s, personnel d'entretien ménager, etc.).

Au début de la pandémie, le Québec était la province la plus touchée par la Covid-19 au Canada (Canada 2020). L'urgence de santé publique a été déclarée le 13 mars 2020 par le gouvernement du Québec. Le 11 juillet 2020, le Québec avait enregistré environ 56 000 cas de Covid-19 et 5 643 décès liés au Covid-19 pour une population de 8,5 millions d'habitants (soit la deuxième province canadienne la plus peuplée). La grande majorité de ces décès (92 %) sont survenus chez des personnes âgées de 70 ans et plus, et 69 % des décès sont survenus chez des personnes vivant dans des établissements résidentiels et de soins de longue durée

(« Données COVID-19 au Québec », Institut National de Santé Publique, 2021). Entre mars et avril 2020, la préservation de la capacité des hôpitaux à faire face à l'afflux massif anticipé de patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 était la priorité du gouvernement du Québec. Les communiqués officiels et les ordonnances mettaient l'accent sur l'impossibilité de transférer les patient·e·s des milieux de soins externes, et en particulier des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), vers les hôpitaux, et sur la façon de faciliter les transferts de personnel d'un secteur à l'autre (Denis *et al.* 2020). Face à ces nouvelles ordonnances gouvernementales et à la nécessité de s'adapter à la pénurie de ressources humaines, les gestionnaires des hôpitaux ont adopté diverses stratégies. La réorganisation du travail a pris la forme de réaffectations qui ont impliqué le déplacement du personnel dans l'espace (par exemple, vers d'autres départements/services ou d'autres structures/organisations) et dans le temps (par exemple, heures supplémentaires obligatoires, horaires réaménagés).

Pour comprendre ces réorganisations et les conditions dans lesquelles elles ont pu être mises en œuvre, il est important de noter que le système de santé québécois a fait l'objet d'une réforme majeure en 2015 afin d'intégrer les services de santé et les services sociaux. La réforme a modifié la gouvernance de la santé et centralisé la gestion des ressources sanitaires dans 34 centres intégrés (universitaires) de santé et services sociaux (CI(U)SSS), qui relèvent directement du ministère de la Santé. Si la grande majorité des établissements de santé et de services sociaux de chaque territoire ont été fusionnés dans les CI(U)SSS, d'autres, le plus souvent des hôpitaux universitaires, n'ont pas été fusionnés et ont conservé une relative autonomie dans la gestion de leurs ressources. Ce contexte explique certaines des possibilités et des impossibilités de la réorganisation du travail, telles que décrites ci-après dans nos deux cas d'étude.

Pour analyser ces réorganisations spécifiques du travail, nous avons utilisé un cadre théorique sur la résilience des systèmes de santé qui se concentre sur trois dimensions essentielles : l'absorption, l'adaptation

et la transformation (Ridde *et al.* 2021). L'absorption fait référence à la capacité de la structure à offrir des services aux personnes qui en ont besoin. L'adaptation renvoie à la manière dont les pratiques des professionnel-le-s sont modifiées pour faire face à la situation. La transformation réfère aux changements de pratiques, mais aussi aux changements institutionnels à plus long terme. Alors qu'une telle perspective de résilience a souvent été adoptée dans les études portant sur la gestion des crises hospitalières, notre recherche s'est concentrée plus spécifiquement sur l'expérience vécue de ces stratégies par le personnel des deux hôpitaux étudiés.

## **Une recherche qualitative menée dans deux contextes contrastés au Québec**

Pour notre étude, nous avons sélectionné deux cas, l'un à Montréal et l'autre à Laval (qui fait partie de la région métropolitaine de Montréal), les deux villes les plus touchées par la pandémie dans la province du Québec. Ces cas représentaient des types d'organisation contrastés à la suite des réformes de la santé de 2015 décrites ci-dessus.

Notre premier cas (C1), le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine à Montréal (Québec), est un établissement non-intégré spécialisé en pédiatrie. Fondé en 1907, le CHU Sainte-Justine est le plus grand centre mère-enfant du Canada et l'un des plus grands centres pédiatriques d'Amérique du Nord. Il compte 550 lits et accueille des patient-e-s de tout le Québec. Sainte-Justine compte près de 5 500 employé-e-s, dont 1 530 infirmier-ière-s auxiliaires, ainsi que 509 médecins, dentistes et pharmacienn-e-s. Si la crise sanitaire a d'abord exercé une forte pression sur le personnel de l'hôpital, cette pression a diminué au cours du printemps 2020 en raison du nombre relativement faible de patient-e-s

Covid-19 dans cet hôpital, la maladie étant moins dévastatrice pour les patient·e·s pédiatriques (du moins, pour la maladie causée par la souche originale du virus SRAS-CoV-2).

Notre deuxième cas (C2) est l'hôpital de la Cité-de-la-Santé, qui est intégré au CISSS de Laval (Québec). La Cité-de-la-Santé, hôpital général, a été inaugurée le 10 avril 1978 pour répondre aux besoins en médecine communautaire et familiale d'une population de 200 000 habitant·e·s. Aujourd'hui, Laval fait partie de la région métropolitaine de Montréal et sa population est d'environ 450 000 habitant·e·s. L'hôpital compte 621 lits, ainsi qu'un secteur d'hébergement de longue durée de 751 lits. Contrairement à sa voisine Montréal, Laval jouit d'une certaine unité géographique et de services : une île, une ville, un hôpital et un CISSS responsable de la santé et des services sociaux. Laval a été l'un des territoires les plus touchés par la Covid-19 au Canada. Au plus fort de l'épidémie, le taux de morbidité de Laval était le deuxième plus élevé de la province, avec 1 342 cas confirmés par 100 000 habitant·e·s en juillet 2020, comparativement à une moyenne de 662 pour l'ensemble du Québec. En termes de mortalité Covid-19, la ville se situait directement derrière Montréal au moment de cette étude. Entre mars et mai 2020, 11% des résident·e·s des CHSLD de Montréal sont décédé·e·s, alors que ce chiffre s'élève à 14% à Laval (ICI.Radio-Canada.ca, 2021). Étant donné que son mandat englobe également les CHSLD, le CISSS, par extension, s'est impliqué dans le cas (C2), car des questions se posaient quant au territoire de responsabilité de l'hôpital.

Entre juin et octobre 2020, nous avons mené 27 entretiens semi-structurés avec le personnel hospitalier en utilisant une stratégie d'échantillonnage de diversification (Pires 1997). Notre objectif était d'obtenir un échantillonnage ciblé comprenant une diversité de perspectives représentant les différentes catégories de professionnel·le·s (médecins n = 5, infirmier·ière·s n = 10, conseiller·ière·s en prévention des infections n = 5, gestionnaires n = 7). Les participant·e·s aux entretiens ont été recruté·e·s par le biais d'invitations par courrier électronique dans chaque hôpital, puis par une stratégie boule de neige, jusqu'à ce que la

saturation empirique soit atteinte. Deux chercheur·euse·s (auteur·rice·s PMD et LG) ont réalisé la grande majorité des entrevues (soit 24 sur 27), et les trois entrevues restantes ont été réalisées par une assistante de recherche qui s'est retirée de l'équipe de recherche à la fin de l'automne 2020.

## Résultats

### L'adaptation à la pandémie : des fonctionnements et des modes de gouvernance contrastés

Les répondant·e·s ont souligné la gouvernance « non-intégrée » de C1, qui lui confère un statut particulier. Contrairement au personnel des hôpitaux intégrés à un CISSS (ou CIUSSS lorsqu'ils sont rattachés à une université), le personnel de C1 a participé au délestage, c'est-à-dire à la réaffectation sur une base volontaire.

*Comme on ne fait pas partie d'un CIUSSS, ils ne peuvent pas décider de nous déplacer comme ça... d'un hôpital à l'autre. [Dans un... dans certains... en fait, dans la plupart des CIUSSS, ce qui s'est passé, c'est qu'ils ont pris des employés... d'un centre CIUSSS pour les envoyer dans un autre centre qui avait des besoins. Ils ne pouvaient pas nous faire ça à Sainte-Justine. (Homme, infirmier, C1)]*

Dans C1, la réaffectation du personnel a d'abord été conçue comme un projet pilote qui a permis de délester initialement une petite partie du personnel hospitalier vers un seul établissement (l'Institut de gériatrie de Montréal), qui avait déjà une proximité historique et géographique avec le CHU Sainte-Justine. Cette réaffectation a ensuite été étendue à certains CHSLD, à certains hôpitaux intégrés à des CIUSSS sur l'Île-de-Montréal, et à des centres de dépistage.

Dans C2, la situation était toute autre. La Covid-19 a mis à l'épreuve sa gouvernance intégrée. Comme l'a rapporté un responsable : « C'est la Covid qui a fait le CIUSSS ». La pandémie a forcé une intégration qui n'avait pas été très efficace jusqu'alors, du moins en ce qui concerne les CHSLD qui avaient été largement négligés. Lorsque l'épidémie est apparue dans les CHSLD, l'hôpital a dû envoyer du personnel à l'extérieur de ses murs, et ainsi adapter le travail à ces nouveaux besoins. Ainsi, pour C2, la réaffectation était nécessaire pour éviter le débordement à l'hôpital, c'est-à-dire que les patient·e·s âgé·e·s en grand nombre arrivent aux urgences et dépassent les capacités des services hospitaliers. La réforme de la santé de 2015 a rendu cette stratégie légitime. Dans les deux cas, l'absorption anticipée dans les hôpitaux a été un déterminant clé des stratégies d'adaptation dans leur territoire de santé respectif.

## Stratégies de réaffectation : les travailleur·euse·s au cœur des stratégies d'adaptation

Au cours d'une période de sept semaines en avril-mai 2020, 150 membres du personnel de C1 ont été envoyés dans quatre CIUSSS de la ville de Montréal pour aider les CHSLD. L'expérience préalable et les relations personnelles entre le coordonnateur de la réaffectation du personnel de C1 et les chef·fe·s des services de soins de longue durée ou les cadres supérieurs de ces CIUSSS ont été des éléments clés dans le choix du CIUSSS ou de l'établissement à aider. Une grande diversité de personnel de santé et de gestionnaires a été réaffectée : infirmier·ière·s, aides-soignant·e·s, médecins, inhalothérapeutes et conseiller·ière·s en prévention des infections.

Le fait de provenir d'un hôpital pédiatrique non intégré à un CIUSSS a placé le personnel déployé de C1 dans une position « spéciale » par rapport à leurs collègues de C2 qui, eux, avaient été déployés dans des

CHSLD sur une base obligatoire. Le personnel des CISSS/CIUSSS a parfois exprimé sa frustration face à l'approche volontaire et enthousiaste de C1 :

*On avait un avantage parce qu'on n'est pas fusionné, on n'est pas dans un CIUSSS. La situation n'était pas la même pour les infirmières, par exemple, des CLSC, qui avaient plus d'activités, et qui étaient obligées d'aller dans les CHSLD... Alors, quand je disais tout à l'heure que notre approche n'était pas très bien reçue [par les autres, affiliés à un CISSS ou à un CIUSSS], [je voulais dire] : quand les gens sont obligés d'être là, qu'ils ne veulent pas être là, et qu'en plus, ils vivent toutes ces situations un peu loufoques, c'est compréhensible... (Femme, infirmière, C1)*

Dans C2, les stratégies de déploiement du personnel et d'adaptation du travail étaient différentes. Entre février et mars 2020, la réaffectation a été orientée vers l'anticipation de l'afflux et la préparation de l'hôpital. Fonctionnant d'abord sur la base du volontariat, comme dans C1, C2 a rapidement été débordé par le nombre de cas dans ses CHSLD périphériques. La réaffectation visait donc à maintenir, dans la mesure du possible, les cas hors de l'hôpital et à déployer les effectifs en fonction des besoins, qui se sont généralisés dans tous les CHSLD, en matière de prévention/contrôle des infections, d'offre de soins, voire de soins d'hygiène de base (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2020). La situation est devenue tellement critique qu'un arrêté ministériel a été pris pour permettre à la direction du CISSS/CIUSSS de réaffecter du personnel dans les structures en sous-effectif. Ce décret exceptionnel suspendait les règles d'organisation habituelle du travail prévues par le code du travail et les conventions collectives.

*On travaillait avec le ministère pour obtenir cette permission, parce que dire à un employé « à 4 heures du matin, tu vas dans un CHSLD », il fallait le faire... c'était en dehors des conventions collectives... L'arrêté ministériel nous a donné un peu plus de*



*flexibilité et nous a aussi permis de donner du travail à temps plein à des employés qui avaient des postes à temps partiel. (Femme, gestionnaire, C2)*

Finalement, plus de 670 employé·e·s de C2 ont été déployé·e·s, principalement dans les CHSLD du territoire du CISSS. De nombreux membres du personnel ont vécu cette adaptation comme une contrainte.

*(...) presque tout le personnel travaillait à temps plein. De gré ou de force. Ensuite... les quelques 660... [étaient] envoyés dans les établissements A, B, C, D, E, selon les besoins. Volontairement ou non. (Femme, cadre, C2)*

L'adaptation apparaît alors plus clairement comme un mode de réaction horizontal, c'est-à-dire de collaboration, mais aussi comme un mode d'imposition vertical. En effet, dans le contexte de C2, et comme dans beaucoup d'institutions au Québec, l'adaptation a été couplée à une obligation hiérarchique et verticale : « volontairement ou non » comme cité plus haut, pour ne pas dire « obligatoire ». Ainsi, les professionnel·le·s ont fait l'objet de stratégies d'adaptation imposées plutôt que discutées et, à ce titre, leur expérience vécue de ces stratégies d'adaptation a eu des impacts significatifs sur eux et sur leur travail.

## Effets de la réaffectation sur le travail et les travailleur·euse·s

Pour le personnel de C1, l'expérience de la réaffectation a révélé des disparités flagrantes entre les soins prodigués dans un hôpital non-intégré bien doté en personnel et les soins prodigués dans des résidences pour personnes âgées souffrant d'un manque chronique de personnel.

*La première semaine, il a donc été plus difficile de s'installer, même en termes de gestion, nous avons vraiment dû nous serrer les coudes... C'était une sorte de choc des cultures... c'était autre chose, vous savez, la pratique, le cadre, donc c'était vraiment une lutte. (Femme, assistante sociale, C2)*

Ce contraste a eu divers effets sur le personnel C1. Le sentiment prédominant était la fierté de s'être engagé à travailler dans des conditions difficiles alors que personne ne les y obligeait. Ce sentiment s'appuie également sur une vision humanitaire de cette expérience : limitée dans le temps et en dehors des contraintes habituelles du travail. Cependant, les conditions rencontrées, qui auraient pu être tolérables dans un contexte de crise, ont suscité de profondes réflexions sur les conditions de travail des autres personnels de santé. Leur travail en dehors de l'hôpital les a confrontés aux inégalités de soins et de conditions de travail dans le réseau de santé québécois.

Concernant le personnel C2, les sentiments sont également mitigés. Même si le personnel est fier de ce qu'il a fait, il était épuisé au moment des entretiens, car sa réaffectation a duré plus longtemps que dans le cas de C1. Alors que les adaptations du travail semblaient acceptables pendant un certain temps, leur durée au-delà de ce qui était perçu comme nécessaire ou même acceptable a conduit à un épuisement largement exprimé.

*Donc, vous savez, après le mois de mai, juin... il ne se passait rien, mais ils continuaient à nous forcer, avec l'arrêté ministériel.... J'ai deux petites filles et le matin, elles se lèvent entre sept et huit heures.... Je dormais environ quatre heures par nuit, je m'occupais de mes filles, je retournais au travail et c'était comme ça tous les jours. Pas de vacances, rien.... Alors je suis allée voir mon médecin de famille – enfin, je l'ai appelé – et il m'a donné une note pour que je reprenne mon horaire habituel. (Femme, infirmière, C2)*

Le fait qu'un billet du médecin pour surcharge de travail soit devenu le seul moyen de modifier l'horaire de travail de cette infirmière illustre la contrainte imposée lorsque les règles de travail régulières sont suspendues par des décrets exceptionnels. Outre la pandémie elle-même, les participant-e-s ont également fait référence à la dynamique qui l'a précédée, directement liée aux réformes du système de santé de 2015 :

*Je peux vous donner beaucoup d'idées, mais... tout revient à la base. Il y a eu beaucoup de restructurations, beaucoup de... coupes sur le lieu de travail. On a beaucoup dit « débrouillez-vous avec ce que vous avez » et puis... « oubliez le patient ». C'est ce qui se passe.*  
(Femme, infirmière déployée, C2)

Bien que les mises en œuvre de la réaffectation aient été très contrastées entre C1 et C2 (volontaire ou obligatoire), dans les deux cas, leur expérience a amené les professionnel-le-s à réfléchir aux conditions de travail difficiles dans ces environnements particuliers qu'étaient les CHSLD. L'expérience a mis en lumière la nature hospitalo-centrée du système de santé québécois et l'exclusion des CHSLD de l'accès aux hôpitaux, qui avait été largement reconnue et documentée par diverses commissions avant la pandémie (Clavet *et al.* 2021; MSSS 2020). En prévision de la pandémie, dans C2, une stratégie explicite a été mise en œuvre pour protéger la capacité d'absorption de l'hôpital, au détriment des patient-e-s plus âgé-e-s, en évitant les transferts des CHSLD vers l'hôpital (Gabet *et al.* 2023). Cela a soulevé des questions importantes sur la relation de l'hôpital avec les établissements de son territoire et, plus largement, avec la population qu'il dessert (Winkelmann *et al.* 2022).

## Discussion

Les stratégies d'adaptation du travail, mises en œuvre après l'émission d'un décret ministériel exceptionnel, dépendaient grandement de la marge de manœuvre accordée à chacun des deux établissements par

les réformes antérieures. Elles ont notamment structuré les ressources humaines en santé, leur gouvernance et la responsabilité sociale des hôpitaux à l'égard de leur territoire et des établissements qui y sont rattachés, comme les CHSLD (Gauthier *et al.*, 2023). Les expériences de réaffectation ont révélé de nombreuses disparités en matière de soins de santé au sein d'un même territoire (Chabrol et David, 2023). En définitive, dans l'analyse de la gestion des pandémies, la résilience est souvent située au niveau des hôpitaux ou des systèmes de santé de manière abstraite, alors que nos résultats suggèrent la nécessité de reconnaître à quel point les professionnel-le-s ont porté le fardeau de cette résilience.

Non seulement le personnel hospitalier a supporté une lourde charge mentale liée à la pandémie (Sun *et al.* 2021), mais il a aussi, de manière moins médiatisée, soutenu la résilience de ses institutions par la matérialité de son travail (heures supplémentaires obligatoires, réaffectation, vacances reportées ou annulées, etc.) (Gelly et Spire 2021). En analysant l'organisation du travail dans les hôpitaux pendant la pandémie et en discutant des processus de résilience à l'aide de concepts tels que l'« absorption », l'« adaptation » et la « transformation » (Saulnier *et al.* 2021), il est important de garder à l'esprit la dynamique historique des réformes de la santé qui ont influencé la capacité d'adaptation des hôpitaux. En effet, la réforme de la santé de 2015 au Québec a entraîné des « réductions budgétaires importantes (7,1%) » et des « structures administratives mal adaptées à la priorisation de l'action sur les grands déterminants de la santé » (Denis *et al.* 2020).

## L'adaptation du travail hospitalier : une perspective temporelle

De mars à juin 2020, les hôpitaux ont été en mesure d'absorber la grande majorité des patient-e-s Covid dans des conditions qui ont rarement dépassé leur capacité d'accueil (qui avait été augmentée).

Pour C2, l'absorption s'est faite par des stratégies d'adaptation qui ont protégé l'hôpital, notamment en limitant les transferts en provenance des CHSLD. Finalement, le personnel hospitalier a élargi ses services à l'extérieur de l'hôpital par des initiatives telles qu'un service de « soins intensifs à domicile », des sites de soins non-traditionnels et un soutien aux équipes des CHSLD. La capacité d'absorption de l'hôpital a donc été maintenue en limitant les flux de patient·e·s et en adaptant le travail du personnel hospitalier. La résilience de l'hôpital doit également être mise en relation avec la charge soutenue par le reste de la société : excès de mortalité chez les aînés et flexibilité du droit du travail pour le personnel hospitalier.

Du fait de son statut non-intégré, C1 n'a pas été contraint par les décrets ministériels, ce qui a permis une adaptation personnalisée des équipes et des professionnel·le·s. Pour C2, le décret rendant obligatoire les réaffectations CISSS/CIUSSS a entraîné un épuisement des professionnel·le·s et un sentiment de perte de sens au travail, ce qui peut expliquer en partie les nombreuses démissions dans ce secteur depuis l'été 2020 et les différentes mesures gouvernementales pour tenter de retenir les personnels de santé. Cependant, ces problèmes ne sont pas nouveaux, puisqu'ils étaient déjà largement rapportés par le personnel de santé avant la pandémie (« Des «sit-in» pour dénoncer le manque de personnel à la Cité-de-la-Santé de Laval | JDM » 2021), ce qui soulève des questions sur les réformes de 2015 (Gautier *et al.* 2023).

Au début de la pandémie, le manque de ressources matérielles et humaines était une question centrale et est devenu un déterminant majeur de la gestion de la crise. C'est ainsi qu'ont été recruté·e·s, par exemple, des « préposé·e·s aux bénéficiaires », c'est-à-dire des aides-soignant·e·s pour les soins de longue durée et des expert·e·s en matière de prévention des infections. À l'avenir, il n'est pas certain que de tels efforts seront maintenus dans le temps et qu'ils entraîneront une véritable transformation des organisations et des pratiques. Une autre pratique ancienne du réseau, à savoir le recours à des employé·e·s temporaires par l'intermédiaire d'agences privées, a été accentuée par la crise. Avec cette

tendance, qui s'est renforcée à chaque nouvelle vague, le travail salarié hospitalier risque d'être décomposé en tâches distinctes pour lesquelles le personnel peut être réaffecté, ce qui contribue à accroître la perte de sens du travail mentionnée par certains de nos participant·e·s. Face à ces adaptations, les syndicats ont proposé de reconnaître les obligations inhérentes aux conventions collectives existantes, mais aussi d'améliorer les conditions de travail. Une entente a récemment été signée entre le gouvernement du Québec et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec pour une réévaluation des salaires. Des transformations potentielles par voie législative sont donc en cours, mais la tendance à privilégier des réponses adaptatives avec des solutions à court terme reste très attrayante dans des systèmes de gestion fondés sur des indicateurs de performance plutôt que sur le développement des capacités par l'amélioration des conditions de travail et le renforcement du sens du travail pour les professionnel·le·s de santé (Juvén 2018).

## Implications conceptuelles et pratiques de l'adaptation

Les termes « adaptation » et « résilience » ont des implications sur l'analyse des situations. Alors que l'adaptation est devenue l'impératif de réformes présentées comme naturelles et nécessaires, il faut reconnaître que ce sont en fait ces réformes elles-mêmes qui ont parfois produit les situations problématiques en matière de ressources humaines vécues lors de la pandémie de Covid-19. Cette adaptation du travail hospitalier, que beaucoup de défenseurs de la flexibilité et de la fluidité hospitalière n'auraient jamais imaginée (Pierru 2020), a des racines plus profondes que la Covid-19 et des implications plus larges que celles de la pandémie.

Par exemple, au Québec, cette adaptation a ouvert la porte à des discussions sans précédent sur le fonctionnement de la prestation des soins de santé. Le 18 janvier 2022, le sous-ministre de la Santé du Québec a présenté un « Guide de priorisation et de gestion des hospitalisations de

courte durée dans le contexte de la pandémie de Covid-19 » qui visait à « redéfinir la qualité minimale des soins en contexte de pandémie dans la perspective de soigner plus de personnes à moindre intensité plutôt que moins de personnes à qualité optimale » (« Guide pour la priorisation et la gestion des hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19 », MSSS, 2021). Ainsi, l'adaptation au cours de la pandémie, notamment en termes d'organisation du travail hospitalier, a ouvert la voie à la possibilité de fournir des soins « sous-optimaux ». Cette adaptation et les réflexions qui l'accompagnent ont été ainsi porteuses d'un potentiel double standard de soins « optimal » et « sous optimal » questionnable et problématique.

Il est donc d'autant plus important de considérer la réorganisation du travail non pas comme une variable d'adaptation à une situation problématique, mais aussi comme une question de normes, de droit du travail, de conventions collectives et de règles que les institutions ou les équipes se fixent, explicitement ou non (Supiot 2010). En considérant les dimensions politiques des liens entre ces adaptations et transformations (Chabrol et David, 2023), nous suggérons de concevoir le travail également en rapport à ses fonctions normatives et en relation avec les cadres juridiques et organisationnels comme une forme de résistance aux politiques insidieuses d'adaptation.

## Conclusion

Le contraste entre les stratégies d'adaptation des deux hôpitaux a révélé comment les réformes sanitaires passées ont contribué à déterminer ce que ces stratégies pouvaient réaliser et comment elles affectaient les travailleurs et le sens qu'ils donnaient à leur travail. Au-delà de la crise Covid, les recherches futures devraient se concentrer sur la manière dont ces adaptations s'inscrivent dans les processus de réorganisation du travail hospitalier à long-terme. Plus précisément, il conviendrait

d'accorder une reconnaissance spécifique aux personnels hospitaliers pour leur travail, plutôt qu'à une « résilience hospitalière » abstraite. Il pourrait s'agir d'impliquer davantage les professionnel-le-s dans les stratégies organisationnelles de l'hôpital. Cela pourrait permettre de mieux comprendre comment concevoir des transformations du travail hospitalier qui ne soient pas uniquement liées à l'adaptation à la crise, et plus généralement au management, mais aussi aux conditions de travail et au sens que lui donnent les professionnel-le-s.

## Références

- Billings, Jo, Brian Chi Fung Ching, Vasiliki Gkofa, Talya Greene, et Michael Bloomfield. 2021. « Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis ». *BMC Health Services Research* 21(1): 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>.
- Canada, Public Health Agency. 2020. « COVID-19 Daily Epidemiology Update: Key Updates ». *Datasets;statistics;education and awareness*. Aem. 19 avril 2020. <https://www.canada.ca/en.html>.
- Chabrol Fanny, Pierre-Marie David. 2023. How has resilience affected public-health research during COVID-19. *Global Public Health*.
- Clavet, Nathalie, Réjean Hébert, Pierre-Carl Michaud, et Julien Navaux. 2021. « Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec », 36.



Denis, Jean-Louis, Louise Potvin, Jean Rochon, Pierre Fournier, et Lise Gauvin. 2020. « On Redesigning Public Health in Québec: Lessons Learned from the Pandemic ». *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique* 111(6): 912-20. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00419-x>.

« Des «sit-in» pour dénoncer le manque de personnel à la Cité-de-la-Santé de Laval | JDM ». 2021. <https://www.journaldemontreal.com/2018/01/28/des-sit-in-pour-denoncer-le-manque-de-personnel-a-la-cite-de-la-sante-de-laval>.

« Données COVID-19 au Québec ». 2020. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>.

Gautier L, Gabet M, Duhoux A, Traverson L, Ridde V, Zinszer K, David P-M. 2023. « Supporting deployed hospital staff during the COVID-19 pandemic in the Montreal region: what does it say about leadership styles? » *Canadian journal of nursing research*.

Gabet, Morgane, Arnaud Duhoux, Valéry Ridde, Kate Zinszer, Lara Gautier, et Pierre-Marie David. 2023. « How Did an Integrated Health and Social Services Center in the Quebec Province Respond to the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Case Study ». *Health Systems & Reform* 9(2): 2186824. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2186824>.

Gelly, Maud, et Alexis Spire. 2021. « Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19 ». *Revue française des affaires sociales*, no4: 15-34.

« Guide pour la priorisation et la gestion des hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19 ». Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2021.

ICI.Radio-Canada.ca, Zone Santé-. s. d. « Laval, l'autre épicentre de la pandémie au Canada | Coronavirus ». Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1704710/deces-laval-covid-resident-chsld-donnees-epicentre>.

Juven, Pierre-André. 2018. « 'Des trucs qui rapportent' ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, no16 (mai). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2860>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2020. « Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux ». MSSS, juillet. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002654/?&txt=covid&msss\\_valpub&date=DESC](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002654/?&txt=covid&msss_valpub&date=DESC).

Pierru, Frédéric. 2020. « Liquéfier pour liquider. Quelques considérations sur 'l'hôpital de flux' ». *Raison présente* 216(4): 88-97.

Pires, Alvaro. s. d. « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », 88.

Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from Public Health and Hospital Resilience to the SARS-CoV-2 Pandemic: Protocol for a Multiple Case Study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.

Saulnier, Dell D., Karl Blanchet, Carmelita Canila, Daniel Cobos Muñoz, Livia Dal Zennaro, Don de Savigny, Kara N. Durski, et al. 2021. « A Health Systems Resilience Research Agenda: Moving from Concept to Practice ». *BMJ Global Health* 6(8): e006779. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006779>.

- Sorbello, Sebastiano, Eleonora Bossi, Camilla Zandalasini, Greta Carioli, Carlo Signorelli, Fabio Ciceri, Alberto Ambrosio, Alberto Zangrillo, et Anna Odone. 2021. « After Action Reviews of COVID-19 Response: Case Study of a Large Tertiary Care Hospital in Italy ». *The International Journal of Health Planning and Management* 36(5): 1758-71. <https://doi.org/10.1002/hpm.3258>.
- Sun, Ping, Manli Wang, Tingting Song, Yan Wu, Jinglu Luo, Lili Chen, et Lei Yan. 2021. « The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Frontiers in Psychology* 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.626547>.
- Supiot, A. 2010. *L'esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total*. Paris: Seuil.
- Winkelmann, Juliane, Erin Webb, Gemma A. Williams, Cristina Hernández-Quevedo, Claudia B. Maier, et Dimitra Panteli. 2022. « European Countries' Responses in Ensuring Sufficient Physical Infrastructure and Workforce Capacity during the First COVID-19 Wave ». *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 126(5): 362-72. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.015>.



# 7. La mise en œuvre de la réponse à la pandémie de Covid-19 dans l'État brésilien du Pernambuco

ANDRÉA CARLA REIS ANDRADE, ANA LÚCIA RIBEIRO DE VASCONCELOS, SYDIA ROSANA DE ARAÚJO OLIVEIRA

## Résumé

La pandémie de Covid-19 a exigé des systèmes de santé la mise en œuvre de mesures rapides révélant ainsi l'importance de la préparation de ces systèmes pour faire face aux crises systémiques et démontrer leur capacité de résilience. L'objectif de cette étude est d'évaluer la réponse du système de santé de l'État brésilien du Pernambuco pour faire face à la pandémie de Covid-19. Une étude de cas qualitative a été réalisée à partir d'une analyse documentaire et de 18 entretiens semi-directifs. Elle a montré que les systèmes de santé ont mis en place des mesures relevant de la connaissance de la maladie, de la qualification professionnelle, de la collaboration multi-acteurs et actrices, du renforcement de leur légitimité et de la réduction du sentiment d'incertitude face à la maladie. L'étude a également permis de démontrer l'importance d'impliquer la société civile et les responsables communautaires. Ainsi, la survenue de crises sanitaires, comme la pandémie de Covid-19, impacte considérablement les systèmes de santé. Leur caractère imprévisible représente un défi majeur.

**Mots-clés :** Covid-19, système de santé, résilience, crise, Brésil

## Resumo

A pandemia da Covid-19 exigiu que os sistemas de saúde implementassem medidas rápidas, revelando a importância de prepará-los para lidar com crises sistêmicas e demonstrar a sua resiliência. O objetivo deste estudo é avaliar a resposta do sistema de saúde do estado brasileiro de Pernambuco para lidar com a pandemia da Covid-19. Foi realizado um estudo de caso qualitativo baseado em análise documental e 18 entrevistas semiestruturadas. Foi demonstrado que os sistemas de saúde implementaram medidas relativas ao conhecimento da doença, à qualificação profissional, à colaboração multiatores, fortalecendo a sua legitimidade e reduzindo o sentimento de incerteza face à doença. O estudo também demonstrou a importância de envolver a sociedade civil e os líderes comunitários. Assim, a ocorrência de crises sanitárias, como a pandemia da Covid-19, tem um impacto considerável nos sistemas de saúde. A sua imprevisibilidade é um grande desafio.

**Palavras-chave:** Covid-19, Sistema de Saúde, Resiliência, Crise, Brasil

## Introduction

L'augmentation du nombre de patient-e-s atteint-e-s de Covid-19 (cas Covid) dans le monde a exigé des systèmes de santé de mettre en œuvre des mesures rapides et scientifiquement fondées, visant à maintenir la santé de la population et à renforcer la lutte contre la maladie (Pires Brito *et al.* 2020). Cette pandémie a mis en évidence l'importance pour les services de santé de se préparer à faire face aux crises sanitaires (Glover *et al.* 2020; Alami *et al.* 2021).

Au Brésil, la propagation rapide de la maladie a gravement affecté le système de santé. Les indicateurs élevés de prévalence et de mortalité liés à la Covid-19, ainsi que le manque de direction nationale dans la

formulation d'une réponse unique et cohérente ont contraint les États brésiliens et les municipalités à adopter leurs propres mesures (Kerr *et al.* 2020).

En exigeant à la fois le maintien des fonctionnalités de base d'un système de santé, l'intégration de nouvelles mesures d'urgence, et la mise à disposition de services essentiels, la pandémie a représenté un réel défi pour les systèmes de santé qui ont dû faire preuve d'une capacité de résilience importante (Mustafa *et al.* 2021). La résilience des systèmes de santé repose sur la préparation et la réponse efficace aux événements imprévus, en impliquant des acteur·rice·s stratégiques, des institutions, mais également la population, le maintien des fonctions et la satisfaction des besoins des citoyen·ne·s (Kruk *et al.* 2015).

Blanchet *et al.* (2017) proposent différents niveaux de résilience basés sur la capacité des systèmes de santé à absorber le choc, s'adapter et se transformer face à une situation critique. Ils proposent ainsi quatre dimensions d'analyse de la gestion de la résilience des systèmes de santé : la connaissance, les incertitudes, l'interdépendance et la légitimité. Il est important que les systèmes soient préparés à faire face à des crises systémiques, comme la crise Covid, pour démontrer leur résilience.

Ce chapitre vise à évaluer la réponse adoptée par le système de santé de l'État brésilien du Pernambouc (situé dans la région du Nord-Est du Brésil) pour faire face à la pandémie de Covid-19, afin d'en étudier la résilience (Blanchet *et al.* 2017).

## Méthode

Une étude a été réalisée avec une approche qualitative en utilisant la méthode d'études de cas (Mendes et Sordi 2013). Le Brésil dispose de systèmes de santé mis en place selon différentes zones géographiques et différents niveaux de prise de décision : le niveau fédéral, celui étatique

et celui municipal. Cette étude se concentre sur les systèmes de santé du Pernambouc qui comprennent une articulation entre la sphère étatique et les municipalités. Les données ont été recueillies par le biais de documents et d'entretiens semi-structurés menés avec des responsables du Secrétariat d'État à la Santé du Pernambouc (SES-PE), des secrétaires de la santé et des responsables des domaines stratégiques de la santé municipale. Au total, 18 gestionnaires ont participé. Les entretiens ont été réalisés d'avril à octobre 2020. Après transcription complète, les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu.

Les résultats ont été organisés dans une matrice d'analyse basée sur le cadre conceptuel de la résilience des systèmes de santé (Blanchet *et al.* 2017) (Tableau 1).

**Tableau 1.** Définition des dimensions d'analyse de la résilience des systèmes de santé.

Connaissances	Capacité des systèmes de santé à combiner et à intégrer différentes formes de connaissances.
Incertitudes	Capacité des systèmes de santé à anticiper et à gérer les incertitudes et les événements inattendus.
Interdépendance	Capacité des systèmes de santé à s'engager efficacement et à gérer des dynamiques multiples et des échelles croisées.
Légitimité	Capacité des systèmes de santé à développer des institutions et des normes socialement et contextuellement acceptables.

Source : Blanchet *et al.*, 2017.



# Résultats

## Les connaissances

Cette dimension est liée aux différentes formes de production de connaissances. Il y a eu une préoccupation et un effort de la part des systèmes de santé du Pernambouc pour accéder à l'information complète et en temps réel.

*Donc, notre effort ici en matière de surveillance de la santé était axé sur l'information, afin que nous puissions avoir des informations plus complètes, plus proches de nos besoins et plus proches de la réalité. (Gestionnaire, niveau étatique)*

Le début des signalements des cas Covid dans le monde a alerté les systèmes de santé, les incitant à la recherche rapide d'informations sur l'évolution de la maladie dans d'autres pays, afin de lancer et d'orienter les premières mesures d'adaptation. Face à l'explosion accélérée des cas dans d'autres pays, les systèmes de santé ont compris que la maladie arriverait au Brésil. Ils ont tenté de rechercher des informations rapidement et avec précision.

Ces recherches ont permis de guider le processus décisionnel des gestionnaires de santé du Pernambouc, en apportant les informations nécessaires à la planification des mesures de lutte contre la maladie. Par exemple, parmi les études réalisées, le Secrétariat de Planification et de Gestion du Pernambouc (SEPLAG) a publié une étude évaluant les scénarios possibles auxquels les systèmes de santé pourraient être confrontés. Ils ont estimé les besoins en lits, hospitalisations, assistance ventilatoire, etc.

Cependant, un manque à la fois de réglementations mais aussi d'informations techniques et scientifiques sur la maladie au niveau national a été signalé, en plus de l'absence d'une réglementation unique de la part du ministère de la Santé fédéral.

*Il fallait des informations cohérentes, des informations scientifiques, il fallait que ça vienne du ministère de la santé (...)  
Donc il fallait qu'ils aient fait une commande parapluie pour nous, tu vois? Soutien, mais essentiellement des règles, des instructions, pas de fausses nouvelles, pas d'impressions. (Gestionnaire, niveau étatique)*

Des instruments ont été développés (plans d'urgence, protocoles, règlements d'assistance) pour guider les actions visant l'amélioration des soins de santé et l'amélioration des pratiques professionnelles.

*Nous devons donc donner des instructions sur la tenue vestimentaire, mettre des gants, porter une blouse. Et puis dans quelle mesure était-ce, en fait, nécessaire? Parce que ces choses s'apprennent à l'université. (Gestionnaire, niveau étatique)*

Concernant la connaissance de la maladie par les professionnel-le-s de santé, étant donné qu'il s'agissait d'une nouvelle maladie caractérisée par un fort potentiel de propagation, tout le monde n'était pas systématiquement préparé à y faire face. Le manque de connaissances et de compétences pour soigner les malades a fini par générer des conflits entre professionnel-le-s, par crainte de contamination. L'une des stratégies envisagées par les systèmes de santé du Pernambouc a donc été la formation en vue d'une qualification professionnelle adaptée.

*On a eu de la difficulté, on a donné des formations, on a essayé de qualifier chaque professionnel dans chaque domaine. (...) C'était vraiment une difficulté énorme parce que ceux qui étaient en première ligne ne voulaient pas rester à cause de la peur qui était*

*généree, une panique générale par l'actualité, par tout ce qui se passait, et le manque de connaissances sur la maladie.*  
(Gestionnaire, niveau municipal)

## Les incertitudes

La dimension d'incertitude est la capacité de planifier et de réagir aux chocs même dans un environnement défavorable et incertain. Alors que des premiers cas Covid se confirmaient au Brésil, les systèmes de santé alertés ont commencé à mobiliser les domaines techniques de la surveillance sanitaire.

Parmi les sentiments évoqués par les personnes interrogées, la peur et la sensation de vulnérabilité provoqués par la méconnaissance de la maladie ont été relevées, ainsi que beaucoup de doutes liés au caractère inhabituel de cette pathologie.

Face à l'augmentation rapide du nombre de cas dans le pays, les systèmes de santé du Pernambouc ont dû prendre des mesures immédiates pour lutter contre la Covid-19. La plupart des personnes interrogées ont exprimé un sentiment d'incertitude envahissant pendant cette période.

*[...] préparé, personne ne croit que je l'étais. À ce jour, c'est encore une nouvelle maladie, vous n'avez toujours pas tellement de réponses à ce sujet, mais ma conception personnelle de la gestion, de s'arrêter et de penser comme un tout, pour ne pas succomber aux tumultes de la pandémie, ça m'a beaucoup aidé.* (Gestionnaire, niveau municipal)

Malgré ce sentiment, des scénarios et des projections épidémiologiques ont été réalisées pour tenter de surmonter les incertitudes, les doutes et soutenir les mesures pour faire face à la pandémie.

L'incertitude résultant de ce manque général de connaissances sur la maladie a parfois fini par avoir un impact sur le développement de mesures d'adaptation. En effet, d'après les personnes interrogées, au début de l'augmentation des cas Covid, il n'y avait pas de consignes claires. Il a alors été nécessaire d'en édicter rapidement.

*Il y avait peu de temps pour élaborer le premier plan d'urgence; il y avait peu de temps pour comprendre, exactement, comment nous nous positionnions, comment nous étions placés dans ce scénario, au Brésil. [...] que pourrions-nous avoir du point de vue... non seulement des ressources financières, mais des directives générales, y compris les connaissances, par le ministère de la Santé. (Gestionnaire, niveau étatique)*

## L'interdépendance

La dimension d'interdépendance concerne l'interaction des systèmes de santé avec d'autres secteurs. Des comités de crise ont été créés, composés principalement de représentant·e·s des services de santé et d'autres ministères, en vue de discuter des actions de lutte contre la pandémie et des prises de décision.

*Nous avons créé un comité de confrontation, et je suis devenu président de ce comité. Nous rencontrons toujours le ministère public, des représentants du secrétariat d'assistance sociale, plusieurs représentants du secrétariat de la santé. Les décisions étaient toujours prises par nous. (Gestionnaire, niveau municipal)*

Au cœur de la pandémie, la société civile et les leaders des différentes communautés ont joué un rôle primordial dans la lutte contre la pandémie. Leur collaboration s'est notamment faite à travers un travail efficace de sensibilisation de la population au respect des protocoles sanitaires, mais également par une mobilisation importante et la

distribution de dons matériels d'hygiène, financiers, ou encore alimentaires au sein des communautés, récoltés par différents organismes solidaires. De plus, ces leaders communautaires ont intégré les discussions sur les actions entreprises par les systèmes de santé, faisant ainsi un intermédiaire entre les administrations publiques et leurs communautés et contribuant au dialogue avec la société.

*Nous avons eu le soutien total des dirigeants communautaires. Les chefs religieux aussi. Nous avons eu une réunion avec tous les chefs religieux, nous avons eu une réunion avec des représentants du commerce. Donc, nous avons toujours cherché des leaders communautaires, respectant les protocoles, gardant nos distances. Cela expliquait ce qui se passait, pourquoi nous allions adopter cette attitude, restreindre davantage ou si nous allions libérer un peu plus. C'était toujours d'un commun accord avec tous. (Gestionnaire, niveau municipal)*

D'autres partenaires ont joué un rôle important pour les systèmes de santé du Pernambouc comme les établissements d'enseignement, grâce à l'apport d'un soutien technologique et intellectuel, et notamment d'analyses en laboratoire des tests de diagnostic Covid-19.

L'importance des conseils et des associations de ces différents acteurs dans le processus de planification des actions a été soulignée. Les conseils de santé, en tant que représentations du contrôle social du Système Universel de Santé (SUS), ont été créés à partir de la Constitution fédérale du Brésil. La constitution garantit l'accès universel à la santé pour toute la population brésilienne. Le Conseil des Secrétaires Communaux de la Santé (COSEMS) a été présent dans la définition et l'approbation des stratégies à adopter par les systèmes de santé de l'ensemble du pays.

*Ainsi, une bonne participation du COSEMS (Conseil des Secrétaires Municipaux à la Santé), nous avons convenu que chaque semaine une résolution CIB (Commission Bipartite*

*Intergestionnaire) serait publiée avec en pièce jointe le plan de contingence, qui était les lits, le nombre de lits, les conventions entre l'État et les communes. (Gestionnaire, niveau étatique)*

Dans l'État du Pernambouc, il existait de bonnes relations entre l'État et les municipalités. Cependant, il y avait une difficulté de dialogue avec la sphère fédérale.

*Vous avez aussi des leçons sur comment ne pas le faire, n'est-ce pas, qui a été le démantèlement du gouvernement fédéral, du point de vue d'avoir un seul règlement pour tout le monde, même si tout le monde reconnaît que le Brésil est immense, il y a plusieurs Brésils, mais il nous en fallait un avec un axe central. (Gestionnaire, niveau étatique)*

## La légitimité

La légitimité est liée à la construction d'une relation de confiance entre les systèmes de santé du Brésil, à différents niveaux, et les populations. L'importance du dialogue entre les systèmes de santé du Pernambouc et la population a été renforcée, principalement pour rassurer les gens. Des stratégies, telles que des interviews ou des publications sur les réseaux sociaux, ont été utilisées afin d'informer le plus grand nombre, de manière claire, compréhensible et objective.

*Tous les samedis soirs, je faisais un live, qui avait un large public. Ils ont posé des questions et nous avons répondu à tou-te-s. Nous avons passé presque environ deux heures à répondre aux questions de la population. (Gestionnaire, niveau municipal)*

Il y a eu une reconnaissance par la population des actions entreprises par les systèmes de santé du Pernambouc pour faire face à la pandémie de Covid-19, exprimée par des remerciements. Cela a permis de souligner

l'importance du rôle joué par les gestionnaires dans le processus de mise en œuvre des actions (crédibilité perçue des systèmes de santé du Pernambouc).

*Ils [la population], en quelque sorte, croient encore beaucoup à ce qui a été fait et savent que si on s'est trompé, on s'est trompé avec les meilleures intentions. C'était essayer de bien faire les choses et ce n'était pas basé sur le ressenti, tout ce que nous faisons était toujours très bien étudié. (Gestionnaire, niveau municipal)*

Par ailleurs, un autre aspect important dans la légitimité est la fiabilité des informations divulguées, en particulier des données épidémiologiques. L'importance d'un partage de ces données à la population par les systèmes de santé du Pernambouc a été soulignée.

*La population a compris que la divulgation fiable des données est importante. Quand on dit qu'il y a « tellement de cas », elle [la population] sait qu'il y a « tellement de cas ». Ce nombre est réel, il n'y a pas de sous-déclaration. Nous tenons à le divulguer. Donc, la population a parfaitement compris toute cette question de transparence dans la divulgation des données. (Gestionnaire, niveau municipal)*

Enfin, la transparence a été une caractéristique essentielle dans le processus de planification et de mise en œuvre des mesures de lutte contre la Covid-19. C'était aussi un outil important pour montrer à la société ce que faisaient les systèmes de santé du Pernambouc à cette période.

*Parce que je pense que c'est le mot, vous savez, très transparent, s'ouvrant beaucoup, se montrant beaucoup à la société. Ce truc avec les conférences de presse, si périodiques, auxquelles le secrétaire ne manquait jamais de participer. Je pense que c'était quelque chose de très emblématique, vous savez... (Gestionnaire, niveau étatique)*

## Discussion

Les défis posés par la pandémie de Covid-19 se sont traduits par le souci d'agir rapidement pour contenir la maladie. Une étude réalisée dans l'État brésilien Espírito Santo a permis de mettre en évidence le défi de mettre en œuvre des actions rapidement pour répondre à l'urgence (Massuda et Kemper 2022). Ces actions comprenaient des mesures liées aux capacités de gestion des systèmes de santé résilients définies par Blanchet et al. (2017).

En ce qui concerne la dimension de la connaissance, il a été observé que, dès lors des premiers cas Covid ont été confirmés au Brésil, les domaines techniques des systèmes de santé se sont engagés à rechercher des informations relatives à la maladie et au comportement du virus, en plus de travailler pour mettre à jour et diffuser les données épidémiologiques en temps réel. Forsgren et al. (2022) soulignent certaines stratégies qui peuvent être adoptées pour construire un système de santé résilient : avoir des systèmes de surveillance améliorés, et renforcer la gestion et la capacité des ressources humaines ainsi que les capacités de communication et de collaboration (Forsgren et al. 2022).

Une autre action prioritairement menée a été d'élaborer des plans de contingence. Conformément aux directives du ministère de la Santé, toutes les personnes interrogées ont signalé la construction de plans, en plus de la publication de notes techniques et d'autres instruments informatifs qui ont soutenu les actions (Negri, Jesus et Kruger 2020).

Outre la recherche d'informations précises et la diffusion de supports pédagogiques, l'un des défis mentionnés était la formation professionnelle, principalement liée à la prise en charge des patient-e-s gravement malades. La pénurie de professionnel-le-s a fini par avoir un impact défavorable en raison de la surcharge de celles et ceux de



première ligne qui avaient souvent peur d'être contaminé·e·s, réalisant des journées de travail épuisantes, sans aucun suivi de leur santé mentale (Ranzani Rigotti *et al.* 2022).

Par ailleurs, la pandémie a entraîné la nécessité d'une nouvelle façon de communiquer, notamment entre la communauté scientifique et la société civile, pour une diffusion plus rapide des informations qui émergeaient en grand nombre. Une étude menée dans 12 villes brésiliennes a souligné que la plupart des participant·e·s avaient compris la gravité de la maladie et démontré une grande confiance dans la communauté scientifique. Comme dans les systèmes de santé analysés dans la présente étude, il y avait également un souci de fournir des informations précises à la population, y compris au sein des réseaux sociaux et des entretiens (Massarani *et al.* 2021; Lyng *et al.* 2022).

Enfin, le fait que les systèmes de santé interagissent avec d'autres secteurs et acteur·rice·s a augmenté leurs capacités d'action. Ces interactions ont un pouvoir direct sur la gouvernance des systèmes (Juárez-Ramírez *et al.* 2022). Ainsi, des comités de crise ont été créés pour répondre à la nécessité d'une action intersectorielle. Le ministère de la Santé a notamment créé un comité de crise pour superviser et suivre l'impact de la Covid-19 avec, pour objectif, de coordonner les actions et de conseiller la présidence sur les questions soulevées par la pandémie (Brasil 2020).

Bien que les cas analysés dans cette étude aient mis en évidence une bonne relation entre l'État et les municipalités, certain·e·s répondant·e·s ont signalé un manque de coordination de la part de l'instance fédérale. Ouverney et Fernandes (2022) ont mené une recherche sur les lois approuvées au Congrès national brésilien en 2020. Une plus grande autonomie dans la formulation des politiques publiques a été démontrée, rapprochant ainsi le pouvoir législatif des États et des municipalités. Cela était principalement dû au manque de coordination de l'exécutif au niveau fédéral (Ouverney et Fernandes 2022).

Les résultats de cette étude ont également démontré que les réseaux sociaux étaient utilisés comme des outils de dialogue entre les systèmes de santé et la société. Ils ont participé à la lutte contre la Covid-19 en permettant le partage de directives et d'actualités, et en diversifiant le contenu grâce à de nombreuses ressources audiovisuelles. Il reste malgré tout important de souligner, qu'en parallèle, comme pour les autres moyens de communication, les réseaux sociaux ont également posé de réels défis dans l'information, comme la saturation des données impactant parfois la santé mentale des individus, ou encore la diffusion de *fake news* (Araújo, Silva et Santos 2020). Concernant ce dernier point, la presse d'État a joué un rôle crucial dans l'arrêt de leur propagation en agissant de manière éthique et responsable, en informant fidèlement la population et en ouvrant un espace de communication aux chercheur·euse·s, managers et professionnel·le·s de santé. Au Brésil, la diffusion des *fake news* provenait principalement du chef de l'État, de son équipe et de ses supporters brésiliens, cela ayant possiblement contribué à la propagation rapide et catastrophique de la maladie dans le pays (Falcão et Souza 2021).

## Conclusion

Les crises sanitaires telles que la pandémie de Covid-19 ont des impacts sur différents domaines de la société, en particulier sur les systèmes de santé. L'importance d'analyser la résilience des systèmes de santé a donc été soulignée dans ce chapitre, comme dans les autres chapitres de cet ouvrage collectif, notamment pour apporter des réponses plus rapides et efficaces aux futurs problèmes de santé publique. Dans le cas brésilien, on observe que le manque de coordination au niveau national et le manque de soutien de la part du ministère de la Santé a eu un impact considérable sur les décisions prises par les États et les municipalités en matière de planification. Par conséquent, ces derniers ont été contraints d'adopter des mesures et d'appliquer des protocoles indépendamment

des orientations du ministère de la Santé. Les systèmes analysés ont tenté d'agir rapidement pour contenir la crise. Il est important d'encourager le développement technico-scientifique, en élargissant l'offre du réseau de la santé, en renforçant le dialogue inter-institutionnel avec les acteur-ric-e-s de la société, en augmentant et en formant la main-d'œuvre. Même si le SUS s'est sorti avec brio de cette énorme crise, il faut encore développer des actions qui renforcent sa résilience, en vue non seulement des futures crises susceptibles de survenir, mais aussi pour faire en sorte que cela soit une caractéristique permanente.

## Références

- Alami, Hassane, Pascale Lehoux, Richard Fleet, Jean-Paul Fortin, Joanne Liu, Randa Attieh, Stéphanie Bernadette Mafalda Cadeddu, Mamane Abdoulaye Samri, Mathilde Savoldelli, et Mohamed Ali Ag Ahmed. 2021. « How Can Health Systems Better Prepare for the Next Pandemic? Lessons Learned From the Management of COVID-19 in Quebec (Canada) ». *Frontiers in Public Health* 9 (juin). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671833>.
- Araújo, Alécia Hercidia, Isabella Lins Silva, et Rosely Leyliane dos Santos. 2020. « Evidências científicas acerca do impacto das mídias sociais no enfrentamento da pandemia da COVID-19 ». *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia* 8(3): 766-74. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.16891/2317-434X.v8.e3.a2020.pp766-774>.
- Blanchet, Karl, Sara L. Nam, Ben Ramalingam, et Francisco Pozo-Martin. 2017. « Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework ». *International Journal of Health Policy and Management* 6(8): 431-35. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.

- Brasil. 2020. Decreto no 10.277, de 16 de março de 2020. Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Brasília.
- Falcão, Paula, et Aline Batista de Souza. 2021. « Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil ». *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* 15(1). <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2219>.
- Forsgren, Lena, Fabrizio Tediosi, Karl Blanchet, et Dell D Saulnier. 2022. « Health systems resilience in practice: a scoping review to identify strategies for building resilience ». *BMC Health Services Research* 22(1): 1173. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8>.
- Glover, Rebecca E., May C.I. van Schalkwyk, Elie A. Akl, Elizabeth Kristjansson, Tamara Lotfi, Jennifer Petkovic, Mark P. Petticrew, Kevin Pottie, Peter Tugwell, et Vivian Welch. 2020. « A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions ». *Journal of Clinical Epidemiology* 128 (décembre): 35-48. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.004>.
- Juárez-Ramírez, Clara, Hortensia Reyes-Morales, Gaudencio Gutiérrez-Alba, Diana L Reartes-Peñañiel, Sergio Flores-Hernández, José Alberto Muños-Hernández, André Escalante-Castañón, et Miguel Malo. 2022. « Local health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Mexico ». *Health Policy and Planning* 37(10): 1278-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac055>.
- Kerr, Ligia, Carl Kendall, Antônio Augusto Moura da Silva, Estela Maria L Aquino, Julia M Pescarini, Rosa Livia Freitas de Almeida, Maria Yury Ichihara, et al. 2020. « COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados ». *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (suppl 2): 4099-4120. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>.

- Kruk, Margaret E, Michael Myers, S Tornorlah Varpilah, et Bernice T Dahn. 2015. « What is a resilient health system? Lessons from Ebola ». *The Lancet* 385(9980): 1910-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).
- Lyng, Hilda Bø, Carl Macrae, Veslemøy Guise, Cecilie Haraldseid-Driftland, Birte Fagerdal, Lene Schibevaag, et Siri Wiig. 2022. « Capacities for resilience in healthcare; a qualitative study across different healthcare contexts ». *BMC Health Services Research* 22(1): 474. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07887-6>.
- Massarani, Luisa, Ione Maria Mendes, Vanessa Fagundes, Carmelo Polino, Yuri Castelfranchi, et Bertha Maakaroun. 2021. « Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras ». *Ciência & Saúde Coletiva* 26(8): 3265-76. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>.
- Massuda, Adriano, et Elisandréa Sguario Kemper. 2022. « O SUS capixaba na Covid-19: a capacidade de resiliência do sistema de saúde ». In *Inovações na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta à covid-19.*, édité par Adriano Massuda et Elisandréa Sguario Kemper, 125-27. Porto Alegre: Editora Rede Unida. <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Livro-Inovacoes-na-Gestao-em-Saude-e-a-Resiliencia-do-SUS-a-experiencia-capixaba-na-resposta-a-Covid-19.pdf>.
- Mendes, Geisa Do Socorro Cavalcanti Vaz, et Mara Regina Lemes de Sordi. 2013. « Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas ». *EccoS – Revista Científica*, no 30 (avril): 93-112. <https://doi.org/10.5585/eccos.n30.3697>.
- Mustafa, Saqif, Yu Zhang, Zandile Zibwowa, Redda Seifeldin, Louis Ako-Egbe, Geraldine McDarby, Edward Kelley, et Sohail Saikat. 2021. « COVID-19 Preparedness and Response Plans from 106 countries: a review from a health systems resilience perspective ». *Health Policy and Planning*, juillet. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab089>.

- Negri, Fabiana Luiza; Jesus, Edivane de; KRÜGER, Tania Regina. 2020. « Planos de contingência em razão da Pandemia de COVID-19: subsídios para elaboração ». Núcleo de Estudos e Pesquisa: Trabalho, Questão Social e América Latina, 25 juin 2020. [https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/textoplanosdecontingeecc82ncia\\_dssufsc1.pdf](https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/textoplanosdecontingeecc82ncia_dssufsc1.pdf).
- Ouverney, Assis Luiz Mafort, et Fernando Manuel Bessa Fernandes. 2022. « Legislativo e Executivo na pandemia de Covid-19: a emergência de uma conjuntura crítica federativa? » *Saúde em Debate* 46 (spe1): 33-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e102>.
- Pires Brito, Sávio Breno, Isaque Oliveira Braga, Carolina Coelho Cunha, Maria Augusta Vasconcelos Palácio, et Iukary Takenami. 2020. « Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI ». *Vigilância Sanitária em Debate* 8(2): 54-63. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01531>.
- Ranzani Rigotti, Ariane, Cristina Mara Zamarioli, Patrícia Rezende do Prado, Flávia Helena Pereira, et Fernanda Raphael Escobar Gimenes. 2022. « Resiliência de Sistemas de Assistência à Saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência ». *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0210pt>.

# 8. La gestion de la pandémie de Covid-19 par deux hôpitaux de la ville de Tokyo

AYAKO HONDA, TOYOMITSU TAMURA, HIROKO BABA, HARUKA KODOI,  
SHINICHIRO NODA

## Résumé

Cette étude examine les perturbations subies par deux hôpitaux publics japonais durant les première et deuxième vagues de la pandémie de Covid-19 et les processus par lesquels ils ont surmonté ces perturbations. Une approche holistique d'études de cas multiples a été utilisée. Au total, 57 entretiens ont été menés avec les personnels de ces hôpitaux.

Confrontés à une maladie infectieuse jusqu'alors inconnue, les hôpitaux ont dû faciliter la prestation de soins aux patient-e-s atteint-e-s de Covid-19 tout en fournissant des services de santé limités non-Covid. Dès les premiers stades de la pandémie, ils ont ainsi entrepris des stratégies d'absorption, d'adaptation et de transformation dans les domaines de la gouvernance hospitalière, des ressources humaines, du contrôle des infections nosocomiales, de la gestion de l'espace et des infrastructures et de la gestion des matériels et équipements. Le processus visant à surmonter les perturbations causées par la pandémie a été complexe et la solution à un problème a souvent causé d'autres problèmes. Pour se préparer aux futurs chocs sanitaires et renforcer la résilience, il est

impératif de davantage étudier les facteurs organisationnels du système de santé qui renforcent les capacités d'absorption, d'adaptation et de transformation des hôpitaux.<sup>1</sup>

**Mots-clés** : Covid-19, prestation de services de santé, hôpital, Japon, résilience

## Abstract

The COVID-19 pandemic has caused serious disruptions to health systems across the world. While the pandemic has not ended, it is important to better understand the resilience of health systems by looking at the response to COVID-19 by hospitals and hospital staff. Part of a multi-country study, this study looks at the first and second waves of the pandemic in Japan and examines disruptions experienced by hospitals because of COVID-19 and the processes through which they overcame those disruptions. A holistic multiple case study design was employed, and two public hospitals were selected for the study. A total of 57 interviews were undertaken with purposively selected participants. A thematic approach was used in the analysis. The study found that in the early stages of the pandemic, faced with a previously unknown infectious disease, to facilitate the delivery of care to COVID-19 patients while also providing limited non-COVID-19 health care services, the case study hospitals undertook absorptive, adaptive, and transformative actions in the areas of hospital governance, human resources, nosocomial infection control, space and infrastructure management, and management of supplies. The process of overcoming the disruptions caused by the pandemic was complex, and the solution to one issue often caused other

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article Ayako Honda, Toyomitsu Tamura, Hiroko Baba, Haruka Kodoi & Shinichiro Noda. 2023. "How Hospitals Overcame Disruptions in the Early Stages of the COVID-19 Pandemic: A Case Study from Tokyo, Japan". *Health Systems & Reform* 9 (2): 2175415



problems. To inform preparations for future health shocks and promote resilience, it is imperative to further investigate both organizational and broader health system factors that build absorptive, adaptive, and transformative capacity in hospitals.

**Keywords:** COVID-19, health care service delivery, hospital, Japan, resilience

## Introduction

La pandémie de Covid-19 a causé de graves perturbations au sein des systèmes de santé dans le monde entier, quel que soit le statut socio-économique ou la situation géographique de la population touchée. Les premiers jours de la pandémie, en particulier, ont posé d'énormes défis aux fournisseurs de soins de santé qui ont réagi à la propagation inattendue d'un virus inconnu tout en continuant à fournir des services de santé à la population (Webb *et al.* 2021). La réaction de nombreux systèmes de santé à la pandémie a été entravée par des problèmes préexistants et systémiques, tels que les pénuries de personnel de santé, la fragmentation de la prestation des services de santé, la rupture des chaînes d'approvisionnement pour les biens et équipements médicaux et l'insuffisance des systèmes d'information sur la santé (European Observatory on Health Systems and Policies 2020).

Bien que l'importance de la résilience ait été défendue depuis l'apparition de la crise financière mondiale et de l'épidémie d'Ébola (Thomas *et al.* 2013; Blanchet *et al.* 2017; Meyer *et al.* 2018), la pandémie de Covid-19 a souligné son importance pour les systèmes de santé (Khalil *et al.* 2022). La résilience fait référence à la capacité de ces systèmes à absorber, s'adapter et se transformer en réponse aux perturbations causées par une crise et à maintenir leur fonction essentielle de soins de santé pendant la crise (Turenne *et al.* 2019). Les hôpitaux, en tant qu'acteurs clés du système de santé, ont joué un rôle majeur dans la fourniture de soins aux

patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 (patient·e·s Covid) tout en maintenant la fourniture de services de routine (Webb *et al.* 2021; Berger *et al.* 2022; Winkelmann *et al.* 2021). Un nombre considérable d'études examinent la résilience des systèmes de santé en réponse à la Covid-19 (Unruh *et al.* 2022; Rajan *et al.* 2022; Forsgren *et al.* 2022), mais celles portant sur les réponses des hôpitaux à la pandémie sont plus rares (Khalil, Mataria et Ravaghi 2022; Khalil *et al.* 2022).

La présente étude se concentre sur l'expérience et les réponses de deux hôpitaux publics japonais et de leurs personnels lors des première et deuxième vagues de la pandémie de Covid-19, de mars à septembre 2020. Le premier cas de Covid-19 au Japon a été identifié le 15 janvier 2020 chez un rapatrié de Wuhan, en Chine (Okabe 2021). En février 2020, un cluster de Covid-19 est apparue sur un navire de croisière ancré au large de Yokohama (Yamagishi *et al.* 2020). La recrudescence des cas a commencé en mars 2020. En réponse à la première vague (mars-mai 2020), l'état d'urgence a été déclaré par le gouvernement entre le 16 avril et le 25 mai 2020. Alors que plus de cas ont été enregistrés au cours de la deuxième vague (juillet-septembre 2020) que de la première, l'état d'urgence à l'échelle nationale n'a pas été déclaré en raison d'une réduction du nombre de cas graves et d'un taux de mortalité plus faible (Okabe 2021). Au contraire, le gouvernement a introduit des politiques visant à revitaliser l'économie tout en assouplissant les restrictions sur les voyages intérieurs et les rassemblements de masse (Tokumoto *et al.* 2021). En décembre 2022, plus de 27 millions de personnes avaient été infectées au Japon et environ 54 000 étaient mortes de la Covid-19 (World Health Organization 2022).

## Méthode

L'étude a utilisé une approche holistique d'étude de cas multiple, qui implique deux cas et une seule unité d'analyse (Yin 2018). Les cas sont deux hôpitaux publics qui ont joué un rôle clé dans le dépistage et le traitement de la Covid-19 à Tokyo, au Japon. L'unité d'analyse est le processus visant à surmonter les perturbations causées par la pandémie de Covid-19. En vertu de la loi japonaise, certains hôpitaux sont affectés au traitement des patient·e·s atteint·e·s de « maladies infectieuses désignées » (感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 [Act on the prevention of infectious diseases and medical care for patients with infectious diseases] 1998). Au début de la pandémie, la Covid-19 a été classée comme une maladie infectieuse désignée, de sorte qu'un hôpital (hôpital 1) affecté au traitement des maladies infectieuses a été sélectionné pour la présente étude. Cependant, en raison de l'ampleur de la pandémie, les établissements de santé autres que ceux affectés au traitement des maladies infectieuses désignées ont également fourni des soins aux patient·e·s Covid, de sorte que l'étude a sélectionné un autre hôpital (hôpital 2) qui n'a pas été spécifiquement affecté au traitement des patient·e·s Covid. Les deux hôpitaux se trouvent dans le même district, mais ont eu des fonctions différentes au cours des premiers stades de la pandémie : un hôpital tertiaire qui prodigue principalement des soins aux cas graves de Covid-19, et un hôpital secondaire principalement responsable du traitement des patient·e·s présentant des symptômes modérés. Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques des hôpitaux.

Tableau 1 : Caractéristiques des hôpitaux étudiés.

	Hôpital 1		Hôpital 2		
Nombre de lits	760		520		
Nombre de membres du personnel	1,500		840		
Services cliniques	43		36		
Patient-e-s ambulatoires par jour	1,900		1,000		
Patient-e-s hospitalisé-e-s par jour	630 (services généraux)		420		
Types de patient-e-s recevant des soins	Covid	Principalement des cas graves	Principalement des cas modérés		

Les données ont été recueillies entre septembre et décembre 2020 à partir des entrevues avec des informateur-riche-s clés et de l'examen de la documentation. Le cadre analytique du projet HoSPiCOVID a été utilisé pour examiner les perturbations subies par les prestataires de soins de santé dues à la Covid-19 et les processus par lesquels les hôpitaux ont absorbé, et se sont adaptés et transformés en réponse à la pandémie (Ridde *et al.* 2021). Au total, 57 entretiens individuels ont été entrepris. Les participant-e-s ont été recruté-e-s pour représenter 1) les différentes catégories d'emploi (médecins, infirmier-ère-s, technicien-ne-s de laboratoire, pharmacien-ne-s, radiologues, ingénieur-e-s de santé, administration/responsables d'hôpitaux); 2) les rôles au sein de l'hôpital et de ses services (administration/responsable, cadres intermédiaires, travailleur-se-s de première ligne); et 3) le niveau de participation à la fourniture de services Covid (Tableau 2).

Tableau 2 : Entretiens individuels réalisés par groupe professionnel.

Groupe professionnel	Hôpital 1	Hôpital 2	Total
Médecins	18	7	25
Infirmier-ère-s	11	7	18
Technicien-ne-s de laboratoire, pharmacien-ne-s, radiologues, ingénieur-e-s de santé	7	4	11
Administration/Responsables d'hôpitaux	2	1	3
Total	38	19	57

La résilience fait référence à la capacité des systèmes de santé à maintenir des fonctions essentielles en cas de crise ou de « choc sanitaire ». Elle implique un processus d'absorption, d'adaptation et de transformation (Turenne *et al.* 2019). L'analyse a examiné les processus d'absorption (compréhension/persistance), d'adaptation (changement incrémental) et de transformation (changement systémique durable) (Gilson *et al.* 2020) entrepris par les hôpitaux confrontés à des perturbations des pratiques de travail normales en raison de la pandémie de Covid-19. Un cadre analytique a été utilisé pour présenter systématiquement le processus par lequel les hôpitaux ont surmonté les perturbations, en particulier : (1) les perturbations subies par les prestataires de soins de santé (« effets » de la pandémie); (2) les processus d'absorption, d'adaptation et de transformation entrepris pour faire face aux perturbations (« stratégies » mises en place par les hôpitaux et leurs personnels); et 3) les conséquences, positives et négatives, de ces stratégies (« impacts » perçus par les personnels) (Ridde *et al.* 2021).

## Résultats

### Gouvernance hospitalière

#### *Effets*

En février et mars 2020, alors que les cas augmentaient au Japon, les hôpitaux se sont mobilisés pour accueillir les patient·e·s Covid tout en continuant à fournir des services non-Covid. Les gouvernements préfectoraux coordonnaient les prestataires de soins de santé locaux et s'efforçaient d'augmenter le nombre de lits disponibles. Cependant, certains hôpitaux n'acceptaient pas les patient·e·s Covid (Tokumoto *et al.*

2021). Les hôpitaux traitant les patient·e·s Covid ont alors dû supporter une charge de travail et un risque de contamination accrus. Le personnel hospitalier était très préoccupé par ce virus « inconnu ».

*Le nombre de patients a rapidement augmenté avant que nous ne réalisions pleinement ce qui se passait. Nous devions continuer à faire notre travail et soigner les patients [Covid-19]. Nous étions toujours anxieux, mais nous n'avions pas le temps de réfléchir à la raison de cette anxiété, ni de la comprendre pleinement. (Infirmière, Hôpital 1)*

## *Stratégies*

Les deux hôpitaux étudiés ont accepté les patient·e·s Covid (l'un était désigné pour traiter les maladies infectieuses, et l'autre était axé sur la santé communautaire). Après avoir informé le personnel de leurs décisions, les gestionnaires des hôpitaux ont créé des groupes de travail, en collaboration avec les équipes de lutte contre les infections hospitalières, pour discuter des opérations à mener pendant la pandémie de Covid-19. Ces groupes de travail ont mis en place des plateformes de communication permettant une collaboration étroite entre les expert·e·s en gestion hospitalière et en matière de lutte contre les infections et les responsables de tous les services de l'hôpital. L'objectif était de coordonner et faciliter l'action collective en temps opportun.

*Afin d'assurer la cohérence de la réponse à la pandémie, nous avons organisé un groupe de travail de manière à ce que les personnes expertes en matière de lutte contre les infections travaillent avec les responsables de l'hôpital et les représentants de tous les services de l'hôpital. (Administration/Responsable, Hôpital 1)*

Dans l'un des hôpitaux étudiés, en consultation avec les équipes de lutte contre les infections hospitalières, les groupes de travail ont facilité l'élaboration de « plans de poursuite des activités » afin de décrire la fonction et les procédures opérationnelles pour chaque service clinique.

Pour faire face à la mauvaise répartition de la charge et des risques entre les établissements de santé d'un district, un hôpital étudié a pris l'initiative de coordonner les établissements de santé locaux, l'administration locale de la santé et le gouvernement local afin de créer un système temporaire pour orienter les patient·e·s Covid dans différents hôpitaux du district.

*Les choses ont évolué rapidement... Des discussions ont eu lieu avec directeurs des huit hôpitaux du district, avec lesquels nous collaborons étroitement, ainsi qu'avec l'association médicale du district. Ensuite, avec le responsable de l'association médicale du district, nous avons demandé au chef de district de créer un modèle de prestation de tests PCR et de soins liés à la Covid-19... Le contrôle des lits et l'extension des tests PCR constituaient des défis de taille à l'époque... Sur la base de ces discussions, nous avons élaboré un plan d'action, qui a de nouveau été discuté avec le gouvernement du district... Le chef du gouvernement du district a accepté nos idées et d'utiliser le budget du district pour mettre en œuvre le plan proposé.*  
(Médecin, hôpital 1)

## *Impacts*

Les deux hôpitaux ont édicté des dispositions générales pour le traitement des patient·e·s Covid, tout en fournissant des services de santé limités non-Covid. Les groupes de travail ont contribué à renforcer la coordination entre les services cliniques, les mécanismes de

responsabilisation pour expliquer les décisions des gestionnaires de l'hôpital et les plateformes de communication pour partager de l'information sur la situation à l'hôpital.

Le modèle d'aiguillage régional a facilité la collaboration entre les établissements de santé d'un même district et a permis aux établissements de partager les rôles et les responsabilités en matière de dépistage et de traitement de la Covid-19 dans le district.

## Gestion des ressources humaines

### *Effets*

Au cours de la première vague pandémique, il n'y a pas eu suffisamment de personnel de santé pour soigner les patient-e-s Covid en raison de l'augmentation rapide du nombre de patient-e-s, des mesures de lutte contre les infections nosocomiales prenant plus de temps et du personnel hospitalier requis pour assumer des tâches supplémentaires. En outre, le personnel en contact étroit avec les personnes infectées a été mis en quarantaine, ce qui a restreint davantage la disponibilité du personnel. Les routines organisationnelles des hôpitaux ont été considérablement affectées par le nombre insuffisant de personnel de santé et spécialisé dans les unités de soins intensifs pour fournir les soins nécessaires aux cas Covid graves.

Tout au long de la première et de la deuxième vague, il a été difficile de maintenir la motivation et d'apaiser les craintes de contamination chez le personnel de santé. Les causes sous-jacentes du stress des professionnel-le-s de première ligne comprenaient : les charges de travail et les responsabilités mal réparties et lourdes, l'inconnu (du virus et de la



prise en charge), la peur de d'être contaminé-e, et une pression continue sur les professionnel-le-s pour qu'ils et elles restent non-infecté-e-s (discrimination de la population générale à leurs égards).

*Le nombre d'infirmières qui démissionnent de l'hôpital a augmenté... et il y a un nombre croissant d'infirmières qui prennent des congés en raison de la pression psychologique et du stress. (Médecin, Hôpital 2)*

## *Stratégies*

Afin d'accroître le personnel de santé disponible pour prendre en charge les patient-e-s Covid, les hôpitaux ont eu recours à du personnel temporaire d'autres hôpitaux, en particulier pour soigner les cas Covid graves au début de la première vague. Ils ont mobilisé du personnel de santé de plusieurs services hospitaliers pour fournir des soins aux patient-e-s Covid (partage de tâches entre les services), et ont transféré certaines tâches au personnel administratif et aux infirmier-ière-s, en particulier lorsque les services externes non-cliniques ont été suspendus.

Pour répondre aux problèmes de peur, de stress et de motivation, les gestionnaires intermédiaires des hôpitaux ont accru la communication et le dialogue avec leur personnel et ont répondu à leurs besoins et préoccupations.

*Notre service organise une réunion matinale quotidienne, et j'y passe beaucoup de temps à partager des informations sur la Covid-19 et sur ce qu'il faut faire pour prévenir le risque d'infection, car je pense qu'une bonne information sur les mesures de contrôle réduit la peur du personnel de mon service. (Médecin, Hôpital 1)*

Des approches novatrices ont été adoptées pour motiver le personnel. Dans l'un des hôpitaux étudié, une « approche de la douleur totale » a été introduite pour soigner les patient-e-s Covid, ce qui a permis de relancer le professionnalisme chez les infirmier-ière-s.

*[Du fait des lourdes charges de travail et des nombreuses tâches supplémentaires], un certain nombre d'infirmières ont commencé à se demander ce que signifiait le métier d'infirmière et à perdre le sens des soins... et donc, pour renforcer leur motivation en tant qu'infirmières, j'ai réfléchi à ce qui pourrait être fait pour s'engager auprès des patients du point de vue des infirmières. C'est une démarche que nous poursuivons actuellement. Nous nous sommes rendu compte que les patients atteints de Covid-19 étaient souvent confrontés à une « souffrance » psychologique et sociale. Je suis un-e infirmier-ière certifié-e en soins palliatifs et j'ai pensé que nous pourrions appliquer l'« approche de la douleur totale » [utilisée en soins palliatifs] aux soins des patient-e-s Covid-19 et demander aux patients quels étaient leurs problèmes... De cette façon, les patient-e-s pourraient également développer leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes après leur sortie de l'hôpital... (Infirmier-ière, Hôpital 2)*

## *Impacts*

Les hôpitaux ont appliqué des stratégies visant à accroître les ressources humaines disponibles pour fournir des soins aux patient-e-s Covid, notamment la création d'équipes de soins multiservices.

*Dans notre hôpital, il y avait une pénurie de lits de soins intensifs. Au début [de la pandémie], nous avons reçu de l'aide de l'extérieur de l'hôpital... mais finalement, d'autres services de l'hôpital ont pris en charge certaines tâches, de sorte que certains cas ont été traités conjointement par le service de médecine respiratoire, d'autres par*

*le service de soins intensifs et... par le service des urgences... En effet, il n'était pas possible pour le seul service des maladies infectieuses d'assurer le traitement [lors de l'augmentation rapide des cas] et la collaboration avec d'autres services était nécessaire. (Médecin, Hôpital 1)*

Cependant, les soins impliquant différents services ont parfois donné lieu à des désaccords sur l'approche à retenir.

*[Les personnels de santé des différents services cliniques] envisagent parfois les problèmes sous des angles différents. Au début, nous avons discuté [des stratégies de soins pour un cas], mais [la discussion] pouvait en fait créer un certain stress. (Médecin, Hôpital 1)*

Le transfert de tâches a également créé des tâches supplémentaires pour le personnel hospitalier, en particulier les infirmier·ière·s et le personnel administratif, dont la charge de travail a considérablement augmenté.

*En mars et avril [2020], nous [le personnel administratif] avons eu l'impression que, quels que soient le temps et le personnel dont nous disposions, ce n'était jamais assez. (Administration/Responsable, Hôpital 1)*

## Gestion du risque d'infection nosocomiale

### *Effets*

Au début de la pandémie, compte tenu de la nature inconnue du virus, il n'existait pas de lignes directrices claires pour contenir les risques associés à la contamination par la Covid-19. Les méthodes de contrôle des infections n'étaient pas claires, ce qui provoquait de la peur et de

l'inquiétude chez le personnel hospitalier. En outre, il était difficile d'éviter les contacts entre les patient·e·s Covid et les autres patient·e·s. Les hôpitaux ont eu du mal à imposer strictement des mesures de prévention des infections, telles que le port du masque, aux patient·e·s.

*Certains patients ne portaient pas de masque à ce moment-là [début de la première vague]... même lorsque nous leur avons donné des serviettes en papier pour couvrir leur bouche [car ils n'avaient pas de n'avaient pas de masque]... Certains n'ont pas suivi pas suivi les instructions. (Infirmier·ière, Hôpital 2)*

Il était également nécessaire d'empêcher la Covid-19 d'entrer dans l'hôpital par l'intermédiaire de visiteur·se·s non-hospitalisé·e·s (ex. fournisseurs de matériel et d'équipements, prestataires de services externes, participant·e·s à des activités de formation).

## *Stratégies*

Les équipes de lutte contre les infections hospitalières ont fourni des conseils réguliers sur les mesures de lutte contre les infections et ont supervisé quotidiennement tous les services pour assurer le respect de ces mesures et répondre aux questions des professionnel·le·s. Elles ont créé des manuels de lutte contre les infections au virus SRAS-CoV-2 à l'hôpital.

Étant donné que la circulation du personnel et des patient·e·s augmente les risques de contamination, les procédures de prestation de soins ont été modifiées pour minimiser les mouvements du personnel. Les hôpitaux ont également introduit un dépistage thermographique des personnes entrant dans l'hôpital, imposé l'utilisation d'un désinfectant pour les mains et restreint les visiteurs en ne permettant pas à la famille et aux ami·e·s de rendre visite aux patient·e·s hospitalisé·e·s.

En outre, il a été interdit à tous les fournisseurs d'entrer dans les bâtiments hospitaliers et tous les cours de formation impliquant des participant-e-s externes ont été reportés. Des mesures restrictives ont été prises à l'encontre du personnel hospitalier afin de réduire les risques d'infection à l'extérieur de l'hôpital, telles que le fait d'interdire aux médecins de travailler à l'extérieur de l'hôpital, de restreindre les voyages de travail et d'interdire à plusieurs personnes de dîner ensemble.

### *Impacts*

Les stratégies mises en œuvre ont contribué à réduire le risque d'infection nosocomiale. La communication entre le personnel hospitalier et leur supervision régulière par les équipes de lutte contre les infections hospitalières ont renforcé les connaissances sur le risque d'infection et la prévention des infections dans les hôpitaux et ont contribué à minimiser les risques d'infection au sein du personnel hospitalier.

*Lavage des mains, désinfection des doigts, port du masque – la lutte contre les infections nous oblige à entreprendre des actions préventives presque 100% du temps. (Personnel paramédical, Hôpital 1)*

À l'inverse, les restrictions des déplacements physiques et des communications en face à face au sein de l'hôpital rendaient difficile la prestation de certains types de services, comme la médecine d'équipe impliquant une interaction fréquente en personne entre le personnel de santé de plusieurs départements et les soins infirmiers impliquant une communication étroite avec les patient-e-s. En outre, la restriction des activités quotidiennes à l'extérieur de l'hôpital, comme les repas au restaurant, a supprimé un moyen de soulagement du stress pour le personnel de l'hôpital.

# Réorganisation des espaces et infrastructures

## *Effets*

La loi japonaise stipule que les maladies infectieuses désignées doivent être traitées dans des hôpitaux spécifiques. Cependant, dans des situations d'urgence et/ou inévitables, les gouvernements préfectoraux sont autorisés à décider si d'autres hôpitaux peuvent fournir des soins pour les maladies infectieuses désignées. Les administrateurs locaux de la santé ont eu du mal à trouver des lits pour accueillir les cas symptomatiques de Covid-19, en particulier dans les régions où les taux d'infection sont élevés (Hamaguchi *et al.* 2020). L'augmentation rapide et inattendue du nombre de patient-e-s Covid en mars et avril 2020 a entraîné un manque fréquent de lits d'hôpital.

Au Japon, de nombreux établissements de santé n'ont pas été conçus structurellement ou adéquatement équipés pour accueillir un grand nombre de patient-e-s atteints de maladies infectieuses. En règle générale, les bâtiments hospitaliers japonais sont structurés de manière à accueillir différents services cliniques sur différents étages, ou sections d'étages, et ont généralement une entrée principale et une autre pour les cas d'urgence, ce qui rend difficile d'éviter les contacts entre les patient-e-s Covid et d'autres patient-e-s.

## *Stratégies*

Les hôpitaux étudiés ont créé des allocations de services et de lits désignés pour les patient-e-s Covid en déplaçant certain-e-s patient-e-s vers d'autres services et/ou hôpitaux. Au cours de la première vague, tous les lits de soins intensifs disponibles ont été utilisés pour les cas Covid graves, tandis que les patient-e-s non-Covid nécessitant des soins

intensifs ont été transférés dans des unités de soins élevés. Pour sécuriser les lits pour les patient·e·s Covid, les hôpitaux ont limité les services non-Covid aux soins et aux procédures d'urgence. Plus précisément, les hôpitaux ont arrêté la chirurgie électorale nécessitant une intubation endotrachéale pour l'anesthésie générale.

Les hôpitaux ont également créé des services ambulatoires désignés pour les personnes présentant des symptômes liés à la Covid-19. Dans l'un des hôpitaux d'étude, un service ambulatoire désigné a été développé pour être un site de dépistage à l'échelle du district pour la Covid-19, et la zone de stationnement de l'hôpital a été utilisée à cette fin. Au début de la pandémie, en raison de l'urgence, des approches simples et rapides ont été utilisées, plutôt que des changements substantiels dans les infrastructures hospitalières.

### *Impacts*

Les hôpitaux ont été en mesure de traiter les patient·e·s Covid présentant des symptômes à la fois modérés et sévères et de réduire les risques d'infection entre les patient·e·s en minimisant leurs mouvements entre les lits et les salles. Pour sécuriser l'espace réservé aux patient·e·s Covid, les gestionnaires de l'hôpital ont dû se coordonner en interne avec les services hospitaliers et à l'extérieur avec d'autres hôpitaux. L'espace désigné nécessitait un plus grand nombre d'infirmier·ière·s et de médecins et une redistribution du personnel de santé entre les départements. La limitation des services non-Covid a entraîné une diminution des recettes des hôpitaux et une mauvaise répartition de la charge de travail parmi le personnel hospitalier.

*En ce qui concerne la charge de travail du personnel [comme les hôpitaux limitaient les services non-Covid], il y a eu un clivage entre le personnel dont la charge de travail a été considérablement réduite et ceux qui ont vu leur charge de travail augmenter considérablement. (Médecin, Hôpital 2)*

## Gestion de l'approvisionnement en médicaments et consommables

### *Effets*

Au début de la pandémie, le personnel hospitalier craignait une pénurie de désinfectants, de masques et autres équipements de protection individuelle (EPI). En mars et avril 2020, l'approvisionnement en masques et désinfectants a diminué, en partie en raison de leur achat massif par la population générale (dû à la panique provoquée par le virus). Les prix du marché ont augmenté, exacerbant la crainte de pénuries chez le personnel hospitalier.

Avant la Covid-19, le Japon dépendait en grande partie des importations de masques, de désinfectants, et de nombreuses matières premières utilisées pour produire des médicaments. La qualité des masques, des EPI et autres produits de lutte contre les infections a été négativement affectée par la disponibilité limitée de matières premières importées, ce qui a empêché la production de fournitures de lutte contre les infections au Japon. Certains médicaments sont devenus moins disponibles en raison de la réduction de l'offre de matériaux importés.



*Les masques chirurgicaux ont été remplacés par des masques fabriqués à partir de matériaux moins coûteux. Autrefois, ils étaient meilleurs... Aujourd'hui, ils ont été remplacés par des masques moins chers. (Médecin, Hôpital 1)*

## *Stratégies*

Les hôpitaux ont modifié leurs pratiques de gestion des médicaments et consommables à la suite de la pandémie. L'un des hôpitaux a introduit une gestion centralisée des fournitures, plutôt qu'une gestion par département. En outre, le personnel de l'hôpital a réduit au minimum l'utilisation inutile des fournitures et a utilisé ses propres ressources (comme les lunettes de protection plutôt que les protections faciales) et/ou des matériaux faits à la main. Les gouvernements locaux ont distribué des fournitures aux hôpitaux fournissant des soins contre la Covid-19 et du matériel de lutte contre les infections a été donné par des particuliers et des organisations. Pour remédier à la pénurie de certains médicaments, à la demande des pharmaciens, les médecins ont modifié les pratiques d'ordonnance pour utiliser les médicaments disponibles.

## *Impacts*

Les fournitures de lutte contre les infections n'ont pas été épuisées au cours des deux premières vagues mais, au début de la pandémie, leur qualité s'est détériorée. L'approvisionnement régulier en matériel a permis d'atténuer la peur et le stress chez le personnel hospitalier qui a finalement estimé que le risque d'infection avait bien été géré.

Grâce au don [de matériel de lutte contre les infections], ainsi qu'à l'utilisation prudente du stock de l'hôpital, nous avons réussi à obtenir suffisamment de fournitures de contrôle des infections, ce qui a créé un sentiment de sécurité chez le personnel de l'hôpital. (Médecin, Hôpital 1)

## Discussion

Les stratégies employées par les deux hôpitaux étudiés étaient quasi similaires, même si certaines réponses propres aux hôpitaux reflétaient leurs rôles et responsabilités dans le système de santé. Par exemple, au début de la pandémie, l'hôpital 1 a temporairement recruté du personnel d'autres hôpitaux (des spécialistes de l'unités de soins intensifs), alors que l'hôpital 2 ne l'a pas fait. L'hôpital 1 a utilisé cette stratégie parce que plus de personnel qualifié/expérimenté en soins intensifs était requis, car l'hôpital acceptait un plus grand nombre de patient·e·s Covid sévères.

Bien que les écrits examinant en détail les réponses des hôpitaux à la Covid-19 soient limités, de nombreuses stratégies utilisées dans les hôpitaux japonais étaient similaires aux stratégies rapportées dans d'autres pays présentant des contextes socio-économiques similaires. Par exemple, dans de nombreux pays d'Europe et d'Amérique du Nord, pour prévenir l'infection nosocomiale, les prestations de soin non-urgentes ont été reportées pendant la première vague de la pandémie (Webb *et al.* 2021). Les hôpitaux ont créé des unités désignées de lutte contre la Covid-19, mobilisé du personnel de santé supplémentaire et/ou réaffecté du personnel hospitalier existant, et adopté des mesures temporaires pour atténuer les pénuries d'EPI afin de traiter les patient·e·s Covid tout en continuant à prodiguer des soins à d'autres patient·e·s (Winkelmann *et al.* 2021). Un certain nombre de solutions novatrices ont été signalées qui ont permis aux hôpitaux de poursuivre les prestations de services tout en faisant face à divers défis causés par la pandémie (Gomez *et al.*

2022; Hodgins *et al.* 2021). Cependant, certaines stratégies portaient sur des questions spécifiques au contexte japonais. Par exemple, en raison de l'absence de mécanismes clairs d'orientation des patient·e·s Covid dans le système de santé japonais, des mécanismes temporaires d'orientation au niveau des districts étaient nécessaires pour coordonner leur orientation dans différents hôpitaux du district.

Le processus visant à surmonter les perturbations causées par la pandémie était complexe et la solution à un problème (par exemple, le contrôle des infections nosocomiales) pouvait créer des problèmes ailleurs (par exemple, une charge de travail plus lourde, un stress psychologique plus élevé). Toutefois, les hôpitaux ont mis en place des groupes de travail qui ont permis une collaboration étroite entre les gestionnaires et les expert·e·s en matière de lutte contre les infections, ils ont facilité la coordination et la communication interministérielles au sein des hôpitaux et ont appuyé d'autres mesures d'adaptation et de transformation. Les hôpitaux peuvent mieux se préparer aux futurs chocs sanitaires en déterminant quels facteurs améliorent leur capacité à absorber le choc survenu, à adapter leurs pratiques et à transformer leurs opérations. Plusieurs études ont examiné des facteurs qui peuvent renforcer la résilience des établissements de santé, y compris les dimensions « dures » (par exemple, l'infrastructure) et « douces » (p. ex., le leadership et la gestion) de l'organisation (Barasa, Mbau et Gilson 2018; Khalil *et al.* 2022; Mohtady Ali *et al.* 2022). Toutefois, en s'appuyant sur l'expérience de la pandémie de Covid-19, il est impératif de poursuivre l'étude des actions stratégiques des hôpitaux pour faire face aux chocs sanitaires, de mieux comprendre les interactions entre les dimensions des opérations hospitalières et d'identifier les facteurs qui soutiennent l'action stratégique.

Des questions sociétales plus larges qui échappent au contrôle des prestataires de soins de santé, telles que le soutien communautaire, les services sociaux pour les parents qui travaillent, ou encore les comportements de prévention des infections des personnes ont également affecté la prestation de soins de santé Covid et non-Covid au

cours des premières vagues de la pandémie. Plus important encore, les problèmes structurels et institutionnels du système de santé japonais ont affecté la capacité des hôpitaux à fournir des services en temps opportun aux patient·e·s Covid.

## Conclusion

Durant les premiers stades de la pandémie, face à une maladie infectieuse jusque-là inconnue, les deux hôpitaux japonais étudiés ont entrepris des stratégies et actions d'absorption, d'adaptation et de transformation pour fournir des soins aux patient·e·s Covid tout en continuant à fournir des services aux patient·e·s non-Covid. Le processus visant à surmonter les perturbations causées par la pandémie a été complexe et la solution à un problème a souvent causé d'autres problèmes. Il est impératif d'étudier plus en détail les facteurs organisationnels qui soutiennent la capacité d'absorption, d'adaptation et de transformation des hôpitaux pour éclairer leurs réponses à de futurs chocs sanitaires. De plus, une étude plus approfondie est nécessaire pour identifier les facteurs plus généraux du système de santé qui favorisent la résilience des prestataires de soins de santé en période de choc sanitaire.

## Références

Barasa, Edwine, Rahab Mbau, et Lucy Gilson. 2018. « What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. » *International Journal of Health Policy and Management* 7(6): 491-503. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.06>. [https://www.ijhpm.com/article\\_3460\\_c345c9e12775645b1d1f07d2d4dacdd8.pdf](https://www.ijhpm.com/article_3460_c345c9e12775645b1d1f07d2d4dacdd8.pdf).

- Berger, E., J. Winkelmann, H. Eckhardt, U. Nimptsch, D. Panteli, C. Reichebner, T. Rombey, et R. Busse. 2022. « A country-level analysis comparing hospital capacity and utilisation during the first COVID-19 wave across Europe. » *Health Policy* 126(5): 373-81. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.009>.
- Blanchet, K., S. L. Nam, B. Ramalingam, et F. Pozo-Martin. 2017. « Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. » (2322-5939 (Electronic)).
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2020. *EUROHEALTH: COVID-19 Health System Response*.
- Forsgren, Lena, Fabrizio Tediosi, Karl Blanchet, et Dell D. Saulnier. 2022. « Health systems resilience in practice: a scoping review to identify strategies for building resilience. » *BMC Health Services Research* 22(1): 1173. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8>. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8>.
- Gilson, Lucy, Soraya Ellokori, Uta Lehmann, et Leanne Brady. 2020. « Organizational change and everyday health system resilience: lessons from Cape Town, South Africa. » *Social Science & Medicine* 266: 113407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113407>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306262>.
- Gomez, M. L., M. Kerveillant, M. Langlois, N. Lot, et M. Raux. 2022. « Organizational innovation under constraints: The case of covid patients' flow management in Parisian hospitals. » *Health Serv Manage Res*: 9514848221115243. <https://doi.org/10.1177/09514848221115243>.
- Hamaguchi, Ryoko, Kay Negishi, Masaya Higuchi, Masafumi Funato, June-Ho Kim, et Asaf Bitton. 2020. « A regionalized public health model to combat COVID-19: lessons from Japan. » *Health Affairs Blog* July 22, 2020. <https://doi.org/doi:10.1377/hblog20200721.404992>.

- Hodgins, Michael, Dee van Leeuwen, Jeffrey Braithwaite, Johanna Hanefeld, Ingrid Wolfe, Christine Lau, Emma Dickins, Joanne McSweeney, Mary McCaskill, et Raghu Lingam. 2021. « The COVID-19 System Shock Framework: Capturing Health System Innovation During the COVID-19 Pandemic. » *International journal of health policy and management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.130>.  
<http://europepmc.org/abstract/MED/34814662>. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.130>.
- Khalil, Merette, Awad Mataria, et Hamid Ravaghi. 2022. « Building resilient hospitals in the Eastern Mediterranean Region: lessons from the COVID-19 pandemic. » *BMJ Global Health* 7 (Suppl 3): e008754. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008754>. [http://gh.bmj.com/content/7/Suppl\\_3/e008754.abstract](http://gh.bmj.com/content/7/Suppl_3/e008754.abstract).
- Khalil, Merette, Hamid Ravaghi, Dalia Samhouri, John Abo, Ahmed Ali, Hala Sakr, et Alex Camacho. 2022. « What is “hospital resilience”? A scoping review on conceptualization, operationalization, and evaluation. » *Frontiers in Public Health* 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.1009400>.
- Meyer, D., T. Kirk Sell, M. Schoch-Spana, M. P. Shearer, H. Chandler, E. Thomas, D. A. Rose, E. G. Carbone, et E. Toner. 2018. « Lessons from the domestic Ebola response: Improving health care system resilience to high consequence infectious diseases. » (1527-3296 (Electronic)).
- Mohtady Ali, H. Auid-Orcid, J. Ranse, A. Roiko, et C. Desha. 2022. « Investigating Organizational Learning and Adaptations for Improved Disaster Response Towards « Resilient Hospitals: » An Integrative Literature Review. » (1945-1938 (Electronic)).
- Okabe, N. 2021. « これまでの出来事の総括 [COVID-19. Topics:II. Summary and chronology of COVID-19 in Japan]. » *Nihon Naika Gakkai Zasshi* 109 (11): 2264-269.

- Rajan, Selina, Martin McKee, Cristina Hernández-Quevedo, Marina Karanikolos, Erica Richardson, Erin Webb, et Jonathan Cylus. 2022. « What have European countries done to prevent the spread of COVID-19? Lessons from the COVID-19 Health system response monitor. » *Health Policy* 126(5): 355-61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.005>.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022000616>.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, Patrick Cloos, Arnaud Duhoux, Jean-Christophe Lucet, Lola Traverson, Sydia Rosana de Araujo Oliveira, Gisele Cazarin, Nathan Peiffer-Smadja, Laurence Touré, Abdourahmane Coulibaly, Ayako Honda, Shinichiro Noda, Toyomitsu Tamura, Hiroko Baba, Haruka Kodoi, et Kate Zinszer. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). » *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Thomas, S., Sarah Keegan C Fau – Barry, Richard Barry S Fau – Layte, Matt Layte R Fau – Jowett, Charles Jowett M Fau – Normand, et C. Normand. 2013. « A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. » (1472-6963 (Electronic)).
- Tokumoto, A, H Akaba, H Oshitani, K Jindai, K Wada, et T Imamura. 2021. *COVID-19 health system response monitor: Japan*. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-east Asia.
- Turenne, Charlotte, Lara Gautier, Stephanie Degroote, Etienne Guillard, Fanny Chabrol, et Valéry Ridde. 2019. « Conceptual analysis of health systems resilience: a scoping review. » *Social Science & Medicine* 232: 168-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>.

- Unruh, Lynn, Sara Allin, Greg Marchildon, Sara Burke, Sarah Barry, Rikke Siersbaek, Steve Thomas, Selina Rajan, Andriy Koval, Mathew Alexander, Sherry Merkur, Erin Webb, et Gemma A. Williams. 2022. « A comparison of 2020 health policy responses to the COVID-19 pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America. » *Health Policy* 126(5): 427-37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.012>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102100169X>.
- Webb, Erin, Cristina Hernández-Quevedo, Gemma Williams, Giada Scarpetti, Sarah Reed, et Dimitra Panteli. 2021. « Providing health services effectively during the first wave of COVID-19: a cross-country comparison on planning services, managing cases, and maintaining essential services. » *Health Policy* 126(5): 382-90. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.016>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001147>.
- Winkelmann, J., E. Webb, G. A. Williams, C. Hernández-Quevedo, C. B. Maier, et D. Panteli. 2021. « European countries' responses in ensuring sufficient physical infrastructure and workforce capacity during the first COVID-19 wave. » *Health Policy* 126(5): 362-72. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.015>.
- World Health Organization. 2022. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. WHO (Geneva, Switzerland). <https://covid19.who.int>.
- Yamagishi, T, H Kamiya, M Suzuki, et K Kakimoto. 2020. *ダイヤモンド・プリンセス号新型コロナウイルス感染症事例における事例発生初期の疫学* [Epidemiology of the early stages of the novel coronavirus outbreak on the Diamond Princess]. National Institute of Infectious Diseases, Japan.
- Yin, Robert K. 2018. *Case study research and applications: design and methods*. 6th ed. éd. Thousand Oaks: SAGE Publications.



感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 [Act on the prevention of infectious diseases and medical care for patients with infectious diseases]. 1998. Dans 平成十年法律第百十四号 [Act No. 114 of 1998].



# 9. Soutenir le personnel hospitalier délesté pendant la pandémie de Covid-19 dans deux hôpitaux de la région de Montréal. Quels styles de leadership?

LARA GAUTIER, MORGANE GABET, ARNAUD DUHOUX, LOLA TRAVERSON, VALÉRY RIDDE, KATE ZINSZER, PIERRE-MARIE DAVID

## Résumé

À travers le monde entier, la pandémie de Covid-19 a eu un impact important sur les ressources humaines en santé, en particulier dans les contextes où ces ressources étaient déjà fragiles. Au Québec, pour pallier la pénurie de ressources humaines en santé et contenir les éclosions de Covid-19 dans les établissements de soins de longue durée, de nombreux personnels hospitaliers (dont une majorité d'infirmier·ière·s) ont été transférés dans ces établissements, avec des degrés variables de soutien. Afin de mieux comprendre les liens entre le style de leadership et la résilience, nous avons mené une analyse comparative qualitative de deux hôpitaux dans la région métropolitaine de Montréal au Québec. Nous avons exploré l'expérience de 27 répondant·e·s concernant les outils de soutien psychosocial fournis au personnel hospitalier. Nos résultats ont souligné comment la conception et la mise en œuvre des outils de soutien ont révélé des différences majeures entre les styles de leadership des

deux hôpitaux : styles centrés sur le leader ou sur les subordonnés. L'expression de ces styles de leadership a été largement façonnée par des politiques récentes, notamment une réforme politique majeure de 2015, qui a imposé une prise de décision plus centralisée dans le système de santé.<sup>1</sup>

**Mots-clés** : Covid-19, hôpital, leadership, ressources humaines en santé, soutien, Québec

## Introduction

Les établissements de santé sont en première ligne de la réponse aux crises, étant le premier point de contact pour le triage, la détection et le traitement (Denis et al., 2021). Dans les hôpitaux, les routines quotidiennes des ressources humaines en santé (RHS) ont été considérablement affectées par la Covid-19 – ce qui a affecté leur capacité à faire face aux crises. De plus, pour contenir les éclosions de Covid-19, plusieurs gouvernements ont permis aux hôpitaux d'envoyer leur personnel dans les services et établissements les plus touchés, un phénomène organisationnel désigné ici sous le nom de « délestage ». Cette décision a entraîné des changements profonds pour le personnel délesté, avec des conséquences importantes pour leur bien-être au travail (Khajuria et al., 2021).

Des études antérieures ont montré que, durant une crise, les dirigeant-e-s jouent un rôle central et crucial pour soutenir le bien-être et la résilience du personnel au travail (Grint, 2020; Obrien et al., 2021). Le leadership est défini comme « la relation entre les individus qui dirigent et ceux qui

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article Gautier L, Gabet M, Duhoux A, et al. *Supporting Reassigned Hospital Staff During the COVID-19 Pandemic in the Montreal Region: What Does it say About Leadership Styles?* Canadian Journal of Nursing Research. 2023; 55(4): 472-485. doi:10.1177/08445621231192044

choisissent de les suivre, tout en faisant référence au comportement de diriger et de coordonner les activités d'une équipe ou d'un groupe de personnes vers un objectif commun » (Sfantou et al., 2017, p. 1). Selon cette définition, plusieurs styles de leadership coexistent, dont certains présentent des caractéristiques spécifiques qui peuvent aider les organisations à traverser les crises. Un nombre limité d'études ont examiné les relations entre les styles de leadership des organisations de soins de santé et/ou des gestionnaires, et la préparation ou l'adéquation de la réponse des organisations ou des gestionnaires envers les RHS durant les crises. Alors que plusieurs études ont décrit l'expérience du délestage – c'est-à-dire, le transfert exceptionnel de RHS vers d'autres services et établissements (Juan et al., 2022; Kennedy et al., 2022), il n'existe à notre connaissance aucune littérature reflétant le phénomène de délestage en relation avec les styles de leadership dans le contexte de la réponse à la crise de la Covid-19.

Les styles de leadership peuvent être classés en deux catégories, à savoir les styles centrés sur le leader et les styles centrés sur les subordonnés. Les styles de leadership centrés sur le leader incluent le leadership transactionnel, autoritaire et laissez-faire. Ces styles sont plus souvent trouvés dans les organisations ayant des structures de gouvernance hiérarchiques et descendantes. Parmi les styles de leadership centré sur les subordonnés, le style le plus courant est le leadership transformationnel. Les leaders transformationnels responsabilisent, inspirent et motivent les subordonnés à innover et à opérer des changements dans les organisations à travers une vision collective et une plus grande appropriation de leur travail (Bass, 1985). Les leaders transformationnels sont généralement des leaders empathiques. D'autres styles centrés sur les subordonnés incluent le « leadership inclusif » et le « leadership serviteur ». Le « leadership inclusif » fait référence à un ensemble d'efforts du leader pour inviter et apprécier la contribution des membres du groupe tout en renforçant leur sentiment d'appartenance au groupe (Nembhard & Edmondson, 2006). Ce style de leadership a été exploré dans le contexte de la pandémie, montrant ainsi l'influence du

style de leadership inclusif dans la réduction de la détresse psychologique des infirmier·ière·s pendant la crise Covid à Wuhan (Zhao et al., 2020). L'objectif des leaders serviteurs est de servir leurs subordonnés; ils interagissent avec eux pour obtenir de l'autorité plutôt que du pouvoir (Allen et al., 2016). Enfin, en suggérant de dépasser la dichotomie leader-subordonné, la définition du « leadership bienveillant » de Tomkins & Simpson va au-delà des leaders compatissants en réaffirmant l'agentivité humaine et la conscience du personnel (Tomkins & Simpson, 2015).

La présente étude est fondée sur la théorie du leadership transformationnel. Selon cette théorie, les effets et les impacts du leadership sont généralement révélés à travers les yeux du personnel d'une organisation (Bass, 1985). Les perceptions du personnel concernant les actions du leadership fournissent ainsi des preuves de l'efficacité du leadership. Plusieurs études ont décrit les effets des sous-catégories du leadership transformationnel, telles que le leadership managérial compatissant (Oruh et al., 2021) et/ou le leadership adaptatif (Laur et al., 2021) sur la réponse des organisations de soins de santé en temps de crise. Parmi ces études, aucune n'a conceptualisé les styles de leadership dans le contexte d'organisations de soins de santé spécifiques.

Notre étude a examiné comment deux hôpitaux contrastés au Québec ont soutenu les RHS lors de la première et de la deuxième vague de la pandémie (de mars à juin 2020 et de septembre 2020 à février 2021). Le Québec est la province canadienne qui a connu le taux de mortalité le plus élevé dû à la Covid-19 lors des deux premières vagues de la pandémie (Canada, 2020). L'expérience du Québec est significative car, en plus d'une répartition géographique inadéquate des RHS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022), la deuxième province la plus peuplée du Canada rencontre des défis récurrents pour retenir leur personnel, notamment dans les structures hospitalières. Ces problèmes de rétention sont principalement dus aux impacts des réformes antérieures du système de santé et un manque récurrent de flexibilité pour concilier vie familiale et professionnelle (Dubois, 2020). La loi 10 est un élément clé

pour comprendre la (ré)organisation hospitalière au Québec. Elle reposait principalement sur l'intégration institutionnelle administrative et la centralisation du pouvoir au niveau macro-politique (provincial).

Selon divers analystes, le changement de vision induit par le projet de loi s'est fait au détriment de la santé publique, des services de soins de longue durée et des services sociaux (Quesnel-Vallée & Carter, 2018). La mise en œuvre de la loi 10 s'est en effet traduite par un recentrage sur les hôpitaux, qui sont le plus grand et le plus coûteux des éléments des nouveaux centres intégrés (CISSS et CIUSSS). Au sein des hôpitaux, une centralisation accrue du pouvoir et la suppression des cadres intermédiaires ont augmenté la distance entre les équipes cliniques et les équipes dirigeantes. Ainsi, plus de 20% des cadres intermédiaires ont été supprimés, ce qui signifie moins de communications avec les équipes cliniques placées sous leur responsabilité (Denis et al., 2021). Au niveau individuel (niveau micro), une conséquence plausible de ce problème est l'augmentation de la détresse psychologique au travail. En 2019, près de 40% de l'absentéisme des RHS dans le secteur de la santé était dû à des problèmes de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). De nombreuses RHS dans les établissements de soins de longue durée ont été infectées par la Covid-19, et leur absentéisme a conduit à un abandon massif des résident-e-s, laissant les établissements encore plus vulnérables aux éclosions de cas Covid. Au total, 62,6% de tous les décès dus à la Covid-19 au Québec en 2020 ont été identifiés dans les établissements de soins de longue durée (Institut National de Santé Publique du Québec, 2020).

Pour pallier cette pénurie de RHS et endiguer l'épidémie de Covid-19 dans les établissements de soins de longue durée, de nombreux membres du personnel hospitalier ont été transférés dans ces établissements, avec des conséquences importantes pour leur santé mentale (Cyr et al., 2021).

S'appuyant sur une analyse comparative de deux hôpitaux de la région métropolitaine de Montréal, au Québec, cette étude visait à répondre à la question de recherche suivante : Quels styles de leadership se reflètent à

travers les outils de soutien psychosocial au personnel hospitalier délesté dans les services de soins de longue durée pendant les première et deuxième vagues de la pandémie dans la région de Montréal ?

## Méthodes

### Conception de l'étude et sélection des cas

La présente étude repose sur deux études de cas contrastées (Yin, 2009), deux hôpitaux (C1 et C2) situés dans la région métropolitaine de Montréal, au Québec (Canada).

Nous avons sélectionné deux établissements de soins de santé touchés par la pandémie au Québec qui reflétaient une expérience différenciée de la crise de la Covid-19, principalement basée sur des critères géographiques et institutionnels contrastés. Ces cas d'hôpitaux sélectionnés au Québec, situés dans deux des zones les plus touchées de la province, représentaient en effet des types d'organisations contrastées à la suite du projet de loi 10, en ce qui concerne leur intégration institutionnelle respective, les territoires de santé couverts et leur champ d'intervention respectif (le cas 1 étant un hôpital pédiatrique spécialisé et autonome; le cas 2 étant un hôpital général intégré dans un réseau régional et supervisant de nombreux établissements de soins de santé différents relevant de sa zone de compétence), comme expliqué ci-dessous.



## Description des cas

Le premier cas (C1) est un hôpital de Montréal spécialisé en pédiatrie. C'est le plus grand établissement pédiatrique du Canada et l'un des quatre plus grands centres pédiatriques d'Amérique du Nord, avec 550 lits. En 2021, C1 comptait 6 383 employé·e·s, dont 1 757 infirmier·ière·s et aides-soignant·e·s, ainsi que 574 médecins, dentistes et pharmaciens (Anon., 2021). Contrairement à la grande majorité des hôpitaux du Québec, qui ont fait l'objet de la vaste opération de fusion du projet de loi 10 (Larivière, 2018), C1 ne fait pas partie d'un centre intégré de santé et de services sociaux. L'hôpital bénéficie d'une certaine autonomie, il n'a pas de responsabilité territoriale envers d'autres établissements, contrairement à d'autres hôpitaux de Montréal. L'hôpital dispose d'un budget annuel de plus de 410 millions de dollars.

Le deuxième cas (C2) est un grand hôpital de la région métropolitaine de Montréal. Cet hôpital fait partie d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS; les centres universitaires intégrés de santé et de services sociaux sont appelés CIUSSS), avec un bassin de population et une géographie très étendue. Cet hôpital général a été créé en 1978 et offre des services de santé à environ 450 000 habitant·e·s. En 2021, C2 comptait 621 lits d'hôpital et 751 lits de maison de soins infirmiers. En 2015, C2 comptait 10 357 employé·e·s, dont 24% d'infirmier·ière·s. Son budget annuel est d'environ 970 millions de dollars.

## Collecte des données

La première auteure et le dernier auteur ont réalisé des entrevues approfondies via Zoom ou par téléphone avec des membres du personnel hospitalier des deux hôpitaux C1 et C2 en appliquant une stratégie d'échantillonnage intentionnel. Nous avons cherché à refléter un large éventail de perceptions des processus de décision de délestage, ainsi que

diverses expériences de délestage. Nous avons donc cherché à recruter différentes catégories de personnel hospitalier (médecins, infirmier·ière·s, conseiller·ière·s en prévention et contrôle des infections, gestionnaires, préposé·e·s aux bénéficiaires, etc.). Les participant·e·s aux entrevues ont été recruté·e·s par l'intermédiaire de personnes-ressources dans chaque hôpital, puis par une stratégie d'échantillonnage en boule de neige.

Un total de 27 personnes interviewées dans les hôpitaux (soit 15 dans C1 et 12 dans C2) ont participé à une entrevue d'une heure. Davantage de détails sur les participant·e·s et leur niveau de responsabilité sont disponibles dans une publication complémentaire (Gautier et al. 2023).

## Approche d'analyse

Les entrevues ont été enregistrées, transcrites et codées à l'aide de QDAMiner par la première, la deuxième et le dernier auteur. Le codage a été guidé par l'approche et les principes du *framework analysis*, c'est-à-dire en développant progressivement des comptes rendus descriptifs et explicatifs pour donner un sens aux données (Smith & Firth, 2011). De plus, conformément à l'approche de recherche HoSPiCOVID, au lieu d'analyser chaque hôpital séparément, nous avons adopté une perspective comparative. Nous avons assuré la cohérence du codage entre les trois analystes en nous réunissant régulièrement; ces réunions nous ont permis de développer un arbre de codage commun (disponible sur demande) et de discuter et résoudre les problèmes analytiques. Ces stratégies ont contribué à améliorer la fiabilité de notre codage et la crédibilité de notre analyse (O'Connor & Joffe 2020). Trois thèmes ont émergé inductivement grâce à ce processus : 1) L'expérience des hôpitaux concernant les décisions de délestage du personnel lors de la première vague de la pandémie; 2) L'expérience individuelle des répondant·e·s en matière d'interventions visant à soutenir les conditions de travail et le

bien-être du personnel délesté; et 3) Les représentations des répondant·e·s sur les styles de leadership révélés lors du processus de délestage.

## Résultats

### Expérience des hôpitaux en matière de décisions liées au délestage du personnel lors de la première vague de la pandémie

Tout d'abord, dès le début de la première vague, la pandémie de Covid-19 a augmenté la charge de travail des hôpitaux. Pour plusieurs participant·e·s des deux hôpitaux C1 et C2, la première vague de la pandémie pour les RHS signifiait effectivement davantage d'heures de travail, ce qui pouvait se traduire par une fatigue à la fois physique et « cognitive ».

Cependant, la Covid-19 n'a pas eu le même impact sur les deux hôpitaux en termes de nombre de patient·e·s. Au moment de l'apparition massive de foyers de Covid-19 dans les établissements de soins de longue durée de la région de Montréal, C1, étant un hôpital pédiatrique, avait très peu de patient·e·s, tandis que C2, étant un hôpital « classique » du CISSS couvrant une large population, gérait des afflux de patient·e·s Covid dans ses unités. Par conséquent, C1 et C2 ont vécu la décision provinciale de délestage du personnel vers d'autres services et établissements de manière très différente.

La principale différence résidait dans l'approche adoptée pour le délestage du personnel, de force ou par choix. Au début et avant l'application des ordonnances ministérielles, C2 a commencé à déplacer son personnel sur une base volontaire, vers les établissements supervisés

par le CISSS ayant les besoins les plus aigus. Cette approche comprenait la distribution de primes mensuelles de 1 000 \$ pour le personnel envoyé dans les établissements de soins de longue durée supervisés par le CISSS. Ce volontariat s'est transformé en obligation lorsque les ordonnances ministérielles ont été appliquées.

En revanche, C1, compte tenu de son statut non intégré (c'est-à-dire ne faisant pas partie d'un CI(U)SSS), a transféré son personnel vers des services hospitaliers dédiés (par exemple, son propre centre de dépistage) et vers des établissements externes ayant des besoins aigus dans différentes zones géographiques de Montréal. Les cadres supérieur·e·s de C1 lançaient des appels à volontaires sur une base pilote, ce qui a ensuite conduit à une montée en puissance progressive vers différents établissements à travers Montréal.

Le plan de délestage a été dirigé par les équipes de direction de niveau supérieur de C1, en collaboration avec le directeur de l'hôpital et les responsables des départements et des unités des CIUSSS et des hôpitaux avec lesquelles elles entretenaient des relations antérieures. Au total, 150 volontaires de C1 ont été délesté·e·s dans différentes zones de Montréal sur une période de sept semaines, d'avril à juin 2020. Dans C2, environ 700 membres du personnel ont été délestés, la grande majorité (environ 400) étant envoyée dans des établissements de soins de longue durée supervisés par la direction de C2.

Pour les répondant·e·s des deux hôpitaux C1 et C2, le délestage du personnel créé par la crise de la Covid-19 a également contribué à générer et consolider un sentiment de solidarité entre les établissements dans diverses zones de Montréal. Ce sentiment aurait contribué à la motivation et au sens de la coopération pour partager des ressources et de la documentation, dépassant ainsi la concurrence entre les établissements. Dans C2, certain·e·s répondant·e·s ont souligné le soutien apporté par l'échange de connaissances sur la prévention des infections dans la région du Grand Montréal.

## Expérience individuelle des répondant·e·s ou perceptions des interventions visant à soutenir les conditions de travail et le bien-être du personnel délesté

En raison de la loi 10, de nombreuses RHS déployées dans les établissements de soins de longue durée étaient déjà vulnérables, notamment concernées par l'épuisement professionnel. Les deux hôpitaux ont fourni différentes formes de soutien.

## Outils de soutien institutionnel avant et pendant le délestage

Un élément instrumental du plan de délestage pour C1 consistait à offrir une formation aux volontaires avant leur délestage dans les établissements de soins de longue durée (publics et privés). La formation durait deux jours et comprenait les bases de la gériatrie et des informations sur la manière de gérer la détresse et l'anxiété des patient·e·s et de leurs familles. En plus de ces contenus, le programme de formation comprenait une session sur la gestion de l'anxiété et de la détresse psychologique du personnel.

Le service a joué un rôle crucial dans le soutien du personnel délesté tout au long de la crise. En collaboration avec le coordonnateur du délestage du personnel, le service a également mis en place un suivi téléphonique systématique et quotidien pour chaque membre du personnel délesté. Les responsables appelaient leurs employé·e·s pour s'assurer que le délestage se déroulait bien et que l'employé·e était bien soutenu·e. De plus, pour communiquer sur les bases de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements de soins de longue durée, l'équipe de prévention des infections de C1 a créé le poste d'« agent·e Covid ». Ces agent·e·s

Covid ont été envoyé·e·s avec le personnel délesté en tant que soutien supplémentaire, pour mettre en place des zones rouges, oranges et chaudes dans les établissements de soins de longue durée.

C2 a mis en place une « formation de base » pour le personnel envoyé dans les unités de soins intensifs et/ou les établissements de soins de longue durée, ainsi qu'une ligne téléphonique spéciale pour le personnel délesté ayant besoin de conseils et/ou d'accompagnement psychologique. Cependant, les structures de soutien institutionnel n'étaient pas aussi proactives. La formation pour le personnel délesté était considérée comme trop précipitée, et l'hôpital n'avait pas de service de santé du personnel dédié à leur bien-être au travail, comme dans C1. De plus, étant donné que les responsables de l'hôpital C2 étaient eux ou elles-mêmes délesté·e·s, le suivi et la communication avec leurs employé·e·s étaient impossibles. Globalement, le manque de continuité managériale, y compris la communication pendant le délestage, a suscité des critiques. Le personnel délesté a notamment déploré que la personne chargée des communications sur le délestage (par exemple, qui, où) change constamment. Au bout de quelques semaines, la direction de C2 a décidé de nommer un nouveau chef de département, responsable des « délesté·e·s », ainsi qu'une équipe de travailleur·se·s psychosoc·iaux·iales dédiée au personnel délesté.

Ces interventions ne semblaient pas répondre pleinement aux besoins (c'est-à-dire une formation et une préparation adéquates avant le délestage), peut-être parce qu'elles ont été mises en place trop tard dans le processus. Après la première vague de Covid-19, la gestion du personnel délesté a été longuement discutée par la direction de C2, avec le désir d'améliorer le soutien au personnel délesté, en particulier le soutien psychologique. Les répondant·e·s de C1 ont mentionné d'autres mesures mises en place par la direction de l'hôpital pour protéger le personnel délesté contre l'infection au virus SRAS-CoV-2 – notamment la fourniture d'EPI pour tout le monde dans les établissements où le personnel était envoyé.

## Processus de soutien après le délestage

Pour celles et ceux qui ont été délesté·e·s, revenir à leur poste d'origine dans les hôpitaux était difficile. Pour C1, ces dernier·ière·s se rendaient compte à quel point leur expérience était différente de celle de leurs collègues non délestés.

En outre, de nombreux membres du personnel délesté ont éprouvé une détresse psychologique, certains ayant vécu un traumatisme en raison des conditions désastreuses de soins dans une partie des établissements de soins de longue durée (sous-effectifs, abandons des patient·e·s souvent dénutri·e·s et déshydraté·e·s). Pour le service de santé du personnel de C1, il était crucial d'anticiper ce problème : ils ont créé une courte vidéo (45 minutes) pour préparer le personnel délesté lorsqu'il reviendrait, et ont organisé des séances de groupe, ainsi que des réunions de débriefing, où le personnel pourrait parler du « choc du retour » en se basant sur les vidéos. De plus, un débriefing complet et « soigné » a été organisé à leur retour pour faciliter la réintégration du personnel dans l'hôpital. Ce débriefing comprenait la formation des responsables et des personnes chargées de superviser/organiser le processus de réintégration, ainsi que la conception d'un système de soutien pour le « relestage » et la réintégration.

Les répondant·e·s de C1 ont noté que le personnel délesté avait le sentiment d'être bien soutenu pendant le processus de délestage après leur retour.

Dans C2, le personnel a connu des conditions plus difficiles lorsqu'il est revenu à ses unités hospitalières d'origine, car le processus de réintégration n'a pas été anticipé et préparé autant qu'il l'a été dans C1. Plus important encore, dans C2, à part accorder quelques jours de congé (lorsque c'était possible) et offrir l'accès à une équipe de travailleur·se·s

psychosociaux, traiter les conséquences du choc psychologique associé au déstagement n'était pas considéré comme une priorité dans les plans de rétablissement et de réintégration.

Un responsable de C2 a déclaré que les impacts négatifs du déstagement du personnel persistaient, constatant de nombreuses démissions de la part du personnel qui avait été délesté et dont la spécialité était très demandée, ce qui était particulièrement problématique. Certains membres du personnel non délestés ont également demandé leur démission, car ils avaient eux aussi subi des changements organisationnels (par exemple, leur équipe clinique étant complètement réorganisée avec un personnel supplémentaire ou moins nombreux). En réponse à cela, les répondant-e-s ont souligné l'importance d'organiser des réunions de suivi fréquentes avec les responsables.

## Outils de soutien par les pairs

Dans les deux hôpitaux, C1 et C2, les cadres ont mis en place un système de travail en duos ou en dyades : un membre du personnel délesté était assigné à un autre membre du personnel délesté qui se soutiendraient mutuellement tout au long du processus de déstagement. Certains membres du personnel de C2 ont exprimé des sentiments mitigés à l'égard de cette configuration aux vues des conditions de travail qui restaient très difficiles.

Dans C1, le système de travail par les pairs était appelé « *battle buddies* » (littéralement, « copains de combat »), un concept emprunté au secteur humanitaire. Un tel système de travail en duos/dyades a ouvert la voie à des liens entre pairs plus spontanés et au partage d'informations, comme par exemple la création d'une page Facebook pour le personnel délesté.



## *Reconnaissance*

Plusieurs stratégies ont été développées pour mettre en évidence l'importance des efforts déployés par le personnel délesté. Des primes individuelles ont été accordées au personnel délesté dans C1 et dans C2. C2 a également envoyé des lettres de reconnaissance à tout le personnel délesté lors de leur retour. Sur les médias sociaux, une « campagne de reconnaissance » pour les RHS (en particulier celles qui avaient été délestées) a également été mise en place. Dans C1, le responsable du service de santé du personnel a également créé spontanément des formes d'interaction plus personnalisées avec le personnel délesté.

D'autres répondant-e-s ont souligné combien le personnel de C1 était privilégié de bénéficier d'un tel soutien. Ces stratégies étaient perçues comme renforçant le sentiment de sécurité et de confiance du personnel au sein de l'organisation.

## *Représentations des répondant-e-s sur les styles de leadership révélés par le processus de délestage*

Les répondant-e-s ont offert leurs propres réflexions et analyses sur le processus de prise de décision de délestage et le soutien qui en découlait, faisant référence à différents styles de leadership. D'un point de vue de la structure organisationnelle, la loi 10 était perçue comme introduisant un modèle de prise de décision plus centralisé et descendant. Selon les personnes interrogées, la réforme a effectivement introduit une structure descendante qui a également agi comme un facteur prédisposant majeur en termes de leadership. Plus précisément, pour les participant-e-s, le fait que l'hôpital soit intégré ou non dans un CI(U)SSS permettait l'expression de certaines caractéristiques des styles de leadership. Ces caractéristiques peuvent être divisées en deux catégories : d'une part, les

formes de leadership « autoritaire » et « laissez-faire » descendant (*top-down*), et d'autre part, le style de leadership « maternel », possiblement davantage ascendant (*bottom-up*).

Tout d'abord, la mise en œuvre de la loi 10 a entraîné un renforcement du modèle de prise de décision centralisé au niveau des CI(U)SSS. Le fait que le délestage ait eu lieu dans un tel contexte organisationnel a conduit à l'expression d'un style de gestion des ressources humaines descendant (par exemple, dans l'approche de communication). Cela a été souvent illustré dans les interactions entre les cadres du CISSS et les travailleur·se·s de première ligne de C2. Les cadres ont en effet dû appliquer les ordres du ministère (par exemple, sur le délestage du personnel dans les établissements de soins de longue durée).

Ce phénomène a été considéré comme traduisant une forme de leadership autoritaire et descendant, qui reflétait la prise de décision centralisée du ministère. Il a été vivement critiqué par le personnel de C2. Les relations entre les cadres supérieurs et les syndicats se seraient détériorées dans le contexte de la prise de décision hautement centralisée. Les syndicats ont notamment critiqué le fait que les décisions étaient prises en dehors du champ d'application des conventions collectives.

Cette approche descendante coïncidait, sur le terrain, avec une forme de leadership « laissez-faire ». Le personnel délesté a en effet souligné un sentiment « d'abandon » dans les établissements de soins de longue durée, allant de pair avec l'absence des gestionnaires locaux d'établissements. Or, selon certain·e·s répondant·e·s de C2, les travailleur·se·s de première ligne « étaient déjà fragiles » en raison de la réforme de 2015, qui avait entraîné un manque de soutien organisationnel (c'est-à-dire, la suppression de nombreux postes de gestion intermédiaire).

Le personnel délesté de C1 a également décrit des particularités de leadership spécifiques à la nature de l'hôpital pédiatrique. Par exemple, le partage des équipements et des ressources était considéré comme une caractéristique du leadership serviteur qui semblait dominer dans C1. Certain-e-s répondant-e-s ont même parlé d'une forme de leadership « maternel » dans C1.

Selon plusieurs répondant-e-s, le style « maternel » a contribué à créer un environnement de soutien positif, qui a développé un certain sentiment de fierté et d'appartenance renouvelée parmi le personnel – une caractéristique qui pourrait, en retour, refléter le style de *leadership inclusif*. Certain-e-s répondant-e-s estimaient que dans les CI(U)SSS, principalement dirigés par des hommes, les structures de soutien pourraient être moins « attentives ».

Certain-e-s gestionnaires de niveau intermédiaire et supérieur ont toutefois souligné certaines des limites de ce modèle de leadership « maternel », en particulier en ce qui concerne le soutien personnalisé offert à certains membres du personnel. Certain-e-s répondant-e-s ont déclaré que cela pourrait freiner le développement de l'autonomie parmi certains membres du personnel de l'hôpital. En réponse, les gestionnaires appellent à une évolution de la culture organisationnelle qui renforcerait l'autonomie du personnel, tout en maintenant une approche humaine de la gestion des RHS. Cette forme de leadership, à laquelle aspirent les gestionnaires de haut et de moyen niveaux, semblait très proche de celle du *leadership bienveillant*. Sur la base des résultats des entrevues, le tableau 1 offre un résumé des thèmes clés et des sous-thèmes pour chaque cas.

Tableau 1 : Synthèse des thèmes clés et sous-thèmes pour chaque cas.

	Cas 1 (non-intégré)	Cas 2 (intégré au CISSS)
Structure de gouvernance	Autonome	Rapportant au ministère ; conseil d'administration nommé par le ministère
Décision de délestage	Volontaire	Volontaire au départ, puis obligatoire
Outils pour la préparation au délestage du personnel	Formation en gériatrie et pour la gestion du deuil et du syndrome de stress post-traumatique	Formation
Outils de soutien au personnel délesté	Appels téléphoniques quotidiens de suivi individuel ; formation et envoi d'« agent-e-s Covid » ; hotline dédiée ; service dédié avec un personnel de soutien stable ; « <i>battle buddies</i> » ; page Facebook pour le soutien entre pairs	Équipe de travailleur-se-s psychosociaux-les dédiée au personnel délesté ; hotline dédiée ; département dédié mais manque de continuité dans la gestion ; travail en binôme
Outils de soutien post-délestage	Débriefing ; séance post-délestage lors de la réintégration à l'hôpital ; sessions de formation pour les gestionnaires du personnel délesté	Équipe de travailleur-se-s psychosociaux-les dédiée au personnel délesté
Incitations et récompenses	Primes ; envoi de fleurs	Primes ; lettres de reconnaissance ; campagne de reconnaissance sur les médias sociaux
Style(s) de leadership perçu(s)	« Leadership maternel » (par exemple, personnel de santé ; accessibilité des gestionnaires de haut niveau féminines)	« Leadership autoritaire » (communication des décisions de délestage sans discussion) « Leadership laissez-faire » (c'est-à-dire leadership pratiquement absent sur le terrain)
Aspirations du leadership pour l'avenir	Tendance vers un leadership bienveillant pour renforcer l'autonomie du personnel	Tendance vers un leadership transformationnel et inclusif

## Discussion

Au début de la pandémie, les deux hôpitaux faisaient face à des pénuries chroniques de RHS. Ces pénuries ont été renforcées par la crise pandémique, en raison des politiques d'isolement et de quarantaine pour tout-e employé-e revenant de voyage et/ou étant atteint-e de Covid-19 ou étant en contact avec des cas Covid. Pourtant, C1 et C2 ont géré le

délestage de leur personnel de santé de manière très différente. Dans un cas (C1), le faible nombre de patient·e·s atteint·e·s de la Covid-19 et une structure organisationnelle largement autonome ont permis un délestage volontaire, ce qui n'était pas possible dans les hôpitaux intégrés au CI(U)SSS comme C2. Comme le montre le Tableau 1, dans C1, les systèmes de soutien comprenaient une formation en gériatrie et en gestion du stress psychologique, des suivis téléphoniques réguliers avec le personnel délesté, des « *battle buddies* » et une séance de débriefing après la réintégration à l'hôpital. Dans C2, les infirmier·ière·s et autres membres du personnel hospitalier délestés avaient accès à une formation de base, pouvaient être jumelés avec une personne de leur profession (travail en binôme) et pouvaient demander de l'aide à une équipe spéciale de renforcement psychosocial, ou demander des conseils via l'utilisation d'une hotline dédiée. La conception et la gestion du système de délestage, ainsi que les différentes stratégies pour soutenir le personnel délesté, ont révélé la volonté forte du leadership de C1 d'intervenir et de contrôler le processus de manière compatissante ou « bienveillante », que les personnes interrogées ont caractérisé comme reflétant un certain leadership « maternel », ce qui semble davantage susceptible de répondre adéquatement à une crise. Des considérations importantes sont à prendre en compte, en plus des faibles charges de travail en milieu pédiatrique (qui ont notamment permis un temps de préparation plus long dans C!), telles que la gouvernance autonome permettant une moindre dépendance aux ordres ministériels, une prise de décision plus fluide et la liberté de choisir comment utiliser les stocks d'EPI et comment répartir le personnel de santé.

Dans le cas de C1, le leadership décrit comme « maternel » par les personnes interrogées a permis de renforcer la confiance et le sentiment d'appartenance collectif pour le personnel de santé délesté en première ligne, un élément qui le rapproche du style de *leadership inclusif*. Comparé à d'autres sous-types de leadership transformationnel, le type « maternel » semblait également très proche du « leadership managérial compatissant », c'est-à-dire un style de leadership qui promeut les

objectifs stratégiques organisationnels (survie, durabilité) « tout en abordant les préoccupations des employés (bien-être, peur, incertitude) grâce à la compassion, la bienveillance, l'empathie, l'engagement, le soutien et la motivation du leadership » (Oruh *et al.* 2021, p. 1364). Comme dans le cas du style de « leadership managérial compatissant », les systèmes de soutien mis en place par les dirigeant·e·s de C1 ont contribué à atténuer les expériences de stress parmi le personnel de santé pendant et après le délestage, ce qui semble renforcer la résilience de l'hôpital (Ridde *et al.* 2021).

Des éléments de « leadership serviteur » étaient également saillants dans le cas de C1. Les principaux attributs des leaders serviteurs (Allen *et al.* 2016) qui les rapprocheraient du style « maternel » comprennent les capacités d'écoute des leaders (soulignées par plusieurs répondant·e·s), leur inclination à promouvoir le travail d'équipe et la résolution collective des problèmes, ainsi que leur capacité à motiver en offrant autonomie (par exemple, promouvoir le sens de l'initiative) et des ressources (par exemple, EPI dans les établissements de soins de longue durée). La fourniture en temps opportun de ressources matérielles adéquates (par exemple, les EPI) et la mise en place de soutiens en santé mentale sont susceptibles d'augmenter l'auto-efficacité et la confiance du personnel (Wu *et al.* 2020). Les organismes de réglementation ont également recommandé que les responsables d'hôpitaux soient formé·e·s pour prévenir et détecter l'apparition de symptômes de mauvaise santé mentale pour leur personnel, en particulier pour ceux qui sont délestés dans d'autres milieux de soins (INESSS 2020). Là encore, l'expérience décrite de C1, qui a développé un programme de formation pour les gestionnaires (dont le personnel avait été envoyé dans les établissements de soins de longue durée lors de la crise du printemps 2020) et pour le personnel lui-même, était particulièrement illustrative. Certaines des vidéos sur comment faire face à la détresse psychologique et prévenir le trouble de stress post-traumatique ont été transférées vers d'autres

hôpitaux au Québec. Au-delà de la résilience individuelle du personnel de santé, ces stratégies pourraient donc renforcer la résilience organisationnelle (Behrens *et al.* 2022).

La pandémie de Covid-19 a encore souligné l'importance du travail humain (Behrens *et al.* 2022), qui est au cœur de la résilience des hôpitaux et des systèmes de santé. En avril 2020, l'Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux du Québec a publié une revue rapide de la littérature mettant en évidence les principales sources de détresse psychologique résultant de la pandémie de Covid-19 pour les RHS (INESSS 2020). En plus des risques liés à la pandémie, la recension a noté que les facteurs liés aux environnements organisationnels peuvent exacerber la détresse psychologique ou l'état de santé mentale des RHS. En fait, l'un des facteurs clés dans la prévention des problèmes de santé mentale dans le contexte de la Covid-19 comprenait un fort et agile leadership au sein des établissements de soins de santé (Wu *et al.* 2020). Malheureusement, les conclusions de ces recensions ne semblent pas avoir été prises en compte par les décideurs au niveau provincial. En effet, la situation actuelle des RHS au Québec s'est considérablement aggravée depuis 2020, la pandémie accélérant une situation déjà difficile. Le système de santé du Québec a fait preuve d'une résilience plutôt faible, puisque la situation ne fait qu'empirer pour les RHS depuis début 2020. Les salles d'urgence fermées et les chirurgies reportées ont été récurrentes en 2021-2022 en raison des pénuries de main-d'œuvre, ne laissant aux institutions d'autre choix que de mettre en œuvre des « plans de contingence » ou des solutions de gestion de crise, et d'embaucher plus de personnel par le biais d'agences de placement privées. Un cercle vicieux semble être en place, avec un manque de ressources conduisant à une détérioration des conditions de travail et entraînant une rétention moindre du personnel (The Canadian Press 2022).

Cette étude offre un aperçu de plusieurs recommandations pour soutenir la santé mentale et la résilience de la main-d'œuvre de santé. Au niveau macro-politique, une plus grande considération pour la prise de décision adaptative et agile dans les hôpitaux en temps de crise devrait être

accordée lors de la conception de nouvelles politiques de système de santé, une recommandation qui est alignée avec le rapport mondial sur la résilience des systèmes de santé (Sagan *et al.* 2021). Cela pourrait être propice à l'expression d'un ensemble plus diversifié de styles de leadership dans le but de rapprocher les dirigeant-e-s d'hôpitaux des besoins du personnel hospitalier (par exemple, des styles de leadership plus centrés sur la personne, comme le style de *leadership serviteur*). Au niveau organisationnel, la systématisation de l'utilisation d'outils de planification anticipée (par exemple, l'évaluation des besoins) dans les hôpitaux impliquerait une meilleure préparation organisationnelle face à une crise (Gabet *et al.* 2023). Au-delà des périodes de crise, étant donné l'importance de maintenir des liens étroits avec les équipes en première ligne, la mise en place d'un service de santé du personnel – un autre élément que nous pouvons relier au « leadership serviteur » – fournirait certainement une réponse durable et proactive aux besoins de soutien des RHS. Si un tel service ne peut être envisagé comme une option, par exemple, pour des raisons financières, des dispositions spécifiques pour les systèmes de communication de soutien aux RHS dans les hôpitaux devraient être anticipées dans les budgets annuels. Plus largement, la généralisation de formations diplômantes et/ou basées sur la pratique sur les styles de leadership pourrait être une option intéressante à considérer pour les gestionnaires d'hôpitaux, au moins pour les exposer à la diversité des styles de leadership, à leur valeur et à leurs limites. Enfin, impliquer plus activement les gestionnaires de niveau intermédiaire des établissements de santé dans l'identification collective et la formulation d'une « boîte à outils » de solutions pour soutenir la santé mentale au travail serait très précieux (Corbière *et al.* 2020).



## Conclusion

Comme d'autres études, notre étude a montré que de nombreux aspects de la réponse du Québec à la pandémie sont liés à la réforme politique majeure de 2015. En renforçant une prise de décision centralisée et descendante, cette réforme des systèmes de santé a façonné la manifestation de certains styles de leadership dans les hôpitaux. C1, n'étant pas sous le contrôle direct du ministère (c'est-à-dire un hôpital non-intégré), n'était pas lié par l'ordre de délestage ministériel. Les dirigeant·e·s de C1 étaient donc libres de concevoir de manière proactive des systèmes de soutien et d'offrir aux ressources humaines en santé délestées des outils de soutien psychosocial adéquats et opportuns. Pour les dirigeant·e·s de C2, qui appartenaient à un CISSS, le non-respect des ordres ministériels n'était pas une option, même si cela entraînait des tensions durables au sein du personnel de l'hôpital.

## Références

- Allen, G. P., Moore, W. M., Moser, L. R., Neill, K. K., Sambamoorthi, U., & Bell, H. S. (2016). The Role of Servant Leadership and Transformational Leadership in Academic Pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 80(7), 113. <https://doi.org/10.5688/ajpe807113>.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Collier Macmillan.
- Behrens, D. A., Rauner, M. S., & Sommersguter-Reichmann, M. (2022). Why Resilience in Health Care Systems is More than Coping with Disasters: Implications for Health Care Policy. *Schmalenbach Journal of Business Research*. <https://doi.org/10.1007/s41471-022-00132-0>.

- Canada, A. de la santé publique du. (2020, April 19). *Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19* [Ensembles de données;statistiques;éducation et sensibilisation]. aem. <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Geoffrion, S., Briand, C., Lavoie-Tremblay, M., Hurtubise, A., & Tanguay, P. (2020). Enjeux et solutions en santé mentale et travail: Le point de vue des gestionnaires d'une grande organisation de santé. *Santé mentale au Québec*, 45(1), 147-181. <https://doi.org/10.7202/1070245ar>.
- Cyr, S., Marcil, M.-J., Marin, M.-F., Tardif, J.-C., Guay, S., Guertin, M.-C., Rosa, C., Genest, C., Forest, J., Lavoie, P., Labrosse, M., Vadeboncoeur, A., Selcer, S., Ducharme, S., & Brouillette, J. (2021). Factors Associated With Burnout, Post-traumatic Stress and Anxio-Depressive Symptoms in Healthcare Workers 3 Months Into the COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2021.668278>.
- Denis, J. L., Côté, N., Fleury, C., Currie, G., & Spyridonidis, D. (2021). Global health and innovation: A panoramic view on health human resources in the COVID-19 pandemic context. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), 58-70. <https://doi.org/10.1002/hpm.3129>.
- Dubois, C.-A. (2020). *COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels* (Rapports Bourgogne, p. 61). CIRANO; 2020RB-05. <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RB-05>.
- Eagly, A. H., Johannesen-Schmidt, M. C., & van Engen, M. L. (2003). Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: A meta-analysis comparing women and men. *Psychological Bulletin*, 129(4), 569-591. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.569>.

- Gabet, M., Gautier, L., Duhoux, A., Ridde, V., Zinszer, K., & David, P.-M. (2023). How did an integrated health and social services center in the Quebec province respond to the COVID-19 pandemic? A qualitative case study. *Health Systems & Reform*. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2186824>.
- Gautier, L., Noda, S., Chabrol, F., David, P.-M., Duhoux, A., Hou, R., Oliveira, S. R. de A., Traverson, L., Zinszer, K., & Ridde, V. (2023). Hospital governance during the COVID-19 pandemic: A multiple-country case study. *Health Systems & Reform*. <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2023.2173551>.
- Grint, K. (2020). Leadership, management and command in the time of the Coronavirus. *Leadership*, 16(3), 314–319. <https://doi.org/10.1177/1742715020922445>.
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>.
- ICI.Radio-Canada.ca, Z. P.-. (n.d.). Voici les 50 mesures du gouvernement Legault pour « redresser » la santé. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1870848/plan-sante-50-mesures-quebec-legault-refondation-systeme>.
- INESSS. (2020). COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie [Réponse rapide]. INESSS. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_SM\\_personnel\\_reseau.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_SM_personnel_reseau.pdf).
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2020). Données COVID-19—Ensemble des régions du Québec. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/regions>.

- Juan, N. V. S., Clark, S. E., Camilleri, M., Jeans, J. P., Monkhouse, A., Chisnall, G., & Vindrola-Padros, C. (2022). Training and redeployment of healthcare workers to intensive care units (ICUs) during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *BMJ Open*, 12(1), e050038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050038>.
- Kennedy, E., Kennedy, P., Hernandez, J., Shakoor, K., & Munyan, K. (2022). Understanding Redeployment During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of Nurse Reported Experiences. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221114984. <https://doi.org/10.1177/23779608221114985>.
- Khajuria, A., Tomaszewski, W., Liu, Z., Chen, J., Mehdian, R., Fleming, S., Vig, S., & Crawford, M. J. (2021). Workplace factors associated with mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An international cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 262. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06279-6>.
- Larivière, C. (2018). La loi 10: Une restructuration majeure menée sous l'emprise du ministre Barrette et préparée par la réforme Couillard. In M. Bourque, *Les services sociaux à l'ère managériale* (pp. 35–58). Presses de l'Université Laval.
- Laur, C. V., Agarwal, P., Mukerji, G., Goulbourne, E., Baranek, H., Pus, L., Bhatia, R. S., Martin, D., & Bhattacharyya, O. (2021). Building Health Services in a Rapidly Changing Landscape: Lessons in Adaptive Leadership and Pivots in a COVID-19 Remote Monitoring Program. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e25507. <https://doi.org/10.2196/25507>.
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created "Social Climates." *The Journal of Social Psychology*, 10(2), 269–299. <https://doi.org/10.1080/00224545.1939.9713366>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023* (Publications Du Ministère de La Santé et Des Services Sociaux, p. 80). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Ressources humaines—Professionnels de la santé*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-humaines/>.
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966. <https://doi.org/10.1002/job.413>.
- Obrien, N., Flott, K., & Durkin, M. (2021). COVID-19: Leadership on the frontline is what matters when we support healthcare workers. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzaa153. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa153>.
- O'Connor, C., & Joffe, H. (2020). Intercoder Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406919899220. <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>.
- Oruh, E. S., Mordi, C., Dibia, C. H., & Ajonbadi, H. A. (2021). Exploring compassionate managerial leadership style in reducing employee stress level during COVID-19 crisis: The case of Nigeria. *Employee Relations: The International Journal*, 43(6), 1362–1381. <https://doi.org/10.1108/ER-06-2020-0302>.
- Quesnel-Vallée, A., & Carter, R. (2018). Improving accessibility to services and increasing efficiency through merger and centralization in Québec. *Health Reform Observer—Observatoire Des Réformes de Santé*, 6(1).

- Ridde, V., Gautier, L., Dagenais, C., Chabrol, F., Hou, R., Bonnet, E., David, P.-M., Cloos, P., Duhoux, A., Lucet, J.-C., Traverson, L., Oliveira, S. R. de A., Cazarin, G., Peiffer-Smadja, N., Touré, L., Coulibaly, A., Honda, A., Noda, S., Tamura, T., ... Zinszer, K. (2021). Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: Protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Sagan, A., Webb, E., Azzopardi-Muscat, N., de la Mata, I., McKee, M., & Figueras, J. (2021). *Health systems resilience during COVID-19. Lessons for building back better* (p. 138). World Health Organization, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Anon. (n.d.). *Rapport annuel de gestion 2020-2021*. 121.
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki- Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>.
- Smith, J., & Firth, J. (2011). Qualitative data analysis: The framework approach. *Nurse Researcher*, 18(2), 52–62.
- The Canadian Press. (2022, April 29). Health organizations ask Quebec to create patient ratios and stop “vicious cycle.” *CTV News Montreal*. <https://montreal.ctvnews.ca/health-organizations-ask-quebec-to-create-patient-ratios-and-stop-vicious-cycle-1.5881984>.
- Tomkins, L., & Simpson, P. (2015). Caring leadership: A Heideggerian perspective. *Organization Studies*, 36(8), 1013–1031.
- Wibowo, A., & Paramita, W. (2021). Resilience and Turnover Intention: The Role of Mindful Leadership, Empathetic Leadership, and Self-Regulation. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 15480518211068736. <https://doi.org/10.1177/15480518211068735>.

Wu, P. E., Styra, R., & Gold, W. L. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ*, 192(17), E459–E460. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200519>.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods: Vol. Fourth edition*. SAGE.

Zhao, F., Ahmed, F., & Faraz, N. A. (2020). Caring for the caregiver during COVID-19 outbreak: Does inclusive leadership improve psychological safety and curb psychological distress? A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103725. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103725>.





# 10. La résilience de huit hôpitaux du Sénégal face à la pandémie de Covid-19

VALÉRY RIDDE, LOLA TRAVERSON, ADAMA FAYE

## Résumé

L'objectif de cette recherche qualitative était de comprendre comment huit hôpitaux régionaux de huit régions du Sénégal ont réagi à la pandémie de Covid-19. Le cadre conceptuel de la résilience des systèmes de santé a été adapté au contexte sénégalais. Une centaine d'entretiens qualitatifs ont été réalisés en mars et avril 2021. La collecte des données a été organisée autour de configurations permettant d'évaluer : les effets de la pandémie sur les routines organisationnelles des hôpitaux, les stratégies éventuellement déployées pour y faire face, les impacts de ces stratégies et leurs effets sur l'accès aux soins des populations. Les résultats ont mis en évidence six configurations principales. Ces stratégies ont eu des impacts positifs ou négatifs sur les routines organisationnelles des hôpitaux et sur les cinq dimensions de l'offre dans le continuum d'accès aux soins. Le système de santé, à travers les hôpitaux, les centres de traitement des épidémies et le personnel mobilisé dans les huit régions, a pu faire face à la pandémie. Son processus de résilience pourrait être décrit comme une adaptation avec pour résultat un retour à la normale.

**Mots-clés** : Covid-19, résilience, hôpital, système de santé, Sénégal

## Introduction

Début 2020, l'épidémie à coronavirus SRAS-CoV-2 se propage partout dans le monde. L'Afrique n'est pas épargnée. Les systèmes de santé du monde entier doivent faire face à ce choc d'une ampleur inédite en déployant des réponses immédiates et en recourant à une mobilisation exceptionnelle des acteur·rice·s de santé. Pourtant, avant même l'arrivée de la crise, ces systèmes étaient vulnérables (Sagan *et al.* 2020), échouant souvent à fournir des soins efficaces ou à répondre aux attentes légitimes des patient·e·s (Mckee et Healy 2002). Ils étaient également peu préparés, cela démontrant l'incapacité à tirer les leçons des crises passées (European Observatory on Health Systems and Policies *et al.* 2021). La pandémie a ainsi mis en évidence les limites de nombreux systèmes de santé et y compris des plus performants (Haldane *et al.* 2021).

L'application du concept de résilience aux systèmes de santé est relativement récente (Haldane *et al.* 2021), et le concept nécessiterait encore d'être clarifié et stabilisé pour pouvoir être mesuré en pratique (Turenne *et al.* 2019; Dedet, Kraepiel et Rapp 2021). Ces dernières années, et surtout depuis l'épidémie d'Ébola de 2013-2014 en Afrique de l'Ouest, l'idée que les systèmes de santé doivent être résilients lorsqu'ils sont confrontés à des chocs soudains, tels que des épidémies, a suscité une attention considérable (Kruk *et al.* 2015; European Observatory on Health Systems and Policies 2020). Compte tenu des probabilités de survenue de futures pandémies et autres chocs majeurs, il est urgent de concevoir des systèmes de santé plus résilients, capables de faire face à une crise tout en maintenant leurs fonctions essentielles. L'analyse de la résilience des systèmes de santé pendant la pandémie peut permettre de renforcer la préparation et la réponse des pays face aux futurs défis sanitaires (Haldane *et al.* 2021). Ainsi, souhaitant tirer des leçons des expériences vécues de ces deux dernières années de crise (Khalil, Mataria, et Ravaghi 2022; European Observatory on Health Systems and Policies *et al.* 2021), des auteur·e·s ont notamment étudié la capacité des systèmes à anticiper

et prévoir le choc de la pandémie, la façon dont ils ont absorbé et répondu à ce choc, et enfin leur capacité à maintenir l'accès aux soins courants durant la crise (Dedet, Kraepiel, et Rapp 2021; Juárez-Ramírez *et al.* 2022).

Au cœur des systèmes de santé, les hôpitaux jouent un rôle central dans la prestation des soins (Mckee et Healy 2002). Selon nous, étudier la résilience des hôpitaux correspond alors à analyser « la capacité des hôpitaux et de leurs personnels, confrontées à des chocs, des défis ou des tensions chroniques déstabilisants (imprévus ou attendus, soudains ou insidieux, internes ou externes) à absorber, s'adapter et/ou se transformer afin de maintenir et/ou d'améliorer l'accès à des soins de qualité » (Ridde *et al.* 2021). La capacité de transformation est essentielle pour relever les défis structurels à long terme des systèmes de santé (European Observatory on Health Systems and Policies *et al.* 2021).

Si la pandémie de Covid-19 a montré des exemples manifestes de résilience (ex : absorption des pressions par le personnel de santé, introduction de nouvelles méthodes de travail ou de nouveaux types de services), elle est survenue dans un contexte difficile pour les hôpitaux et les structures de santé du Sénégal (Paul *et al.* 2020). Cela a soulevé des questions sur la capacité du système de santé sénégalais à absorber, s'adapter, voire se remettre de ce choc pandémique.

En 2020, lorsque la pandémie de Covid-19 démarre, le secteur de la santé du Sénégal dispose de moins de 5% du budget national (World Health Organization 2022). Les derniers comptes nationaux de la santé (2014-2016) montrent que près de la moitié des dépenses nationales de santé sont payées directement par les ménages et moins d'un quart par l'État. De plus, si le Sénégal s'est engagé dans une politique volontariste de couverture médicale en santé, notamment à travers un programme national de mutuelles de santé communales, moins de 5% de la population adhère à ces mutuelles en 2019 (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et ICF 2020). La norme pour les patient·e·s est donc le paiement direct au point de service, mettant en exergue les défis d'équité du système de santé (Paul *et al.* 2019). Au niveau hospitalier, les

20% les plus riches des utilisateur-riche-s absorbent 53% de l'utilisation des services de santé alors que les 20% les plus pauvres n'en bénéficient que de 12% (Samba 2022). En 1989, 23,1% des dépenses de santé étaient concentrées vers les hôpitaux nationaux et régionaux (Balique 1996). C'est toujours le cas en 2016 car ils absorbent 23,3%, dont 85% concernent des hôpitaux publics (Ministère de la santé et de l'action sociale 2020). En 2013, les hôpitaux nationaux et régionaux absorbaient 66% du total des financements publics destinés aux prestataires de soins, et les hôpitaux de districts seulement 30%. Ainsi, comme ailleurs en Afrique de l'Ouest où l'hospitalo-centrisme est de rigueur, les principaux investissements en santé sont destinés à ces hôpitaux au Sénégal alors que la plupart des maladies devraient être prises en charge au niveau des centres et postes de santé. Plus de 13 milliards ont été investis en 2016 et un plan national d'investissement en santé prévoit une dépense de 574 milliards entre 2020 et 2024, dont 64% pour les infrastructures sanitaires (MSAS 2020). En ce qui concerne l'organisation des soins, le Sénégal disposait de 75 hôpitaux de districts et de 1 499 postes de santé primaires en 2020.

Ce chapitre vise à décrire la résilience de huit établissements publics de santé (EPS) hospitaliers de huit régions du Sénégal face aux premières vagues de la pandémie de Covid-19. Représentant l'échelon supérieur de la pyramide sanitaire sénégalaise, les EPS hospitaliers ont été les premiers sollicités pour la prise en charge des premiers cas Covid. Dans les 14 régions sénégalaises, il y a 41 EPS hospitaliers dont 11 de niveau 1 (hôpitaux départementaux), 15 de niveau 2 (hôpitaux régionaux) et 11 de niveau 3 (hôpitaux nationaux, uniquement dans les régions de Dakar et Diourbel). Au moment de réaliser l'étude, seule la région de Kédougou ne disposait pas d'hôpital régional.

L'étude s'est déroulée entre les mois de mars et d'avril 2021 alors que le pays venait de subir une seconde vague de Covid-19 caractérisée par un fort accroissement du nombre de personnes contaminées. Les hôpitaux ont dû faire face à deux vagues épidémiques (d'avril à août 2020 et de décembre 2020 à mars 2021) et s'adapter à des mesures gouvernementales contraignantes. En effet, à la suite de la déclaration

du premier cas de Covid-19, le 2 mars 2020, les rassemblements de personnes et la fréquentation des lieux de culte ont été interdits dès le 14 mars. Le 23 mars, trois nouvelles mesures ont été ajoutées : le couvre-feu, l'interdiction de circuler entre les régions et la fermeture des marchés. Les lieux de culte ont été réouverts le 11 mai, la restriction de la circulation entre les régions a été levée le 4 juin, et le couvre-feu ainsi que la fermeture des marchés ont été levés le 29 juin.

## Méthode

Il s'agit d'une recherche qualitative et rétrospective selon une démarche d'étude de cas multiples (Yin 2012). Huit EPS hospitaliers de référence et leurs centres de traitement épidémique (CTE) ont été sélectionnés dans huit régions du Sénégal : Dakar, Kaolack, Diourbel, Louga, Sédhiou, Tamba, Ziguinchor et Thiès. Pour des raisons financières et logistiques, il n'a pas été possible d'étendre la recherche à l'ensemble des 14 régions sénégalaises. Une sélection raisonnée des régions a été effectuée au regard du besoin d'informations du ministère de la Santé et de la distribution de la pandémie (taux d'incidence) de manière à disposer d'une variété de contextes épidémiques. Différents types d'EPS ont été retenus : Dakar (EPS3), Kaolack (EPS2), Diourbel (EPS3), Louga (EPS2), Sédhiou (EPS1), Tamba (EPS2), Ziguinchor (EPS2), Thiès (EPS2). LES EPS 1 sont des hôpitaux de premier niveau, le premier, tant que les EPS 3 sont le plus haut niveau au moment de l'enquête. Ainsi, les EPS et les CTE de ces régions disposaient d'un nombre de lits, de personnels et d'équipements assez variables.

Le cadre conceptuel de l'étude a été élaboré à partir de synthèses de connaissances sur la résilience des systèmes de santé (Turenne *et al.* 2019; Biddle, Wahedi, et Bozorgmehr 2020; Saulnier *et al.* 2021) et d'un programme de recherches internationales (Ridde *et al.* 2021). Il s'est agi d'observer : 1) les contextes dans lesquels la pandémie est survenue, 2) les

événements (la pandémie), 3) les effets de la pandémie sur les routines organisationnelles des EPS, 4) les stratégies déployées par les acteur-riche-s pour faire face à ces effets, et 5) les impacts de ces stratégies perçus comme positifs et/ou négatifs par ces acteur-riche-s. *In fine*, l'objectif était d'étudier 6) l'impact de ces stratégies sur le recours aux soins des patient-e-s (et ses cinq déterminants), ainsi que 7) les processus de résilience des EPS, c'est-à-dire leur capacité d'absorption, d'adaptation et/ou de transformation.

La collecte de données a été réalisée en mars 2021 dans les sept régions hors Dakar et en avril 2021 à Dakar par deux assistants de recherche et VR/AF. Les données reposent principalement sur des entretiens individuels et sur quelques discussions en petits groupes. Au total, 189 entretiens ont été réalisés auprès de 101 personnels médicaux ou de soutien des EPS et CTE (entre 12 et 16 entretiens par région). La collecte des données s'est organisée autour de ce que nous avons appelé des configurations à l'image du concept employé par la sociologie des organisations (Mintzberg 1989). L'analyse des données empiriques a été réalisée selon l'approche analytique des études de cas multiples (Yin 2012), au regard des sept dimensions de notre cadre conceptuel, sans omettre de tenir compte de dimensions nouvelles et d'autres informations émergentes dans une perspective inductive.

Le rapport préliminaire de cette étude a été partagé aux principaux décideurs nationaux pour recueillir des commentaires et son contenu a été présenté lors d'un atelier au ministère de la Santé en juin 2021.

## Résultats

### Cinq configurations des hôpitaux pour faire face à la pandémie

À partir du cadre conceptuel et des données empiriques récoltées, plusieurs configurations ont été identifiées dans les huit EPS des huit régions. L'analyse de ces configurations a permis de retenir cinq configurations récurrentes (c'est-à-dire génériques et transversales aux régions) :

- La réorganisation des infrastructures (7 régions concernées);
- La réorganisation du travail des professionnel-le-s (6 régions);
- Les actions de communication et sensibilisation menées auprès de la communauté (5 régions);
- La gestion du risque d'infection (5 régions);
- L'adaptation de la prise en charge des patient-e-s (5 régions).

Nous proposons, ci-dessous, une synthèse narrative pour chaque configuration.

#### *Réorganisation des infrastructures*

Avant l'arrivée de la pandémie de Covid-19, les capacités d'accueil des patient-e-s étaient limitées dans certaines régions, du fait de l'absence de CTE et de laboratoire d'analyse et de la saturation rapide de certains CTE. Un manque de personnel qualifié, d'équipements de protection individuelle (EPI) et de matériel pouvait régulièrement être observé. La

pandémie a entraîné une augmentation des admissions de patient·e·s, la saturation rapide des CTE et une surcharge de travail pour les professionnel·le·s. Pour faire face à ces effets de la pandémie sur les routines organisationnelles des structures de santé, plusieurs stratégies ont été mises en place par ces dernières et leurs personnels telles que la création de CTE, le réaménagement des services, la création de zones de prise en charge et de circuits de circulation spécifiques, l'augmentation du nombre de lits disponibles pour les patient·e·s Covid et l'acquisition de matériel adapté. Ces stratégies ont amélioré la capacité de prise en charge des patient·e·s Covid, même les plus graves, et ont limité la propagation du virus au sein des structures de santé. Néanmoins, ces nouveaux aménagements étaient souvent provisoires. De plus, les soignant·e·s ont souffert de charge de travail élevée et la fermeture de certains services (à la suite du réaménagement des services) a diminué l'offre de soins pour les patient·e·s non-Covid.

### *Réorganisation du travail des professionnel·le·s*

Avant l'arrivée de la pandémie, les soignant·e·s respectaient peu les mesures d'hygiène (ex., port du masque). Il était possible d'observer un manque de propreté dans les structures de santé, et un manque de personnel qualifié, d'EPI et de matériel. La pandémie a entraîné une augmentation des admissions et une surcharge de travail pour le personnel. Ajoutée à la méconnaissance du virus et à la peur d'être contaminé·e·s, cette surcharge a augmenté les risques et les cas de contamination des professionnel·le·s. De plus, la baisse de fréquentation des structures a conduit à une baisse globale de leurs activités et au retard des paiements des salaires du personnel (payés à partir des recettes). Pour faire face à ces effets de la pandémie, plusieurs stratégies ont été mises en place par les hôpitaux telles que le redéploiement et le recrutement de personnel, l'introduction de nouvelles mesures d'hygiène et de protection (ex., port obligatoire du masque, distanciation physique), l'isolement du personnel contaminé et le changement des pratiques des



professionnel·le·s (ex., fin de la chirurgie programmée, relais et tours de garde des soignant·e·s). Ces stratégies ont amélioré la capacité de prise en charge des patient·e·s Covid, même les plus graves, et ont limité la propagation du virus au sein des structures de santé. Une forte solidarité est apparue entre les soignant·e·s qui se sont véritablement engagé·e·s dans la lutte anti-Covid. Néanmoins, le personnel avait une charge de travail qui restait trop élevée et les retards de paiement des primes ont entraîné leur baisse de motivation. Ajouté à leur stigmatisation par les populations, cela a conduit à leur fatigue, lassitude, désengagement, et a même impacté leur santé mentale sur le plus long terme.

### *Actions de communication et de sensibilisation auprès de la communauté*

La pandémie de Covid-19 s'est propagée rapidement dans les communautés. Le gouvernement a mis en place des mesures barrières contraignantes et peu appréciées des populations, souvent sans impliquer suffisamment les acteur·rice·s communautaires. Ajouté au déni de la population quant à l'existence du virus, cela a mené au non-respect de ces mesures barrières et à la stigmatisation des structures de santé et des soignant·e·s par les populations, ainsi qu'à la circulation de fausses informations. Pour faire face à ces effets de la pandémie sur les hôpitaux, le personnel soignant a été formé à la prise en charge médicale et psychosociale des patient·e·s Covid et à la sensibilisation des communautés. Des actions de communication et de sensibilisation impliquant les acteur·rice·s/leaders communautaires ont été mises en place dans les quartiers. Ces stratégies ont mené à une plus grande croyance des populations en l'existence du virus, à leur confiance et leur mobilisation, et à une hausse de la fréquentation des structures de santé. Cependant, le personnel soignant était toujours inquiet du non-respect des mesures barrières par la population.

## *Gestion du risque d'infection*

Avant l'arrivée de la pandémie, il était possible d'observer le non-respect par le personnel des mesures d'hygiène et de protection (ex., port du masque), un manque de propreté dans les structures de santé, et un manque de personnel qualifié, d'EPI et de matériel. La pandémie a entraîné une hausse des admissions ainsi que l'augmentation de la charge de travail, du risque d'infection et des cas de contamination des professionnel-le-s. Pour faire face à ces effets de la pandémie, plusieurs stratégies ont été mises en place telles que l'introduction de nouvelles mesures destinées aux soignant-e-s et aux patient-e-s (ex., circuit entrée/sortie spécifique, port obligatoire du masque, lavage des mains et prise de température), l'isolement des cas suspects de Covid et l'interdiction ou la régulation des visites familiales. Ces mesures, jugées efficaces par les professionnel-le-s, ont mené à une limitation effective de la propagation du virus au sein des structures de santé.

## *Adaptation de la prise en charge des patient-e-s*

Avant l'arrivée de la pandémie, les capacités d'accueil des patient-e-s dans les structures de santé de certaines régions, et notamment aux urgences, étaient limitées. Dans ces structures, il était possible d'observer un manque de personnel qualifié, d'EPI et de matériel. Les soignant-e-s respectaient peu les mesures d'hygiène (ex., port du masque). La pandémie a entraîné l'augmentation des admissions, la saturation rapide des CTE et une surcharge de travail pour les professionnel-le-s. Pour faire face à ces effets de la pandémie sur les structures de santé, plusieurs stratégies ont été mises en place telles que l'introduction de nouvelles mesures d'hygiène destinées aux soignant-e-s et patient-e-s (ex., port obligatoire du masque, lavage des mains et prise de température), la prise en charge et le suivi des patient-e-s à domicile et l'opérationnalisation des cuisines des structures pour éviter que les familles aient à apporter

de la nourriture aux patient·e·s. Ces stratégies ont facilité l'organisation du travail du personnel et amélioré la capacité de prise en charge des patient·e·s Covid, même les plus graves, tout en limitant la propagation du virus au sein des structures de santé. Cependant, les patient·e·s craignant d'être contaminé·e·s au sein des structures de santé et les professionnel·le·s étant fortement stigmatisé·e·s, les structures restaient peu fréquentées, leurs recettes baissaient, ce qui retardait le paiement des salaires du personnel et augmentait le risque de décès à domicile. De plus, la réduction de certaines activités diminuait l'offre de soins, et notamment pour les patient·e·s non-Covid.

## Des configurations à la résilience des hôpitaux

L'analyse globale des configurations permet d'étudier les effets de la pandémie de Covid-19 sur les routines organisationnelles des EPS de référence au Sénégal. Il est essentiel de tenir compte du contexte dans l'étude de la résilience car nous savons, qu'en Afrique de l'Ouest, les hôpitaux évoluent dans un contexte difficile où les infrastructures et les professionnel·le·s ne sont généralement pas en quantité et en qualité suffisante (Paul *et al.* 2020; Ridde 2021). Comparée à celle des autres régions, la situation à Dakar est souvent privilégiée en termes de ressources humaines et d'infrastructures hospitalières. Mais les défis engendrés par la pandémie restent importants, y compris dans cette région. Ainsi, de nombreux éléments contextuels mis en avant par la collecte de données révèlent ces défis et ces carences, comme ailleurs dans la région : l'absence de personnel spécialisé (anesthésistes réanimateur·rice·s, psychologues), d'équipements indispensables (extracteur d'oxygène) ou de dispositifs essentiels (générateurs d'électricité). Les effets de la pandémie ont également perturbé les routines organisationnelles des hôpitaux, provoquant la saturation des CTE, une surcharge de travail du personnel et parfois leur contamination (ainsi que l'absentéisme qui en découle), de forts risques d'infection des

patient·e·s et des professionnel·le·s au sein des structures de santé du fait de la méconnaissance du virus et de ses modes de transmission, ou encore une stigmatisation du personnel et des malades. Comme synthétiquement énoncé plus haut, pour faire face à ces effets et s'adapter à l'urgence pandémique, les hôpitaux ont déployé des stratégies variées (Tableau 1).

Tableau 1 : Principales stratégies déployées.

Configurations	Principales stratégies déployées
Réorganisation des infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement d'un immeuble pour la prise en charge des cas Covid</li> <li>• Transformation d'un centre de santé en CTE</li> <li>• Déploiement d'un hôpital mobile par l'armée</li> <li>• Transfert de l'unité diabète pour étendre le CTE</li> <li>• Remplacement du service des maladies infectieuses en CTE</li> <li>• Transformation du hangar en bureau pour le personnel de santé du CTE</li> <li>• Augmentation progressive du nombre de lits oxygénés (de 2 à 5 lits)</li> <li>• Réorganisation des maladies infectieuses pour en faire un CTE</li> <li>• Délocalisation du service d'endocrinologie pour l'intégrer dans le CTE</li> <li>• Planifier un circuit d'entrée et de sortie pour le personnel dédié à la prise en charge Covid</li> <li>• Réquisition des bâtiments dédiés aux patient-e-s VIH</li> <li>• Création d'une salle d'isolement à l'entrée de l'hôpital</li> <li>• Fermeture momentanée de la maternité</li> <li>• Réduction de certains services pour en faire des salles d'isolement</li> <li>• Création de zones tampons pour les cas suspects</li> <li>• Transformation du service de chirurgie en CTE</li> <li>• Ouverture d'un centre extrahospitalier</li> </ul>
Réorganisation du travail des professionnel-le-s	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion du personnel du CTE tous les lundis</li> <li>• Redéploiement des infirmier-ière-s dans le CTE</li> <li>• Planification d'un circuit d'entrée et de sortie pour le personnel dédié à la prise en charge Covid</li> <li>• Création d'une équipe chargée de désinfecter le CTE</li> <li>• Division des équipes de travail qui se relaient toutes les deux semaines pour respecter les 14 jours d'incubation du virus</li> <li>• Respect de la distanciation physique</li> <li>• Détachement de membres du personnel au niveau du CTE</li> <li>• Formation des <i>Badienou Gokh</i> (marraines communautaires)</li> <li>• Port obligatoire du masque</li> <li>• Isolement des sage-femmes</li> <li>• Tour de garde des médecins spécialistes pour les cas suspects</li> <li>• Fin de la chirurgie programmée</li> <li>• Système de volontariat pour soutenir le personnel</li> <li>• Affectation et recrutement de personnel public et privé dans le cadre du CTE</li> </ul>
Actions de communication et sensibilisation auprès de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation du personnel soignant à la prise en charge médicale et psychosociale des cas Covid</li> <li>• Formation des équipes du district et de la région à la prise en charge de la Covid-19 et à la sensibilisation sur les risques</li> <li>• Implication des acteur-ric-e-s et leaders communautaires</li> <li>• Utilisation des radios communautaires</li> <li>• Discussion et explication avec les patient-e-s sur la Covid-19</li> <li>• Caravanes de sensibilisation, causeries</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication sur les dispositions de l'hôpital pour la protection des malades dans le contexte de la pandémie</li> <li>• Sensibilisation des personnes souffrant de pathologies chroniques à venir faire leurs soins à l'hôpital</li> <li>• Implication des autorités communautaires et des associations sportives</li> <li>• Réalisation de visites à domicile en collaboration avec les relais communautaires et des jeunes</li> <li>• Choix des relais en fonction de leur ancrage communautaire et de leur profil</li> <li>• Ciblage des lieux d'affluence</li> </ul>
Prise en charge des patient-e-s	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi et prise en charge de tous les cas simples à leur domicile</li> <li>• Filtre à l'entrée de l'hôpital</li> <li>• Intervention du psychiatre au sein des communauté et des familles des malades</li> <li>• Port obligatoire du masque, lavage des mains et prise de la température à l'entrée</li> <li>• Isolement discret des cas suspects</li> <li>• Contrôle et limitation des patient-e-s et accompagnant-e-s</li> <li>• Opérationnalisation de la cuisine de l'hôpital pour éviter que les accompagnant-e-s apportent de la nourriture aux malades</li> </ul>
Gestion du risque d'infection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un circuit d'entrée et de sortie pour le personnel dédié à la prise en charge Covid</li> <li>• Création d'une équipe chargée de désinfecter le CTE</li> <li>• Filtre à l'entrée de l'hôpital</li> <li>• Régulation des entrées et des sorties des personnes</li> <li>• Mise en place d'un système de tri à l'entrée avec prise de la température</li> <li>• Installation de kits de lavage des mains</li> <li>• Remplissage d'une fiche de triage par les patient-e-s à l'entrée de l'hôpital</li> <li>• Respect de la distanciation physique</li> <li>• Communication sur les dispositions de l'hôpital pour la protection des malades</li> <li>• Mise en place d'un dispositif de contrôle sécuritaire à l'entrée de l'hôpital</li> <li>• Port obligatoire du masque, lavage des mains et prise de température à l'hôpital</li> <li>• Isolement discret des cas suspects</li> <li>• Réduction des visites aux malades</li> </ul>

Ces stratégies ont produit des impacts sur les routines organisationnelles des EPS, perçus comme positifs et/ou négatifs. De nombreuses stratégies citées sont assez proches de celles mises au jour par d'autres études dans plusieurs continent (voire les autres chapitres du livre). De manière

générale, on constate une amélioration de la capacité de prise en charge des patient·e·s, une réduction des risques infectieux au sein des structures de santé – comme cela a été vu en Chine (Stennett *et al.* 2022) et au Moyen Orient (Khalil, Mataria et Ravaghi 2022), une amélioration de l'organisation du travail des soignant·e·s, un engagement du personnel, une solidarité importante entre professionnel·le·s. Néanmoins, les acteur·rice·s ont également identifié des impacts négatifs des stratégies mises en place tels que la surcharge de travail, la forte fatigue et/ou anxiété, une moins bonne prise en charge des patient·e·s non-Covid, les défis liés au paiement de leurs primes, ainsi qu'une certaine politisation de la réponse à la pandémie.

La résilience des hôpitaux ne peut être exhaustivement appréhendée sans étudier les impacts de ces stratégies sur l'accès aux soins des populations (Turenne *et al.* 2019; Blanchet, Diaconu et Witter 2020). Il est essentiel de s'interroger sur les effets de ces configurations sur les cinq dimensions de l'offre dans le continuum de l'accès aux soins : l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'adéquation (Cu *et al.* 2021). Dans l'ensemble, à l'instar des études en Europe (Webb *et al.* 2022), nous constatons que l'impact sur l'accès aux soins des patient·e·s Covid dans les structures de santé étudiées a été plutôt positif, notamment sur les dimensions d'accessibilité, d'accessibilité financière et de disponibilité (Tableau 2). En revanche, cela a été plus délicat concernant l'acceptabilité, notamment du fait de l'interdiction des visites familiales, et l'adéquation du fait du manque de lits et d'équipements limitant les capacités de prise en charge des patient·e·s Covid graves. Dans la région, interdire aux membres de la famille élargie de rendre visite aux patient·e·s est un défi insurmontable, tant ils ont un rôle de soutien du malade dans son parcours de soins au sein de l'hôpital (Schnitzler 2014). L'accessibilité et la continuité des soins pour les patient·e·s Covid ont aussi été rendues difficiles du fait des capacités d'accueil parfois réduites, des défis de prise en charge des patient·e·s à domicile, de la mobilisation des fonds dans les temps (ex., non versement des primes pour le personnel). Pour les patient·e·s non-Covid, l'impact a

été délétère, comme cela été montré pour le planning familial au Sénégal (Fuseini *et al.* 2022), du fait de la fermeture ou de la réduction de certains services, de l'interdiction des déplacements entre les régions réduisant leur mobilité, des impacts économiques de la crise réduisant leur capacité financière dans un système où l'utilisateur-rice doit payer les soins. Toutes ces mesures de restriction à l'échelle nationale ont été relativement mal perçues par les Sénégalais·e·s (Diallo *et al.* 2022).



Tableau 2 : Perceptions des impacts de la pandémie sur les dimensions de l'accès aux soins.

Dimension de l'accès aux soins	Impact(s) positif(s)	Impact(s) négatif(s)
Accessibilité	Accessibilité satisfaisante pour les patient-e-s Covid	<p>Accessibilité moins satisfaisante pour les patient-e-s non-Covid</p> <p>Restrictions de déplacements interurbains</p> <p>Capacité d'accueil insuffisante de certaines structures dans lesquelles la prise en charge des cas Covid est souvent privilégiée</p> <p>Non-fonctionnalité de certains services</p> <p>Manque de lits oxygénés qui limite la capacité de prise en charge des cas Covid graves</p>
Acceptabilité	<p>Engagement du personnel soignant formé à la prise en charge et à la sensibilisation Covid</p> <p>Mise en place d'actions de communication et de sensibilisation auprès des communautés</p> <p>Confiance entre soignant-e-s et soigné-e-s</p> <p>Gratuité de la prise en charge Covid</p>	<p>Déni de la maladie par la population</p> <p>Peur des patient-e-s d'être contaminé-e-s à l'hôpital</p> <p>Stigmatisation des hôpitaux</p> <p>Interdiction ou la régulation des visites familiales qui sont mal perçues et comprises par les patient-e-s et la communauté</p>
Disponibilité	<p>Bon fonctionnement du CTE et continuité de la prise en charge des patient-e-s grâce à des services fonctionnels et un personnel engagé et disponible</p> <p>Augmentation du nombre de lits disponibles et acquisition de matériel adapté</p>	<p>Surcharge de travail des soignants-e</p> <p>Prise en charge à domicile impacte négativement la prise en charge des patient-e-s non-Covid à l'hôpital du fait du nombre de soignant-e-s mobilisé-e-s</p> <p>Respect tardif de ses engagements en ressources par l'autorité centrale</p>
Accessibilité financière	<p>Prise en charge gratuite des patient-e-s Covid</p> <p>Maintien des mêmes tarifs pour les autres prises en charge</p>	<p>Difficulté de plus en plus de patient-e-s non-Covid pour payer leurs hospitalisations du fait de la réduction de leurs activités et revenus</p> <p>Prise en charge des patient-e-s qui n'a pas été comprise dans le budget</p>
Pertinence	Création d'espaces d'isolement qui rassurent les patient-e-s	-

## Conclusion

L'analyse transversale montre que les huit EPS étudiés, les CTE et les professionnel-le-s mobilisé-e-s dans les régions ont été en mesure de faire face à la pandémie de Covid-19, mais cela n'a pas été sans conséquences et défis importants pour les soignant.es. En effet, ces EPS ont démontré de grandes capacités d'absorption et d'adaptation avec un résultat final de récupération et de retour à la normale. Au Mali voisin, où les conditions de fonctionnement des structures de santé sont encore plus difficiles à cause du contexte de crise, une étude a également montré la capacité d'un hôpital universitaire à faire face à la pandémie et à maintenir l'accès aux soins (Coulibaly *et al.* 2022). Cependant, la présente étude ne semble pas montrer de transformation particulière, ce qui peut s'expliquer par un système de santé en manque de ressources depuis des années (Paul *et al.* 2020) et où certains soignant.es volontaires n'ont toujours pas touchés leurs primes deux ans plus tard.

Au Sénégal, les défis relatifs à la gestion de la crise Covid ont été immenses et les effets de la pandémie parfois compliqués à gérer par les structures de santé et aussi par l'État dans son ensemble (Ndiaye *et al.* 2021; Ridde et Faye 2022). Mais le système a finalement retrouvé, en avril 2021 (au moment de notre collecte de données), sa situation antérieure, une organisation comportant des faiblesses (Paul *et al.* 2020) auxquelles le plan d'investissements 2020-2024 est censé répondre (MSAS 2020). Il serait même possible d'évoquer un retour à l'*a-normale* (Gayer 2018) tant les défis rencontrés par le système de santé sénégalais sont importants et perdurent.

## Références

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, et ICF. 2020. « Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019)—Tableaux ». Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR368/FR368.T.pdf>.
- Balique, Hubert. 1996. « Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives ». Dakar: Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale; AREFOC.
- Biddle, Louise, Katharina Wahedi, et Kayvan Bozorgmehr. 2020. « Health System Resilience: A Literature Review of Empirical Research ». *Health Policy and Planning*, juin, czaa032. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>.
- Blanchet, Karl, Karin Diaconu, et Sophie Witter. 2020. « Understanding the Resilience of Health Systems ». In *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*, édité par Kayvan Bozorgmehr, Bayard Roberts, Oliver Razum, et Louise Biddle, 99-117. Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-33812-1\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33812-1_6).
- Coulibaly, Abdourahmane, Laurence Touré, Kate Zinszer, et Valéry Ridde. 2022. « La résilience de l'hôpital du Mali face à la COVID-19 dans un contexte de pénuries. » *Santé Publique* 33(6): 935-45. <https://doi.org/10.3917/spub.216.0935>.
- Cu, Anthony, Sofia Meister, Bertrand Lefebvre, et Valéry Ridde. 2021. « Assessing Healthcare Access Using the Levesque's Conceptual Framework— a Scoping Review ». *International Journal for Equity in Health* 20(1): 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>.

- Dedet, Guillaume, Lucie Kraepiel, et Thomas Rapp. 2021. « The resilience of European health systems in the face of the COVID-19 crisis ». *Les Tribunes de la santé* 68(2): 73-83.
- Diallo, Amadou Ibra, Adama Faye, Jean Augustin Diègane Tine, Mouhamadou Faly Ba, Ibrahima Gaye, E. Bonnet, Z. Traoré, et V. Ridde. 2022. « Factors associated with the acceptability of government measures to address COVID-19 in Senegal ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, mars, S0398762022002930. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.123>.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2020. « Strengthening Health Systems Resilience: Key Concepts and Strategies ». <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-system-resilience-key-concepts-and-strategies>.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Anna Sagan, Erin Webb, Natasha Azzopardi-Muscat, Isabel de la Mata, Martin McKee, et Josep Figueras. 2021. *Health Systems Resilience during COVID-19: Lessons for Building Back Better*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348493>.
- Fuseini, Kamil, Leah Jarvis, Augustine Ankomah, Fatou Bintou Mbow, et Michelle J. Hindin. 2022. « Did COVID-19 Impact Contraceptive Uptake? Evidence from Senegal ». *Studies in Family Planning* n/a (n/a). <https://doi.org/10.1111/sifp.12195>.
- Gayer, Laurent. 2018. « La 'normalité de l'anormal' : recomposer le quotidien en situation de guerre civile ». *Critique internationale* n°80 (3): 181. <https://doi.org/10.3917/cii.080.0181>.

- Haldane, Victoria, Chuan De Foo, Salma M. Abdalla, Anne-Sophie Jung, Melisa Tan, Shishi Wu, Alvin Chua, et al. 2021. « Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries ». *Nature Medicine* 27(6): 964-80. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.
- Juárez-Ramírez, Clara, Hortensia Reyes-Morales, Gaudencio Gutiérrez-Alba, Diana L. Reartes-Peñañiel, Sergio Flores-Hernández, José Alberto Muños-Hernández, André Escalante-Castañón, et Miguel Malo. 2022. « Local Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from Mexico ». *Health Policy and Planning*, juillet, czac055. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac055>.
- Khalil, Merette, Awad Mataria, et Hamid Ravaghi. 2022. « Building Resilient Hospitals in the Eastern Mediterranean Region: Lessons from the COVID-19 Pandemic ». *BMJ Global Health* 7 (Suppl 3): e008754. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008754>.
- Kruk, Margaret E., Michael Myers, S. Tornorlah Varpilah, et Bernice T. Dahn. 2015. « What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola ». *Lancet (London, England)* 385 (9980): 1910-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).
- Mckee, Martin, et Judith Healy. 2002. *Hospitals in a Changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham; Philadelphia: Open University Press.
- Ministère de la santé et de l'action sociale. 2020. « Rapport des comptes de la santé 2014-2016 ».
- Mintzberg, Henry. 1989. « The Structuring of Organizations ». In *Readings in Strategic Management*, édité par David Asch et Cliff Bowman, 322-52. London: Macmillan Education UK. [https://doi.org/10.1007/978-1-349-20317-8\\_23](https://doi.org/10.1007/978-1-349-20317-8_23).

MSAS. 2020. « Plan d'investissement pour un système de santé et d'action sociale pérenne 2020/2024 ». Dakar: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Ndiaye, Abdourahmane, Cheikh Guèye, Cheikh Oumar Ba, Rapport alternatif sur l'Afrique (Organization), et IPAR (Think tank: Senegal), éd. 2021. *Sénégal post-Covid-19: souveraineté et ruptures*. Dakar: L'Harmattan Sénégal.

Paul, Elisabeth, Céline Deville, Oriane Bodson, N'koué Emmanuel Sambiéni, Ibrahima Thiam, Marc Bourgeois, Valéry Ridde, et Fabienne Fecher. 2019. « How Is Equity Approached in Universal Health Coverage? An Analysis of Global and Country Policy Documents in Benin and Senegal ». *International Journal for Equity in Health* 18(1): 195. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>.

Paul, Elisabeth, Youssooupha Ndiaye, Farba L. Sall, Fabienne Fecher, et Denis Porignon. 2020. « An Assessment of the Core Capacities of the Senegalese Health System to Deliver Universal Health Coverage ». *Health Policy OPEN* 1 (décembre): 100012. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012>.

Ridde, Valéry. 2021. « The challenges of universal health coverage in sub-Saharan Africa: permanence and failures of New Public Management instruments ». In *Une couverture sanitaire universelle en 2030?*, 1-50. Québec, Canada: Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>.

Ridde, Valéry, et Adama Faye. 2022. « Challenges in Implementing the National Health Response to COVID-19 in Senegal ». *Global Implementation Research and Applications* 2(3): 219-33. <https://doi.org/10.1007/s43477-022-00053-4>.

Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic:

- protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Sagan, Anna, Stephen Thomas, Martin Mckee, Marina Karanikolos, Natasha Azzopardi- Muscat, Isabel Mata, et Josep Figueras. 2020. « COVID-19 AND HEALTH SYSTEMS RESILIENCE: LESSONS GOING FORWARDS » 26 (novembre): 20-24.
- Samba, Mouhamed. 2022. « Progression vers la couverture santé universelle au Sénégal: entre équité, efficience et performance ». Sciences économiques et sciences politiques, Université de Liège, Sciences sociales et Université de Thiès.
- Saulnier, Dell D, Karl Blanchet, Carmelita Canila, Daniel Cobos Muñoz, Livia Dal Zennaro, Don de Savigny, Kara N Durski, et al. 2021. « A Health Systems Resilience Research Agenda: Moving from Concept to Practice ». *BMJ Global Health* 6(8): e006779. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006779>.
- Schnitzler, Marie. 2014. « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain: une thématique négligée? » *Sciences sociales et santé* 32 (1): 39. <https://doi.org/10.3917/sss.321.0039>.
- Stennett, Jack, Renyou Hou, Lola Traverson, Valéry Ridde, Kate Zinszer, et Fanny Chabrol. 2022. « Lessons Learned From the Resilience of Chinese Hospitals to the COVID-19 Pandemic: Scoping Review ». *JMIRx Med* 3(2): e31272. <https://doi.org/10.2196/31272>.
- Turenne, Charlotte Pailliard, Lara Gautier, Stéphanie Degroote, Etienne Guillard, Fanny Chabrol, et Valéry Ridde. 2019. « Conceptual Analysis of Health Systems Resilience: A Scoping Review ». *Social Science & Medicine* 232 (juillet): 168-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>.

Webb, Erin, Cristina Hernández-Quevedo, Gemma Williams, Giada Scarpetti, Sarah Reed, et Dimitra Panteli. 2022. « Providing Health Services Effectively during the First Wave of COVID-19: A Cross-Country Comparison on Planning Services, Managing Cases, and Maintaining Essential Services ». *Health Policy* 126(5): 382-90. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.016>.

World Health Organization. 2022. « World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals ». Geneva: WHO.

Yin, Robert K. 2012. *Applications of case study research*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: SAGE.



# II. La résilience hospitalière dans trois hôpitaux de référence pour la Covid-19 au Brésil

KARLA SOUSA, STÉPHANIE MEDEIROS, BETISE FURTADO, ANA LUCIA VASCONCELOS, GISELE CAZARIN, ALETHEIA SAMPAIO, SYDIA OLIVEIRA

## Résumé

Les crises sanitaires telles que la pandémie de Covid-19 mettent la résilience des systèmes de santé au défi en testant leur capacité à faire face au changement, à gérer les défis et à s'adapter pour rester efficaces. Cette étude analyse la résilience de trois hôpitaux de référence de la ville de Recife, capitale de l'état du Pernambouc au Brésil : un hôpital public, un privé et un philanthropique. L'objectif est d'analyser les adaptations adoptées par les équipes infirmières de ces hôpitaux qui ont travaillé en première ligne face à la Covid-19. Quatre thèmes d'analyse ont été retenus : le soutien institutionnel, l'accès aux équipements de protections individuelles (EPI), les relations de travail et enfin la peur du personnel et sa santé mentale. La capacité d'adaptation des équipes a été démontrée dans ces quatre thèmes, leur capacité d'absorption a été démontrée dans deux thèmes et aucune capacité de transformation n'a été identifiée. L'étude met en évidence que la crise sanitaire a été difficile à gérer les hôpitaux étudiés, quelle que soit leur situation juridico-administrative.

**Mots-clés :** Covid-19, hôpital, organisation, pandémie, résilience

## Abstract

Health crises such as the COVID-19 pandemic challenge health systems with resilience – the ability to deal with change, manage challenges, and adapt to remain effective. Thus, it is important to understand how these challenges affect and produce reactions in the people and organizations involved in this response. This study analyzes resilience in three reference hospitals in the city of Recife, Pernambuco, Brazil – one public, one private and one philanthropic hospital – by examining the adaptations adopted by the nursing team that acted on the front lines in the face of COVID-19. Four themes were considered relevant for the purposes of this study: institutional support, access to personal protective equipment (PPE), work relationships and fear and mental health. Adaptive capacity was demonstrated in all four themes, absorptive capacity was demonstrated in two themes, and no transformative capacity was identified. The study showed that the health crisis was challenging for all hospitals studied, regardless of their legal and administrative situation.

**Keywords:** COVID-19, hospital, organization, pandemic, resilience

## Resumo

Crises de saúde, como a pandemia da COVID-19, desafiam os sistemas de saúde com resiliência – a capacidade de lidar com mudanças, gerenciar desafios e se adaptar para permanecerem eficazes. Assim, importa perceber como estes desafios afetam e produzem reações nas pessoas e organizações envolvidas nesta res-post-ta. Este estudo analisa a resiliência em três hospitais de referência na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil – um hospital público, um privado e um filantrópico – examinando as adaptações adotadas pela equipe de enfermagem que atuou na linha de frente no enfrentamento da COVID-19. Quatro temas foram considerados relevantes para os propósitos deste estudo: apoio

institucional, acesso a equipamentos de proteção individual (EPI), relações de trabalho e medo e saúde mental. A capacidade adaptativa foi demonstrada em todos os quatro temas, a capacidade de absorção foi demonstrada em dois temas e nenhuma capacidade transformadora foi identificada. O estudo mostrou que a crise sanitária foi desafiadora para todos os hospitais estudados, independentemente de sua situação jurídica e administrativa.

**Palavras-chaves:** COVID-19, hospital, organização, pandemia, resiliência

## Introduction

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence la vulnérabilité mondiale face à la propagation de maladies connues ou nouvelles, considérées comme des urgences de santé publique. Le choc mondial causé par cette pandémie a défié les systèmes de santé, nécessitant de leur part une réponse rapide pour répondre aux besoins de la population. Pour cela, les systèmes de santé devaient être structurellement et financièrement préparés, et devaient pouvoir compter sur des professionnel-le-s de santé capables d'absorber et de s'adapter aux nouvelles demandes, voire de transformer les soins dispensés (Legido-Quigley *et al.* 2020).

La pandémie a exercé une forte pression sur les hôpitaux et les professionnel-le-s de santé, en particulier dans les pays d'Amérique Latine et des Caraïbes (ALC), en raison des taux de mortalité élevés et des inégalités sociales et infrastructurelles (Solano Gámez 2020). Les systèmes de santé d'ALC ont réagi à la pandémie en priorisant les soins liés à la Covid-19 par rapport aux services de santé essentiels. Cette situation a entraîné une surmortalité et réduit l'espérance de vie de 2 à 10 ans (Lima *et al.* 2021). Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour renforcer les ressources humaines en santé : recrutement de personnel, échange de professionnel-le-s au sein et entre les établissements,

élargissement des rôles et partage des tâches (World Health Organization 2021), intégration des technologies numériques de santé (Holeman, Cookson, et Pagliari 2016), et formation des professionnel·le·s de santé.

Les hôpitaux sont des structures administratives (statuts juridiques et administratifs différents) et organisationnelles complexes (Adams et Walls 2020). Les professionnel·le·s des soins infirmiers constituent le groupe le plus important de l'équipe de santé et celui qui est en contact le plus longtemps avec les patient·e·s. Ainsi, des études spécifiques concernant cette catégorie professionnelle sont importantes. En effet, les infirmier·ière·s sont confronté·e·s à de nombreux défis, qu'ils ou elles soient lié·e·s à des charges de travail extrêmes ou exposé·e·s à d'autres facteurs de stress comme l'incertitude concernant la maladie (Khattak et al. 2020).

Cette étude évalue la résilience des équipes infirmières qui ont travaillé en première ligne face à la Covid-19 dans trois hôpitaux de référence au Brésil, en examinant les stratégies d'adaptations qu'elles ont pu mettre en œuvre entre avril et octobre 2020 (1ère vague épidémique).

## Méthode

L'étude de cas est qualitative et multiple (Yin et Ridde 2018). Trois cas ont été sélectionnés pour leur diversité de statuts juridico-administratifs : un hôpital public, un hôpital privé et un hôpital philanthropique – institution privée à but non lucratif qui a un contrat avec le système public pour fournir des soins aux patient·e·s du Système de Santé Unifié (SUS). Au moins 60% des services offerts par les hôpitaux philanthropiques sont obligatoirement destinés au SUS. L'hôpital public est un hôpital universitaire, qui appartient au gouvernement de l'État de Pernambuco et qui est une référence dans la gestion des maladies infectieuses, avec 400 lits. Les hôpitaux privés et philanthropiques ont été les pionniers du réseau de santé non-public à offrir des soins Covid-19, ouvrant

respectivement 270 et 120 lits (Tableau 1). Ces hôpitaux étaient considérés comme une référence dans le traitement des cas de Covid-19 (patient-e-s atteint-e-s de Covid-19, cas Covid) dans le Pernambouc. Cet État s'est démarqué par son nombre de cas, et la capitale, Recife, a été en tête du nombre de cas dans la 12<sup>ème</sup> semaine épidémiologique (« WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard », 2020). Le Brésil, en juin 2023, est le deuxième pays le plus touché par la Covid-19 en nombre de décès, recensant 704 320 décès en juillet 2023 (« WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard », 2023).

Tableau 1. Caractéristiques des trois hôpitaux d'études.

	Public	Privé	Philanthropique
Types d'hôpitaux	Spécialisé dans les maladies infectieuses parasitaires	Médecine générale	Spécialisé dans la santé de la femme et de l'enfant
Nombre de lits Covid-19	400	270	120
Effectifs (professionnel-le-s de santé et administratifs)	3 200	3 700	5.000
Types de patient-e-s accueillis	Covid Cas moyens et graves	Cas moyens et graves	Cas moyens et graves

Les hôpitaux ont été intentionnellement choisis et les données recueillies entre avril et octobre 2020. La collecte de données consiste en des observations directes, en l'analyse de documents, et en la réalisation de 21 entretiens semi-structurés avec des infirmier-ière-s sélectionné-e-s pour avoir travaillé dans la gestion et/ou la prestation directe de soins Covid (Tableau 2). Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien pré-testé basé sur le cadre conceptuel du projet multi-pays HoSPiCOVID (Ridde *et al.* 2021), puis ont été transcrits et codés à l'aide du logiciel MAXQDA Analytics Pro 2020®.

Tableau 2. Entretiens réalisés.

Hôpitaux	Gestion clinique	Prestation de soins	Total
Hôpital public	1	9	10
Hôpital philanthropique	-	6	6
Hôpital Privé	-	5	5

Enfin, le contenu des données a été analysé qualitativement (Bardin 2015) et organisé selon quatre thèmes jugés pertinents pour comprendre la capacité de résilience des hôpitaux étudiés : le soutien institutionnel, l'accès aux équipements de protection individuelle (EPI), la surcharge de travail et enfin la peur des personnels et leur santé mentale. Pour chaque cas étudié, ont ensuite été analysées : 1) la capacité d'absorption (le fait d'offrir le même niveau de services en utilisant le même niveau de ressources); 2) capacité d'adaptation (le fait de fournir le même niveau de services avec moins de ressources et/ou des ressources différentes); et 3) la capacité de transformation (le fait de se transformer pour répondre à un environnement changeant) (Blanchet *et al.* 2017).

## Résultats

Cette étude a révélé la capacité d'adaptation des équipes infirmières de première ligne dans les trois hôpitaux étudiés, en ce qui concerne le soutien institutionnel, l'accès aux EPI, les relations de travail, la peur et la santé mentale. Leur capacité d'absorption a été observée concernant le soutien institutionnel et l'accès aux EPI. Aucune capacité de transformation n'a été observée (Tableau 3).

## Appui institutionnel

Le soutien institutionnel, compris comme une stratégie pour améliorer et renforcer les soins fournis, a été observé dans les trois hôpitaux étudiés et exprimé par les répondant-e-s de tous les hôpitaux comme l'une des caractéristiques ayant le plus contribué à la capacité d'absorption et d'adaptation aux scénarios de crise.

Le soutien des gestionnaires dans la prise de décision et la garantie d'une communication claire ont été cruciaux pour fournir des informations et une formation aux infirmier-ière-s. À l'hôpital public, des activités de formation-continue des professionnel-le-s ont été menées avant l'arrivée des patient-e-s suspect-e-s. Les infirmier-ière-s ont décrit la tension qu'elles ressentaient en attendant de s'occuper des premiers cas et comment le soutien institutionnel, par la formation du personnel, était essentiel pour renforcer le travail de première ligne.

*Ce que j'ai vu dernièrement qui a contribué et fait la différence : formation d'équipe, formation continue (...). Je pense que la formation a fait la différence. (Hôpital public)*

Les responsables des hôpitaux non-publics ont fourni des informations actualisées sur la Covid-19, établissant clairement les priorités et les actions à suivre, ainsi que les mesures de protection pour les patient-e-s et les professionnel-le-s. Avec le changement des protocoles de soins, toutes les infirmier-ière-s ont déclaré avoir dû s'adapter aux nouveaux formats de diffusion de l'information et aux nouvelles procédures (protocoles de contrôle des infections, utilisation des EPI, habillage et déshabillage, entre autres). Des infirmier-ière-s plus expérimentées ont parfois eu besoin de former des collègues aux soins des patient-e-s pour répondre aux demandes urgentes générées par la pandémie.

La communication a été adaptée afin que tou-te-s les infirmier-ière-s puissent accéder à l'information et des stratégies ont été mises en place pour les messages numériques, en plus des procédures disponibles sur papier.

En général, anticiper les situations inhabituelles a contribué à atténuer l'insécurité et à restaurer un sentiment de contrôle. Les infirmier-ière-s ont déclaré se sentir en sécurité dans l'environnement de travail grâce à la supervision continue et à la présence et la disponibilité de l'équipe de gestion.

Tous les hôpitaux ont pu offrir un soutien institutionnel aux infirmier-ière-s et à toute leur équipe de santé.

## Accès aux équipements de protection individuelle (EPI)

L'accès aux EPI a varié entre des moments d'offre étendue et des périodes de rationnement et/ou de pénurie. L'étude montre une homogénéité des déclarations des infirmier-ière-s des hôpitaux non-publics, qui se sentent en sécurité au travail, même face à une menace inattendue.

*Nous avons beaucoup de matériel. Donc ça donne une certaine sécurité. Peut-être que mon point de vue est assez différent de celui des gens qui travaillent dans le public [hôpital]. Ici on a la blouse, le masque... (Hôpital Privé)*

À l'hôpital public, avant la pandémie de Covid-19, l'accès aux EPI était facile, alors qu'en période de pénurie, il a été nécessaire d'adapter le rationnement quotidien pour éviter les pénuries. Les infirmier-ière-s ont commencé à recevoir des fournitures en plus petites quantités, impliquant ainsi une utilisation intermittente et/ou prolongée du même EPI. Cela a négativement impacté la routine de soins des hôpitaux,



entraînant principalement un inconfort physique des personnels. La formation du personnel à une utilisation rationnelle des EPI a permis de réduire leur consommation pour répondre aux défis imposés par la crise.

La présente étude a démontré que tous les hôpitaux, bien que de façons différentes, ont tous été en mesure d'absorber la demande imposée par la pandémie, en maintenant leurs fonctions et en fournissant des soins.

## Relations de travail

La pandémie de Covid-19 a entraîné une augmentation significative de la demande de soins dans les hôpitaux en peu de temps. Les infirmier·ière·s ont ainsi subi des charges de travail excessives dans les trois hôpitaux étudiés. Pour faire face à cet effet provoqué par la pandémie, davantage d'infirmier·ière·s ont été recruté·e·s. Cependant, la plupart n'avaient aucune expérience en soins d'urgence ou en soins intensifs, ce qui n'a finalement pas allégé la charge de travail des équipes infirmières initialement présentes (besoins de formation).

Dans tous les hôpitaux étudiés, la surcharge de travail a provoqué un accroissement de prise de congés dans les équipes, pour se protéger pour les professionnel·le·s les plus à risques, mais également de congés maladie pour celles et ceux atteint·e·s de Covid. Celles et ceux qui sont resté·e·s ont ainsi dû faire face à une nouvelle augmentation des charges de travail, avec des conséquences non seulement sur leur santé physique et mentale mais aussi sur les relations interpersonnelles au sein des équipes. La fatigue physique associée à un stress émotionnel constant a considérablement affecté la qualité des soins et des relations interpersonnelles. Certain·e·s infirmier·ière·s estimaient que la qualité du service était devenue négligée, générant progressivement des plaintes et des malaises chez les professionnel·le·s. Alors que les effets des lourdes

charges de travail se sont fait ressentir dans tous les hôpitaux étudiés, les infirmier·ière·s des hôpitaux non-publics ont davantage mis en avant une pression des équipes de direction et/ou des patient·e·s.

*Cela a été un défi car il ne s'agit pas seulement de soigner des patients, le nombre de patients est très important, mais aussi la pression de la direction, des superviseurs (...)* (Hôpital privé)

La surcharge de travail a rendu la gestion de la Covid-19 plus difficile. Les difficultés ressenties au quotidien ont notamment été aggravées par la pression pour maintenir une certaine qualité de soins et la nécessité de prendre soin des patient·e·s et d'eux et elles-mêmes. Dans les trois cas, des adaptations ont été nécessaires pour attirer de nouvelles recrues ou pour gérer le nombre réduit de professionnel·le·s dans le service.

## Peur et santé mentale

Dans les trois cas étudiés, travailler avec la Covid-19 a déclenché ou intensifié des sentiments de peur chez les infirmier·ière·s à l'idée de l'attraper et/ou de le transmettre aux membres de leur famille. Ce sentiment s'est ajouté à la pression générée par les afflux de patient·e·s Covid et à l'angoisse causée par la maladie et/ou la mort de collègues.

Des mesures restrictives, l'isolement social et l'éloignement de la famille, ont amplifié les tensions inhérentes à la peur, telles que l'angoisse, l'insécurité et la responsabilité de ne pas devenir un vecteur de la maladie.

Des actions de prise en charge en santé mentale ont alors été organisées. La création d'un environnement de soutien au sein de l'administration avait pour objectif de minimiser ou d'anticiper les problèmes liés à la santé mentale. Ainsi, les questionnaires préparés devaient identifier les ressources de soutien pour fournir des soins supplémentaires. Dans les hôpitaux étudiés, les stratégies allaient du soutien téléphonique avec un

suivi psychologique au sein de la structure organisationnelle, au soutien mutuel entre les professionnel-le-s des services. Des soins individuels en santé mentale ont aussi été mis en place pour faire face à la crise et rester actifs auprès des patient-e-s.

*Je suis retourné en thérapie. C'est quelque chose que j'ai déjà fait, mais pendant la pandémie, ça a dû être suspendu, mais ensuite j'ai dû revenir même s'il s'agissait de soins virtuels. (Hôpital philanthropique)*

Dans les questions liées à la santé mentale, bien que le besoin de psychothérapie prédominait, d'autres formes de soins ont été avancées, comme les soins de santé intégratifs et complémentaires, ou encore le recours à la foi et aux expériences spirituelles. Par ailleurs, certain-e-s ont choisi de réduire leur exposition à l'actualité et au flux intense d'informations diffusées.

Certain-e-s des répondant-e-s perçoivent la résilience psychologique comme un facteur de protection, mais la perception du soutien institutionnel était également fondamentale pour la santé mentale des infirmier-ière-s.

Il a été observé dans les trois hôpitaux que, malgré l'adoption de moyens de protections et de soins pour la santé mentale des infirmier-ière-s, le maintien de l'exercice de leurs fonctions restait limité par le manque de ressources matérielles disponibles, les obligeant ainsi à s'adapter avec des moyens de soins nouveaux et/ou différents.

Tableau 3. Synthèse des résultats.

	Absorption	Adaptation	Transformation
Appui institutionnel	Des activités de formation continue ont été menées avant l'arrivée des patient-e-s suspect-e-s.	Au fur et à mesure de l'évolution des protocoles de soins, tous les professionnel-le-s se sont adapté-e-s aux formats de diffusion de l'information et aux nouvelles procédures.	Non observé
Accès aux EPI	Tous les hôpitaux ont pu absorber la demande imposée par la pandémie en maintenant leurs fonctions et leur offre de soins.	La formation des équipes à l'utilisation rationnelle des EPI a permis de réduire leur consommation.	Non observé
Relations de travail	Non observé	Des adaptations ont été faites pour attirer de nouvelles recrues et pour gérer le nombre réduit de professionnel-le-s en service.	Non observé
Peur et santé mentale	Non observé	Assistance téléphonique avec un soutien psychologique au sein de la structure organisationnelle, soutien mutuel entre les professionnel-le-s des services et prise en charge appropriée de la santé mentale.	Non observé

## Discussion

Cette étude a démontré que de nombreux facteurs ont influencé la capacité de résilience des hôpitaux étudiés au cours de la pandémie de Covid-19. Des capacités d'absorption et d'adaptation ont été observées dans les trois hôpitaux, démontrant que tous étaient capables de fournir des services avec des ressources existantes et/ou de les réajuster aux

besoins imposés par la prise en charge de la maladie. Il n'a pas été possible d'observer, à partir des données collectées, des changements transformationnels menés dans ces hôpitaux (par ex., d'infrastructure).

Silva *et al.* (2020) affirment que lorsque les individus sont exposés à des situations défavorables, les changements demandent des comportements résilients, qui nécessitent de la préparation, de l'expérience et de l'apprentissage de ces expériences. Dans le contexte de la Covid-19, les infirmier·ière·s ont été indispensables dans les soins directs prodigués aux patient·e·s. Garder ces professionnel·le·s en première ligne s'est avéré être un immense défi, étant donné le besoin nécessaire de soutien pour continuer à soigner les patient·e·s face aux risques d'infection, aux lacunes potentielles en matière de formation, aux nouveaux flux de travail et enfin aux pénuries d'approvisionnement (Teixeira *et al.* 2020; Silva *et al.* 2021).

Les infirmier·ière·s interrogé·e·s avaient besoin d'assimiler de nouvelles informations sur l'agent pathogène et ses répercussions afin d'améliorer et d'ajuster leur travail. Face aux crises sanitaires, les initiatives institutionnelles sont des moyens puissants pour garantir la créativité et l'autonomie de ces professionnel·le·s et développer leur travail de manière résiliente (Schultz *et al.* 2020).

Le soutien institutionnel a été observé dans les activités de formation continue pour les infirmier·ière·s déjà présent·e·s et celles et ceux nouveaux·elles. Les répondant·e·s ont déclaré avoir reçu une formation sur les protocoles de soins Covid-19, notamment sur les séquences d'utilisation correcte des EPI (mise et retrait). Dans certaines études, la plupart des infirmier·ière·s ont déclaré ne pas avoir reçu de formation ou la considéraient comme insuffisante, les rendant plus exposé·e·s aux risques professionnels (Silva *et al.* 2021; Messias *et al.* 2022). Les personnes rencontrées dans nos trois études de cas considèrent la formation comme un facteur de soutien fondamental à leur performance et à celle de l'équipe.

Pour répondre aux changements fréquents de protocoles de soins Covid-19 au fur et à mesure de la progression de la pandémie, une communication plus rapide et efficace a dû être mise en place pour l'adaptation de l'information des équipes et de la formation des nouveaux personnels. Ceux-ci ont notamment été formés par les infirmier·ière·s expérimenté·e·s pour le traitement des patient·e·s, en plus d'avoir accès aux outils numériques. Une étude récente a mis en évidence l'efficacité des outils numériques pour minimiser les impacts de la Covid-19 sur les systèmes de santé et contribuer à l'adoption de nouvelles pratiques et modèles de soins de santé (Celuppi *et al.* 2021).

Malgré les nombreux changements vécus lors de la pandémie, les répondant·e·s ont déclaré se sentir en sécurité dans l'exécution de leurs tâches grâce au soutien et à la formation reçus. L'accompagnement institutionnel, par la formation continue, a été évoqué comme un outil de réduction des tensions et d'uniformisation des comportements générateurs de soins de qualité et de sécurité pour les patient·e·s et les professionnel·le·s de santé (Santos *et al.* 2021; Gomes *et al.* 2020).

Dans ce contexte, le sentiment de sécurité rapporté par les répondant·e·s des hôpitaux philanthropiques et privés provient d'un accès adéquat aux EPI, avec la garantie d'un environnement de travail qui inspire confiance. Dans l'hôpital public, les répondant·e·s ont indiqué qu'ils et elles avaient accès à des EPI, mais que ces derniers étaient limités, ce qui a nécessité une adaptation et de nouvelles règles d'utilisation. Dans le monde entier, l'acquisition de matériels médicaux et d'EPI, et leur rareté potentielle, est devenue une réalité difficile pour les services de santé dans plusieurs pays (Rigotti *et al.* 2021).

Les hôpitaux étudiés ont dû ajuster les taux de professionnel·le·s de santé par le recrutement. La pénurie de main-d'œuvre qualifiée a conduit à l'embauche d'infirmier·ière·s sans formation spécifique aux urgences ou aux soins intensifs, générant ainsi une surcharge de travail pour les professionnel·le·s interrogé·e·s qui, en plus d'être responsables de leur propre travail, devaient collaborer à la formation des nouveaux

personnels. La charge de travail excessive est un facteur déterminant auquel doivent faire face les gestionnaires, car elle entraîne un roulement élevé, voire une pénurie de ressources humaines (Rigotti *et al.* 2021).

Dans les hôpitaux non-publics, les professionnel-le-s ont signalé des pressions de la part de la direction et des patient-e-s, des pressions de performance et de maintien de la qualité des soins, générant du stress et de l'épuisement physique et mental chez les professionnel-le-s. Dal'Bosco *et al.* (2020) suggèrent que les conditions inhérentes à l'emploi dans les hôpitaux privés, telles que la précarité et les changements fréquents d'emplois et de fonctions, constituent un facteur important de survenue de troubles psychologiques, contrairement au secteur public où les licenciements sont quasi inexistant.

## Conclusion

Cette étude a montré que les crises sanitaires étaient difficiles pour tous les hôpitaux et que des ressources financières plus importantes permettent d'accéder à des facteurs de protection pour toutes les personnes concernées. Cependant, qu'ils et elles soient du service public ou privé, les infirmier-ière-s ont fait face à des défis qui ont nécessité le développement de stratégies pour maintenir les services aux malades, et préserver leur emploi et leur santé.

Les services de santé ont montré une bonne résilience dans les catégories d'absorption (soutien institutionnel et accès aux EPI) et d'adaptation (soutien institutionnel, accès aux EPI, surcharge de travail, peur et santé mentale). Les participant-e-s ont reconnu que l'apprentissage acquis par les professionnel-le-s de la gestion et des soins a permis de surmonter les difficultés de la crise sanitaire actuelle, soulageant la souffrance des professionnel-le-s et patient-e-s.

## Références

- Adams, James G., et Ron M. Walls. 2020. « Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic ». *JAMA* 323(15): 1439-40. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.
- Bardin, Laurence. 2015. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Blanchet, Karl, Sara L. Nam, Ben Ramalingam, et Francisco Pozo-Martin. 2017. « Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework ». *International Journal of Health Policy and Management* 6(8): 431-35. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
- Celuppi, Ianka Cristina, Geovana Dos Santos Lima, Elaine Rossi, Raul Sidnei Wazlawick, et Eduardo Monguilhott Dalmarco. 2021. « Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo ». *Cadernos de Saúde Pública* 37(3): e00243220. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00243220>.
- Dal’Bosco, Eduardo Bassani, Lara Simone Messias Floriano, Suellen Vienscoski Skupien, Guilherme Arcaro, Alessandra Rodrigues Martins, et Aline Cristina Correa Anselmo. 2020. « Mental Health of Nursing in Coping with COVID-19 at a Regional University Hospital ». *Revista Brasileira de Enfermagem* 73 (juillet): e20200434. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>.
- Gomes, Ivana Lima Verde, Albertisa Rodrigues Alves, Thereza Maria Magalhães Moreira, Daniella Barbosa Campos, et Sarah Vieira Figueiredo. 2020. « REFLEXÕES SOBRE A PANDEMIA COVID- 19 E AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM NUM HOSPITAL ». *Global Academic Nursing Journal* 1(3). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200050>.



- Holeman, Isaac, Tara Patricia Cookson, et Claudia Pagliari. 2016. « Digital Technology for Health Sector Governance in Low and Middle Income Countries: A Scoping Review ». *Journal of Global Health* 6(2): 020408. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.020408>.
- Khattak, Sajid, Imran Saeed, Shams Ur Rehman, et Muhammad Fayaz. 2020. « Impact of Fear of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses in Pakistan ». *Journal of Loss and Trauma* 26 (septembre): 1-15. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1814580>.
- Legido-Quigley, Helena, José Tomás Mateos-García, Vanesa Regulez Campos, Montserrat Gea-Sánchez, Carles Muntaner, et Martin McKee. 2020. « The Resilience of the Spanish Health System against the COVID-19 Pandemic ». *The Lancet Public Health* 5(5): e251-52. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8).
- Lima, Everton E. C., Estevão A. Vilela, Andrés Peralta, Marília Rocha, Bernardo L. Queiroz, Marcos R. Gonzaga, Mario Piscocoya-Díaz, Kevin Martinez-Folgar, Víctor M. García-Guerrero, et Flávio H. M. A. Freire. 2021. « Investigating Regional Excess Mortality during 2020 COVID-19 Pandemic in Selected Latin American Countries ». *Genus* 77(1): 30. <https://doi.org/10.1186/s41118-021-00139-1>.
- Messias, João Carlos Caselli, Mônica de Oliveira Rocha, Karina Borgonovi Silva Barbi, et Eduardo Espíndola Fontoura Júnior. 2022. « Death and Resistance: Professionals on the Front Line Against COVID-19 ». *Paidéia (Ribeirão Preto)* 32 (mars): e3209. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3209>.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.

Rigotti, Ariane Ranzani, Flávia Helena Pereira, Felipe Micheli Costa de Castilho, Natália Salvador Banhos, Dérica Karoly Evarista Almeida, Maria das Graças de Souza Carvalho, et José Antonio Dias Garcia. 2021. « Desafios da equipe gestora no combate ao covid-19: Relato de experiência ». *Research, Society and Development* 10(6): e58710616175-e58710616175. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16175>.

Santos, José Luís Silva Dos, Filipe Almeida De Santana, Clarice Souza Serafim, Lucas Ribeiro De Freitas, Wenderson Laelcio Da Silva Oliveira, Marcos Vinicius Santana De Melo, Douglas Henrique Da Silva Ferreira, Wanuska Munique Portugal, Lenio José De Pontes Costa, et Giselda Bezerra Correia Neves. 2021. « Enfrentamento a covid-19: importância da educação permanente em serviços de saúde ». *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem* 13 (septembre): e8669. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8669.2021>.

Schultz, Carmen Cristiane, Kátrin Isabeli Dreschler Corrêa, Simone Minuzzi Catto Vaz, Christiane de Fátima Colet, et Eniva Miladi Fernandes Stumm. 2020. « Resiliência da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar com ênfase na pandemia COVID-19 ». *Research, Society and Development* 9(11): e539119466-e539119466. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9466>.

Silva, Mônica Alice Santos da, Morgana Cristina Leôncio de Lima, Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado, Clarissa Mourão Pinho, et Maria Sandra Andrade. 2021. « Biossegurança dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da COVID-19 ». *Revista Brasileira de Enfermagem* 75 (outobre): e20201104.

Silva, Silmar Maria da, Patricia Campos Pavan Baptista, Fábio José da Silva, Mirian Cristina Dos Santos Almeida, et Rosimeire Angela de Queiroz Soares. 2020. « Resilience Factors in Nursing Workers in the Hospital Context ». *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P* 54: e03550. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018041003550>.

Solano Gámez, Armando. 2020. « RESILIENCE AND COVID-19 ». *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecologia* 71(1): 7-8. <https://doi.org/10.18597/rcog.3531>.

Teixeira, Carmen Fontes de Souza, Catharina Matos Soares, Ednir Assis Souza, Erick Soares Lisboa, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Laíse Rezende de Andrade, et Monique Azevedo Espiridião. 2020. « A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19 ». *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (août): 3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

« WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard ». s. d. Consulté le 12 juin 2023. <https://covid19.who.int>.

World Health Organization, et Pan American Health Organization. 2021. *Impact of COVID-19 on Human Resources for Health and Policy Response: The Case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru: Overview of Findings from Five Latin American Countries*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350640>.

Yin, Robert K., et Valéry Ridde. 2018. « 10. Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes ». In *Approches et pratiques en évaluation de programmes*, édité par Christian Dagenais, 179-98. Paramètres. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.5989>.



# 12. Les visites familiales en période de pandémie de Covid-19 dans deux hôpitaux en France et au Mali

ABDOURAHMANE COULIBALY, FANNY CHABROL, LAURENCE TOURÉ,  
RENYOU HOU, BOUBACAR SIDIKI IBRAHIM DRAMÉ, KATE ZINSZER,  
VALÉRY RIDDE

## Résumé

Ce chapitre vise à étudier la façon dont le personnel de santé, les malades et leurs familles ont fait face aux restrictions des visites familiales dans un hôpital français et un hôpital malien pendant la pandémie de Covid-19.

Les données ont été collectées au cours des deux premières vagues pandémiques. Au total, 111 entretiens semi-structurés ont été menés (France = 55, Mali = 56), dont 103 avec le personnel de santé et huit avec des familles. Les enquêteur-ric-e-s ont effectué 150 jours d'observations sur le terrain (France = 44, Mali = 106).

L'étude a mis en évidence la difficulté, pour le système médico-clinique, de fournir des réponses appropriées aux nombreux besoins émotionnels des patient-e-s dans un contexte de pandémie. Les familles en France ont bénéficié d'un service d'accompagnement pour réduire le stress, alors qu'au Mali, aucune initiative n'a été prise en ce sens. Dans les deux pays, les familles ont souvent communiqué avec leurs proches à distance via les

réseaux sociaux. En outre, nos résultats ont montré que la présence et l'implication des familles contribuaient à mieux répondre aux demandes psycho-affectives des malades.<sup>1</sup>

**Mots-clés** : résilience, hôpitaux, visites familiales, Covid-19

## Introduction

En raison de sa position dans la relation de soins, la famille est un élément majeur de la « triade décisionnelle » associant le personnel, le malade et la famille. Le rôle des familles et leur implication dans la négociation des soins ont été particulièrement bien étudiés en Occident (Faizant 2006) et en Afrique (Jaffré et Guindo 2013; Jaffré *et al.* 2019). Certaines de ces études ont porté sur le rôle de l'entourage familial dans les relations thérapeutiques (Gruénais M.E 1990; Schnitzler 2014).

Les visites familiales ne sont pas effectuées de la même manière partout, et elles ne répondent pas non plus aux mêmes besoins des patient·e·s. Les hôpitaux africains sont habitués à la forte présence familiale autour des malades (Schnitzler 2014). Cette présence massive du cercle familial aide la personne à surmonter le sentiment de solitude (Schnitzler 2014). La nourriture des patient·e·s africain·e·s dépend en grande partie des plats apportés par la famille. En France et en Europe, les familles rendent visite aux patient·e·s sans être tenues de fournir des soins et de la nourriture.

Quelques études ont porté sur la présence des familles à l'hôpital dans le contexte d'une épidémie (N'koué Sambiéni, Danko, et Ridde 2015; Frimpong et Paintsil 2023). Dans le contexte spécifique de la pandémie

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article Abdourahmane Coulibaly, Fanny Chabrol, Laurence Touré, Renyou Hou, Boubacar Sidiki Ibrahim Dramé, Kate Zinszer, Valéry Ridde. 2023. « Responses to Hospital Restrictions on Family Visits during the COVID-19 Epidemic in Mali and France ». *Health Systems & Reform* 9(2). DOI: 10.1080/23288604.2023.2241188.

de Covid-19, des études ont mis en évidence les effets négatifs des restrictions des visites familiales sur les personnels de santé, les malades et les familles (Wendlandt, Kime et Carson 2022). La pandémie de Covid-19 a soulevé des questions sur la place des visites familiales dans les hôpitaux et sur les fonctions associées à ces visites. Les impacts associés à la présence familiale dans les hôpitaux ont été précédemment étudiés. Dans les unités de soins intensifs, la présence familiale a été associée à de meilleurs résultats pour les patient·e·s (Fumagalli *et al.* 2006; Hendrickson 1987).

Face aux restrictions des visites familiales et aux difficultés psycho-affectives vécues par les patient·e·s, les personnels et les familles des malades ont mis en place des stratégies de résilience. Ces stratégies mobilisées dans des domaines spécifiques, y compris la gestion des visites familiales, contribuent à la résilience globale de l'hôpital (Therrien 2010). Cependant, ces dernières ont rarement été contextualisées dans les études menées sur ce sujet. Ce chapitre vise à combler cette lacune en comparant les stratégies mobilisées par le personnel et les familles au sein de deux hôpitaux, en France et au Mali, pour face aux restrictions des visites familiales lors de l'épidémie de Covid-19.

## Méthodes

### Cadre de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative en grande partie basée sur les approches de l'ethnographie hospitalière. Cette approche met l'accent sur le caractère dynamique et négocié de l'interaction sociale, où le cours de l'interaction n'est jamais fixé mais constamment réadapté, réinvesti et négocié (Long, Hunter, et van der Geest 2008; Zaman 2013; Chabrol et Kehr 2020).

Au Mali, le centre hospitalier universitaire (CHU) a été considéré comme l'un des principaux sites de prise en charge des patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 (patient·e·s Covid), avec près de 100 lits hospitalisés. Il disposait d'une unité de triage pour les malades suspect·e·s et d'une unité de traitement. Au 16 juin 2020, le CHU avait reçu 431 patient·e·s Covid.

En France, l'étude a été menée dans l'un des principaux hôpitaux de référence pour la gestion de la Covid-19 dans le nord de Paris, nous l'appellerons ESR (Établissement sanitaire de référence). Lors de la première vague (entre mars et mai 2020), cet hôpital de 900 lits a transformé ses activités pour gérer jusqu'à 323 patient·e·s Covid.

## Collecte de données et échantillons

Les données ont été collectées au cours des deux premières vagues pandémiques en 2020. Au total, 111 entretiens semi-structurés ont été menés (France = 55, Mali = 56). La plupart des entretiens ont été menés avec différents personnels de santé (n = 103) mais aussi avec des familles au Mali (n = 8) (Tableau 1). En France, la collecte des données s'est concentrée uniquement sur le personnel de santé.



Tableau 1. Nombre d'entretiens réalisés par pays lors des deux premières vagues épidémiques.

Profils des répondant-e-s	Mali	France
Gestionnaires	7	18
Médecins	10	10
Infirmier-ière-s	13	16
Travailleur-se-s sociaux-les	2	
Travailleur-se-s de laboratoire	6	
Travailleur-se-s d'hygiène	6	
Aides infirmier-ière-s		10
Autres membres du personnel	4	1
Membres de la famille	8	
Total	56	55

Les observations ont eu lieu dans ou en dehors des salles de soins, en fonction des possibilités offertes pour décrire les interactions (ce qui est dit, ce qui est fait) du personnel avec les malades ou avec les familles ou les interactions des familles avec les malades, en particulier dans le contexte malien (unité de tri) (Tableau 2).

Tableau 2. Répartition des journées d'observation par pays au cours des deux premières vagues épidémiques.

Pays	Nombre de journées d'observation
Mali	106
France	44
Total	150

## Résultats

### Différents modèles de visites familiales dans les hôpitaux en contexte de Covid-19

Dans les deux hôpitaux étudiés, diverses mesures ont été mises en place dès le début de la pandémie pour limiter la présence des familles en raison du risque de contamination. Les stratégies appliquées étaient prises par la direction ou par le personnel de l'hôpital.

Au CHU malien, les familles pouvaient seulement accéder à l'unité de triage. Mais cette unité a été soumise à des tentatives de régulation lors de la deuxième vague (entrée autorisée pour un·e seul·e visiteur·euse à la fois). L'accès aux salles de l'unité de prise en charge pour les malades hospitalisé·e·s à la suite d'un test PCR positif a été strictement interdit aux familles des malades dès le départ.

En France, la présence des familles à l'hôpital était très limitée (un·e visiteur·euse par jour), les visites étant autorisées au cas par cas.

En ce qui concerne les visites, en effet, l'ESR a adopté une position extrêmement restrictive... n'autorisant les visites que dans les situations de patients en fin de vie, et de conjoints venant assister à l'accouchement de leur femme. En fait, [l'hôpital P] a adopté une position quelque peu différente. (Responsable du contrôle des infections, France, mai 2020)

La présence d'un membre de la famille était considérée comme une exception. Elle ne visait pas à procurer un accompagnement au ou à la patient·e comme c'était le cas au Mali. Dans le cas français, les mesures de biosécurité mises en œuvre n'ont pas privé les familles d'espace, mais les

visites familiales étaient très limitées, contrairement à ce qui s'est passé au Mali. À l'ESR, dans des cas exceptionnels, les proches des malades ont été reçus dans un espace dédié avec quelques commodités (chaises).

Ainsi, les modèles de visites familiales évoqués traduisent deux modèles de régulation. En France, malgré les restrictions, l'hôpital a développé un modèle d'implication familiale dans l'accompagnement des malades en fin de vie et en situation d'accouchement. Au Mali, il n'existait pas de stratégie officielle pour l'implication des familles.

## Mesures institutionnelles pour contrôler les mesures de biosécurité

Que ce soit en France ou au Mali, les stratégies appliquées relèvent du plan national Covid-19, de l'hôpital (par exemple, des mesures spécifiques de restriction des visites familiales) ou du personnel (tolérance des visites familiales). Les deux hôpitaux ont pris plusieurs mesures pour apporter un soutien institutionnel aux malades et aux familles, consistant en une série de stratégies visant à atténuer les effets de l'isolement sur les patient·e·s ou à réduire le stress des familles.

En France, où la gravité de la pandémie était beaucoup plus grande qu'au Mali, l'augmentation des décès et des cas de soins intensifs a conduit l'ESR à organiser un service d'accompagnement spécifique aux familles des malades. À partir d'avril 2020, le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) a mis en place une ligne téléphonique dédiée aux familles de malades hospitalisé·e·s pour les aider à soulager leur stress et leurs soucis. Dans les départements où un nombre important de patient·e·s sont décédé·e·s – soins d'urgence et soins intensifs – un espace isolé a été mis en place pour accueillir les membres de la famille de

malades mourant·e·s, qui ont souvent bénéficié d'un temps de visite prolongé avec le soutien attentif des médecins qui répondaient à leurs questions.

Au Mali, ce type de soutien institutionnel aux familles était absent. Au lieu de cela, l'institution a essayé d'exclure les familles de ce processus et de les remplacer par diverses initiatives visant à aider les patient·e·s à faire face aux mesures d'isolement.

Lors d'une de nos réunions, ils ont dit qu'il était tout à fait possible de prendre soin de patients à 100 % et que cette pandémie de Covid-19 venait de nous le prouver. (Membre de la direction de l'hôpital, Mali)

Étant donné que les membres de la famille n'étaient pas autorisé·e·s à accéder aux chambres d'hôpital, les infirmier·ière·s devaient effectuer toutes les tâches d'hygiène de base qui sont habituellement effectuées par la famille dans le contexte malien. D'autres mesures ont également été prises pour diminuer l'implication des familles dans diverses tâches à l'hôpital. Par exemple, le ministère de la Santé a engagé un service de restauration pour fournir trois repas quotidiens aux patient·e·s. Les travailleur·euse·s sociaux·ales de l'hôpital ont été chargé·e·s de distribuer de la nourriture en plus de leur mission de soutien psychologique. Pour aider les patient·e·s à surmonter leur sentiment de solitude au début de la première vague de Covid-19, l'hôpital a installé un écran de télévision dans une pièce qui servait de salle à manger. Cependant, l'utilisation de cet espace social a été interrompue à la suite d'un cambriolage.

Ainsi, en réponse aux restrictions des visites familiales, deux modèles de soutien institutionnel ont été mis en œuvre en France et au Mali. Le modèle malien était axé sur les patient·e·s, tandis que le modèle français était davantage axé sur les familles (Tableau 3).

## Ré-impliquer la famille dans la relation de soins

En France, le principe d'interdiction des visites familiales a été préconisé dans les hôpitaux parisiens. Les prestataires de soins ont presque toujours indiqué qu'il était extrêmement difficile et douloureux d'empêcher les familles de venir voir leurs proches hospitalisé·e·s, en particulier en cas de Covid-19 grave et de décès. Certains départements, comme le SMIT, ont refusé l'interdiction des visites familiales. Ils autorisaient systématiquement plus d'un·e visiteur·euse par jour.

*C'est compliqué. On a toujours laissé ouvert, parce que ce n'était pas normal qu'ils ne puissent pas venir voir leurs proches, mais il y a eu des négligences : ils venaient quand ils voulaient; on a exigé un enregistrement, et les familles devaient être habillées, les mesures préventives de l'hôpital, [mais] on a eu du mal à mobiliser l'équipe médicale, qui ne suit pas les règles, elle ne comprend pas. (Cadre de santé, SMIT, France)*

Au Mali, ce type de tolérance a conduit les familles à reprendre leurs fonctions traditionnelles de soutien à leurs proches. Ce sont les dysfonctionnements du système institutionnel qui ont provoqué le retour de la famille au chevet des patient·e·s.

*J'ai dit, si les soignants ne peuvent pas gérer le nettoyage du patient, j'irai et je le ferai. (Parent d'un patient confiné)*

Au début, les prestataires de soins ont essayé de répondre aux nombreux besoins en soins infirmiers des malades dépendant·e·s. Cependant, cette dynamique s'est rapidement atténuée, car beaucoup d'entre eux et elles étaient réticent·e·s à effectuer des soins d'hygiène de base (ex., nettoyage des déchets, alimentation des malades dépendant·e·s). De plus, les retards cumulés de plusieurs mois dans les paiements des salaires des

professionnel·le·s ont entraîné une frustration de ces dernier·ière·s. En cédant ces tâches aux familles, les agent·e·s se sont donné les moyens d'éviter un travail supplémentaire :

*Nous ne pouvons pas interdire aux accompagnants [membres de la famille] de venir aux unités de triage, car il y a des médicaments qui doivent être achetés à la pharmacie du quartier. Ce sont eux qui nourrissent les patients, s'occupent d'eux, changent les draps, etc. S'ils sont chassés, qui fera ces tâches? (Médecin, Unité de triage, Mali)*

## Rôle clé des technologies dans l'exercice des fonctions familiales dans les hôpitaux

En France, lors de la première vague, les prestataires de soins ont utilisé des tablettes numériques fournies par l'hôpital pour faciliter les conversations entre les patient·e·s et leurs familles. Cependant, les professionnel·le·s ont souligné qu'il ne s'agissait pas d'un substitut à la présence réelle des familles, notamment en cas d'épisode de maladie grave ou de décès. Cela a été signalé en particulier par les services gériatriques, où l'utilisation des tablettes n'était pas appropriée et où les visites familiales étaient plus fréquentes.

Au Mali, les familles ont contacté directement leurs proches sans passer par les prestataires de soins, principalement en utilisant des téléphones mobiles. Ces contacts téléphoniques leur ont permis de discuter avec leurs proches hospitalisé·e·s et de vérifier régulièrement leur état de santé. De nombreuses familles se sont engagées dans la négociation de faveurs avec le personnel au profit de leurs proches hospitalisé·e·s après avoir écouté les plaintes de ces dernier·ière·s au téléphone. Ainsi, certaines familles n'ont pas hésité à payer des soignant·e·s pour que ces dernier·ière·s rendent des services à leurs proches malades :

*Un patient m'a donné 50,000 francs, en un seul coup. Un autre m'a donné 30,000 francs. Au moment où je suis descendu [mon quart de travail], j'avais 120,000 francs. (Médecin, Unité de prise en charge Covid-19, Mali)*

Ainsi, les restrictions des visites familiales ont été contournées par le personnel qui les a partiellement tolérées. En France, les familles ont été accueillies et soutenues, tandis qu'au Mali, elles ont été tenues à l'écart (unité de prise en charge des patient·e·s infecté·e·s par le SRAS-CoV-2) ou encouragées à prendre soin de leurs proches hospitalisé·e·s (unité de tri). Les restrictions des visites ont augmenté le recours aux technologies. En effet, dans les deux pays étudiés, la communication entre les patient·e·s et les familles a été facilitée grâce aux technologies. Au Mali, l'utilisation de ces technologies a également permis aux familles de recueillir les plaintes de leurs proches à distance et de les signaler au personnel.

Tableau 3. Pratiques hospitalières face aux restrictions des visites familiales.

	Mesures institutionnelles visant à faire respecter les restrictions relatives aux visites familiales	Attitudes et pratiques du personnel	Stratégies des familles pour contourner les restrictions	Tentatives de soutien institutionnel
Mali	Règles strictes de non-accès  Embauche d'un agent de sécurité	Tolérance des familles par les agent-e-s dans l'unité de triage  Adoption de la règle d'un-e visiteur-se à la fois  Livraison des plats apportés de la maison  Implication de la famille dans diverses tâches, y compris les soins d'hygiène de base	Intrusion des familles dans des zones réservées au personnel de santé  Utilisation de téléphones mobiles pour communiquer avec les malades	Espace de repos/distraktion  Tentatives des services sociaux de l'hôpital de fournir un soutien psychologique aux malades  Soins d'hygiène de base par les infirmier-ière-s  Recrutement d'un service de restauration  Autorisation des plats apportés de la maison
France	Interdiction stricte au début, puis assouplie au fil du temps	Refus d'appliquer les règles d'interdiction stricte des visites  Autorisation des visites au cas par cas avec l'accord du ou de la chef-fe de service  Application de la règle d'un-e visiteur-se à la fois	Pas de stratégie spécifique mise en œuvre	Service de soutien à la famille  Autorisation de communiquer entre les malades et les familles via des tablettes



## Discussion

### Contourner, négocier et réinventer la présence des familles

Les formes que prennent les visites familiales sont liées à des contextes spécifiques, mais la question fondamentale des familles se pose dans tous les contextes. Au Mali, les réponses institutionnelles pour atténuer les restrictions des visites familiales ont contraint les familles à vouloir être plus présentes, en raison de nombreuses lacunes dans les stratégies institutionnelles. En France, ces réponses étaient moins évidentes, car il n'y avait pas de politique réelle pour atténuer les effets de l'interdiction des visites, en dehors de la mise à disposition des tablettes.

Malgré les mesures visant à établir un modèle hospitalier excluant les familles, la présence de ces dernières s'est imposée de diverses manières au Mali et en France. Des stratégies de contournement de ces mesures ont été adoptées par le personnel (en France et au Mali) et les familles (au Mali). Les affrontements entre les stratégies d'adaptation des familles et les précautions de biosécurité et de surveillance prises par l'hôpital reflètent un conflit de logique. Ces affrontements entre logiques institutionnelles et familiales s'inscrivent souvent dans une relation contradictoire entre les « tactiques » familiales et les « stratégies » institutionnelles (Mboukou 2015). Les prestataires de soins ont toléré la présence des familles, tout en déployant des stratégies pour prendre en charge la santé mentale des familles (France) ou pour laisser les familles prendre le relai pour effectuer de nombreuses tâches (Mali).

Ainsi, la présence des familles crée des relations de pouvoir comprenant plusieurs pôles d'influence. Une source d'influence correspond à l'influence exercée par une catégorie sociale qui parvient à imposer des normes dominantes d'attitudes et de comportements aux autres. Les

pôles d'influence ne sont pas entièrement opposés les uns aux autres, mais construisent plutôt un ordre négocié à l'hôpital. La rencontre entre ces deux pôles d'influences, les familles et l'autorité médicale, définit un contexte de négociation dans un cadre institutionnel plus large (Strauss 1978). Les négociations ont lieu entre les règles de contrôle établies par une autorité hiérarchique et les règles produites par les acteur·rice·s qui prennent des libertés avec ces règles (Tenza 2012). La gestion de la présence familiale à l'hôpital est un défi (Dodier 1992). Les négociations qui ne reposent sur aucun programme préétabli, prennent la forme d'une « gestion aléatoire des zones d'incertitude » (Jaffré 2009). Toutefois, de nombreux obstacles empêchent la relation de soins d'être une relation entièrement négociée (ex., absence de familles dans les unités de soins, connaissances limitées sur la maladie). Ces difficultés, qui limitent la capacité des patient·e·s et de leurs familles à s'engager dans un processus de négociation, ont été précédemment étudiées (Eberhart 2015).

## Résilience absorptive et retour à l'ordre précédent

En réponse à la crise, plusieurs mesures novatrices ont été mises en place dans les deux pays, en particulier des dispositifs institutionnels d'aide aux patient·e·s, notamment pour faire face aux difficultés émotionnelles liées à l'isolement. Ces mesures peuvent soutenir ou s'opposer aux stratégies du personnel. Des innovations spécifiques ont également été notées, telles que les services diététiques fournis aux malades au Mali. Ces mesures visaient à réduire le rôle des familles dans les relations de soins et visaient à passer d'un modèle de relation tripartite (personnel – patient·e – famille) à un modèle bipartite basé sur la relation singulière personnel – patient·e. Malgré les efforts déployés pour s'ancrer dans ce modèle redéfini en matière de relations de soins, les deux hôpitaux étudiés ont montré une résilience marquée par un retour à l'ordre ancien, c'est-à-dire une relation de soins tripartite. Cette capacité adaptative, voire ré-adaptative, a été construite pour faire face à la crise dans une

temporalité correspondant à la durée de l'épidémie. Elle a fortement contribué à l'humanisation des soins (France) et même au maintien des soins (Mali). Ainsi, cette adaptation a été propice à une résilience absorptive plutôt qu'à une résilience transformatrice basée sur des changements systémiques à long terme (Blanchet, Diaconu, et Witter 2020).

Les restrictions des visites familiales ont eu plusieurs répercussions. Un impact significatif a été l'augmentation de l'utilisation des téléphones mobiles par les familles au Mali et des tablettes par les familles en France. Au Mali, face à la chambre du ou de la patient-e, contrôlée par l'établissement médical, un espace de communication virtuel contrôlé par les familles a été mis en place. Cet espace a permis aux familles de reprendre leurs fonctions « traditionnelles » à l'hôpital (par exemple, réconforter les proches malades et recueillir leurs plaintes). Il a également permis aux familles d'avoir leur mot à dire sur la qualité des soins donnés aux patient-e-s, car les prestataires de soin étaient régulièrement rappelé-e-s à l'éthique des soins par les familles. Ailleurs, comme aux États-Unis, ce sont les prestataires de soins qui ont donné aux familles la possibilité de voir leurs proches hospitalisé-e-s dans les unités de soins intensifs Covid-19 au moyen d'applications téléphoniques (Tessier 2020). Ainsi, les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont permis d'instaurer une communication entre les patient-e-s et leurs familles qui pouvaient, en retour, être leurs porte-paroles auprès des prestataires de soins comme cela a été observé dans le cas du Mali.

Les expériences du Mali et de la France pourraient être mutuellement bénéfiques. Au Mali, les enseignements tirés doivent permettre la prise de mesures nécessaires pour réduire l'implication de la famille dans certaines tâches, telles que les soins d'hygiène de base. En outre, dans le contexte africain en général, la réponse apportée au problème de santé mentale est quasi inexistante (Kastler 2011). En France, il est important de reconnaître que l'interdiction des visites familiales est une mesure qui a été perçue comme inacceptable, et pas seulement pour la fin de vie. Il est également important de promouvoir des mesures institutionnelles

internes pour aider les patient·e·s à mieux faire face à l'isolement. Dans les unités de soins intensifs, où les restrictions de visite sont courantes, le renforcement de ce rôle institutionnel peut favoriser un modèle de soins centré sur le malade. Ce modèle devrait être fondé sur la disponibilité et la formation du personnel qui délivre les soins et sur des valeurs telles que la compassion et la volonté de communiquer (Riley *et al.* 2014).

## Conclusion

Nous avons analysé les stratégies adoptées par le personnel et les familles confrontées aux restrictions soudaines des visites familiales. Ces restrictions de visites imposées par les établissements de santé conduisent à l'isolement des patient·e·s. Face aux mesures institutionnelles imposant des restrictions aux visites familiales, les personnels de santé ont été moins rigoureux, voire tolérants, dans leur application. Ils ont contourné les normes officielles à plusieurs reprises. Le système officiel visant à assurer un isolement strict crée des tensions dues aux multiples contradictions entre la logique biomédicale, d'une part, et les sentiments humains exprimés par les prestataires de soins et les familles, tels que la compassion ou le devoir de solidarité envers les malades, d'autre part. Outre de nombreuses particularités contextuelles, cette polarisation a été une contradiction constante dans les deux hôpitaux étudiés. Toutefois, face aux interdictions et restrictions des visites familiales, des compromis spécifiques à chaque contexte social ont été mis en place. En France comme au Mali, les stratégies mobilisées par les familles et le personnel ont aidé les patient·e·s à se sentir moins isolé·e·s. Les données des deux hôpitaux suggèrent que l'application mécanique des protocoles nationaux ou hospitaliers conduit à une impasse. Ces protocoles doivent intégrer une dimension beaucoup plus humanisante qui peut être facilitée grâce à l'implication des familles des patient·e·s.

## Références

- Blanchet, Karl, Karin Diaconu, et Sophie Witter. 2020. « Comprendre la résilience des systèmes de santé ». In. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-33812-1\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33812-1_6).
- Chabrol, Fanny, et Janina Kehr. 2020. « L'Hôpital Multiple: Introduction ». Somatosphère: Science, médecine et anthropologie, 17 novembre 2020 : [9 p. en ligne]. <https://somatosphere.net/2020/hospital-multiple-introduction.html/>.
- Desclaux, Alice, et Khoudia Sow. 2015. « 'Humaniser' les soins dans l'épidémie d'Ebola? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, no11 (novembre). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1751>.
- Dodier, Nicolas. 1992. « Jean Peneff: L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante ». *Sciences sociales et santé* 10(3): 119-23.
- Eberhart, Joséphine. 2015. « *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, sous la direction de Simone Pennec, Françoise Le Borgne-Uguen, et Florence Douguet, Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2014 ». *Revue française des affaires sociales*, no4: 143-47. <https://doi.org/10.3917/rfas.154.0143>.
- Fainzang, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris : PUF. <https://journals.openedition.org/faceaface/217>.
- Frimpong, Shadrack Osei, et Elijah Paintsil. 2023. « Engagement communautaire dans les épidémies d'Ebola en Afrique subsaharienne et implications pour la lutte contre la COVID-19: Une revue de portée ». *Journal international des maladies infectieuses: IJID: Publication officielle de la Société internationale des maladies infectieuses* 126 (janvier): 182-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.11.032>.

- Fumagalli, Stefano, Lorenzo Boncinelli, Antonella Lo Nostro, Paolo Valoti, Giorgio Baldereschi, Mauro Di Bari, Andrea Ungar, et al. 2006. « Réduction des complications cardio-circulatoires avec une politique de visite sans restriction dans une unité de soins intensifs: Résultats d'un pilote, essai aléatoire ». *Circulation* 113(7): 946-52. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>.
- Gruénais, M.E. 1990. « Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville ». *Sociétés, développement et santé*, 257-72. Paris: Ellipses/Aupelf. [https://www.researchgate.net/publication/32980767\\_Le\\_malade\\_et\\_sa\\_famille\\_une\\_etude\\_de\\_cas\\_a\\_Brazzaville](https://www.researchgate.net/publication/32980767_Le_malade_et_sa_famille_une_etude_de_cas_a_Brazzaville).
- Hendrickson, S.L. 1987. « Changements de pression intracrâniens et présence familiale ». *Journal of Neuroscience Nursing* 19(1): 14-17. <https://doi.org/10.1097/01376517-198702000-00003>.
- Jaffré, Yannick. 2009. *La bataille des femmes: analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Les Éditions Faustroll.
- Jaffré, Yannick (dir.). 2019. *Enfants et soins en pédiatrie en Afrique de l'Ouest*. Hommes et sociétés. Paris: Karthala.
- Jaffré, Yannick, et Abdoulaye Guindo. 2013. « On ne s'occupe pas assez d'eux » : Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés* 37 (janvier): 157. <https://doi.org/10.7202/1024084ar>.
- Kastler, Florian. 2011. « La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? », Dominique Kerouedan éd., *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*. Presses de Sciences Po, 169-177. <https://doi.org/10.3917/scpo.kerou.2011.01.169>

- Long, Debbi, Cynthia Hunter, et Sjaak van der Geest. 2008. « Quand le champ est un quartier ou une clinique: Ethnographie hospitalière ». *Anthropologie & Médecine* 15 (2): 71-78. <https://doi.org/10.1080/13648470802121844>.
- Mboukou, Serge. 2015. « Entre stratégie et tactique ». *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, no 35 (mars). <https://doi.org/10.4000/leportique.2820>.
- N'koué Sambiéni, Emmanuel, Nouratou Danko, et Valéry Ridde. 2015. « La Fièvre hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola: une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, no11 (novembre). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1772>.
- Palinkas, Lawrence, Sarah Horwitz, Carla Green, Jennifer Wisdom, Naihua Duan, et Kimberly Hoagwood. 2013. « Échantillonnage ciblé pour la collecte et l'analyse qualitatives de données dans le cadre de la recherche sur la mise en œuvre de méthodes mixtes ». *Administration et politique en santé mentale* 42 (novembre). <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et coll. 2021. « Apprendre de la résilience de la santé publique et des hôpitaux à la pandémie du SRAS-CoV-2: Protocole pour une étude de cas multiple (Brésil, Canada, Chine, France, Japon et Mali) ». <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-177881/v1>.
- Riley, Bettina H., Joseph White, Shannon Graham, et Anne Alexandrov. 2014. « Visite de l'unité de soins intensifs traditionnelle/restrictive vs patiente: Perceptions des membres de la famille des malades, des médecins et des infirmières ». *American Journal of Critical Care* 23(4): 316-24. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014980>.

- Schnitzler, Marie. 2014. « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain: une thématique négligée? » *Sciences sociales et santé* 32(1): 39-64. <https://doi.org/10.1684/sss.2014.0103>
- Strauss, Anselm L. 1978. *Négociations: Variétés, contextes, processus et ordre social*. Jossey-Bass.
- Tenza, Margot. 2012. « Négociation ». Dans *Les concepts en sciences infirmières*, 220-22. Hors collection. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0220>.
- Tessier, Laurence. 2020. « COVID, la mort en FaceTime ». *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, no234235 (octobre): 33-50. <https://doi.org/10.4000/lhomme.37072>
- Therrien, M.-C. 2010. « Stratégies de résilience et infrastructures essentielles », *Télescope* 16(2): 154-171. [https://www.researchgate.net/publication/267394070\\_Strategies\\_De\\_Resilience\\_Et\\_Infrastructures\\_Essentielles](https://www.researchgate.net/publication/267394070_Strategies_De_Resilience_Et_Infrastructures_Essentielles).
- Wendlandt, Blair, Mary Kime, et Shannon Carson. 2022. « L'impact des restrictions des visiteurs familiaux sur les travailleurs de la santé dans les unités de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19 ». *Intensive and Critical Care Nursing* 68 (février): 103123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103123>.
- Zaman, Shahaduz. 2013. « L'hôpital en tant que microcosme de la société: Ethnographie d'un hôpital bangladais ». *Anthropologie et Sociétés* 37(3): 45. <https://doi.org/10.7202/1024078ar>.



# 13. Les innovations dans la prestation des services de santé pendant la pandémie de Covid-19 au Brésil, au Canada et au Japon

AYAKO HONDA, SYDIA ROSANA DE ARAÚJO OLIVEIRA, VALÉRY RIDDE, KATE ZINSZER, LARA GAUTIER

## Résumé

L'innovation peut permettre aux établissements de santé de s'adapter et de se transformer face aux défis causés par des chocs sanitaires. En s'appuyant sur les résultats d'études de cas menées au Brésil, au Canada et au Japon, ce chapitre décrit des innovations introduites par quatre hôpitaux en réponse aux défis causés par la pandémie de Covid-19. Ces hôpitaux ont entrepris des changements innovants dans la prestation de services, les processus, la structure organisationnelle et la politique opérationnelle des hôpitaux. Les besoins et l'urgence engendrés par la pandémie de Covid-19 ont été les moteurs de l'innovation. Si une innovation répondait aux besoins perçus des hôpitaux et du personnel et fournissait un avantage opérationnel, un certain niveau de complexité dans la mise en œuvre de cette innovation semblait acceptable pour le personnel. Les résultats de l'étude suggèrent que pour que les hôpitaux créent et mettent en œuvre des innovations en réponse aux chocs sanitaires, ils doivent : avoir des structures organisationnelles adaptatives et flexibles, construire et maintenir des systèmes de communication

fonctionnels, disposer d'un leadership engagé, veiller à ce que tout le personnel hospitalier partage une compréhension des missions organisationnelles et professionnelles de l'hôpital, et promouvoir l'utilisation des réseaux sociaux qui facilitent la mise en œuvre de nouvelles idées.<sup>1</sup>

**Mots-clés :** Covid-19, prestation de services de soins de santé, hôpital, innovation, résilience

## Abstract

Innovation by health service organizations can enable adaptation to and transformation of challenges caused by health shocks. Drawing on results from case studies in Brazil, Canada, and Japan, this study looked at innovations the study hospitals introduced in response to challenges caused by COVID-19 to identify: 1) attributes of the innovations that make them conducive to adoption; and 2) organizational factors that facilitate the creation and implementation of innovative health care approaches during health system shocks. Qualitative information was gathered using key informant interviews, participatory observations at the study hospitals and a review of relevant documentation. A thematic approach was used for analysis, and a cross-country comparison framework was prepared to synthesize findings from the case studies in the three countries. In response to the disruptions caused by COVID-19, the study hospitals undertook innovative changes in services, processes, organizational structures, and operational policy. The driving force behind the innovations was the need and urgency generated by the

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article Ayako Honda, Sydia Rosana de Araujo Oliveira, Valéry Ridde, Kate Zinszer & Lara Gautier. 2023. «Attributes and Organizational Factors that Enabled Innovation in Health Care Service Delivery during the COVID-19 Pandemic – Case Studies from Brazil, Canada and Japan». *Health Systems & Reform* 9(2): 2176022.

unprecedented nature of the pandemic. With COVID-19, if an innovation met the perceived needs of hospitals and provided an operational advantage, some level of complexity in the implementation appeared to be acceptable. The study findings suggest that for hospitals to create and implement innovations in response to health shocks, they need to: have adaptive and flexible organizational structures; build and maintain functioning communication systems; have committed leadership; ensure all staff share an understanding of hospital organizational and professional missions; and establish social networks that facilitate the creation and implementation of new ideas.

**Keywords:** COVID-19, health care service delivery, hospital, innovation, resilience

## Resumo

A inovação pode permitir que as instalações de saúde se adaptem e se transformem face aos desafios causados pelos choques na saúde. Com base nos resultados de estudos de caso realizados no Brasil, Canadá e Japão, este capítulo descreve inovações introduzidas por quatro hospitais em resposta aos desafios causados pela pandemia da Covid-19.

Estes hospitais empreenderam mudanças ino-va-do-ras na prestação de serviços, nos processos, na estrutura organizacional e na política de funcionamento hospitalar. As necessidades e a urgência criadas pela pandemia da Covid-19 têm sido a força motriz da inovação. Se uma inovação atendesse às necessidades percebidas dos hospitais e pessoal e proporcionasse um benefício operacional, algum nível de complexidade na implementação dessa inovação parecia aceitável para o pessoal. Os resultados do estudo sugerem que para os hospitais criarem e implementarem inovações em resposta a choques de saúde, devem: ter estruturas organizacionais adaptáveis e flexíveis, construir e manter sistemas de comunicação funcionais, ter liderança comprometida,

garantir que todos os funcionários do hospital compartilhem uma compreensão das missões organizacionais e profissionais do hospital e promover o uso de redes sociais que facilitem a implementação de novas ideias.

**Palavras-chave:** COVID-19, prestação de serviços de saúde, hospital, inovação, resiliência

## Introduction

La pandémie de Covid-19 a causé d'importantes perturbations dans la prestation des services de santé dans les hôpitaux des pays du monde entier. Dès les premiers stades de la pandémie, la crise a exercé une pression énorme sur les hôpitaux qui étaient tenus de planifier et de gérer la prestation de soins de santé en réponse à l'augmentation rapide des infections au virus SRAS-CoV-2, tout en instaurant des mesures pour prévenir les infections nosocomiales et en continuant à fournir des services de soins de routine (Webb *et al.* 2021; Berger *et al.* 2022). Une étude multi-pays qui a analysé la résilience des hôpitaux pendant les premiers stades de la pandémie de Covid-19 a révélé que les hôpitaux de l'étude ont introduit des innovations – c'est-à-dire un nouvel ensemble de comportements, de routines et de processus (Greenhalgh *et al.* 2004) – qui les ont aidés à s'adapter et à transformer les structures et les processus pour faire face aux perturbations causées par la pandémie de Covid-19, permettant aux hôpitaux de fournir des services de soins de santé liés à la Covid-19 tout en fournissant des services de santé limités non liés à la Covid-19 (Ridde *et al.* 2021).

Bien que rarement examinée dans les études sur la résilience des systèmes de santé, l'innovation peut influencer sur la résilience des structures de santé faisant face à des chocs. En effet, de nouvelles approches et pratiques peuvent aider ces structures à apporter des changements progressifs (adaptation) et/ou des changements

systémiques (transformation) durables pour répondre aux défis causés par des chocs sanitaires (Lyng *et al.* 2021; Gilson *et al.* 2020). Alors que diverses théories de l'innovation examinent la façon dont les innovations sont créées, adoptées et mises en œuvre, moins d'attention a été accordée aux facteurs organisationnels propices à la création et à la mise en œuvre des innovations (IRISS 2012). En supposant que, pour diverses raisons, les hôpitaux ne mettent pas en œuvre toutes leurs idées novatrices (Simmons, Fajans et Ghiron 2007; Greenhalgh *et al.* 2017), le présent chapitre s'appuie sur les résultats d'études de cas menées au Brésil, au Canada et au Japon pour identifier les facteurs organisationnels qui facilitent la création et la mise en œuvre d'approches novatrices en matière de soins de santé en période de crise ou d'urgence sanitaire. Étant donné que les caractéristiques d'une innovation peuvent influencer son adoption et sa mise en œuvre (Greenhalgh *et al.* 2004), l'analyse examine également les attributs des innovations qui les rendent propices à l'adoption.

## Méthodes

L'innovation dans la gestion et la prestation des services de santé est définie comme un nouvel ensemble de comportements, de routines et de processus visant à améliorer les résultats en matière de santé, l'efficacité administrative, la rentabilité ou l'expérience utilisateur, et est mise en œuvre à l'aide d'actions planifiées et coordonnées (Greenhalgh *et al.* 2004). Les innovations peuvent être classées comme des innovations de produits, de processus, de services, de structure organisationnelle ou de politiques (IRISS 2012).

Les attributs associés à l'adoption réussie d'une innovation comprennent (Greenhalgh *et al.* 2004) : 1) l'avantage relatif (clairement avantageux pour l'efficacité opérationnelle ou le rapport coût-efficacité); 2) la compatibilité (alignée avec les valeurs, les normes et les besoins perçus des adoptant-e-s

visé-e-s); 3) la simplicité (perçue par les principales parties prenantes comme simple d'utilisation); 4) la testabilité (innovations que les utilisateur-riche-s visé-e-s peuvent expérimenter sur une base limitée); 5) la visibilité (bénéfices apparents aux adoptant-e-s visé-e-s); et 6) l'adaptabilité (capacité des adoptant-e-s potentiel-le-s à adapter, affiner ou modifier les innovations pour répondre à leurs propres besoins).

Les facteurs organisationnels qui peuvent être liés à la routinisation réussie des innovations comprennent (Greenhalgh *et al.* 2004): 1) la structure organisationnelle (structure organisationnelle adaptative et flexible, et structures et processus qui soutiennent la prise de décision décentralisée au sein de l'organisation); 2) le leadership et la gestion (appui à la gestion de haut niveau, plaidoyer pour le processus de mise en œuvre, engagement continu à l'égard du processus); 3) les ressources humaines (y compris la motivation, la capacité et la compétence des professionnel-le-s); 4) le financement (financement dédié et soutenu pour la mise en œuvre); 5) le système de communication intra-organisationnelle (communication efficace au-delà des frontières structurelles au sein d'une organisation); 6) les réseaux inter-organisations (particulièrement importants pour les innovations aux exigences plus complexes); 7) les processus de retour d'information (informations précises et en temps utile sur l'impact de la mise en œuvre); et 8) l'adaptation/la réinvention (adaptation de l'innovation au contexte local).

Le cadre conceptuel de l'étude a été élaboré en utilisant la définition des innovations ci-dessus citée ainsi que la liste des facteurs associés à l'adoption et à la mise en œuvre des innovations (Figure 1). L'étude examine l'utilisation d'approches innovantes pour la prestation de services de santé en réponse à la pandémie de Covid-19. Par conséquent, l'adoption et la mise en œuvre de ces approches innovantes font partie du processus dans lequel les hôpitaux ont appliqué des stratégies d'absorption, d'adaptation et de transformation pour surmonter les

perturbations causées par la pandémie, comme le montre la figure. Le cadre conceptuel a guidé la synthèse des résultats des études de cas par pays.

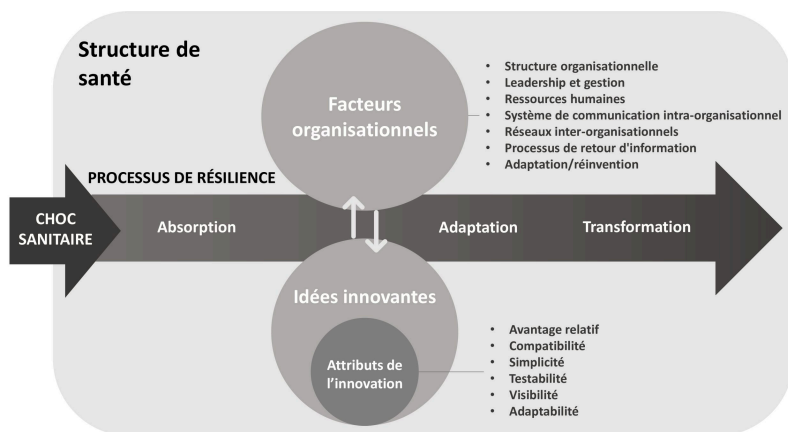


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude.

Des études de cas ont été entreprises dans quatre hôpitaux au Brésil, au Canada et au Japon dans le cadre de l'étude internationale HoSPiCOVID faisant l'objet du présent ouvrage collectif (Ridde *et al.* 2021). Le Tableau 1 présente les caractéristiques des quatre hôpitaux étudiés.

Tableau 1 : Caractéristiques des hôpitaux étudiés au Brésil, au Canada et au Japon.

	Brésil	Canada	Japon
Cas étudié	1 hôpital	1 hôpital	2 hôpitaux
Propriété	Public	Public	Public
Type(s) d'hôpital(ux)	Hôpital d'enseignement	Pédiatrie, hôpital d'enseignement	Hôpital 1 : Hôpital national Hôpital 2 : Hôpital régional
Nombre de lits dans les hôpitaux de l'étude de cas	400	550	Hôpital 1 : 750 Hôpital 2 : 520
Nombre de membres du personnel hospitalier (tant médicaux qu'administratifs)	3,180	5,500	Hôpital 1 : 1,400 Hôpital 2 : 850
Types de patient-e-s Covid recevant des soins	Cas modérés et graves	Patient-e-s pédiatriques présentant tous les niveaux de symptômes	Hôpital 1 : Principalement des cas graves Hôpital 2 : Principalement des cas modérés

Note : Tous les chiffres sont arrondis à 10 près.

Les trois pays varient sur le plan de la distribution de la Covid-19, du type de système de santé et du contexte socio-économique. Fin novembre 2022, le Brésil avait enregistré environ 35 millions de cas confirmés de Covid-19, le Canada environ 4 millions de cas confirmés et le Japon environ 23 millions de cas confirmés (World Health Organization 2022). Le Brésil a une population de 214 millions d'habitant-e-s, le Canada de 38 millions d'habitant-e-s et le Japon de 126 millions d'habitant-e-s (World Bank 2022). Alors que les systèmes de santé de base au Brésil et au Canada sont financés par l'impôt, le système de santé japonais est largement financé par des cotisations d'assurance maladie obligatoires, qui sont subventionnées par les gouvernements central et local.

Les collectes de données des études de cas ont été effectuées entre avril et octobre 2020 au Brésil, entre juin et novembre 2020 au Canada et entre septembre et décembre 2020 au Japon. Au cours de la période d'étude au Brésil, l'absence de stratégies nationales cohérentes de lutte



contre la Covid-19 a entraîné de grandes variations dans la gestion de la pandémie entre les États et les municipalités (Souza *et al.* 2020), et les hôpitaux ont souvent dû élaborer des mesures visant à minimiser l'impact de la pandémie en créant des protocoles et en réorganisant le travail pour gérer les afflux de patient·e·s Covid, prévenir les infections nosocomiales et promouvoir la santé (Rodrigues et Silva 2020). Au Canada, alors que le gouvernement fédéral gérait les politiques économiques et de contrôle frontalier, les gouvernements provinciaux étaient responsables des efforts de santé publique visant à contrôler l'infection au SRAS-CoV-2. Les mesures de contrôle variaient d'une province à l'autre, mais, en général, la réaction rapide des gouvernements provinciaux en matière de surveillance et de détection des cas au début de la pandémie contribuait à un nombre relativement faible de cas de Covid-19 au Canada. Cependant, dans les premiers stades de la pandémie, le Canada, et surtout la province de Québec, où l'étude de cas a été menée, a connu un taux de mortalité élevé chez les personnes âgées (Estabrooks *et al.* 2020), ce qui a entraîné l'adoption de mesures stratégiques pour contrôler les éclosions Covid dans les établissements de soins de longue durée (Desson *et al.* 2020). Au Japon, alors que le gouvernement central a introduit les mesures prévues par la loi sur les maladies infectieuses pour faciliter la prestation de soins liés à la Covid-19, les gouvernements préfectoraux ont coordonné les prestataires de soins de santé locaux afin d'augmenter le nombre de lits pour accueillir les patient·e·s atteint·e·s de Covid-19 (patient·e·s Covid) (Tokumoto *et al.* 2021). Au début de la pandémie, de nombreux cas impliquant des transports d'urgence avaient du mal à trouver des hôpitaux qui acceptaient des patient·e·s Covid (Hamaguchi *et al.* 2020). Chaque fois que le nombre de cas de Covid-19 augmentait, il y avait des problèmes de sécurisation des lits d'hôpitaux pour les patient·e·s en raison de problèmes structurels et institutionnels dans le système de santé japonais, y compris un faible nombre de médecins et d'infirmier·ière·s par lit, des taux élevés d'occupation des lits et un cadre juridique qui détermine la gouvernance du contrôle des lits pour les maladies infectieuses.

Des données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'entretiens menés auprès d'informateur·rice·s clés, puis ont été complétées par l'examen de la documentation pertinente (ex., dossiers et documents hospitaliers, reportages médiatiques, publications universitaires, documents politiques). En outre, dans le cadre de l'étude de cas réalisée au Brésil, des observations participatives ont été effectuées dans les hôpitaux étudiés. Les entretiens avec les informateur·rice·s clés ont été réalisés à l'aide d'un questionnaire semi-structuré, basé sur le cadre conceptuel de l'étude multi-pays HoSPiCOVID (Ridde *et al.* 2021). Les participant·e·s aux entretiens ont été recruté·e·s parmi le personnel hospitalier, dans un éventail de catégories professionnelles, de rôles hospitaliers et de niveaux d'implication dans la prestation de services Covid. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participant·e·s et retranscrits pour l'analyse. Le Tableau 2 présente un résumé de la collecte de données menée au Brésil, au Canada et au Japon, et notamment le nombre d'entretiens, le statut des participant·e·s aux entretiens, les types de documents examinés et le lieu des observations participatives effectuées.

Tableau 2 : Collecte de données au Brésil, au Canada et au Japon.

	Brésil	Canada	Japon
Période de collecte des données	Avril — octobre 2020	Juin — novembre 2020	Septembre — décembre 2020
Nombre d'entretiens	18	15	Hôpital 1 : 37 Hôpital 2 : 19
Participant-e-s	Médecins, infirmière-s, conseiller-ère-s en prévention et contrôle des infections, travailleur-se-s sociaux-les, gestionnaires, cadres	Médecins, infirmière-s, conseiller-ère-s en prévention et contrôle des infections, travailleur-se-s sociaux-les, gestionnaires, cadres	Médecins, infirmière-s, technicien-ne-s de laboratoire, pharmacien-ne-s, radiologues, ingénieur-e-s clinicien-ne-s, personnel administratif, gestionnaires
Langue utilisée pour les entretiens	Portugais	Français	Japonais
Types de documents examinés	Dossiers et documents hospitaliers, documents politiques (gouvernements nationaux et provinciaux)	Dossiers et documents hospitaliers, documents politiques (gouvernement provincial)	Dossiers et documents hospitaliers, reportages médiatiques, publications universitaires, documents politiques (gouvernements nationaux et préfectoraux)
Localisation de l'observation participative	Les services hospitaliers et les unités de soins intensifs où les patient-e-s Covid ont été traité-e-s	NA	NA

## Résultats

### Innovations dans la prestation de services de soins de santé

Le Tableau 3 décrit les principales innovations en matière de prestation de services de soins de santé identifiées dans les pays concernés par les études de cas. Les trois études de cas ont mis en évidence des innovations liées à la prestation de services, aux processus, à la structure organisationnelle et à la politique opérationnelle des hôpitaux.

En ce qui concerne l'innovation en matière de prestation de services, au Brésil, dans le but de prévenir les infections au SRAS-CoV-2, un service de communication numérique a été mis en place dans l'un des hôpitaux étudiés pour faciliter la communication entre les patient·e·s et leur famille tout en évitant les contacts directs avec les personnes infectées. Au Japon, l'« approche de la douleur totale », qui vise à améliorer la qualité de vie des patient·e·s en définissant la douleur du point de vue physique, psychologique, social et spirituel, a été utilisée dans la prise en charge des patient·e·s Covid pour faciliter l'auto-soins des patient·e·s dès la sortie de l'hôpital et pour relancer la motivation du personnel infirmier qui s'occupe des patient·e·s Covid.

L'innovation des processus a été observée au Brésil, où l'hôpital étudié a mobilisé des ressources supplémentaires pour répondre à la Covid-19 grâce à un partenariat avec des groupes communautaires qui offraient des ressources financières et un soutien en nature pour la prévention et le traitement des risques d'infection en milieu hospitalier des patient·e·s Covid (le projet ComVida). De même, l'hôpital pédiatrique du Québec a mis en place un système de partage du matériel de lutte contre les infections à l'hôpital avec tous les hôpitaux de la région afin de permettre la prestation continue de services et la lutte contre les infections à

l'hôpital grâce à la redistribution de matériaux pour répondre à la demande. L'hôpital a également développé une formation en ligne sur la prévention et le contrôle des infections, qui a ensuite été diffusée dans d'autres hôpitaux de la région.

En ce qui concerne l'innovation dans la structure organisationnelle, au Japon, à l'initiative de l'un des hôpitaux étudié, un centre communautaire de dépistage et un système temporaire d'orientation des patient-e-s au niveau du district ont été mis en place pour partager et redistribuer les ressources (y compris les infrastructures, les lits et les ressources humaines) afin de permettre la fourniture de services liés à la Covid-19 dans tout le district.

Pour ce qui est de l'innovation en matière de politiques, au Québec, la planification stratégique et le transfert de connaissances pour la prévention et le contrôle des infections et la continuité de la prestation des services ont été entrepris lorsque l'hôpital étudié a élaboré un « plan de projet » (plan de préparation interne pour la poursuite des services). Le plan a ensuite été partagé au sein du réseau de santé et de services sociaux du Québec.

## Attributs des innovations facilitant leur mise en œuvre

Le Tableau 4 présente les principales caractéristiques des innovations identifiées dans les trois études de cas. Les besoins et l'urgence engendrés par la pandémie de Covid-19 ont été les moteurs des innovations, qui ont été soutenues par l'acceptabilité des parties prenantes et les valeurs des acteur-ric-e-s de l'innovation. La plupart des innovations présentaient un avantage opérationnel pour la prestation des services de santé pendant la pandémie.

Si une innovation répondait aux besoins perçus des hôpitaux et du personnel et présentait un avantage opérationnel, un certain niveau de complexité dans la mise en œuvre (p. ex., participation de multiples intervenant-e-s, coordination des intervenant-e-s) semblait acceptable pour le personnel. Le projet ComVida au Brésil et le partage de matériel de lutte contre les infections avec d'autres établissements au Canada sont des exemples d'innovations élaborées en réponse au besoin de ressources qui permettraient aux hôpitaux de maintenir la prestation de services pendant la pandémie, même si les innovations ont impliqué divers groupes d'acteur-ric-e-s, y compris les individus de la communauté (au Brésil). Au Japon, alors que les gouvernements préfectoraux ont coordonné les prestataires de soins de santé locaux et se sont efforcés d'augmenter le nombre de lits pour accueillir les patient-e-s Covid, tous les hôpitaux n'ont pas accepté les patient-e-s Covid au début de la pandémie; par conséquent, ceux qui ont traité les patient-e-s Covid ont supporté une charge de travail accrue au cours de la pandémie. À mesure que le nombre de cas augmentait en mars et avril 2020, la charge de travail des personnes qui prodiguent des soins aux patient-e-s Covid a également augmenté, et le personnel hospitalier était de plus en plus préoccupé par sa capacité à fournir des soins. La création d'un centre communautaire de dépistage de la Covid-19 et l'introduction d'arrangements temporaires d'orientation des patient-e-s Covid dans le district ont permis d'accroître la capacité hospitalière pour fournir des soins aux patient-e-s Covid, en particulier pendant les premiers stades de la pandémie lorsqu'il y a eu une augmentation soudaine du nombre de cas.

De nombreuses innovations identifiées dans les études de cas étaient spécifiques à la Covid-19 et/ou à un autre contexte particulier, mais certaines innovations ont un potentiel d'expansion à d'autres environnements et/ou d'application dans de futurs chocs sanitaires. Par exemple, au Brésil, l'utilisation de la communication numérique entre les patient-e-s et leurs familles a été élargie avec la création d'une « salle des parents », où les familles de patient-e-s de régions éloignées pouvaient passer du temps à parler à l'aide d'appareils numériques à des membres

de la famille hospitalisés. Au Japon, l'approche de la douleur totale a été utilisée pour fournir des soins aux patient·e·s Covid dans l'un des hôpitaux étudiés. Les personnes impliquées dans la prestation de services de soins de santé innovants pour les patient·e·s Covid ont diffusé des informations sur leurs expériences vécues à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, créant ainsi des possibilités d'utilisation de l'approche dans d'autres hôpitaux ou dans les soins de patient·e·s présentant des maladies similaires.

## Facteurs organisationnels favorisant l'innovation

Le Tableau 5 présente les facteurs organisationnels qui ont facilité la mise en œuvre des innovations. Le facteur organisationnel clé mis en évidence dans les études de cas était une structure organisationnelle adaptative et flexible qui permettait de créer de nouvelles réflexions et des changements opérationnels dans un court laps de temps. Cette adaptabilité et cette flexibilité peuvent être facilitées lorsque les hôpitaux bénéficient d'une autonomie de gestion et de prise de décision.

Par exemple, l'hôpital pédiatrique du Québec dispose d'un haut niveau d'autonomie dans la prise de décision, contrairement à d'autres hôpitaux du Québec qui ont des niveaux de prestation de services similaires mais qui ne sont pas habilités à prendre des décisions indépendantes et à gérer les ressources. En fait, la plupart des hôpitaux du Québec opèrent au sein de « réseaux intégrés de santé et de services sociaux » (CISSS, ou CIUSSS s'ils sont affiliés à l'université). Il s'agit d'entités décisionnelles centralisées qui, pendant la crise de la Covid-19, ont connu des procédures administratives lourdes qui ont, par exemple, entravé les demandes de transfert d'équipements de protection individuelle (EPI) vers des établissements de santé.

La mise en œuvre des innovations a également nécessité un soutien solide, cohérent et opportun de la part des responsables des hôpitaux. Par exemple, pour créer un système temporaire d'orientation des patient·e·s Covid au niveau du district au Japon, la direction, craignant que la prestation de soins destinée aux patient·e·s Covid ait un impact négatif sur les opérations hospitalières, a fortement soutenu le partage des rôles et des responsabilités en matière de soins Covid entre les prestataires de soins de santé opérant dans le district. Le soutien de la direction de l'hôpital a joué un rôle important dans la coordination efficace au sein de l'ensemble du district. L'équipe de direction a présenté le plan avec succès à d'autres responsables d'hôpitaux.

De même, dans le cas de l'hôpital québécois, le soutien de la direction de l'hôpital a permis de prendre rapidement des décisions et d'agir par la suite. En outre, lorsque l'innovation impliquait des groupes d'acteurs extérieurs à l'hôpital, les réseaux et les relations existants, y compris ceux avec d'autres établissements de santé (ex. les administrateur·rice·s locaux·ales de la santé, etc.), étaient importants pour faciliter la mise en œuvre des initiatives. Par exemple, l'hôpital d'étude au Brésil a une longue histoire en tant qu'hôpital de référence, en particulier dans le domaine des maladies infectieuses et parasitaires, ce qui a créé des liens étroits entre l'hôpital et la communauté environnante et a contribué à une collaboration innovante dans la mobilisation des ressources communautaires pour la poursuite de la prestation de services à l'hôpital pendant la pandémie de Covid-19.

Concernant les ressources humaines, la mise en œuvre réussie de certaines innovations exigeait que le personnel hospitalier ait des valeurs communes, notamment une compréhension commune de la mission de l'hôpital et une prise de conscience de l'importance de fournir des services pour répondre aux besoins des patient·e·s. Par exemple, au Japon, une compréhension commune de la mission de l'hôpital entre le personnel de l'hôpital initial a facilité l'introduction du modèle d'orientation des patient·e·s à l'échelle du district et le fonctionnement du site d'essai PCR à l'échelle du district. Le service de pathologie de l'hôpital



a été particulièrement favorable et a joué un rôle de premier plan dans la mise en place de tests PCR à l'échelle du district en aidant à préparer le site et en formant les technicien-ne-s de laboratoire qui sont venu-e-s sur le site d'essai d'autres hôpitaux. Face aux défis causés par la pandémie de Covid-19 au Brésil, un sentiment de solidarité s'est développé parmi le personnel hospitalier, ce qui a renforcé les valeurs professionnelles du personnel et facilité la prise en charge des patient-e-s.

Les quatre hôpitaux étudiés dans les trois pays disposaient de mécanismes de communication fonctionnels entre la direction de l'hôpital, les chef-fe-s de service et le personnel hospitalier de première ligne, ce qui a facilité la mise en œuvre d'innovations. Par exemple, au Brésil, le comité de gestion des risques de l'hôpital d'étude a tenu des réunions quotidiennes où les changements de prestations de services ont été discutés. Les résultats de la réunion ont ensuite été diffusés aux prestataires de soins de santé de première ligne au moyen de mécanismes de communication établis.

Au Canada, en plus de créer un comité central sur les mesures d'urgence et un sous-comité pour faciliter la communication entre la direction de l'hôpital et le personnel de première ligne, l'hôpital étudié a également mis au point des outils de communication pour s'assurer que tout le personnel de l'hôpital reçoive des informations actualisées sur la situation de l'hôpital pendant la pandémie.

La plupart des innovations listées ont été entreprises à l'aide de budgets existants, mais lorsque des fonds supplémentaires étaient nécessaires, des ressources ont pu être mobilisées à l'extérieur de l'hôpital. Par exemple, au Japon, le chef de district a décidé d'utiliser le budget du district pour mettre en œuvre le modèle d'orientation des patient-e-s Covid à grande échelle et le site de test PCR, ce qui a permis de faire avancer rapidement le plan d'action. Au Brésil, certains équipements utilisés pour la communication numérique entre les patient-e-s et leurs familles ont été financés au moyen de ressources communautaires mobilisés dans le cadre du projet ComVida.

## Discussion

Les études de cas menées au Brésil, au Canada et au Japon ont révélé que, pour répondre aux perturbations causées par la Covid-19, les hôpitaux de l'étude ont entrepris des changements novateurs dans la prestation de services, les processus, la structure organisationnelle et la politique opérationnelle des hôpitaux. Les besoins et l'urgence engendrés par la pandémie de Covid-19 ont été les moteurs de ces innovations. Pour maintenir leur fonction de prestation de services de santé face à l'ampleur des défis causés par la pandémie, les hôpitaux ont introduit des pratiques novatrices dans la prestation des services de santé, qui impliquaient la coordination de plusieurs groupes d'acteurs à l'intérieur et parfois à l'extérieur des hôpitaux. Bien que des études antérieures suggèrent que la simplicité d'utilisation et/ou de mise en œuvre des innovations est une caractéristique importante dans l'adoption d'une innovation (Greenhalgh *et al.* 2004), avec la crise Covid, si une innovation répondait aux besoins perçus des hôpitaux et du personnel et fournissait un avantage opérationnel, un certain niveau de complexité dans la mise en œuvre semblait acceptable.

Parmi les facteurs organisationnels, une structure organisationnelle adaptative et flexible, appuyée par l'autonomie des hôpitaux dans la gestion et la prise de décisions, a été jugée propice à la création de nouvelles idées et à des changements opérationnels dans un court laps de temps. La mise en œuvre de changements novateurs dans la prestation des services a été facilitée par des mécanismes de communication fonctionnels; un soutien solide, cohérent et opportun de la part des responsables des hôpitaux; et des valeurs partagées dans la prestation de services au personnel hospitalier. Ces résultats partagent des points communs avec les écrits existants sur l'adoption d'innovations dans les formations sanitaires (Atun *et al.* 2007; Barasa, Mbau et Gilson 2018; Gomez *et al.* 2022; van den Hoed *et al.* 2022). Alors que la disponibilité de ressources suffisantes dans un hôpital est généralement un facteur de mise en œuvre de l'innovation (Hodgins *et al.* 2021), la plupart des

innovations identifiées dans les études de cas ont été entreprises à l'aide de budgets existants. Mais lorsque des fonds supplémentaires étaient nécessaires, des ressources provenant de l'extérieur de l'hôpital étaient souvent mobilisées. La disponibilité des ressources externes peut dépendre de l'ampleur du choc sanitaire au sein de la population, de l'existence de relations fonctionnelles entre les hôpitaux et les autres acteurs du système de santé, ainsi que du contexte socio-économique dans lequel l'hôpital opère.

En outre, les réseaux sociaux que les hôpitaux avaient précédemment mis en place avec divers acteurs du système de santé jouent un rôle important dans l'adoption réussie des innovations (Atun *et al.* 2007). Des facteurs ont pu faciliter la mise en œuvre des actions novatrices dans le cadre du projet ComVida au Brésil, le partage des équipements de lutte contre les infections entre les hôpitaux au Canada et la mise au point d'un mécanisme temporaire d'orientation des patient·e·s Covid au niveau du district au Japon, tels que la participation de groupes d'acteurs à l'extérieur de l'hôpital, des réseaux et des relations existants (y compris les relations avec d'autres établissements de santé), etc.

Bon nombre des innovations identifiées dans cette étude étaient des initiatives à court terme spécifiques à la réponse à la pandémie de Covid-19 et l'étude n'a pas examiné leur processus de mise en œuvre et la diffusion d'informations relatives aux actions innovantes. Cependant, certaines mesures, comme le service de communication numérique pour les membres des familles de patient·e·s hospitalisé·e·s au Brésil, la formation via diffusion d'une vidéo en interne au Canada et l'application plus large de l'approche de la douleur totale au Japon, devraient être envisagées pour leur adoption et leur diffusion à long terme dans d'autres milieux pour traiter les problèmes inhérents aux systèmes de santé. Une étude plus approfondie sera nécessaire pour examiner la mise en œuvre ultérieure et/ou l'arrêt des actions innovantes identifiées, et pour déterminer ce qui détermine si une innovation sera mise en œuvre sur le court ou long terme et le degré de diffusion de l'innovation dans le système de santé.

## Conclusion

Les besoins et l'urgence créés par la pandémie de Covid-19 ont été les moteurs de la plupart des actions innovantes identifiées dans les études de cas menées au Brésil, au Canada et au Japon. Ces innovations étaient des actions adaptatives et transformatrices qui ont produit des changements progressifs et systémiques, contribuant à la résilience des hôpitaux confrontés à des chocs perturbateurs (Lyng *et al.* 2021; Barasa, Mbau et Gilson 2018). La synthèse des trois études de cas suggère que pour que les hôpitaux créent et mettent en œuvre des innovations pour répondre aux futurs chocs sanitaires et pour qu'ils renforcent leur résilience, ils doivent : disposer de structures organisationnelles adaptatives et flexibles; construire et entretenir des systèmes de communication performants; avoir un leadership engagé; veiller à ce que tout le personnel partage une compréhension de la mission organisationnelle et professionnelle de l'hôpital; et établir des réseaux sociaux qui facilitent la capacité à créer et à mettre en œuvre des idées qui assurent leur fonctionnement en période de choc sanitaire.

## Références

- Atun, Rifat A., Ioannis Kyratsis, Gordan Jelic, Drazenka Rados-Malicbegovic, et Ipek Gurol-Urganci. 2007. « Diffusion of complex health innovations—implementation of primary health care reforms in Bosnia and Herzegovina. » *Health Policy and Planning* 22(1): 28-39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl031>. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl031>.
- Barasa, Edwine, Rahab Mbau, et Lucy Gilson. 2018. « What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. » *International Journal of*

*Health Policy and Management* 7(6): 491-503. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.06>.  
[https://www.ijhpm.com/article\\_3460\\_c345c9e12775645b1d1f07d2d4dacdd8.pdf](https://www.ijhpm.com/article_3460_c345c9e12775645b1d1f07d2d4dacdd8.pdf).

Berger, E., J. Winkelmann, H. Eckhardt, U. Nimptsch, D. Panteli, C. Reichebner, T. Rombey, et R. Busse. 2022. « A country-level analysis comparing hospital capacity and utilisation during the first COVID-19 wave across Europe. » *Health Policy* 126(5): 373-81. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.009>.

Desson, Z, E Weller, P McMeekin, et M Ammi. 2020. « An analysis of the policy responses to the COVID-19 pandemic in France, Belgium, and Canada. » *Health Policy Technol* 9 (4): 430-46. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.09.002>.

Estabrooks, CA , S Straus, CM Flood, J. Keefe, P Armstrong, G Donner, V Boscart, F Ducharme, J Silvius, et M Wolfson. 2020. *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Société royale du Canada.

Gilson, Lucy, Soraya Ellokor, Uta Lehmann, et Leanne Brady. 2020. « Organizational change and everyday health system resilience: lessons from Cape Town, South Africa. » *Social Science & Medicine* 266: 113407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113407>.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306262>.

Gomez, M. L., M. Kerveillant, M. Langlois, N. Lot, et M. Raux. 2022. « Organizational innovation under constraints: The case of covid patients' flow management in Parisian hospitals. » *Health Serv Manage Res*: 9514848221115243. <https://doi.org/10.1177/09514848221115243>.

Greenhalgh, Trisha, Glenn Robert, Fraser Macfarlane, Paul Bate, et Olivia Kyriakidou. 2004. « Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. » *Milbank Quarterly* 82(4):

581-629.  
j.0887-378X.2004.00325.x.  
j.0887-378X.2004.00325.x.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Greenhalgh, Trisha, Joseph Wherton, Chrysanthi Papoutsis, Jennifer Lynch, Gemma Hughes, Christine A'Court, Susan Hinder, Nick Fahy, Rob Procter, et Sara Shaw. 2017. « Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. » *J Med Internet Res* 19(11): e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>. <http://www.jmir.org/2017/11/e367/>. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29092808>.

Hamaguchi, Ryoko, Kay Negishi, Masaya Higuchi, Masafumi Funato, June-Ho Kim, et Asaf Bitton. 2020. « A regionalized public health model to combat COVID-19: lessons from Japan. » *Health Affairs Blog* July 22, 2020. doi: 10.1377/hblog20200721.404992.

Hodgins, Michael, Dee van Leeuwen, Jeffrey Braithwaite, Johanna Hanefeld, Ingrid Wolfe, Christine Lau, Emma Dickins, Joanne McSweeney, Mary McCaskill, et Raghu Lingam. 2021. « The COVID-19 System Shock Framework: Capturing Health System Innovation During the COVID-19 Pandemic. » *International journal of health policy and management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.130>. <http://europepmc.org/abstract/MED/34814662>. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.130>.

IRISS. 2012. *Creating a culture of innovation*. Institute for Research and Innovation in Social Services (IRISS) (Glasgow, UK).

Lyng, Hilda Bø, Carl Macrae, Veslemøy Guise, Cecilie Haraldseid-Driftland, Birte Fagerdal, Lene Schibevaag, Janne Gro Alsvik, et Siri Wiig. 2021. « Balancing adaptation and innovation for resilience in healthcare – a metasynthesis of narratives. » *BMC Health Services Research* 21(1): 759. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06592-0>. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06592-0>.

Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, Patrick Cloos, Arnaud Duhoux, Jean-Christophe Lucet, Lola Traverson, Sydia Rosana de Araujo Oliveira, Gisele Cazarin, Nathan Peiffer-Smadja, Laurence Touré, Abdourahmane Coulibaly, Ayako Honda, Shinichiro Noda, Toyomitsu Tamura, Hiroko Baba, Haruka Kodoi, et Kate Zinszer. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). » *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.

Rodrigues, NH, et LGA Silva. 2020. « Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital relato de experiência profissional. » *J. Nurs. Health* 10 (4): e20104004.

Simmons, Ruth, Peter Fajans, et Laura Ghiron. 2007. *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. World Health Organisation (Geneva).

Souza, WV, CMT Martelli, APSC Silva, LTS Maia, MC Braga, LCA Bezerra, GS Dimech, UR Montarroyos, TVB Araújo, D Barros Miranda-Filho, RAA Ximenes, et MFPM Albuquerque. 2020. « The first hundred days of COVID-19 in Pernambuco State, Brazil: epidemiology in historical context. » *Cad Saude Publica* 36(11): e00228220. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00228220>.

Tokumoto, A, H Akaba, H Oshitani, K Jindai, K Wada, et T Imamura. 2021. *COVID-19 health system response monitor: Japan*. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-east Asia.

van den Hoed, Monique W., Ramona Backhaus, Erica de Vries, Jan P. H. Hamers, et Ramon Daniëls. 2022. « Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review. » *BMC Health Services Research* 22(1): 997. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08185-x>. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08185-x>.

Webb, Erin, Cristina Hernández-Quevedo, Gemma Williams, Giada Scarpetti, Sarah Reed, et Dimitra Panteli. 2021. « Providing health services effectively during the first wave of COVID-19: a cross-country comparison on planning services, managing cases, and maintaining essential services. » *Health Policy* 126(5): 382-90. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.016>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001147>.

World Bank. 2022. World Development Indicators. Washington DC, USA.

World Health Organization. 2022. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. WHO (Geneva, Switzerland). <https://covid19.who.int>.

Yin, Robert K. 2018. *Case study research and applications: design and methods*. 6th ed. éd. Thousand Oaks: SAGE Publications.



## II. LA SANTÉ PUBLIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE COVID-19



SECTION A : LA PRISE EN  
COMPTE DES INÉGALITÉS  
DANS DES INTERVENTIONS  
DE SANTÉ PUBLIQUE



# 14. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la formulation des interventions de suivi des contacts. Une revue rapide de la littérature scientifique

ISADORA MATHEVET, KATARINA OST, LOLA TRAVERSON, KATE ZINSZER, VALÉRY RIDDE

## Résumé

L'objectif de cette revue rapide est d'analyser la prise en compte des ISS dans la formulation des interventions de suivi des contacts dans un contexte d'épidémie. Nous avons effectué nos recherches dans les bases de données bibliographiques MEDLINE et Web of Science. Pour être inclus dans cette revue, les articles devaient i) documenter la formulation des interventions de suivi des contacts, ii) avoir été publiés entre 2013 et 2020 en anglais, français, espagnol, chinois ou portugais, iii) et avoir un degré d'empirisme supérieur à 50% selon l'outil CATES.

À la suite de l'analyse des titres et des résumés de 230 articles, 39 articles répondaient aux critères d'inclusion. Après une lecture complète des articles, seules 7 références ont été considérées comme pertinentes. Aucune des études retenues n'aborde la question des ISS dans la formulation des interventions de suivi des contacts. L'utilisation de grilles

de réflexion lors de la formulation des interventions de suivi des contacts, telles que l'outil REFLEX-ISS, ou l'ajout de rubriques relatives à la prise en compte des ISS à des grilles d'extraction déjà existantes, telles que la grille d'extraction TIDieR-PHP, permettraient aux chercheur·euse·s et aux intervenant·e·s d'améliorer la prise en compte des ISS dans la lutte contre les épidémies.<sup>1</sup>

**Mots-clés** : suivi des contacts, épidémies, Covid-19, inégalités sociales de santé, interventions

## Introduction

Le suivi des contacts joue un rôle clé dans la lutte contre les épidémies en cherchant à briser les chaînes de contamination entre les individus. Elle est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de la stratégie mondiale de lutte contre la Covid-19 qui inclut également l'identification des cas, l'isolement, les tests, les soins et la quarantaine. Elle consiste à identifier et à surveiller les individus ayant été en contact étroit avec une personne infectée. Cette stratégie a déjà été utilisée lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2013, ou encore pour lutter contre la tuberculose, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Dans un contexte épidémique, les inégalités sociales de santé (ISS) peuvent être exacerbées. Les ISS correspondent à des écarts de santé (mortalité, morbidité) systématiquement liés, par exemple, au genre, aux catégories socioprofessionnelles ou aux territoires. Elles se répartissent

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article Mathevet, I., Ost, K., Traverson, L., Zinszer, K., & Ridde, V. (2021). Accounting for health inequities in the design of contact tracing interventions: A rapid review. *International Journal of Infectious Diseases*, 106, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.010>.

selon un « gradient social de santé », où « chaque classe sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure » (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé, 2016). La présence des ISS s'explique par des déterminants sociaux, politiques et culturels, tels que l'âge, le genre, la catégorie socio-professionnelle, les conditions socioéconomiques et environnementales. Systématiques et évitables, les ISS constituent donc une facette des inégalités sociales.

Les interventions mises en place pour contenir la circulation de certains virus peuvent conduire à une augmentation des ISS si ces dernières ne sont pas prises en compte dans la formulation même de ces interventions. Le confinement et l'auto-isolément ont, par exemple, accru l'insécurité alimentaire chez les plus pauvres durant la Covid-19 au Royaume-Uni (Marmot & Allen 2020). Les réflexions liées à la formulation des interventions de santé publique, et notamment celles relatives à la prise en compte des ISS, sont primordiales. Ainsi, les inégalités peuvent se creuser au sein d'une population si le principe d'« universalisme proportionné », principe selon lequel l'intensité des efforts est adaptée en fonction des besoins des populations et de leur état de santé, n'est pas intégré dans la formulation des interventions de santé publique.

Dans ce chapitre, nous nous intéressons uniquement à la formulation de ces interventions, car nous faisons l'hypothèse que l'absence de prise en compte des ISS à cette étape impliquera plus facilement un oubli de leur considération lors de la mise en œuvre des interventions et, par conséquent, lors de la distribution des effets finaux. Certains outils, tels que l'outil REFLEX-ISS, ont été créés pour sensibiliser les parties prenantes à prendre en compte les ISS dans la formulation d'une intervention de santé publique (Guichard *et al.* 2019).

L'objectif de ce chapitre est de faire état de la prise en compte des ISS dans la formulation des interventions de suivi des contacts afin d'émettre des recommandations pour de futures interventions.

## Méthode

Nous avons choisi de réaliser une revue rapide de la littérature, car cette méthode nous a permis de synthétiser, avec rigueur, et dans un délai relativement court, l'état des connaissances sur une question de recherche précise. La revue rapide a ainsi été préférée à la revue systématique, dont le délai de réalisation excède souvent une année, car elle permet d'éclairer rapidement les pouvoirs publics, les intervenant-e-s et les chercheur-euse-s dans des contextes d'urgence sanitaire (Saul *et al.* 2013; Munn *et al.* 2018).

La stratégie de recherche a été élaborée en collaboration avec les bibliothécaires de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et de l'Université de Montréal (UdeM). Pour nos recherches, nous avons utilisé les moteurs de recherche de données bibliographiques PubMed et Web of sciences. Les mots-clés suivants ont été retenus pour définir nos requêtes (Tableau 1) : « contact tracing »; « design\* », « plan\* »; « disease\* », « epidemic\* », « pandemic\* ». Nous avons réalisé nos recherches entre le 22 juillet et le 31 juillet 2020. Les mêmes requêtes ont été à nouveau importées dans les bases de données bibliographiques le 11 novembre 2020. Enfin, nous avons exporté les références et procédé à leur analyse avec l'outil CATES (Classificateur Automatisé de Textes sur les Études Scientifiques) pour évaluer leur degré d'empirisme (Langlois 2018; CATES 2021).

Pour être inclus dans cette revue rapide, les articles devaient étudier la formulation des interventions de suivi des contacts visant à contenir une épidémie. Nos recherches se sont concentrées sur des articles publiés dans des revues scientifiques évaluées par des pairs. Nous avons retenu des articles récents, publiés entre 2013 et novembre 2020. L'année 2013 a été choisie afin d'inclure des articles portant sur l'épidémie de maladie à virus Ebola apparue en Afrique de l'Ouest. Les publications pouvaient être en anglais, français, espagnol, portugais et chinois, mais devaient contenir les mots-clés de nos requêtes dans le titre ou dans le résumé de l'article.



Le degré d'empirisme des publications devait être considéré comme étant supérieur ou égal à 50% par l'outil CATES, car nous souhaitions retenir les publications empiriques, et exclure de nos recherches la littérature grise et les prépublications. Toutes les études identifiées ont été exportées dans le logiciel Rayyan QCRI. Deux examinatrices (IM, KO) ont tout d'abord évalué, de manière indépendante, la pertinence des titres et des résumés sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion définis. En cas de désaccord entre ces deux examinatrices, une troisième examinatrice (LT) devait trancher. Ces deux examinatrices ont ensuite évalué, de manière indépendante, la pertinence des articles complets retenus. Tout désaccord impliquait systématiquement l'avis de la troisième examinatrice.

Les dimensions étudiées pour déterminer la prise en compte, ou non, des ISS dans la formulation des interventions de suivi des contacts dans les articles, sont : i) l'évocation des ISS dans la justification de l'intervention, ii) la population ciblée par l'intervention, iii) la formulation du suivi des cas contact, ainsi que iv) la présence des ISS dans les recommandations visant à l'amélioration des futures interventions.

Une première examinatrice (IM) a extrait les données des articles sélectionnés et une deuxième examinatrice (KO) a vérifié les données extraites. Ces données comprenaient des informations sur l'article (auteur-riche-s, titre, année, pays, type de publication et type d'évaluation le cas échéant), sur le suivi des contacts et l'équité (niveau de juridiction, maladies, description de l'intervention de suivi des contacts, participant-e-s, référence à l'équité et principaux objectifs), la grille de l'outil d'évaluation des méthodes mixtes (MMAT) (Hong *et al.* 2018) pour décrire les méthodes utilisées, les résultats de l'étude (résultats, limites méthodologiques et principales conclusions), et la grille de description des interventions TIDieR-PHP (The Template for Intervention Description and Replication – Population Health and Policy) pour décrire le contenu des interventions (Campbell *et al.* 2018).

## Résultats

### Description des études

Au total, 230 références bibliographiques ont été recensées. À la suite de l'analyse des titres et des résumés, 191 références ont été exclues et 39 répondaient aux critères d'inclusion. L'analyse des textes complets a mené à la sélection finale de 7 références pertinentes (Tom-Aba *et al.* 2015; Cherutich *et al.* 2017; Fox *et al.* 2018; Hamblion *et al.* 2018; Danquah *et al.* 2019; Ho *et al.* 2020; Abongo *et al.* 2020) (Figure 1).

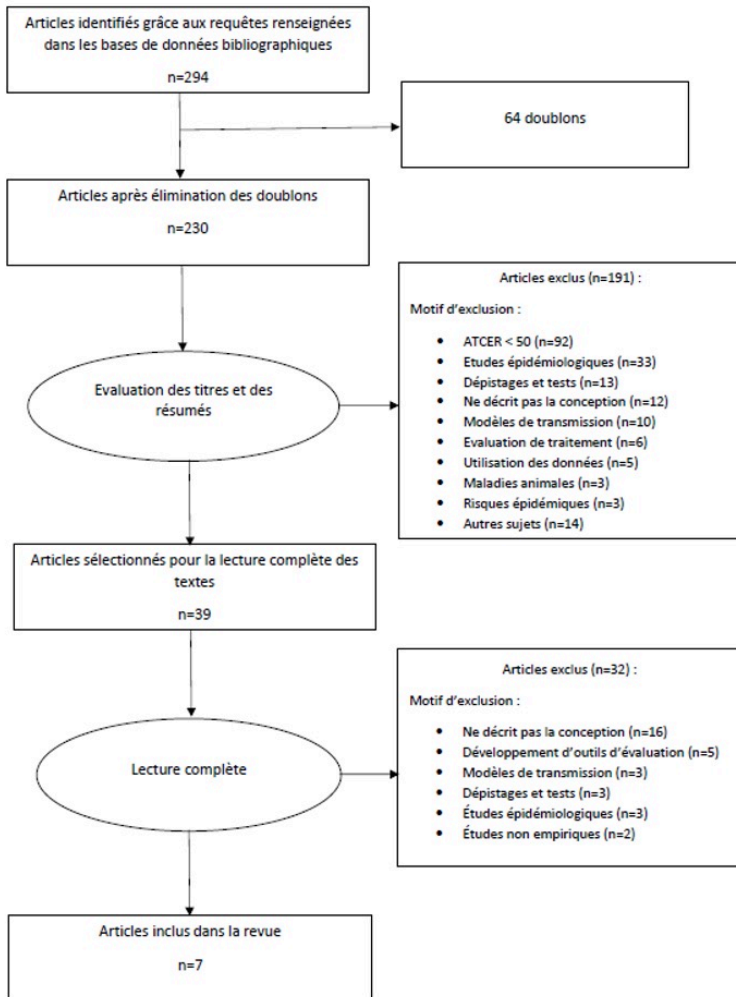


Figure 1 : Diagramme Prisma.

Ces articles présentent des études réalisées en Afrique (n = 5) et en Asie (n = 2). Les interventions de suivi des contacts concernent le virus Ebola (n = 2), la tuberculose (n = 2), la fièvre Lassa (n = 1), la Covid-19 (n = 1) et

le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (n = 1). Ces articles sont de nature expérimentale (n = 4) et observationnelle (n = 2). La plupart des articles visent à mesurer l'efficacité de l'intervention (n = 5). Deux autres articles sont à visée descriptive.

Les articles sélectionnés diffèrent quant aux outils employés pour le déploiement des interventions de suivi des contacts. Trois interventions priorisent l'utilisation d'outils technologiques lors du suivi des contacts, tels que des smartphones équipés d'une application (Tom-Aba *et al.* 2015; Cherutich *et al.* 2017; Danquah *et al.* 2019) ou des systèmes de localisation en temps réel (Ho *et al.* 2020). Trois études ont planifié le suivi des contacts en s'appuyant sur un suivi téléphonique et la saisie manuelle des cas contact (Fox *et al.* 2018; Hamblion *et al.* 2018; Abongo *et al.* 2020).

## La prise en compte des ISS dans la formulation et les outils utilisés lors de l'intervention

Dans ces articles, différentes raisons sont avancées pour justifier le fait d'avoir privilégié, lors de la formulation, un mode d'intervention plutôt qu'un autre. Pour les interventions utilisant les applications de traçage des contacts et la localisation en temps réel, les justifications mentionnées sont la rapidité de transmission des données et leur fiabilité (Tom-Aba *et al.* 2015; Cherutich *et al.* 2017; Ho *et al.* 2020), le faible coût (Ho *et al.* 2020), une meilleure accessibilité aux zones isolées (Danquah *et al.* 2019). Pour les interventions qui reposent sur une récolte des données manuelle et un suivi téléphonique, les justifications portent sur la facilité de mise en œuvre dans un contexte épidémique (Hamblion *et al.* 2018) et leur facilité de mise en œuvre dans le contexte familial (Fox *et al.* 2018). Au Kenya, des agent·e·s de santé communautaire (ASC) ont été choisi·e·s pour effectuer le suivi des contacts par téléphone et manuellement, car ils et elles constituent un lien important entre la communauté et le système de santé, ce qui peut améliorer l'accès aux soins de santé et l'autonomisation

de certaines communautés (Abongo *et al.* 2020). Aucun des articles sélectionnés ne justifie la formulation de l'intervention par la volonté de prendre en compte les ISS.

## Populations ciblées lors de l'intervention et prise en compte des ISS

Les populations étudiées sont des contacts de cas confirmés en laboratoires pour la majorité des articles (Tom-Aba *et al.* 2015; Cherutich *et al.* 2017; Hamblion *et al.* 2018; Danquah *et al.* 2019; Ho *et al.* 2020; Abongo *et al.* 2020). L'intervention de lutte contre la tuberculose au Vietnam se concentre sur les contacts, au sein du ménage, de cas confirmés en laboratoire (Fox *et al.* 2018). Enfin, un article se concentre sur le personnel soignant dans le cadre de la Covid-19 (Ho *et al.* 2020). Cet article est le seul à se concentrer sur un sous-groupe de la population en particulier. Aucune intervention n'adapte réellement l'intervention de traçage des contacts en fonction des différentes populations, que ce soit en fonction des conditions socioéconomiques, du genre ou du territoire.

## La prise en compte des ISS dans le suivi des cas suspects

Les interventions de suivi des contacts impliquent un suivi des cas suspects. Dans les trois interventions visant à endiguer l'épidémie d'Ebola et la fièvre de Lassa en Afrique de l'Ouest, le suivi a lieu directement chez le cas suspect et est effectué par une équipe de lutte contre l'épidémie (Tom-Aba *et al.* 2015; Hamblion *et al.* 2018; Danquah *et al.* 2019). La température corporelle journalière et le suivi des signes cliniques et des symptômes sont relevés. Pour l'intervention visant à lutter contre le VIH au Kenya, les individus sont contactés une à trois fois par téléphone

(Cherutich *et al.* 2017). Si la personne est injoignable, l'équipe chargée du suivi des contacts rend directement visite au cas contact (une à deux visites) pour le convaincre de se faire dépister. Concernant l'intervention contre la tuberculose au Vietnam, le suivi des cas contact au sein du ménage est réalisé trois fois tous les six mois et en clinique (Fox *et al.* 2018). Un questionnaire sur les symptômes est mené et un examen et des radiographies sont réalisés. Pour inciter le plus de cas contact à se rendre dans les cliniques, les cas contact au sein du ménage reçoivent un dédommagement d'un montant d'un dollar pour le trajet. Enfin, dans le cadre de l'intervention contre la tuberculose au Kenya, la suivi des contacts au sein du foyer d'un cas confirmé a été effectuée par les ASC. Les contacts vivant dans le même ménage ont été dépistés par les ASC par téléphone ou lors de visites à domicile. Les ASC ont veillé à ce que les cas positifs se rendent au centre de santé pour y être soignés (Abongo *et al.* 2020). Aucun article n'a adapté son suivi en fonction du revenu, du genre ou de la catégorie socioprofessionnelle des participant·e·s.

## La prise en compte des ISS dans les recommandations visant à améliorer les futures interventions

Certains articles émettent des recommandations pour améliorer la formulation des interventions de suivi des contacts. Ces recommandations concernent surtout les applications mobiles de traçage des contacts et les problèmes techniques rencontrés au cours de l'intervention (problèmes liés à l'accès internet, à la formation des équipes, à la déficience du matériel informatique, au manque de support technique) (Danquah *et al.* 2019). Aucune recommandation quant à la prise en compte des inégalités, ou à l'adaptation de l'intervention en fonction du revenu, du territoire ou du genre, n'est évoquée. Concernant le suivi des contacts manuel, l'article sur le VIH au Kenya recommande de se concentrer sur les régions et les populations les plus exposées et, ainsi, de favoriser l'accès à la thérapie anti-rétrovirale (Cherutich *et al.* 2017).

Un autre article portant sur le suivi des contacts pour la tuberculose au Kenya avec les ASC recommande de cibler le secteur du travail informel pour augmenter le suivi des contacts et le dépistage parmi les hommes, souvent absents lors des visites des ASC (Abongo *et al.* 2020). Cependant, aucun article ne fait allusion à la prise en compte des ISS dans la formulation des futures interventions.

## Discussion

Cette revue rapide révèle que les ISS ne sont pas prises en compte dans la formulation des interventions de suivi des contacts. Aucune adaptation spécifique, au regard des besoins particuliers de certains sous-groupes de la population concernés par ces interventions, n'est mise en place lors de la formulation de ces interventions. Le principe d'« universalisme proportionné » pourrait être intégré dans les interventions de recherche de contacts en ciblant différents sous-groupes et groupes défavorisés, en fonction de déterminants sociaux tels que l'âge, le statut socio-économique, la profession, l'appartenance ethnique ou la zone géographique. Par exemple, les outils de communication utilisés lors des interventions de suivi des contacts pourraient être adaptés à la population faiblement alphabétisée (en incluant des pictogrammes), aux migrant·e·s qui ne parlent pas les langues officielles (en incluant d'autres langues) et aux personnes handicapées (messages audio). De plus, il existe des outils qui facilitent la prise en compte des ISS dans la formulation des interventions de santé publique. L'outil REFLEX-ISS est, par exemple, un outil de réflexion destiné aux pouvoirs publics, aux chercheur·euse·s et aux intervenant·e·s, qui permet une meilleure prise en compte des ISS et, également, de soutenir le dialogue entre les parties prenantes tout au long du cycle de vie de l'intervention (de la formulation à la pérennisation du projet). Plusieurs chapitres de ce livre montrent comment nous avons

été en mesure d'adapter cet outil pour mieux comprendre la prise en compte des ISS en France (Richard *et al.*), au Québec (Beaujoin, Gagnon-Dufresne) et au Mali (Boivin).

La création d'un guide rassemblant les réflexions autour de la prise en compte des ISS pourrait aider les pouvoirs publics, les intervenant·e·s et les chercheur·euse·s à améliorer la formulation d'interventions de santé publique afin de ne pas accroître davantage les inégalités. En suivant l'exemple du guide développé pour améliorer la prise en compte du contexte dans les interventions de santé publique (Craig *et al.* 2018), ce guide pourrait suggérer la manière dont les ISS devraient être prises en compte tout au long du processus, de la formulation à l'évaluation des interventions de santé publique.

Enfin, les outils utilisés pour extraire et analyser les données des articles manquent de rubriques pour décrire les ISS. Nous avons constaté qu'aucune référence aux inégalités, en général, n'est mentionnée dans la grille TIDieR-PHP. L'ajout d'une rubrique se référant aux ISS dans cette grille pourrait inciter les chercheur·euse·s, les pouvoirs publics et les intervenant·e·s à prendre en compte ces inégalités lors de la formulation et de la mise en place des interventions de santé publique.

## Conclusion

Les résultats de cette revue rapide des écrits scientifiques révèlent que les ISS ne sont pas suffisamment prises en compte dans la formulation des interventions de suivi des contacts dans un contexte épidémique. L'émergence de la Covid-19 a poussé les pouvoirs publics à agir rapidement, en mettant notamment en œuvre des interventions de suivi des contacts. Mais comme, *a priori*, peu se sont préoccupés des ISS, ces interventions ont pu les accroître entre les différents sous-groupes de la population. Les résultats empiriques présentés dans cet ouvrage collectif confirment le peu de considération des ISS dans les interventions



organisées au cœur de cette pandémie. Il est primordial que les intervenant·e·s, les chercheur·euse·s et les pouvoirs publics tiennent compte des ISS lorsqu'ils formulent des interventions de suivi des contacts dans un contexte épidémique, au risque d'accroître les inégalités.

## Références

- Abongo, Tabitha, Benson Ulo, et Sarah Karanja. 2020. « Community health volunteers' contribution to tuberculosis patients notified to National Tuberculosis program through contact investigation in Kenya ». *BMC Public Health* 20(1): 1184. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09271-7>.
- Campbell, Mhairi, Srinivasa Vittal Katikireddi, Tammy Hoffmann, Rebecca Armstrong, Elizabeth Waters, et Peter Craig. 2018. « TIDieR-PHP: A Reporting Guideline for Population Health and Policy Interventions ». *BMJ* 361 (mai): k1079. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1079>.
- Classifieur automatisé de textes sur les études scientifiques (CATES), 2021. Disponible sur : <https://atcer.iro.umontreal.ca>.
- Cherutich, Peter, Matthew R. Golden, Beatrice Wamuti, Barbra A. Richardson, Kristjana H. Ásbjörnsdóttir, Felix A. Otieno, Ann Ng'ang'a, et al. 2017. « Assisted Partner Services for HIV in Kenya: A Cluster Randomised Controlled Trial ». *The Lancet HIV* 4(2): e74-82. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30214-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30214-4).
- Craig, Peter, Erica Di Ruggiero, Katherine L. Frolich, Eric Mykhalovskiy, Martin White, Rona Campbell, Steven Cummins, et al. 2018. « Taking Account of Context in Population Health Intervention Research: Guidance for Producers, Users and Funders of Research », avril. <https://doi.org/10.3310/cihr-nihr-01>.

- Danquah, Lisa O., Nadia Hasham, Matthew MacFarlane, Fatu E. Conteh, Fatoma Momoh, Andrew A. Tedesco, Amara Jambai, David A. Ross, et Helen A. Weiss. 2019. « Use of a mobile application for Ebola contact tracing and monitoring in northern Sierra Leone: a proof-of-concept study ». *BMC Infectious Diseases* 19(1): 810. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4354-z>.
- Fox, Greg J., Nguyen V. Nhung, Dinh N. Sy, Nghiem L.P. Hoa, Le T.N. Anh, Nguyen T. Anh, Nguyen B. Hoa, et al. 2018. « Household-Contact Investigation for Detection of Tuberculosis in Vietnam ». *New England Journal of Medicine* 378 (3): 221-29. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1700209>.
- Guichard A, Tardieu E, Nour K, Lafontaine G, Ridde V. 2019. Adapting a health equity tool to meet professional needs (Québec, Canada), *Health Promotion International*, Volume 34, Issue 6, December 2019, Pages e71-e83, <https://doi.org/10.1093/heapro/day047>.
- Hamblyon, E. L., P. Raftery, A. Wendland, E. Dweh, G. S. Williams, R. N. C. George, L. Soro, et al. 2018. « The Challenges of Detecting and Responding to a Lassa Fever Outbreak in an Ebola-Affected Setting ». *International Journal of Infectious Diseases* 66 (janvier): 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2017.11.007>.
- Ho, Hanley J., Zoe Xiaozhu Zhang, Zhilian Huang, Aung Hein Aung, Wei-Yen Lim, et Angela Chow. 2020. « Use of a Real-Time Locating System for Contact Tracing of Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic at an Infectious Disease Center in Singapore: Validation Study ». *Journal of Medical Internet Research* 22(5): e19437. <https://doi.org/10.2196/19437>.
- Hong, Quan Nha, Sergi Fàbregues, Gillian Bartlett, Felicity Boardman, Margaret Cargo, Pierre Dagenais, Marie-Pierre Gagnon, et al. 2018. « The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 for Information Professionals and Researchers ». *Education for Information* 34(4): 285-91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>.

- Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé.(2016). *Inégalités sociales de santé et promotion de la santé*. Disponible sur: [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier\\_technique\\_iss\\_complet.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf).
- Langlois, Alexis, Jian-Yun Nie, James Thomas, Quan Nha Hong, et Pierre Pluye. 2018. « Discriminating between Empirical Studies and Nonempirical Works Using Automated Text Classification ». *Research Synthesis Methods* 9(4): 587-601. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1317>.
- Marmot, Michael, et Jessica Allen. 2020. « COVID-19: Exposing and Amplifying Inequalities ». *Journal of Epidemiology & Community Health* 74(9): 681-82. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720>.
- Munn, Zachary, Cindy Stern, Edoardo Aromataris, Craig Lockwood, et Zoe Jordan. 2018. « What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences ». *BMC Medical Research Methodology* 18(1): 5. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0468-4>.
- Saul, Jessie E., Cameron D. Willis, Jennifer Bitz, et Allan Best. 2013. « A Time-Responsive Tool for Informing Policy Making: Rapid Realist Review ». *Implementation Science* 8(1): 103. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-103>.
- Tom-Aba, Daniel, Adeniyi Olaleye, Adebola Tolulope Olayinka, Patrick Nguku, Ndadilnasiya Waziri, Peter Adewuyi, Olawunmi Adeoye, et al. 2015. « Innovative Technological Approach to Ebola Virus Disease Outbreak Response in Nigeria Using the Open Data Kit and Form Hub Technology ». *PLOS ONE* 10(6): e0131000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131000>.



# 15. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la formulation d'une intervention de suivi des contacts pour la Covid-19 à Montréal

CAMILLE BEAUJOIN, LARA GAUTIER, MARIE-CATHERINE GAGNON-DUFRESNE, RACHEL MIKANAGU, ASHLEY SAVARD-LAMOTTE, PATRICK CLOOS, VALÉRY RIDDE, KATE ZINSZER

## Résumé

Au Canada et dans le monde, la pandémie de Covid-19 a augmenté les inégalités sociales de santé (ISS), aggravant la vulnérabilité de certains groupes de populations. Le suivi des contacts est une intervention fondamentale des programmes de prévention et de contrôle de la Covid-19. L'objectif de cette étude était de décrire si et comment les ISS ont été prises en compte lors de la formulation de l'intervention de suivi des contacts pour la Covid-19 à Montréal. Une étude qualitative a été menée à Montréal, sur la base d'un cadre conceptuel décrivant la prise en compte des ISS dans la formulation des interventions et des politiques. Des entrevues ont été réalisées avec 16 praticien-ne-s de la santé publique. Selon les participant-e-s, les ISS n'ont pas été initialement prises en compte lors de la formulation de l'intervention de suivi des contacts à Montréal. Les professionnel-le-s de santé publique ont déploré

le manque de volonté du ministère de la Santé d'intégrer les ISS dans la réponse de santé publique. Toutefois, des adaptations ont été progressivement apportées pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. À l'avenir, les décideurs et décideuses doivent mieux prendre en compte les ISS pour que les interventions ne les aggravent pas.<sup>1</sup>

**Mots-clés :** Covid-19, inégalités sociales de santé, santé publique, suivi des contacts, Montréal

## Introduction

Au Québec, on comptait plus de 1 346 000 cas de Covid-19 en date du 28 mai 2023. Le premier cas a été déclaré le 27 février 2020, et le gouvernement provincial a déclaré la fermeture de tous les services non essentiels à partir du 24 mars 2020. Avec plus de 1 700 000 habitant·e·s, Montréal, la plus grande ville du Québec, est devenue la ville la plus touchée de la province. À Montréal, la Covid-19 et ses mesures de santé publique associées ont eu un impact différencié sur les communautés marginalisées, comparativement à la population générale (Cambon *et al.* 2021).

Les inégalités sociales de santé (ISS) peuvent être définies comme des variations de la santé qui sont « systématiques, socialement produites (et donc modifiables) et injustes » (Whitehead & Dahlgren 2006). Les ISS ont fait l'objet de nombreuses études en santé publique, mais il reste

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article de Beaujoin, Camille, Lara Gautier, Marie-Catherine Gagnon-Dufresne, Rachel Mikanagu, Ashley Savard-Lamothe, Patrick Cloos, Valéry Ridde, et Kate Zinszer. 2023. "It Felt like Building a Plane While in Flight": The Consideration of Social Inequalities in the Design and Planning of a Contact-Tracing Intervention for COVID-19 in Montreal, Quebec." *Canadian Journal of Public Health* 114(3): 346-57. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00759-4>.

encore beaucoup à faire, notamment en ce qui concerne l'approche la plus appropriée pour les réduire. Geoffrey Rose (2001) a suggéré le recours à l'approche populationnelle pour les interventions de santé publique, où l'on cible l'ensemble de la population et non seulement les individus jugés à haut risque pour des problèmes de santé particuliers. Cette approche repose sur le principe que le contrôle des déterminants d'une maladie pour l'ensemble de la population modifierait la distribution du risque, de telle sorte que l'incidence de la maladie au sein de la population globale serait réduite. Cependant, Frohlich & Potvin (2008) ont soutenu que l'approche populationnelle a le potentiel d'augmenter les ISS en touchant principalement les groupes les plus privilégiés. Elles affirment qu'une approche axée sur la vulnérabilité sociale serait complémentaire de l'approche populationnelle, et que l'approche de Rose, à elle seule, n'aborde pas les mécanismes qui conduisent à des distributions différentes des risques au sein des différents groupes sociaux. Au contraire, l'approche sur les populations vulnérables cible les causes fondamentales qui créent la vulnérabilité au sein de certains sous-groupes de population (par exemple, les personnes ayant un statut socio-économique faible). Par conséquent, l'approche envers les populations vulnérables réduirait les ISS entre les groupes vulnérables et les groupes privilégiés (Frohlich & Potvin 2008). D'autres auteur-ric-e-s suggèrent d'adopter le principe de l'universalisme proportionné pour réduire les ISS, une approche qui stipule que les interventions doivent être universelles, mais que leur échelle et leur intensité doivent être adaptées aux groupes les plus mal desservis (Francis-Oliviero *et al.* 2020). Enfin, la phase de formulation d'une intervention de santé publique est une phase cruciale pour prendre en compte les ISS, car il est peu probable que les ISS diminuent si l'intervention n'a pas été conçue intentionnellement pour le faire (Potvin *et al.* 2008).

Le suivi des contacts est une intervention de santé publique essentielle pour les maladies infectieuses qui se transmettent de personne à personne, comme le SRAS-CoV-2. Le but est d'identifier, d'évaluer et de prendre en charge les personnes qui ont été exposées afin de prévenir

la transmission ultérieure. Le suivi des contacts consiste à informer les personnes qu'elles ont pu être exposées à un cas confirmé de Covid-19, à les aider à se faire dépister, à identifier leurs contacts et estimer le risque d'exposition, et à leur communiquer des informations sur les mesures d'isolement si nécessaire. Considérant que les résultats de santé à la suite de la Covid-19 ont été aggravées par les ISS (Cambon *et al.* 2021), les interventions de santé publique doivent s'efforcer de maximiser les chances de prévenir la transmission, en particulier au sein des populations marginalisées. L'objectif de notre étude était d'explorer comment les ISS ont été prises en compte lors de la formulation de l'intervention de suivi des contacts à Montréal pendant les première et deuxième vagues de la pandémie de Covid-19.

## Le contexte québécois

Le système de santé de la province de Québec est régi par le ministère provincial de la Santé et des Services sociaux, qui est responsable de 22 régions administratives. Les activités de santé publique font partie d'un programme de prestations de services à l'échelle de la province, réparti entre chaque région administrative par l'intermédiaire d'une Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP). À Montréal, la DRSP réalise le suivi des contacts dans le cadre de son mandat de contrôle des maladies transmissibles. Pour la Covid-19, les activités de suivi des contacts dépendaient du niveau de risque du contact en question : i) surveillance active des contacts par téléphone ou par courriel pendant une période maximale de 14 jours, ou ii) autosurveillance des contacts avec supervision de la santé publique par courriel quotidien (questionnaire axé sur l'évaluation des symptômes).



## Méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive à Montréal, au Québec, en automne 2020. Elle s'appuie sur un cadre conceptuel qui a été conçu par l'équipe de recherche à partir de trois outils analytiques proposés par d'autres auteur·rice·s (Guichard *et al.* 2019; Howlett 2019; Pineault & Daveluy 1995) pour permettre une analyse holistique de la prise en compte des ISS dans la formulation de l'intervention. Ce cadre conceptuel comprend quatre aspects : i) les perceptions des ISS, ii) les approches pour aborder les ISS, iii) la collaboration intersectorielle et iv) la capacité d'adaptation. Le guide d'entretien a été construit à partir de ce cadre conceptuel. Le cadre a également été utilisé pour l'analyse des données.

La collecte des données s'est déroulée au sein de la DRSP de Montréal, au Québec, et a consisté en des entretiens semi-structurés avec des professionnel·le·s de la santé publique. Les participant·e·s étaient ou avaient été impliqués dans la formulation, la mise en œuvre ou l'adaptation de l'intervention de suivi des contacts. Tout d'abord, une liste restreinte de participant·e·s potentiel·le·s a été créée à partir du réseau professionnel de l'équipe de recherche, puis ces personnes recrutées ont été invitées à identifier d'autres participant·e·s potentiel·le·s dans leur milieu de travail. Les entretiens semi-structurés ont été menés entre novembre 2020 et février 2021 sur Zoom, en français. L'analyse de données a été réalisée à l'aide du cadre conceptuel et a été révisée par plusieurs membres de l'équipe.

## Résultats

Nous avons recruté 16 participant·e·s. Tou·te·s les participant·e·s sont des professionnel·le·s de la santé publique et ont été impliqué·e·s dans l'intervention de suivi des contacts pour la Covid-19, soit dans sa

formulation (n = 2), sa mise en œuvre (n = 4) ou son adaptation (n = 10). Les participant·e·s travaillent dans différents départements de santé publique, tels que la promotion de la santé (n = 1), l'environnement urbain (n = 2), la santé au travail (n = 3) et la prévention des maladies infectieuses (n = 10). Leur expérience professionnelle variait entre moins d'un an (n = 6), entre un et deux ans (n = 3) ou plus de deux ans (n = 7). Les participant·e·s avaient des formations diverses, telles qu'un diplôme de médecine (n = 4), un diplôme de sciences infirmières (n = 5), un diplôme de santé publique (n = 3) ou autres (n = 4) (par exemple, l'anthropologie). Nous avons mené 16 entretiens semi-structurés. Les catégories de résultats découlent des quatre catégories principales du cadre conceptuel.

## Perceptions des ISS : le manque de vision commune entre les professionnel·le·s de la santé publique et le gouvernement

Selon les participant·e·s, le concept d'ISS est bien compris au sein de la DRSP de Montréal. Les participant·e·s ont expliqué s'être engagé·e·s à s'attaquer aux ISS, que ce soit en période de Covid-19 ou non. Cependant, pendant la pandémie, les participant·e·s ont souvent été confronté·e·s à des obstacles pour intégrer les réponses aux ISS dans l'intervention de suivi des contacts pour la Covid-19, en raison du temps limité pour concevoir l'intervention et du manque de ressources financières.

*Donc les concepts d'inégalités sociales oui la théorie je pense qu'il y a des gens dans la santé publique [...] qui connaissent bien ce sujet-là, mais on était pas rendu au point où toutes les équipes [...] et surtout en maladies infectieuses où on c'était fait quand même couper des budgets donc euh ce qu'on avait c'étaient des enquêteur·rice·s pour faire le strict minimum, et donc [...] d'avoir le temps d'intégrer des concepts d'ISS, en pratique on n'était pas rendu là. (Participant·e n°4)*

Les travailleur-euse-s de la santé publique ont expliqué à quel point les ISS étaient un enjeu important dans leur travail, mais avaient l'impression que les ISS n'étaient pas une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Selon ces participant-e-s, ce manque de vision commune des ISS a entraîné des désaccords à différentes étapes de la formulation et de la mise en œuvre de l'intervention, par exemple lors de l'élaboration des outils de collecte de données.

*Ça c'est un débat qu'on a depuis le mois de mars en fait, d'ajouter les questions d'origine ethnique et de d'appartenance ethnoculturelle et de statut migratoire. Et c'est probablement maintenant qu'on va enfin les ajouter, mais le ministère [de la Santé et des Services sociaux] c'est un refus encore catégorique. (Participant-e n°1)*

Pour cette personne, le manque de prise en compte des ISS et le refus de recueillir des données ethnoculturelles étaient probablement liés au programme politique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Une autre personne participante a plaidé en faveur d'une collecte de données spécifiques sur les minorités ethniques, qui aurait été instructive selon elle pour mieux prendre en compte les ISS dans les programmes et interventions de santé publique locaux.

*Avant de parler des inégalités sociales de santé, bah il faut les mesurer et donc ma préoccupation et une grande partie de mon travail ça a été de faire un plaidoyer pour ça, donc de collecter des données spécifiques sur les populations racisées. (Participant-e n°7)*

## Approches pour prendre en compte les ISS : premières tentatives de prise en compte des ISS dans un contexte de crise

Les participant-e-s ont unanimement mentionné ne pas avoir eu suffisamment de temps pour prendre en compte les ISS lors de la formulation de l'intervention de suivi des contacts. Les participant-e-s ont décrit l'atmosphère d'urgence et de panique qui régnait durant la première vague de la pandémie, ainsi l'intervention a été conçue le plus vite possible.

*Montréal allait se retrouver avec la ville canadienne avec le plus de cas pendant la première vague, visiblement on n'était pas prêt pour ça donc, donc planification là comme j'entends cette expression-là là, « on a construit un avion pendant qu'on le volait ». [...] Donc ça a été trop vite, trop vite pour qu'on soit capable d'avoir autre considération que de juste essayer d'attraper cet énorme tsunami là, puis être capable de faire le travail-là qui était demandé, soit d'appeler les cas en dedans de 24h. (Participant-e n°11)*

Cependant, au fur et à mesure que les connaissances sur la situation épidémiologique s'amélioraient, les participant-e-s ont remarqué que l'intervention de suivi des contacts ne pouvait pas atteindre les groupes marginalisés, et leur approche a donc été ajustée. Par exemple, dès qu'il a été reconnu que les personnes travaillant sur certains lieux de travail présentaient un risque d'infection plus élevé que la population générale, une approche spécifique pour les employeur-euse-s a été conçue. L'objectif principal de cette adaptation de l'intervention initiale était d'aider les employeur-euse-s à identifier les contacts et de leur donner des directives en matière de prévention de la transmission du virus sur le lieu de travail.

Les participant·e·s ont expliqué que d'autres vulnérabilités structurelles ont été prises en compte par la DRSP plus tard dans la mise en œuvre de l'intervention de suivi des contacts. Par exemple, il est bien connu que les migrant·e·s et les demandeur·euse·s d'asiles sont plus vulnérables aux risques sanitaires en raison des défis à surmonter pendant la migration. Par conséquent, la DRSP a tenté d'aborder les problèmes spécifiques rencontrés par ces populations par rapport à l'intervention de suivi de contacts, tels que le manque de confiance dans les institutions gouvernementales.

*Souvent il y a un cas, il va dire « bien je ne peux pas te dire c'est qui mon contact, parce que la personne elle est ici illégalement », et là bien selon la loi la personne doit déclarer, mais là la personne ne voulait pas parce qu'elle a peur que cette personne-là si elle déclare, bien elle peut être déportée ou avoir des problèmes juridiques. Alors ça aussi c'est quelque chose qu'on a mis beaucoup d'énergie à rassurer l'entourage, la famille pour dire [...] « on est là pour vraiment aider » [...]. Je pense que quand les personnes qui n'ont pas l'information pensent que quand ils sont devenus des contacts-là, c'est comme la police, mais nous on essaie de dire « non, non, on veut que vous ne transmettiez pas votre virus ». (Participant·e n°15)*

En outre, les participant·e·s ont expliqué que la DRSP a également adapté le suivi des contacts pour mieux rejoindre les minorités « ethniques ». L'intervention n'est pas nécessairement accessible ou acceptable pour toutes les communautés en raison des barrières structurelles auxquelles elles sont généralement confrontées (par exemple, le racisme, la xénophobie) qui peuvent conduire à la peur de la stigmatisation et à la méfiance envers les institutions de santé publique.

*Au sein des communautés ethnoculturelles de Montréal, [...] il y a une méfiance incroyable du système de santé de tout ce qui est euh institutionnel t'sais. Moi si j'appelle quelqu'un pour dire « j'appelle la direction de santé publique » les gens ça fige, on le sent vraiment*

*qu'il y a une méfiance envers le système. Et deuxièmement, [...] il y a vraiment une peur de la stigmatisation [...] ce qui fait qu'on les rejoint vraiment moins bien. (Participant-e n°1)*

Par conséquent, selon les participant-e-s, une unité particulière de la DRSP, qui est responsable de l'adaptation des mesures de santé publique aux différentes communautés culturelles, a travaillé en collaboration avec les *leaders* des différentes communautés de Montréal pour s'assurer que les contacts étaient en mesure de se mettre en quarantaine. Par exemple, un partenariat a été établi avec les chef-fe-s des communautés religieuses pour les aider à se conformer aux mesures de santé publique, tout en tenant compte de leurs pratiques religieuses.

*Ce qu'on fait également c'est de la médiation interculturelle, c'est-à-dire qu'on travaille avec des leaders de communautés religieuses pour anticiper des difficultés que les communautés pourraient avoir dans l'observance de pratiques religieuses [...] Bon l'idée c'est d'anticiper avec ces communautés là encore une fois, ces difficultés-là et de mettre en en place des mécanismes de médiation interculturelle c'est-à-dire de regarder est-ce qu'il y a des points de convergence, on pourrait d'un côté arriver à une solution satisfaisante pour les communautés d'autre part en respect ou une adaptation des mesures de santé publique. (Participant-e n°7)*

## Collaboration intersectorielle : création de partenariats en dehors du secteur de la santé publique

Plusieurs partenariats avec des organisations de secteurs extérieurs au secteur de la santé publique ont été développés au fur et à mesure de la mise en œuvre de l'intervention de suivi des contacts. Par exemple, les organismes communautaires de Montréal ont travaillé en collaboration avec la DRSP pour offrir un soutien aux contacts qui devaient s'isoler.

Les organismes communautaires n'ont pas participé à la formulation de l'intervention de suivi des contacts, mais on a toutefois demandé leur soutien lorsqu'il est devenu évident que certaines communautés ne pourraient pas répondre à leurs besoins quotidiens de base pendant le confinement.

*Je pense qu'à la première vague, il y avait beaucoup de personnes âgées qui décédaient puis hospitalisées et tout ça, alors à la 2ème vague, même avant la 2ème vague il y avait déjà [une préoccupation comme] « bon si ça arrive là il faut, comment qu'on les aide les personnes contacts âgées? » Alors là présentement il y a une offre de services de la Croix-Rouge qui permettent de soutenir ou même trouver un hébergement pour les personnes âgées pour qu'elles ne soient pas toutes seules à la maison, ou il y a quelqu'un qui peut faire les repas. Alors aujourd'hui, il y a des services. (Participant-e n°15)*

À partir du mois de juillet 2020, d'autres partenaires ont été mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour soutenir la DRSP dans le suivi des contacts, étant donné le nombre accru de contacts. Ces partenaires comprenaient des entreprises privées, comme des centres d'appels, sans aucune connaissance en matière de santé publique ou en ce qui concerne les ISS. Selon les participant-es, l'établissement de partenariats avec ces entreprises privées a entraîné une perte de temps dans le suivi des contacts, ce qui a pu limiter le succès de l'intervention.

## Capacité d'adaptation : efforts accrus pour améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité

Rapidement après le début du suivi des contacts pour la Covid-19, selon les participant-es, il est apparu clairement que certains déterminants sociaux de la santé (par exemple, les mauvaises conditions de logement

et le travail précaire), et certaines caractéristiques sociodémographiques (par exemple, la pauvreté et le statut migratoire), étaient susceptibles de limiter considérablement l'acceptabilité de l'intervention.

*En fonction de leurs conditions de vie, leurs conditions de travail qui sont liés aux inégalités sociales de, de santé là, on a remarqué qu'il y avait plusieurs communautés, plusieurs personnes qui ne voulaient pas avoir de lien avec la santé publique de part souvent leur statut migratoire, leurs rapports avec le gouvernement qui était souvent représenté par la police. (Participant-e n°9)*

Selon les participant-e-s, pour augmenter l'accessibilité de l'intervention, certaines adaptations ont été nécessaires après sa mise en œuvre initiale. Par exemple, lorsque la première vague a commencé, les directives d'isolement n'étaient disponibles qu'en français et en anglais. Cette limitation a été corrigée avec des traductions disponibles en 16 langues.

*Je peux vous dire honnêtement que cette planification-là, même si elle était bonne pour assurer un suivi quotidien de contacts, et d'un large nombre de contacts, il a été fait sans penser aux inégalités sociales. Le langage, on a beaucoup tenté de le simplifier donc il était disponible en français et en anglais, dans un langage assez simple mais on n'est pas allé au-delà dans d'autres langues. (Participant-e n°4)*

Les participant-e-s ont décrit d'autres adaptations qui ont été faites pour répondre aux besoins particuliers de certaines populations marginalisées, comme les personnes en situation d'itinérance. Par exemple, une collaboration avec des organismes communautaires pour trouver les moyens les plus appropriés de rejoindre les personnes sans-abri qui ne possédaient pas de téléphone cellulaire. Au moment de l'étude, l'intervention de dépistage des contacts était encore en cours de modification.



*Les adaptations sont vraiment venues je vous dirais à la fin de la première vague, puis même là jusqu'à présent on aurait voulu pouvoir adapter le questionnaire à cet effet là mais on n'a pas pu l'adapter, mais on s'est doté d'une banque d'interprètes qui est capable de venir rapidement nous soutenir dans des langues; on a mis en place une cellule qui s'occupe de toute l'itinérance; puis les travailleur-euse-s de la santé on est en train encore en train de de le travailler pour essayer de voir comment qu'on peut soutenir ces personnes-là qui justement travaillent à plusieurs endroits puis sont un statut précaire ici à Montréal donc ça c'est quelque chose qu'on travaille. (Participant-e n°11)*

# Discussion

<p><b>Perception des ISS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de vision commune des ISS entre les professionnel-le-s de la santé publique et le ministère de la santé et des services sociaux</li> <li>• Les professionnel-le-s de la santé publique font face à des obstacles pour considérer les ISS (manque de temps et de ressources financières)</li> <li>• Les professionnel-le-s perçoivent que les ISS ne sont pas une priorité du gouvernement</li> </ul>
<p><b>Approches pour répondre aux ISS</b></p>	<p>Premières tentatives de prise en compte des ISS, malgré le climat d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approches spécifiques pour les employeur-euse-s dans les milieux de travail à risque</li> <li>• Approches de médiation interculturelle avec des <i>leaders</i> de communautés religieuses</li> </ul>
<p><b>Collaboration intersectorielle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariats avec des organismes communautaires ou des organisations à but non lucratif</li> <li>• Partenariats avec des firmes de type « centre d'appel » pour rejoindre les contacts plus rapidement</li> </ul>
<p><b>Capacité d'adaptation</b></p>	<p>Amélioration de l'accessibilité et de l'acceptabilité de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Banque d'interprètes</li> <li>• Traduction des outils en 16 langues</li> <li>• Cellule spécialisée pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance</li> </ul>

Tableau 1. Résumé des principaux résultats de l'étude.

Les ISS n'ont pas été initialement prises en compte dans la formulation de l'intervention de suivi des contacts pour la Covid-19 à Montréal. Malgré la volonté et les compétences des praticien·ne·s de santé publique pour aborder les ISS, il y avait des obstacles majeurs à la formulation d'une intervention équitable, comme le manque de soutien du gouvernement provincial pour la collecte de données spécifiques sur les groupes et les individus des minorités ethniques. De plus, l'intervention a été initialement conçue dans un contexte d'urgence, et les participant·e·s ont estimé manquer de ressources (par exemple, de temps, de budget) pour intégrer les ISS dans la formulation de l'intervention, ou pour collaborer dès le départ avec des partenaires communautaires extérieurs au secteur de la santé. Cependant, certaines adaptations ont été progressivement mises en œuvre pour améliorer l'accessibilité et la portée de l'intervention. Ces adaptations avaient pour but de mieux répondre aux besoins des populations marginalisées.

La collecte de données « ethniques » est essentielle pour permettre une compréhension éclairée de l'état de santé des groupes ethniques et racialisés, ce qui peut donner lieu à des interventions plus équitables. Par exemple, la ville de Toronto a créé une base de données accessible au public sur le nombre de cas de Covid-19, avec des références croisées avec les quartiers, la proportion d'immigrants et le statut de minorité visible (City of Toronto 2021). Ces données agrégées au niveau de la communauté ont montré que les quartiers de Toronto ayant le plus grand nombre de cas de Covid-19, avaient la plus grande population de minorités visibles et avaient un pourcentage plus élevé de minorités visibles (Formuli & Rahman 2020). De telles données peuvent être utilisées pour concevoir et mettre en œuvre des interventions de santé publique équitables, en allouant la majorité des ressources aux communautés qui en ont le plus besoin (Ahmed *et al.* 2021).

Au Québec, le budget de la santé publique a été réduit de 33% en 2015. En 2019, le Québec n'a consacré que 2,2% de toutes les dépenses de santé à la santé publique, soit le montant le plus faible de toutes les provinces et territoires du Canada (Strumpf 2020). Le manque de ressources,

notamment en période de crise, ne permet pas aux autorités de santé publique de disposer d'un soutien suffisant pour faire face efficacement à un défi sanitaire majeur tel qu'une pandémie (Maani & Galea 2020). Un budget suffisant doit être alloué aux autorités de santé publique pour assurer l'impact de leurs actions et renforcer les quatre fonctions essentielles de la santé publique, c'est-à-dire la surveillance épidémiologique, la prévention des maladies, la promotion et la protection de la santé (Denis *et al.* 2020).

Le manque de ressources à Montréal a également eu des répercussions sur la collaboration des partenaires lors de la mise en œuvre des mesures du Covid-19. Comme nos résultats le suggèrent, les collaborations intersectorielles n'ont été établies qu'après la mise en œuvre de l'intervention de dépistage des contacts; les partenaires en dehors du secteur de la santé n'ont pas été impliqués dans la formulation de l'intervention de suivi des contacts. Il est important de noter que les partenaires, comme les organismes communautaires, peuvent avoir un impact important en aidant les personnes marginalisées à suivre les directives d'auto-isolément (Gautier *et al.* 2021). Par exemple, à Montréal, les organismes communautaires ont joué un rôle important dans le soutien aux migrant·e·s marginalisé·e·s, en fournissant des informations sur la Covid-19 et en donnant accès à des banques alimentaires et à un soutien psychosocial (Gautier *et al.* 2021). Il est crucial d'envisager l'inclusion et la participation des populations marginalisées dans la réponse de santé publique, par le biais de partenariats avec la société civile, car elles peuvent sensibiliser aux ISS et favoriser l'engagement de la communauté dans la réponse de santé publique (Rajan *et al.* 2020).

## Conclusion

Cette étude montre qu'en dépit de la pandémie de Covid-19 qui a exacerbé les ISS, ces dernières n'ont pas été initialement prises en compte dans la formulation de l'intervention de suivi des contacts à Montréal. Des adaptations ont été apportées progressivement après la mise en œuvre de l'intervention afin d'accroître son acceptabilité et son accessibilité pour les groupes dont la vulnérabilité avait augmenté du fait de la pandémie. Les acteur-ric-e-s qui conçoivent les interventions de suivi des contacts, ainsi que d'autres interventions de prévention et de contrôle, doivent activement prendre en compte les ISS dès le début de la formulation de ces interventions. Sur la base de nos résultats, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec prenne des mesures pour développer une vision claire et commune des ISS au sein du système de santé (par exemple, en offrant une formation sur les ISS à tou-te-s les professionnel-le-s de la santé publique). Nous recommandons également que des données sur les caractéristiques sociodémographiques (y compris la race, l'origine ethnique, le lieu de naissance et le statut d'immigration) soient recueillies par les acteur-ric-e-s de santé publique lors de l'évaluation des interventions, car cela permettrait d'évaluer la capacité de celles-ci à lutter contre les ISS. Enfin, nous recommandons que le secteur de la santé publique développe et entretienne des partenariats authentiques (en développant un lien de confiance et en maintenant des lignes de communication en tout temps) avec des acteur-ric-e-s extérieur-e-s au secteur de la santé, tels que les organismes communautaires, qui jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'inclusion des populations marginalisées dans la réponse de santé publique.

## Références

- Ahmed, Ranie, Omer Jamal, Waleed Ishak, Kiran Nabi, et Nida Mustafa. 2021. "Racial Equity in the Fight against COVID-19: A Qualitative Study Examining the Importance of Collecting Race-Based Data in the Canadian Context." *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines* 7(1): 15. <https://doi.org/10.1186/s40794-021-00138-2>.
- Cambon, Linda, Henri Bergeron, Patrick Castel, Valéry Ridde, et François Alla. 2021. "When the Worldwide Response to the COVID-19 Pandemic Is Done without Health Promotion." *Global Health Promotion* 28(2): 3-6. <https://doi.org/10.1177/17579759211015129>.
- City of Toronto. 2021. "COVID-19: Neighbourhood Maps." City of Toronto. Toronto, Ontario, Canada. June 1, 2021. <https://www.toronto.ca/>.
- Denis, Jean-Louis, Louise Potvin, Jean Rochon, Pierre Fournier, et Lise Gauvin. 2020. "On Redesigning Public Health in Québec: Lessons Learned from the Pandemic." *Canadian Journal of Public Health* 111(6): 912-20. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00419-x>.
- Formuli, Fatima, et Nisa Rahman. 2020. "Race and Income Disparities Explain Why COVID-19 Rates Are Highest among Three Toronto Neighbourhoods." Preprint, November, 1-15.
- Francis-Oliviero, Florence, Linda Cambon, Jérôme Wittwer, Michael Marmot, et François Alla. 2020. "Theoretical and Practical Challenges of Proportionate Universalism: A Review." *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health* 44: e110. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>.
- Frohlich, Katherine L., et Louise Potvin. 2008. "Transcending the Known in Public Health Practice." *American Journal of Public Health* 98(2): 216-21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>.

- Gautier, Lara, Juan-Diego Poveda, Stéphanie Nguengang Wakap, Magali Bouchon, et Amélie Quesnel-Vallée. 2021. "Adapting Care Provision and Advocating for Unprotected Unaccompanied Minors in Paris in the Context of COVID-19." *Global Health Promotion* 28(1): 75-78. <https://doi.org/10.1177/1757975920984193>.
- Guichard, Anne, Émilie Tardieu, Kareen Nour, Ginette Lafontaine, et Valéry Ridde. 2019. "Adapting a Health Equity Tool to Meet Professional Needs (Québec, Canada)." *Health Promotion International* 34(6): e71-83. <https://doi.org/10.1093/heapro/day047>.
- Howlett, Michael. 2019. *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. Routledge.
- Maani, Nason, et Sandro Galea. 2020. "COVID-19 and Underinvestment in the Public Health Infrastructure of the United States." *The Milbank Quarterly* 98(2): 250-59. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12463>.
- Pineault, Raynald, et Carole Daveluy. 1995. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Éditions JFD.
- Potvin, Louise, Valéry Ridde, et Pascale Mantoura. 2008. "Évaluer l'équité en promotion de la santé." In *Les inégalités sociales de santé au Québec*, 355-78. Paramètres. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rajan, Dheepa, Kira Koch, Katja Rohrer, Csongor Bajnoczki, Anna Socha, Maike Voss, Marjolaine Nicod, Valery Ridde, et Justin Koonin. 2020. "Governance of the Covid-19 Response: A Call for More Inclusive and Transparent Decision-Making." *BMJ Global Health* 5(5): e002655. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>.
- Rose, Geoffrey. 2001. "Sick Individuals and Sick Populations." *International Journal of Epidemiology* 30(3): 427-32. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>.

Strumpf, Erin. 2020. "Aspects financiers et réinvestissements en santé publique." *La santé au cœur de la relance économique*. CIRANO. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2020PR-01.pdf>.

Whitehead, Margaret, et Göran Dahlgren. 2006. "Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1." World Health Organization Europe.



# 16. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la formulation du dépistage à grande échelle pour la Covid-19 à Montréal

MARIE-CATHERINE GAGNON-DUFRESNE, LARA GAUTIER, CAMILLE BEAUJOIN, ASHLEY SAVARD LAMOTHE, RACHEL MIKANAGU, PATRICK CLOOS, VALÉRY RIDDE, KATE ZINSZER

## Résumé

Certaines populations marginalisées ont été touchées de manière disproportionnée par la Covid-19. L'objectif de notre étude était d'évaluer comment les inégalités sociales de santé ont été prises en compte dans la formulation de l'intervention de dépistage pour la Covid-19 à Montréal (Québec, Canada). Nous avons mené des entrevues avec 19 personnes impliquées dans la formulation du dépistage ou œuvrant auprès de populations vulnérables pendant la pandémie. Les données issues des entrevues suggèrent que le dépistage pour la Covid-19 à Montréal n'a initialement pas tenu compte des inégalités sociales de santé. Considérant le sentiment d'urgence engendré par la pandémie, les participant·e·s ont discuté des défis associés à l'adoption d'une approche intersectorielle et d'une vision commune des inégalités sociales de santé. Des adaptations ont toutefois graduellement été mises en œuvre pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la disponibilité des services de dépistage. Ces résultats mettent en exergue le fait que les interventions

de santé publique doivent cibler les barrières structurelles nuisant à l'accès aux soins de santé en contexte de crise sanitaire. Cela sera nécessaire pour s'assurer que la préparation et la réponse aux pandémies, incluant la formulation d'interventions comme le dépistage, n'exacerbent pas davantage les inégalités sociales de santé.<sup>1</sup>

**Mots-clés** : Covid-19, SRAS-CoV-2, Canada, évaluation, dépistage, inégalités sociales de santé, équité

## Introduction

Certaines populations marginalisées ont été touchées de manière disproportionnée par la Covid-19 (Upshaw *et al.* 2021). La pandémie a parfois amplifié les inégalités préexistantes, façonnées par des iniquités structurelles de longue date qui influencent les conditions socioéconomiques dans lesquelles les gens vivent. Les systèmes de santé publique ont la responsabilité de protéger la santé de la population, notamment par la préparation aux urgences sanitaires, qui est primordiale pour éviter que les inégalités ne soient exacerbées. La capacité à contrôler la transmission est au cœur de la lutte contre les maladies infectieuses comme la Covid-19. Le dépistage à grande échelle est ici essentiel, permettant la détection des cas et la planification des actions de contrôle subséquentes, incluant le traitement, l'isolement et le suivi des contacts (Ost *et al.* 2021).

Offrir un accès inclusif et équitable au dépistage pour tous les groupes de la population est central aux efforts de la santé publique (Berger *et al.* 2020; Ost *et al.* 2021). Alors que plusieurs études rendent compte des impacts de la Covid-19 sur les inégalités sociales de santé (ISS), notre

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article de Gagnon-Dufresne *et al.* 2022. « Considering social inequalities in health in large-scale testing for COVID-19 in Montréal: a qualitative case study ». *BMC Public Health* 22(1): 749.

étude de cas réalisée à Montréal examine comment les ISS ont été considérées dans la formulation du dépistage à grande échelle pour la Covid-19 (Ridde *et al.* 2021).

## Le contexte québécois

Le système de santé du Canada est majoritairement financé par l'État, le gouvernement fédéral apportant un soutien financier aux provinces et territoires, qui sont responsables de l'organisation et de l'offre des services de santé à leur population. Dans la province du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable des soins de santé, incluant la santé publique. Des centres intégrés (universitaires) de santé et services sociaux (CISSS/CIUSSS) et les départements de santé publique territorialement définis sont imputables envers le MSSS. Montréal compte un département de santé publique et cinq CISSS/CIUSSS qui coordonnent les services de santé sur leur territoire.

Au Québec, l'urgence sanitaire a été déclarée le 13 mars 2020, rapidement suivie par la mise en place de centres de dépistage du SRAS-CoV-2. Dès mai 2020, le dépistage est ouvert aux résident·e·s de Montréal avec des symptômes ou ayant été en contact avec un cas confirmé de Covid-19. Pendant la première vague de Covid-19 (25 février au 11 juillet 2020), les départements de santé publique sont responsables d'identifier les priorités en matière de dépistage, alors que les centres de santé s'occupent de développer et d'implanter les services. Pendant les deuxième (23 août 2020 au 30 mars 2021) et troisième (21 mars au 17 juillet 2021) vagues, ainsi que pour les vagues subséquentes, ce sont les centres de santé qui sont responsables du dépistage, soutenus par les départements de santé publique (Institut national de santé publique du

Québec 2021). Les services liés au dépistage varient entre les centres de santé, qui incluent des cliniques permanentes ou mobiles de dépistage, avec ou sans rendez-vous.

## Méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive (Merriam et Tisdell 2015). Nous nous sommes intéressé-e-s à la considération des ISS dans la formulation du dépistage pour la Covid-19 à Montréal à travers l'espace (différents centres de santé responsables du dépistage) et le temps (de la première vague de Covid-19 en mars 2020 à la troisième vague au printemps 2021).

Nous avons recruté 19 personnes (17 femmes et 2 hommes) directement ou indirectement impliquées dans la formulation du dépistage, ainsi que d'autres ayant travaillé avec des populations vulnérables pendant la pandémie. Les entrevues ont été menées entre septembre 2020 et avril 2021. Elles étaient centrées sur la formulation initiale du dépistage au cours de la première vague, et ont discuté des adaptations au cours des première, deuxième et troisième vagues.

Nous avons créé le guide d'entrevues et analysé les données en utilisant une approche de *bricolage théorique*, combinant des théories, outils et/ou cadres conceptuels existants pour créer un cadre « sur-mesure » (Jones, Gautier et Ridde 2021). Nous nous sommes appuyé-e-s sur trois approches (Howlett 2019; Pineault et Daveluy 1995; Guichard *et al.* 2019) pour développer les quatre catégories de notre bricolage théorique.

La première catégorie représente les façons dont les personnes et leurs organisations comprennent les ISS. La seconde décrit l'approche privilégiée par les parties prenantes pour faire face aux ISS. La troisième catégorie examine la collaboration intersectorielle et l'implication des différents secteurs et/ou milieux dans le dépistage. La quatrième

catégorie réfère à la capacité d'adaptation du dépistage. Les adaptations incluent l'amélioration de l'accessibilité, de l'acceptabilité et la disponibilité des services de dépistage afin de répondre aux besoins de certains groupes de la population.

Nous avons analysé nos données par analyse thématique inductive-déductive (Braun et Clarke 2006). Suivant une approche de codification inductive, des codes ont été développés à partir des données pour refléter les mots et les idées exprimées par les participant-e-s. Suivant une approche de codification déductive, ces codes ont été classés dans les quatre catégories du bricolage théorique décrites précédemment (Saldaña 2013).

## Résultats

### Compréhension des ISS : Visions différentes façonnées par les rôles occupés pendant la pandémie

Les participant-e-s ont différentes compréhensions des ISS. La plupart mentionnent que les ISS sont partie intégrante du mandat et de la vision de leur organisation, avant et pendant la pandémie. Les perceptions à l'égard des ISS semblent notamment liées aux rôles qu'ont joués leurs organisations dans la gestion de la pandémie. Un-e participant-e met l'accent sur ces visions divergentes des ISS au sein du réseau de la santé québécois :

*Vous demandiez tout à l'heure s'il y avait comme un accord sur la philosophie ou la perception des inégalités sociales en santé. C'est sûr qu'avec nos collègues au niveau de Montréal, c'est une chose, au*

*niveau du ministère de la Santé de façon plus générale ou même de la Santé publique à d'autres niveaux, ça peut être quand même différent bien sûr, mais bon. (Participant-e 16, réseau de la santé)*

La majorité des participant-e-s ont un certain niveau de connaissances par rapport aux ISS. Toutefois, leurs témoignages suggèrent qu'il n'y avait pas de vision claire et unifiée des ISS entre les personnes et organisations impliquées dans la formulation du dépistage à Montréal, soit entre le réseau de la santé et le milieu communautaire, ou encore au sein du réseau de la santé. Par exemple, alors que certain-e-s voient les ISS comme étant étroitement liées au principe d'égalité (offrir les mêmes services à tou-te-s), d'autres les comprennent à travers une lentille d'équité (offrir davantage de services aux personnes dans le plus grand besoin). Cette perception hétérogène des ISS et l'absence de données sur les groupes les plus affectés par la Covid-19 à Montréal semblent avoir nui à la considération des ISS dans la formulation du dépistage.

## Stratégie pour faire face aux ISS : Répondre aux besoins de l'ensemble de la population ou des groupes vulnérables

### *État d'urgence et absence de planification du dépistage*

Plusieurs participant-e-s mentionnent que l'état d'urgence engendré par la pandémie était sans précédent. Cela a nui à l'adoption d'une approche de formulation du dépistage basée sur les données probantes, et à la considération des ISS. Par exemple, un-e participant-e ayant contribué à la mise sur pied de cliniques de dépistage mentionne que son centre de santé n'avait pas de protocole bien défini pour faire face à ce genre de situation. Un-e autre participant-e dirigeant une clinique de dépistage souligne que la priorité pendant la première vague de Covid-19 était de

développer les services de dépistage le plus rapidement possible pour l'ensemble de la population. En raison du manque de ressources ou d'outils en place, il était initialement difficile de considérer les ISS. Il/elle mentionne que ce manque de formulation du dépistage n'était pas nécessairement mauvais :

*Sincèrement, si on se replonge dans le contexte [du début de la pandémie], je me demande à quel point on aurait été capables de réfléchir aux inégalités sociales, parallèlement admettons au fait de monter cette clinique-là puis... Je sais pas. J'ai l'impression que c'est, en soi, c'est peut-être pas une mauvaise chose que de travailler à répondre positivement aux demandes [émergeant du terrain].*  
(Participant·e 02, réseau de la santé)

Les participant·e·s mettent ainsi en exergue l'absence de lignes directrices préexistantes pour guider la formulation et la mise en œuvre des services de dépistage, faisant en sorte que les efforts de lutte contre la Covid-19 n'étaient pas toujours ancrés dans les leçons apprises d'autres crises sanitaires. L'état d'urgence engendré par la pandémie a donc nui à la prise de décisions basée sur les données probantes.

### *Primauté d'une stratégie populationnelle pour le réseau de la santé*

Conformément aux visions des ISS présentées précédemment, les participant·e·s affilié·e·s au réseau de la santé mentionnent que le dépistage a été d'abord conçu comme une intervention universelle, planifiée pour rejoindre l'entièreté de la population. D'ailleurs, certain·e·s participant·e·s impliqué·e·s dans le déploiement du dépistage expliquent que l'adoption d'une stratégie ciblant l'ensemble de la population d'abord pour ensuite s'intéresser aux ISS représente la suite logique des choses.

Plusieurs participant·e·s perçoivent donc que le dépistage a initialement été planifié et mis en œuvre pour rejoindre l'ensemble de la population, dans l'espoir d'améliorer l'accès aux services pour tou·te·s. Cela suggère que les décideur·euse·s ont priorisé l'adoption d'une stratégie en plusieurs phases, dans laquelle les interventions répondant aux ISS ont seulement été mises en œuvre après l'implémentation du dépistage à l'échelle populationnelle.

## Collaboration intersectorielle : Formulation hétérogène et dépendance envers le réseau de la santé

### *Changement de leadership dans la prise de décisions*

Plusieurs des participant·e·s reconnaissent que le ministère et le réseau de la santé étaient responsables de la formulation, de la planification et de la mise en œuvre du dépistage pour la Covid-19. Certain·e·s participant·e·s mentionnent qu'entre la première vague et les vagues subséquentes, un changement s'opère dans le leadership pour la prise de décisions et la coordination du dépistage, du niveau régional (le ministère de la Santé et les départements régionaux de santé publique) vers le niveau local (les centres de santé) pour mieux desservir les populations sur leur territoire :

*On a eu des partenariats pour le dépistage, en fait. À moment donné, on avait toute l'Île de Montréal, puis les CIUSSS ont pris la relève. Donc, on a eu des partenariats avec d'autres CIUSSS parce que justement, au niveau d'inégalités sociales pour les services de santé, dans le fond qu'on fasse déplacer la population, ce n'est pas normal. On devrait offrir le service dans l'endroit où ils sont, donc le ministère a décidé – il me semble que c'était dans l'été [2020], que là, les CIUSSS prennent la relève. (Participant·e 05, réseau de la santé)*



Plusieurs personnes identifient effectivement les centres de santé comme les « acteurs principaux » pour le dépistage, mettant l'accent sur le fait que « la planification est très différente en fonction du CIUSSS » (Participant-e 13, santé publique). Considérant le rôle clé qu'ont joué les centres de santé dans le dépistage, certain-e-s participant-e-s œuvrant dans le milieu communautaire mentionnent que même si les organismes communautaires ont pris part à des groupes de travail, ces derniers n'avaient pas vraiment d'autonomie ou de pouvoir dans la prise de décisions.

La responsabilité pour la prise de décisions liées à la pandémie de Covid-19 à Montréal a donc changé du niveau régional à un niveau plus local au fil de temps, avec une implication variable d'autres acteur-ric-e-s.

### *Tentatives de formalisation d'une approche intersectorielle pour le dépistage*

Alors que le niveau de collaboration avec les partenaires varie entre chaque centre de santé, plusieurs participant-e-s du réseau de la santé sont d'avis que la pandémie a permis d'améliorer la collaboration entre différent-e-s acteur-ric-e-s et milieux. La collaboration entre les milieux a été formalisée par la création d'unités de crise et de groupes de travail impliquant les hôpitaux, les départements de santé publique, les décideur-euse-s au niveau de la ville et des quartiers, ainsi que des organismes communautaires.

Cette collaboration gravitait autour des centres de santé, qui consultaient et partageaient l'information pour soutenir les autres organisations travaillant auprès de la population. Certain-e-s acteur-ric-e-s du milieu communautaire ont l'impression que leur implication dans la formulation du dépistage était minime, alors qu'ils et elles ne recevaient pas suffisamment de soutien du gouvernement pour adéquatement intervenir auprès des communautés.

Ainsi, le réseau de la santé joue un rôle dans la formulation du dépistage, collaborant avec certain-e-s partenaires en leur partageant les lignes directrices gouvernementales et en leur offrant un certain soutien. Toutefois, les témoignages des participant-e-s suggèrent que les ressources étaient insuffisantes pour agir sur les ISS.

## Capacité d'adaptation : Efforts graduels communs pour rejoindre les groupes vulnérables

### *Accessibilité du dépistage*

Plusieurs adaptations ont été mises en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage pour certains groupes de la population, ciblant notamment des barrières d'accès à l'information et d'accès physique et géographique aux services. L'accès à l'information est la principale barrière identifiée par les participant-e-s. L'adaptation la plus discutée est d'ailleurs la traduction de l'information sur le dépistage en plusieurs langues. Certain-e-s participant-e-s mentionnent aussi que l'information sur le dépistage a été simplifiée afin de convenir à tous les niveaux de littératie. Ces adaptations sont souvent faites en collaboration avec des organismes communautaires.

D'autres adaptations discutées par les participant-e-s incluent le développement du dépistage ambulatoire pour améliorer l'accès au dépistage pour les personnes à mobilité réduite, à faible revenu ou âgées :

*[Certains centres de santé] nous demandaient en fait d'aller faire du dépistage à domicile pour des gens, souvent à mobilité réduite, qui était incapables de se déplacer dans les centres de dépistage. [...]  
Cette offre de services a pris de l'ampleur [...], c'est pour répondre justement à notre soutien à domicile : les patients en [résidences*

publiques et privées pour les personnes âgées], en [centres de réadaptation en déficience intellectuelle], en [centres] jeunesse. (Participant-e 02, réseau de la santé)

Plusieurs adaptations ont donc été mises en œuvre après la formulation initiale du dépistage pour améliorer son accessibilité informationnelle, linguistique, physique et géographique.

### *Acceptabilité du dépistage*

Des efforts ont été faits en collaboration avec des partenaires à l'extérieur du réseau de la santé pour améliorer l'acceptabilité du dépistage auprès de certaines populations. L'un des principaux obstacles évoqués était la difficulté pour certaines personnes de se conformer aux recommandations d'isolement. Plusieurs dénotent que la position vulnérable de ces personnes pouvait influencer leur décision d'utiliser les services de dépistage si elles recevaient un résultat de Covid-19 positif :

*Il y a des équipes en fait de santé au travail, donc qui sont présentes aussi parfois sur le lieu de certaines éclosions [...] pour informer les personnes [...] de leurs droits pendant les 14 jours [d'isolement]. [...] Il y a aussi des discussions qui se font avec la Croix-Rouge pour procurer ce qu'ils appellent comme un « care package » pendant l'isolement. [...] [et avec des] fondations pour voir – parce que c'est pas tout le monde qui est admissible aux deux semaines de prestations du [gouvernement] fédéral – donc pour voir comment est-ce qu'on pourrait [...] trouver des fonds quelque part pour payer ces personnes pour qu'elles puissent s'isoler. [...] Ça, c'est vraiment un mandat de la santé publique aussi puis il y a pas mal d'action qui sont faites dans ce sens. (Participant-e 03, santé publique)*

Un-e participant-e mentionne également que des mesures supplémentaires ont été prises pour encourager les personnes sans domicile fixe à se faire dépister et à suivre les directives gouvernementales. Certains organismes communautaires ont aussi défendu le droit des personnes migrantes sans assurance médicale d'avoir accès au dépistage pour la Covid-19.

Des adaptations ont ainsi été mises en œuvre pour améliorer l'acceptabilité sociale du dépistage. Plusieurs de ces changements ont été implémentés à la suite des pressions exercées par le milieu communautaire, qui a milité pour que les barrières au dépistage soient diminuées pour les groupes vulnérables de la population.

### *Disponibilité des services de dépistage*

Certaines adaptations du dépistage visaient aussi à améliorer la disponibilité (physique et temporelle) des services afin de rejoindre les populations dans leur milieu et d'élargir l'offre de services qui leur était destinée. Ces adaptations se sont matérialisées de trois façons. Premièrement, certain-e-s participant-e-s décrivent la création de cliniques mobiles en collaboration avec les organismes communautaires. Deuxièmement, la transition du dépistage sur rendez-vous au sans rendez-vous est identifiée par plusieurs participant-e-s comme étant une adaptation ayant augmenté la disponibilité des services. Troisièmement, les horaires des cliniques de dépistage ont été modifiés pour offrir des heures d'ouverture plus longues.

Ces diverses adaptations ont permis d'améliorer la disponibilité des services de dépistage à Montréal. Bien que certain-e-s participant-e-s soulignent qu'il est difficile de modifier les interventions existantes, il-elle-s reconnaissent que les services ont progressivement été adaptés pour mieux répondre aux besoins de sous-groupes spécifiques de la population. Néanmoins, la plupart des participant-e-s mentionnent que

ces changements auraient dû être faits plus tôt et qu'il reste du travail à faire pour s'assurer que les groupes vulnérables et à risque aient accès au dépistage.

## Discussion

Cette étude qualitative a examiné la prise en compte des ISS dans la formulation du dépistage pour la Covid-19 à Montréal (Québec, Canada). Les résultats suggèrent un manque de vision commune des ISS entre les personnes impliquées dans le dépistage à Montréal. L'ampleur sans précédent de la pandémie, combinée à l'absence de lignes directrices préexistantes entourant la préparation aux urgences sanitaires, a mené à la priorisation d'une approche d'intervention populationnelle. De plus, le fait que la réponse à la Covid-19 ait été centrée sur le ministère et le réseau de la santé a représenté un grand défi pour la mise en place d'une collaboration intersectorielle. Plusieurs adaptations ont tout de même été faites pour accroître l'accessibilité, l'acceptabilité et la disponibilité du dépistage. Le milieu communautaire a joué un rôle clé dans ces adaptations. Cette étude est importante car, à notre connaissance, elle est l'une des premières à examiner la prise en compte des ISS dans les efforts de dépistage. Nos résultats pourront être utilisés pour améliorer la formulation du dépistage lors de pandémies futures.

Nos résultats démontrent l'absence d'une vision unifiée des ISS entre les parties prenantes impliquées dans le dépistage à Montréal. Des études menées ailleurs soulignent que la façon dont différentes personnes comprennent et représentent les ISS, leurs causes et leurs conséquences influencent la manière dont les interventions sanitaires sont conçues (Ridde et Guichard 2008). Dans notre étude, il semble contradictoire que plusieurs personnes reconnaissent la nécessité de rejoindre les groupes vulnérables pour ne pas exacerber les inégalités, mais que la stratégie générale adoptée pour le dépistage cible l'ensemble de la population.

Cette stratégie, qui vise à offrir les mêmes services à tou-te-s, est toutefois centrée sur une vision d'égalité plutôt que d'équité (Potvin, Ridde et Mantoura 2018). L'adoption d'une vision commune des ISS pour l'élaboration de mesures de santé publique telles le dépistage aurait pu jouer un rôle clé dans l'identification des stratégies les plus appropriées pour atteindre certains groupes de la population (Tam 2020).

L'état d'urgence engendré par la Covid-19 a fait en sorte que le dépistage soit formulé rapidement, sans utiliser les leçons tirées de la gestion d'éclousions de maladies infectieuses précédentes. Des études menées ailleurs suggèrent que les gouvernements à travers le monde ont eu de la difficulté à adopter un processus décisionnel basé sur les données probantes pendant la Covid-19, notamment en ce qui concerne la formulation du dépistage et la considération des ISS (Solinas-Saunders 2020). Cette constatation résonne avec les conclusions de récentes revues de littérature, telle que celle du présent livre par Mathevet et collègues et celle d'Ost et collègues (2021), soulignant que les ISS sont rarement prises en compte dans la conception et l'évaluation d'interventions de santé publique.

Les données démontrent que des approches d'intervention populationnelle peuvent accroître les ISS (Frohlich et Potvin 2008). Effectivement, les bénéfices associés à ces approches ne sont pas répartis de manière équitable au sein de la population comme elles ne s'attaquent souvent pas aux conditions sociales qui désavantagent certains groupes (Frohlich et Potvin 2008). Au contraire, des approches d'intervention centrées sur l'universalisme proportionné – où les services sont offerts à l'ensemble de la population, mais où l'intensité de l'effort est adaptée au niveau de désavantage social de divers groupes de la population – sont plus prometteuses, s'attaquant aux conditions qui empêchent certains groupes d'utiliser les ressources de santé publique pour améliorer leur santé (Marmot et Bell 2012). Une approche populationnelle a néanmoins été la stratégie initiale adoptée à Montréal, malgré le fait que le Plan canadien de préparation en cas de grippe pandémique indique que les

décideur·euse·s doivent identifier les populations, environnements et besoins spécifiques pour développer les services de prévention ou de traitement (Public Health Agency of Canada 2018).

Au Québec, la formulation du dépistage relevait principalement du ministère et réseau de la santé. Conséquemment, les participant·e·s du milieu communautaire à Montréal percevaient leur implication comme limitée, ne disposant pas des ressources suffisantes pour s'attaquer aux ISS bien qu'il·elle·s aient travaillé auprès des populations vulnérables tout au long de la pandémie. D'autres études suggèrent qu'une gouvernance intégrée et inclusive de la santé est cruciale pour lutter contre la Covid-19 (Rajan *et al.* 2020). Celles-ci mettent l'accent sur l'importance d'approches multiniveaux et multisectorielles, combinées à la participation de la population et à la collaboration avec les organismes communautaires, pour offrir des protections sociales et accroître l'équité (Rajan *et al.* 2020). Bien que la création de partenariats mutuellement bénéfiques avec le milieu communautaire et la population soit présentée comme faisant partie intégrante de la santé publique au Québec, les interventions impliquent rarement les acteur·rice·s communautaires et ne sont pas toujours adaptées au contexte local en pratique. Cela aurait été crucial dans le contexte de la Covid-19, comme la collaboration est essentielle pour rejoindre les populations vulnérables lors de crises sanitaires (Gautier 2021).

Le dépistage a été adapté de façon itérative afin d'accroître son accessibilité, acceptabilité et disponibilité. Des études récentes sur la Covid-19 suggèrent que la méfiance envers les services de santé, l'impossibilité de respecter la distanciation physique, les conditions de travail précaires et l'accès limité à l'information pourraient en partie expliquer l'utilisation inégale des services comme le dépistage entre différents groupes de la population (Dodds et Fakoya 2020; Valeriani *et al.* 2020). Parmi les adaptations mises en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage à Montréal, on retrouve la traduction et la simplification de l'information, le dépistage à domicile, la création de cliniques mobiles, le soutien à l'isolement et l'élargissement des heures d'ouverture. D'autres

études traitent d'adaptations apportées au dépistage dans divers contextes. Des cliniques mobiles ont été déployées en collaboration avec des organismes communautaires dans des quartiers défavorisés aux États-Unis (Kim *et al.* 2020), et ont été combinées à des visites à domicile en Italie (Nacoti *et al.* 2021). Des mesures pour soutenir les personnes en isolement (ressources financières, alimentaires ou autres) ont été mises sur pied par les gouvernements à Singapour, au Japon, en Chine, en Corée du Sud, aux États-Unis et au Royaume-Uni (Chung *et al.* 2021). La traduction des informations relatives à la Covid-19 a été faite pour les populations migrantes dans plusieurs pays, notamment au Qatar (Ahmad et Hillman 2021).

L'adaptation des interventions de santé publique pendant qu'elles sont mises en œuvre peut améliorer leur efficacité, démontrant qu'elles sont assez flexibles pour répondre aux besoins émergents du terrain (Pérez *et al.* 2020). Les efforts de sensibilisation ciblés auprès des communautés, l'implication des leaders et organismes communautaires, ainsi que l'adaptation culturelle des services ont été identifiés comme des stratégies prometteuses pour accroître l'accessibilité, l'acceptabilité et la disponibilité du dépistage (Jacobson *et al.* 2020; Valeriani *et al.* 2020). L'adaptation des interventions aux différents contextes en partenariat avec les acteur·rice·s communautaires – comme cela a été graduellement fait pour la Covid-19 à Montréal – représente une étape importante dans l'atténuation des effets négatifs des interventions de santé publique sur les ISS (Craig *et al.* 2018).

## Conclusion

De la Charte d'Ottawa à la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, des appels répétés ont été faits pour que la santé publique améliore la justice sociale (Ridde, Guichard, et Houeto 2007). Malgré cela, notre étude suggère que les ISS n'ont initialement pas été priorisées dans



la formulation du dépistage pour la Covid-19 à Montréal. La pandémie de Covid-19 démontre que nous devons continuer à faire un plaidoyer pour que les ISS soient au cœur des initiatives de santé publique. La préparation et la réponse aux pandémies doivent inclure un engagement à « ne laisser personne derrière ». Cela ne se fera pas sans volonté politique et une augmentation des ressources investies pour la santé publique et la réduction des inégalités, au Québec comme ailleurs.

## Références

- Ahmad, Rizwan, et Sara Hillman. 2021. 'Laboring to Communicate: Use of Migrant Languages in COVID-19 Awareness Campaign in Qatar'. *Multilingua* 40(3): 303–37. <https://doi.org/10.1515/multi-2020-0119>.
- Berger, Zackary D, Nicholas G Evans, Alexandra L Phelan, et Ross D Silverman. 2020. 'Covid-19: Control Measures Must Be Equitable and Inclusive'. *BMJ*, March, m1141. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1141>.
- Braun, Virginia, et Victoria Clarke. 2006. 'Using Thematic Analysis in Psychology'. *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Chung, Sheng-Chia, Sushila Marlow, Nicholas Tobias, Alessio Alogna, Ivano Alogna, San-Lin You, Kamlesh Khunti, Martin McKee, Susan Michie, et Deenan Pillay. 2021. 'Lessons from Countries Implementing Find, Test, Trace, Isolation and Support Policies in the Rapid Response of the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review'. *BMJ Open* 11(7): e047832. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047832>.
- Craig, Peter, Erica Di Ruggiero, Katherine Frohlich, Eric Mykhalovskiy, et Martin White. 2018. 'Taking Account of Context in Population Health Intervention Research: Guidance for Producers, Users and Funders of Research'. <https://doi.org/10.3310/CIHR-NIHR-01>.

- Dodds, Catherine, et Ibidun Fakoya. 2020. 'Covid-19: Ensuring Equality of Access to Testing for Ethnic Minorities'. *BMJ*, May, m2122. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2122>.
- Frohlich, Katherine L., et Louise Potvin. 2008. 'Transcending the Known in Public Health Practice – The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations'. *American Journal of Public Health* 98(2): 216–21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>.
- Gautier, Lara. 2021. 'A Year on – How Community-Based Workers Have Strived to Provide Continuous Support to Vulnerable Migrant Populations, in Montreal and around the Globe'. IHP: International Health Policies. 2021. <https://www.internationalhealthpolicies.org/featured-article/a-year-on-how-community-based-workers-have-strived-to-provide-continuous-support-to-vulnerable-migrant-populations-in-montreal-and-around-the-globe/>.
- Guichard, Anne, Émilie Tardieu, Kareen Nour, Ginette Lafontaine, et Valéry Ridde. 2019. 'Adapting a Health Equity Tool to Meet Professional Needs (Québec, Canada)'. *Health Promotion International* 34(6): e71–83. <https://doi.org/10.1093/heapro/day047>.
- Howlett, Michael. 2019. *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. 2nd ed. London (UK): Routledge.
- Institut national de santé publique du Québec. 2021. 'Ligne du temps COVID-19 au Québec'. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 19 July 2021. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>.
- Jacobson, Tyler A., Lauren E. Smith, Lisa R. Hirschhorn, et Mark D. Huffman. 2020. 'Using Implementation Science to Mitigate Worsening Health Inequities in the United States during the COVID-19 Pandemic'. *International Journal for Equity in Health* 19(1): 170. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01293-2>.

- Jones, Catherine M., Lara Gautier, et Valéry Ridde. 2021. 'A Scoping Review of Theories and Conceptual Frameworks Used to Analyse Health Financing Policy Processes in Sub-Saharan Africa'. *Health Policy and Planning* 36(7): 1197–1214.
- Kim, H. Nina, Kristine F. Lan, Esi Nkyekyer, Santiago Neme, Martine Pierre-Louis, Lisa Chew, et Herbert C. Duber. 2020. 'Assessment of Disparities in COVID-19 Testing and Infection Across Language Groups in Seattle, Washington'. *JAMA Network Open* 3(9): e2021213. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.21213>.
- Marmot, M., et R. Bell. 2012. 'Fair Society, Healthy Lives'. *Public Health, Public Health International Conference 2011: Health and Wellbeing – The 21st Century Agenda* 8–9 September 2011, London, UK, 126 (September): S4–10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>.
- Merriam, Sharan B., et Elizabeth J. Tisdell. 2015. *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass: A Wiley Brand.
- Nacoti, Mirco, Andrea Ciocca, Pietro Brambillasca, Francesco Fazzi, Michele Pisano, Massimo Giupponi, Antonio Pesenti, Oliviero Valoti, et Maurizio Cereda. 2021. 'A Community-Based Model to the COVID-19 Humanitarian Crisis'. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology* 11. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fcimb.2021.639579>.
- Ost, Katarina, Louise Duquesne, Claudia Duguay, Lola Traverson, Isadora Mathevet, Valéry Ridde, et Kate Zinszer. 2021. 'A Rapid Review of Equity Considerations in Large-Scale Testing Campaigns during Infectious Disease Epidemics'. *Preprint*, February. <https://doi.org/10.1101/2021.02.22.21252205>.
- Pérez, Myriam Cielo, Dinesh Chandra, Georges Koné, Rohit Singh, Valéry Ridde, Marie-Pierre Sylvestre, Aaditeshwar Seth, et Mira Johri. 2020. 'Implementation Fidelity and Acceptability of an Intervention to Improve Vaccination Uptake and Child Health in Rural India: A Mixed

- Methods Evaluation of a Pilot Cluster Randomized Controlled Trial'. *Implementation Science Communications* 1: 88. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00077-7>.
- Pineault, Raynald, et Carole Daveluy. 1995. *La Planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Potvin, Louise, Valéry Ridde, et Pascale Mantoura. 2018. 'Évaluer l'équité En Promotion de La Santé'. In *Les Inégalités Sociales de Santé Au Québec*, sous la direction de Paul Bernard, Andrée Demers, Katherine Frohlich, et Maria De Koninck, 355-78. Paramètres. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10025>.
- Public Health Agency of Canada. 2018. 'Canadian Pandemic Influenza Preparedness: Planning Guidance for the Health Sector'. Government of Canada. 2018. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/flu-influenza/canadian-pandemic-influenza-preparedness-planning-guidance-health-sector/table-of-contents.html>.
- Rajan, Dheepa, Kira Koch, Katja Rohrer, Csongor Bajnoczki, Anna Socha, Maike Voss, Marjolaine Nicod, Valery Ridde, et Justin Koonin. 2020. 'Governance of the Covid-19 Response: A Call for More Inclusive and Transparent Decision-Making'. *BMJ Global Health* 5(5): e002655. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. 'Learning from Public Health and Hospital Resilience to the SARS-CoV-2 Pandemic: Protocol for a Multiple Case Study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali)'. *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Ridde, Valéry, et Anne Guichard. 2008. *Réduire les inégalités sociales de santé: aporie, épistémologie et défis*. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante-9782859529840-page-57.htm>.

- Ridde, Valéry, Anne Guichard, et David Houeto. 2007. 'Les Inégalités Sociales de Santé d'Ottawa à Vancouver: Agir Pour Une « égalité Équitable Des Chances »'. *Promotion & Education* 14(2\_suppl): 44-47. <https://doi.org/10.1177/10253823070140021401x>.
- Saldaña, Johnny. 2013. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE.
- Solinas-Saunders, Monica. 2020. 'The U.S. Federal Response to COVID-19 During the First 3 Months of the Outbreak: Was an Evidence-Based Approach an Option?' *The American Review of Public Administration* 50(6-7): 713-19. <https://doi.org/10.1177/0275074020942408>.
- Tam. 2020. 'From Risk to Resilience: An Equity Approach to COVID-19'. Ottawa (Canada): Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-eng.pdf>.
- Upshaw, Tara L, Chloe Brown, Robert Smith, Melissa Perri, Carolyn Ziegler, et Andrew D Pinto. 2021. 'Social Determinants of COVID-19 Incidence and Outcomes: A Rapid Review'. *PLoS ONE* 16(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248336>.
- Valeriani, Giuseppe, Iris Sarajlic Vukovic, Tomas Lindegaard, Roberto Felizia, Richard Mollica, et Gerhard Andersson. 2020. 'Addressing Healthcare Gaps in Sweden during the COVID-19 Outbreak: On Community Outreach and Empowering Ethnic Minority Groups in a Digitalized Context'. *Healthcare* 8(4): 445. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040445>.



# 17. Les défis de la prise en compte des inégalités sociales de santé lors de la formulation de la stratégie de dépistage du SRAS-CoV-2 au Mali

PAULINE BOIVIN, LARA GAUTIER, ABDOURAHMANE COULIBALY, KATE ZINSZER, VALÉRY RIDDE

## Résumé

Le Mali, déjà fragilisé par des troubles sécuritaires et politiques, n'a pas été épargné par la pandémie de Covid-19. Bien que le pays soit peu préparé, les autorités ont rapidement mis en place des mesures de santé publique, notamment une stratégie de dépistage du SRAS-CoV-2. Cette étude visait à comprendre comment les inégalités sociales de santé (ISS) ont été prises en compte dans la formulation de cette stratégie nationale de dépistage. Une enquête qualitative a été réalisée en mars et avril 2021 à Bamako. Au total, 26 entretiens ont été menés avec des acteur·rice·s clés du gouvernement et des partenaires nationaux et internationaux. Une revue documentaire a complété cette collecte de données. Les résultats montrent que le concept d'ISS n'était pas clair pour les parties prenantes et les ISS pas considérées comme une priorité. Les autorités se sont concentrées sur une stratégie de dépistage basée sur les symptômes, accessible à tou·te·s. Au fil du temps, peu de mesures ont été prises pour s'adapter aux besoins spécifiques de certains groupes de la population malienne malgré des efforts faits pour réduire les inégalités

géographiques dans l'accès au dépistage. Cette étude (re)met ainsi en évidence la nécessité de prendre en compte les ISS dès la formulation d'une intervention de santé publique.<sup>1</sup>

**Mots-clés :** Covid-19, dépistage, formulation, équité, Mali

## Introduction

Comme tous les pays d'Afrique de l'Ouest, le Mali a été frappé par la pandémie de Covid-19 en 2020, un peu plus tard que l'Asie et l'Europe. Les deux premiers cas ont été identifiés le 24 mars 2020, deux personnes de nationalité malienne arrivées de France les 12 et 16 mars. Ensuite, cinq vagues épidémiques se sont succédées et les premières études de séroprévalences montrent que le SRAS-CoV-2 a largement circulé dans le pays (Sagara *et al.* 2021).

Le Mali est confronté à de multiples épidémies depuis plusieurs décennies, comme la maladie à virus Ébola et le VIH, ce qui a donné lieu à divers efforts de contrôle et de prévention. Ces efforts ont été utiles pour agir contre le SRAS-CoV-2 (Gholizadeh *et al.* 2021). Mais le Mali est considéré comme un pays fragile qui connaît une crise de sécurité depuis de nombreuses années, avec un système de santé peu performant (Touré et Ridde 2022). Les actions de santé publique sont largement dépendantes de l'aide internationale. L'État malien ne consacre que 5,4% de son budget au secteur de la santé et 26,5% des dépenses de santé sont financées par l'aide publique au développement (Organisation Mondiale de la Santé 2021).

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article "Exploring how social inequalities in health have influenced the design of Mali's SARS-CoV-2 testing policy: a qualitative study", *Health Policy and Planning*, Volume 38, Issue 3, April 2023, Pages 301-309, <https://doi.org/10.1093/heapol/czac097>.



A l'instar de la plupart des pays du monde, le Mali n'était pas parfaitement préparé à faire face à une pandémie de cette ampleur. Cependant, comme ailleurs en Afrique de l'Ouest, le Mali a rapidement adopté des mesures de santé publique pour lutter contre la pandémie de Covid-19. Par exemple, les écoles et les universités ont été fermées le 19 mars 2020, suivies par la fermeture des frontières le 20 mars, et un couvre-feu a été instauré à partir du 26 mars. Un plan national d'actions pour la prévention et la réponse à la maladie à Covid-19 a été lancé en mars 2020 pour un budget prévisionnel de plus de 3,3 milliards de Francs CFA (Diarra 2022).

Le dépistage des infections au SRAS-CoV-2 est l'une des interventions centrales pour contrôler la pandémie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a diffusé de nombreux guides pour aider les pays à mettre en place leurs programmes de dépistage du SRAS-CoV-2, y compris pour des contextes comme celui du Mali (IASC 2020). Cependant, les questions d'équité ne sont pas clairement abordées dans ces lignes directrices de l'OMS (IASC 2020). En effet, l'OMS et la plupart des pays du monde abordent rarement les questions d'inégalités dans leurs politiques (Paul *et al.* 2019; IASC 2020). Or, nous savons depuis longtemps que des interventions populationnelles qui ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des sous-groupes de populations auront tendance à accroître les inégalités sociales de santé (ISS) (Ridde *et al.* 2007). L'absence de prise en compte des inégalités lors de la formulation des interventions de lutte contre les maladies infectieuses semble une constante historique, comme deux synthèses le montrent pour le dépistage (Ost *et al.* 2022) et le suivi des cas contacts (Mathevet *et al.* 2021).

Peu d'études empiriques ont été menées pour chercher à comprendre cette situation et le peu de considération pour les ISS dans la lutte contre la Covid-19 en Afrique, au-delà des appels internationaux à leur prise en compte dans les interventions (Glover *et al.* 2020). Ainsi, nous avons mené une étude empirique au Mali afin de comprendre comment la question des ISS avait été prise en compte dans la formulation de l'intervention de dépistage du SRAS-CoV-2.

## Méthodes

Cette étude qualitative s'est déroulée en mars et avril 2021 à Bamako, la capitale du Mali. Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés avec 26 personnes sélectionnées par échantillonnage raisonné. Pour obtenir des descriptions détaillées de l'intervention, nous avons d'abord ciblé une diversité d'acteur·rice·s clés qui ont été impliqué·e·s dans les phases de formulation du dépistage Covid-19 (gouvernement du Mali au niveau central et local, partenaires nationaux et internationaux). Ensuite, par une stratégie de boule de neige, nous avons été dirigés vers d'autres expert·e·s impliqué·e·s dans l'intervention de dépistage.

Nous avons mené des entretiens avec 2 femmes et 24 hommes, dont la majorité relevait du ministère de la Santé et du Développement social (n = 16), notamment des comités de réponse à la pandémie (comité scientifique, coordination nationale, comité de crise). Des responsables du ministère de la Sécurité et de la Protection Civile, auquel est rattachée la plateforme intersectorielle, cadre de concertation en matière de prévention et de gestion des risques de catastrophes, ont également participé à l'étude (n = 2). En ce qui concerne les partenaires techniques et financiers du pays (n = 8), nationaux et internationaux, nous avons ciblé les organisations travaillant avec les groupes vulnérables et celles qui ont joué un rôle majeur par leur soutien matériel et/ou financier aux autorités, telles que la Croix Rouge malienne ou l'OMS.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide élaboré en collaboration avec les équipes des quatre pays impliqués dans le volet santé publique du programme HoSPiCOVID et testé lors d'entretiens pilotes. Les entretiens ont duré entre 30 et 60 minutes et ont été menés en français. Une revue documentaire des rapports nationaux et des documents politiques, tels que les décrets ministériels portant création des différents comités de lutte, a complété les données des entretiens.

L'analyse des données qualitatives a été réalisée en suivant une approche déductive et inductive. L'approche déductive s'est appuyée sur un modèle conceptuel bricolé adapté pour cette étude en combinant des éléments de trois outils et travaux théoriques. Nous avons d'abord considéré l'outil REFLEX-ISS qui propose une approche réflexive, non normative, pour soutenir les acteur·rice·s de santé publique dans leur prise en compte des ISS (Guichard *et al.* 2017; 2018; 2019). De plus, nous avons intégré des éléments de travaux théoriques fondamentaux sur la conception des politiques publiques et la planification de la santé publique (Howlett 2019; Pineault et Daveluy 1995). Nous avons ensuite appliqué un raisonnement inductif qui a permis l'émergence de composantes analytiques supplémentaires qui n'auraient pas été spécifiées dans le modèle d'analyse *a priori*. En effet, en plus des trois catégories clés de l'outil REFLEX-ISS, une quatrième a émergé inductivement des entretiens. Ainsi, basé sur notre approche déductive-inductive de l'analyse, et s'appuyant sur le modèle de bricolage susmentionné, notre modèle analytique comporte quatre catégories : (1) les représentations et les perceptions des formulateur·rice·s en matière d'ISS, (2) les stratégies pour aborder les ISS et les adaptations ultérieures, (3) la gouvernance et la collaboration intersectorielle dans la formulation et (4) les obstacles à la prise en compte des ISS.

## Résultats

### Une représentation confuse des inégalités sociales de santé

La majorité des réponses laissent penser que les participant·e·s n'étaient pas familier·ière·s au concept d'ISS. On constate peu de connaissances spécifiques sur les ISS qui n'ont pas été d'emblée considérées comme une priorité. Une minorité d'acteur·rice·s, formé·e·s en santé publique, semblait mieux appréhender le sujet.

Tout d'abord, le concept d'ISS semblait mal maîtrisé :

*Qu'est-ce que vous entendez par inégalités sociales, par rapport à la Covid? (Coordination nationale)*

*Bon enfin peut-être qu'on n'utilise pas les mêmes terminologies, quand vous parlez de... Votre terminologie ici c'est? (Plateforme intersectorielle)*

De plus, pour de nombreux·euses participant·e·s, le fait que le dépistage du SRAS-CoV-2 soit ouvert à tou·te·s, sans discrimination, a été considéré comme reflétant la prise en compte des ISS. En effet, lorsque les ISS ont été évoquées, les participant·e·s ont souvent répondu que le dépistage Covid-19 avait été égalitaire et universel :

*C'est une stratégie globale donc qui vise toutes les catégories. Telle qu'elle a été faite, il n'y a pas une catégorie qui ne soit pas visée quoi. (Comité scientifique)*

En outre, le fait de retrouver parmi les malades des personnes vulnérables mais aussi une diversité de profils montre, d'après les personnes répondantes, qu'il n'y a pas eu d'inégalités en termes d'accessibilité au dépistage.

*Si on décrypte un peu la typologie des cas il y a un peu de tout. (...) Maintenant les professions, toutes les professions sont, le corps médical a été aussi victime (...). Je ne vois pas en quoi il y a eu inégalité sociale dans le dépistage. (Coordination nationale)*

Pour certain·e·s participant·e·s, la prise en compte des ISS a été réduite à un seul déterminant. Le fait de prendre en compte l'aspect financier (dépistage gratuit) ou l'aspect géographique signifiait que les ISS étaient prises en compte.

*Le fait que le dépistage soit gratuit, le fait que l'équipe d'intervention rapide se transporte gratuitement pour aller prélever, ce qui veut dire que les inégalités sociales sont prises en compte. (Coordination nationale)*

## Une approche universelle d'abord, puis adaptée aux besoins, ensuite

### *Une réponse globale*

Dans le plan de riposte, certaines sous-populations étaient mentionnées (par exemple, les enfants, les femmes enceintes, les personnes handicapées, les personnes âgées) afin d'adapter les soins médicaux à ces groupes. Aucune référence explicite aux populations plus vulnérables n'était faite dans le programme de dépistage, qui se concentrait exclusivement sur les cas symptomatiques et les contacts. Les

participant-e-s ont confirmé que la notion d'ISS n'a pas été explicitement discutée dès le départ, la limitation de la propagation de l'épidémie étant la préoccupation première des acteur-ric-e-s.

*Je pense que c'est une réflexion qui n'a pas été de facto et d'emblée dans notre manière de faire. (...) Personnellement j'ai pas pensé quoi, moi tout ce qui m'intéressait c'est de suivre l'évolution, de définir des stratégies pour rapidement casser l'évolution de la maladie. (Partenaire international)*

Avec un vocabulaire axé sur l'égalité, il y avait une forme de fierté à dire que personne n'avait été laissé de côté lors du dépistage :

*Il n'y a pas eu de discrimination, tout le monde est égal, que ce soit la prise en charge, tout. Il n'y a pas eu de distinguo. (Ministère de la Santé)*

### *Une logique de rationnement*

Le choix de restreindre le dépistage aux personnes présentant des symptômes a été justifié par les faibles capacités matérielles. Malgré les dons de leurs partenaires, les autorités ont été confrontées à un manque d'intrants (écouvillons, matériel de laboratoire), les obligeant à gérer le dépistage dans une logique de rationnement des ressources et limitant sa promotion.

*C'est juste vers la fin de l'année 2020 qu'on a commencé un peu à augmenter le nombre de tests parce qu'on avait peur de finir les tests. (...) On n'avait pas assez de tests donc on ne pouvait pas faire autant, il fallait limiter. (Partenaire national)*

## *Promouvoir l'accès au dépistage et à l'information*

Trois stratégies principales ont été déployées pendant la pandémie pour faciliter l'accès au dépistage et à l'information sur la Covid-19 : le dépistage gratuit, les équipes d'intervention rapide et un numéro vert. Les participant·e·s ont souvent utilisé l'exemple de ces stratégies pour montrer que des efforts avaient été faits pour lutter contre les ISS.

Les équipes d'intervention rapide (EIR), rattachées aux Directions régionales de la santé, se sont d'abord rendues au domicile des cas suspects pour prélever des échantillons. Ils étaient ensuite acheminés par ces équipes vers l'Institut national de santé publique, chargé de centraliser les échantillons et les résultats des tests. Ce mouvement d'« aller vers » et la gratuité du service visaient à promouvoir l'accès géographique au dépistage. Cependant, les équipements de protection portés par les membres des équipes ont conduit à la stigmatisation des familles visitées. Compte tenu de ces difficultés et du nombre croissant de cas, le déplacement de ces équipes à domicile a été limité et des prélèvements au niveau des centres de santé de référence (hôpitaux de district) ont été organisés.

Enfin, le numéro vert, gratuit et disponible 24 heures sur 24, était géré par un centre d'appel qui dépend du ministère de la Santé. Entre mars 2020 et mars 2021, près de 700 000 appels ont été reçus, principalement depuis Bamako. Ce numéro a servi de premier contact avec la population générale. Il s'agissait d'un outil pour faciliter l'accès à l'information tout en fournissant des données pour la surveillance épidémiologique. Les informations recueillies lors des appels (l'âge de la personne, la raison de l'appel, etc.) ont été utilisées pour informer les mesures de réponse à la pandémie, comme les outils de lutte contre les rumeurs.

## *Des initiatives visant à réduire les inégalités géographiques*

La décentralisation des capacités des laboratoires a été l'une des premières préoccupations des autorités, face à l'inégalité géographique entre les zones urbaines et rurales, étant donné que les quatre laboratoires capables de réaliser le diagnostic par RT-PCR étaient situés dans la capitale Bamako. L'objectif était de faciliter l'accès au test pour les zones rurales et aussi de soulager les quatre structures de Bamako.

Le plan de décentralisation des diagnostics de laboratoire comprenait principalement des aspects liés au renforcement des capacités des laboratoires régionaux et également la mise à disposition de tests de diagnostic aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, avec l'introduction de tests antigéniques rapides au niveau des cordons sanitaires et des districts de santé. Le déplacement d'un laboratoire mobile, le recrutement d'agent·e·s de santé communautaires-sentinelles (ASC-S) et une campagne de communication de proximité ont été, d'après les participant·e·s, des stratégies qui ont permis de faciliter l'accès à l'information et au dépistage de la Covid-19.

Financé par le gouvernement malien, le laboratoire mobile a été déployé pendant plus d'un mois mi-2020, d'abord à Tombouctou puis à Mopti. Étant donné la difficulté d'envoyer des échantillons de Tombouctou à Bamako, la Mission des Nations-Unies pour la Stabilisation au Mali (MINUSMA) a fourni un soutien logistique pour le transport du laboratoire mobile dans la ville. Toute personne souhaitant se faire tester pouvait le faire, ce qui a été bien accueilli par la population et a permis de réduire la transmission dans la zone, selon les participant·e·s. L'équipe s'est ensuite déplacée à Mopti pour reproduire le programme de dépistage de proximité. Mais cet effort n'a finalement pas abouti, car les agent·e·s de santé et la population étaient préoccupé·e·s par les préparatifs de la fête de Tabaski.



Les ASC sont des soignant-e-s qui interviennent au sein de leur communauté où l'accès aux soins de santé est précaire. Parallèlement à ces activités, des ASC-S ont été déployés dans le cadre de la Covid-19 à l'initiative du ministère de la Santé et de ses partenaires, grâce à des financements reçus du Fonds Mondial et de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI). Plus de 500 ASC-S ont été recruté-e-s pour apporter un soutien et une sensibilisation au niveau communautaire. Entre septembre et décembre 2020, les ASC-S ont fait du porte-à-porte dans les quartiers des six communes du district de Bamako. En cas de suspicion de Covid-19, les ASC-S référaient les personnes aux équipes d'intervention rapide pour un dépistage.

Grâce à un financement de l'UNICEF, le Centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé (CNIECS) a mis en place une opération de communication communautaire en recrutant 36 volontaires. Ces personnes ont parcouru les rues de Bamako entre juillet 2020 et janvier 2021 pour sensibiliser aux mesures barrières et diffuser des informations sur la Covid-19.

## Une gouvernance peu propice à la considération des inégalités sociales de santé

### *Les défis de l'intersectorialité*

En raison de la nature sanitaire de la crise, le leadership a été confié au ministère de la Santé. Cela a donné lieu à des avis divergents, certain-e-s critiquant ce leadership tandis que le secteur de la santé estimait qu'il y avait un manque d'autonomie, notamment financière. En effet, les ressources allouées à la gestion de la Covid-19 ont été réparties entre plusieurs ministères, ce qui n'a pas satisfait le secteur de la santé, qui estimait que le financement devait être centralisé au ministère de la

Santé. L'exemple de l'opération « 1 Malien, 1 masque » lancée en avril 2020 par le Président de l'époque, Ibrahim Boubacar Keïta, a été mentionné à plusieurs reprises par les participant·e·s, car les ressources de ce programme ont été accordées au ministère de l'Industrie et du Commerce.

*« 1 Malien, 1 masque » n'a jamais vu le jour, ça s'est transformé en folklore en réalité, je le dis et je l'assume. (...) Ce n'est pas le ministère de l'Industrie et du commerce qui doit porter un tel dossier. C'est aberrant! (Ministère de la Santé)*

Certain·e·s participant·e·s ont également déploré le manque de synergie entre les différents comités, cela nuisant à l'approche intersectorielle nécessaire à la prise en compte des ISS.

### *La politisation des décisions*

De nombreux participant·e·s ont regretté que la politique ait pris le pas sur les recommandations techniques. Le comité scientifique a fait de nombreuses recommandations, notamment au début de la pandémie, comme le report des élections législatives. Ces recommandations n'ont pas toujours été suivies. D'autres ont également fait part de leur découragement face au manque de retours après des propositions techniques :

*On a proposé plein de choses. Quand nous sommes d'accord, on travaille sur un document pendant des semaines. On tombe d'accord dessus. On envoie et il n'y a même pas de retours, on ne sait pas pourquoi on a refusé. C'est les politiques qui décident. (Plateforme intersectorielle)*

## *La fragmentation du soutien des partenaires*

L'appui apporté par des partenaires techniques et financiers (OMS, Banque mondiale, UNICEF, USAID, HCR, PNUD, etc.) a été important et diversifié mais il n'a pas toujours été procuré de manière coordonnée. Cette fragmentation de l'appui n'a pas permis d'élaborer des objectifs et des actions communs.

*Les partenaires ne peuvent pas, chacun vient, oui oui j'ai mon argent, je vais, je paye ce que je veux, j'amène, non non c'est pas comme ça. S'il y a un changement c'est par là qu'on doit aller.*  
(Ministère de la Santé)

Cependant, le plan humanitaire Covid-19 publié en août 2020 a été un bon exemple de mise en commun des activités des partenaires humanitaires. Ce plan était largement axé sur les communautés du centre et du nord du Mali. L'idée que les populations vulnérables sont de la responsabilité des humanitaires a été mentionnée à plusieurs reprises par les répondant-e-s.

## Les obstacles à la prise en compte des inégalités sociales de santé

### *L'urgence et l'impréparation*

Le contexte d'urgence sanitaire est apparu comme un obstacle à la prise en compte des ISS, obligeant à une réaction urgente des acteur-ric-e-s de la santé pour limiter la transmission du virus. Leur priorité était de comprendre ce nouvel agent pathogène, d'apprendre les différents protocoles et outils et d'organiser les différents efforts de réponse.

*C'était un challenge. Il fallait rapidement réunir les moyens et les opérationnaliser pour que tout cas suspect puisse être diagnostiqué. C'était un nouveau virus, il fallait tout comprendre, il fallait savoir très vite et agir. (Coordination nationale)*

### *Les croyances de la population*

Les participant·e·s ont également mentionné que le déni de l'existence de la Covid-19 empêchait la population de percevoir l'importance du dépistage. Cette perception a été renforcée par les cas asymptomatiques et l'« invisibilité » de la maladie. La majorité des participant·e·s ont évoqué la peur générale et la méfiance qui régnaient au sein de la population ainsi que la stigmatisation des personnes touchées par la Covid-19.

### *Un contexte fragile*

Les participant·e·s ont également souligné la fragilité générale du pays sur le plan politique, sanitaire, sécuritaire et humanitaire pour expliquer que les efforts de réponse, y compris les tests, ont été organisés « avec les moyens du bord ».

*Nous sommes en train de vivre depuis plus de 10 ans une crise, avec tout ce qui est là comme réalité, urgence. Et après les capacités de l'État n'étant pas au rendez-vous, parce que répondre à beaucoup de choses en même temps était un peu difficile et il fallait faire la priorité des priorités. On a affronté cette pandémie avec les moyens du bord que nous avons. (Partenaire national)*

## Discussion

<p><b>Représentations des formulateur-rice-s en matière d'ISS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceptée une minorité d'acteur-rice-s formé-e-s en santé publique, la majorité des participant-e-s à l'étude avaient une représentation confuse du concept d'ISS.</li> <li>• Le dépistage étant gratuit et accessible à tou-te-s les Maliene-s, il a été décrit comme égalitaire par les répondant-e-s.</li> <li>• Le sujet des inégalités a été peu discuté lors de la planification du dépistage. Dans ce contexte d'urgence épidémique, les ISS n'ont pas été perçues comme une priorité.</li> </ul>
<p><b>Stratégies pour aborder les ISS et adaptations ultérieures</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une réponse globale a d'abord été privilégiée : l'intervention du dépistage a été axée initialement sur les cas symptomatiques et leurs contacts, l'urgence étant de limiter la propagation de la maladie.</li> <li>• Aucune référence n'a été faite envers les populations vulnérables dans cette intervention à ses débuts.</li> <li>• Les autorités ont ensuite adapté l'intervention pour tenter de réduire les inégalités géographiques entre la capitale et le reste du pays, en favorisant l'accès au test et à l'information.</li> </ul>
<p><b>Gouvernance et collaboration intersectorielle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le leadership de la gestion de la riposte a été donné au ministère de la Santé mais sans autonomie financière.</li> <li>• Une plateforme intersectorielle a été consultée et a émis des recommandations techniques mais les acteur-rice-s regrettent une politisation des décisions.</li> <li>• Les partenaires techniques et financiers ont fourni un appui crucial mais fragmenté. Toutefois ils ont mutualisé leurs actions pour le Plan humanitaire qui visait principalement les régions du centre et du nord du pays.</li> </ul>
<p><b>Obstacles à la prise en compte des ISS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La situation d'urgence et l'impréparation face à cette nouvelle maladie ont constitué un frein à la réflexion sur les ISS.</li> <li>• Les représentations de la Covid-19 (stigmatisations des personnes touchées, déni de la maladie) ont entravé l'acceptabilité de l'intervention par les populations.</li> <li>• Les autorités ont mis en place cette intervention du dépistage en composant avec la fragilité préexistante du pays sur les plans politique, sanitaire, sécuritaire et humanitaire.</li> </ul>

Tableau 1. Synthèse des résultats de la présente étude.

Malgré l'émergence inattendue et la propagation rapide du SRAS-CoV-2, il était prévisible que la pandémie exacerbe les ISS (Marmot 2015). Si les données quantitatives du Mali sur les ISS dans le contexte de la pandémie ne sont pas encore disponibles, au-delà des différences liées au fait de vivre dans un environnement rural ou urbain (Sagara *et al.* 2021), des études commencent à confirmer cette hypothèse dans d'autres pays (Bambra *et al.* 2020; Bajos *et al.* 2021). Plusieurs participant-e-s à notre étude, parmi lesquel-le-s des responsables de la santé publique, avaient une connaissance limitée des ISS. Ce manque de connaissance explique probablement en partie pourquoi il n'y a pas eu de prise en compte des besoins différenciés entre les sous-groupes de la population malienne. Notre travail dans d'autres pays présenté dans cet ouvrage démontre également que le fait de ne pas prendre en compte les ISS dans les mesures de réponse à la pandémie n'était pas spécifique au Mali mais était en fait omniprésent.

Plusieurs études menées en Afrique de l'Ouest ont démontré qu'il existe un manque fondamental de compréhension du concept d'ISS parmi les acteur-ric-e-s de la santé publique (Ridde 2008; Paul *et al.* 2019). Les données de cette étude ont montré la difficulté pour les participant-e-s de faire la différence entre égalité et équité. Il s'agirait de voir si ce manque de compréhension, comme au Burkina Faso (Ridde et Samb 2010), est dû à un manque de formation sur les ISS et ses concepts associés, ou s'il reflète en partie une conception locale de la justice sociale très éloignée du principe du Maximin de John Rawls proposant de donner plus à celles et ceux qui ont moins. Le concept d'universalisme proportionné (Marmot 2015) est largement débattu en santé mondiale mais ne semble pas encore faire partie des formations ou discussions en santé publique au Mali (Gautier *et al.* 2021). Il existe pourtant de multiples guides et formations, y compris en français, pour soutenir ces approches dans la formulation des interventions, notamment l'outil REFLEX-ISS (Guichard *et al.* 2019).

Au Mali, la priorisation de l'efficacité sur l'équité dans les politiques de santé a été évidente, même avant le contexte d'urgence de la pandémie (Gautier *et al.* 2021). Les politiques ont également influencé la formulation

du programme de dépistage, malgré la nécessité d'une prise de décision fondée sur des preuves. Ce problème a également été cité par les technicien-ne-s de première ligne au Mali. Ni les décideur-se-s politiques, qui guident souvent les étapes de formulation des interventions, ni les technicien-ne-s de « première ligne », qui travaillent à leur mise en œuvre mais peuvent également être impliqué-e-s dans les étapes de formulation, ne semblent avoir pris en compte les ISS. Saisir les fenêtres d'opportunité pour agir sur l'équité reste un défi important (Ridde *et al.* 2007; Farrer *et al.* 2015).

Les mesures de contrôle et de réponse à la pandémie au Mali ont été largement dépendantes de l'aide et des acteurs internationaux, qui participent aux réunions et activités de planification technique ou financière de haut niveau. Certaines perceptions locales maliennes de cette situation suggèrent qu'il s'agit d'une « affaire de Blancs » (Traoré 2021) et que la Covid-19 est une invention des Blancs. L'OMS ou la Banque mondiale n'ont pas de stratégies claires sur la manière d'aborder les ISS dans leurs programmes (Ridde *et al.* 2018). De plus, la pandémie de Covid-19 n'a pas atténué la fragmentation des interventions et soutiens de ces partenaires techniques et financiers. L'intersectorialité, propice à la prise en compte de l'équité, n'a pas été suffisamment mobilisée par le gouvernement dans la formulation de cette intervention, comme cela semble être la norme au niveau mondial pour cette épidémie (Rajan *et al.* 2020).

Enfin, l'étude a montré que les formulateur-ric-e-s des interventions ont fait preuve d'une certaine réflexivité et ont tenté d'adapter, voire de remanier, le programme de dépistage du SRAS-CoV-2. Ces actions n'ont toutefois pas amélioré la prise en compte des ISS, car elles sont restées ancrées dans une perception égalitaire plutôt que proportionnelle et ont principalement porté sur les barrières financières et géographiques à l'accès au dépistage. Ceci n'est pas surprenant, car se concentrer sur les barrières financières et géographiques ont été les principales priorités des interventions de santé publique délivrées par le système de santé malien (Maïga *et al.* 1999). Les décideurs auraient pu agir sur les multiples

déterminants sociaux de la santé tels que l'éducation et l'alphabétisation, l'environnement social, pour aborder les ISS (Gilson *et al.* 2007; Marmot 2015).

## Conclusion

Compte tenu des nombreux débats et rapports produits sur les ISS dans le domaine de la santé publique, y compris en Afrique, et la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (Gilson *et al.* 2007), il est décevant que les ISS n'aient pas été au premier plan de la politique de dépistage du SRAS-CoV-2 au Mali. Dans le contexte du Mali, notre étude démontre la complexité des facteurs qui expliquent l'absence de considération de l'équité dans la formulation du programme national de dépistage de la Covid-19 pour la population générale. Les efforts doivent être poursuivis pour mettre les ISS à l'ordre du jour national et mondial par le biais de formations, de directives et d'incitations (Bali *et al.* 2022). Dans le contexte de l'aide internationale, les donateurs ont un rôle important à jouer tout en respectant la Déclaration de Paris et le leadership des pays (Gautier et Ridde 2017).

## Références

- Bajos N, Jusot F, Pailhé A *et al.* 2021. When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: evidence from a cross-sectional population-based survey in France. *BMC Public Health* 21: 705.
- Bali AS, He AJ, Ramesh M. 2022. Health policy and COVID-19: path dependency and trajectory. *Policy and Society* 41: 83–95.



- Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. 2020. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 74: 964–8.
- Diarra T. 2022. The costs and constraints of pandemic response in Mali\*: QUESTION: How can economic anthropologists contribute to our understanding of pandemic responses and recovery? *Economic Anthropology* 9: 163–6.
- Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. 2015. Advocacy for health equity: a synthesis review. *The MilbankQuarterly* 93: 392–437.
- Gagnon-Dufresne MC, Gautier L, Beaujoin C et al. 2022. Considering social inequalities in health in large-scale testing for COVID-19 in Montréal: a qualitative case study. *BMC Public Health* 22: 749.
- Gautier L, Ridde V. 2017. Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes. *Glob Health Res Policy* 2: 23.
- Gautier L, Touré L, Ridde V. 2021. L'adoption de la réforme du système de santé au Mali: rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire. *Une couverture sanitaire universelle en 2030?* Québec, Canada: Éditions science et bien commun. 147–76. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>.
- Gholizadeh P, Sanogo M, Oumarou A et al. 2021. Fighting COVID-19 in the West Africa after experiencing the Ebola epidemic. *Health Promotion Perspectives* 11: 5–11.
- Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. 2007. Challenging inequity through health systems. Final report. Knowledge Network on Health Systems. WHO commission on the social determinants of health.
- Glover RE, van Schalkwyk MCI, Akl EA et al. 2020. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *Journal of Clinical Epidemiology* 128: 35–48.

- Guichard A, Hébert C, Nour K *et al.* 2018. Adaptation and conditions of use of a health equity tool: The Reflex-ISS tool. *Santé Publique* 30: 121–30.
- Guichard A, Tardieu E, Dagenais C *et al.* 2017. Use of concurrent mixed methods combining concept mapping and focus groups to adapt a health equity tool in Canada. *Evaluation and Program Planning* 61: 169–77.
- Guichard A, Tardieu E, Nour K, Lafontaine G, Ridde V. 2019. Adapting a health equity tool to meet professional needs (Québec, Canada). *Health Promotion International* 34: e71–83.
- Howlett M. 2019. *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. 2nd ed. London: Routledge, 321.
- IASC. 2020. Interim guidance. Public health and social measures for covid-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Version 1. ICRC, IFRC, IOM, NRC, UNICEF, UN-HABITAT, UNHCR, WHO, 28.
- Maïga Z, Traoré Nafoussi F, El Abassi A. 1999. Studies in health services organisation & policy. In: De Brouwere V, Kegels G, Van Lerberghe W (éds). *La Réforme du Secteur Santé Au Mali 1989-1996*. Antwerp, Belgium: ITG Press, 132.
- Marmot M G. 2015. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury, 387.
- Mathevet I, Ost K, Traverson L, Zinszer K, Ridde V. 2021. Accounting for health inequities in the design of contact tracing interventions: a rapid review. *International Journal of Infectious Diseases* 106: 65–70.
- Ministry of Health and Social Development. 2020. Action plan for the prevention and response to COVID-19 Disease (COVID-19). Bamako.
- Ministry of Health and Social Development. 2021. Decentralization plan for SARS-CoV-2 diagnosis in Mali. Bamako.

- Ost K, Duquesne L, Duguay C *et al.* 2022. Large-scale infectious disease testing programs have little consideration for equity: findings from a scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology* 143: 30–60.
- Paul E, Deville C, Bodson O *et al.* 2019. How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal for Equity in Health* 18: 195.
- Pineault R, Daveluy C. 1995. *La Planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Rajan D, Koch K, Rohrer K *et al.* 2020. Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health* 5: e002655.
- Ridde V. 2008. "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 66: 1368–78.
- Ridde V, Gautier L, Dagenais C *et al.* 2021. Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems* 19: 76.
- Ridde V, Gautier L, Turcotte-Tremblay A-M, Sieleunou I, Paul E. 2018. Performance-based Financing in Africa: Time to Test Measures for Equity. *International Journal of Health Services* 48: 549–61.
- Ridde V, Samb O. 2010. The Place of Equity in the Training of Health Professionals in Burkina Faso. *Les maux et les choses de la santé: acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*. Québec: Presses de l'Université Laval. 93–122.

- Sagara I, Woodford J, Kone M *et al.* 2021. Rapidly increasing severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 seroprevalence and limited clinical disease in 3 Malian communities: a prospective cohort study. *Clinical Infectious Diseases* 74: 1030–8.
- Savard Lamothe A, Gabet M, Richard Z *et al.* 2022. A descriptive comparison of mass testing during the COVID-19 pandemic in montreal, paris, bamako, and recife. *International Journal of Public Health* 67: 1604992.
- Touré L, Ridde V. 2022. The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health* 17: 55–67.
- Traoré AB. 2021. Socio-anthropological analysis of the Covid-19 epidemic in Mali. *Global Health Epidemic, Society, Economy and Politics in the Sahel. Regards croisés sur la Covid-19*. Bamako: Figuira. 159–82.
- UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. 2020. COVID-19 humanitarian plan, Mali.
- World Bank. Mali Country Profile. 2021. [https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report\\_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=MLI](https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=MLI).
- World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>.

# 18. Le dépistage de la Covid-19 et les inégalités à Manaus

RAYLSON NÓBREGA, STÉPHANIE GOMES DE MEDEIROS, SYDIA ROSANA DE ARAUJO OLIVEIRA

## Résumé

La pandémie de Covid-19 a révélé et aggravé les faiblesses des systèmes de santé publique du monde entier, y compris du Brésil. La maladie a touché de manière disproportionnée les populations les plus vulnérables. Ce chapitre a pour objectif d'analyser la prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS) dans la formulation des interventions de dépistage de la Covid-19 à Manaus, au Brésil. Une approche d'étude de cas qualitative a été réalisée. Nous avons mené 11 entretiens avec des acteur·rice·s clés à partir d'un guide semi-structuré. Des documents officiels ont également été étudiés. Toutes les données collectées ont été analysées avec l'outil REFLEX-ISS. Les ISS n'ont généralement pas été prises en compte dans la formulation des interventions de dépistage. En raison de ressources insuffisantes, les dépistages ont notamment été limités aux patient·e·s gravement malades et aux catégories de professionnel·le·s des services considérés comme essentiels. Pour répondre à la demande, il a fallu obtenir le soutien de bénévoles et établir des partenariats entre institutions. Il est indispensable que les acteur·rice·s décisionnaires en santé aient des connaissances sur les ISS et les prennent en compte dès la formulation des interventions pour élaborer des politiques équitables.

**Mots-clés :** Covid-19, dépistage, politique de santé, inégalités sociales de santé

## Resumo

A pandemia da COVID-19 revelou e agravou fragilidades nos sistemas públicos de saúde em todo o mundo, não sendo diferente no Brasil. A doença afetou desproporcionalmente as populações mais vulneráveis. Este capítulo tem como objetivo analisar as desigualdades sociais em saúde no planejamento das intervenções de rastreamento da COVID-19 em Manaus, no Brasil. Foi realizada uma abordagem qualitativa de estudo de caso. Realizamos 11 entrevistas com atores-chave com base em um roteiro semiestruturado. Documentos oficiais também foram estudados. Todos os dados coletados foram analisados com a ferramenta REFLEX-ISS. As desigualdades sociais da saúde geralmente não são considerados no planejamento da triagem. Devido à insuficiência de recursos, os rastreios têm sido limitados sobretudo a doentes graves e a categorias de profissionais de serviços considerados essenciais. Para atender a demanda, foi necessário obter o apoio de voluntários e estabelecer parcerias entre instituições. É fundamental que os tomadores de decisão em saúde tenham conhecimento das desigualdades e os levem em consideração no planejamento de intervenções para o desenvolvimento de políticas equitativas.

**Palavras-chave:** COVID-19, planejamento em saúde, política de saúde, determinantes sociais da saúde, desigualdades

## Introduction

En décembre 2019, une nouvelle pneumonie virale a été observée dans la ville de Wuhan, en Chine. Du fait de la propagation rapide de la maladie sur tous les continents, la pandémie de Covid-19 a été déclarée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) le 11 mars 2020. Au Brésil, le premier cas de Covid-19 a été confirmé le 26 février 2020, dans la ville de São Paulo. Un mois plus tard, tous les États brésiliens avaient signalé

des cas (Silva 2020). Dans l'État d'Amazonas, le premier cas a été confirmé le 13 mars 2020 à Manaus – capitale de l'État – et le premier décès a été déclaré le 24 mars 2020 dans la ville de Parintins.

L'État d'Amazonas a considérablement souffert de ces trois années de pandémie. Les décès de patient·e·s en raison du manque d'oxygène dans les hôpitaux, la capacité insuffisante d'accueil des unités de soins intensifs (USI), l'arrivée d'un nouveau variant plus contaminant, ont contribué à l'effondrement du système de santé de l'État en janvier 2021 (Sabino *et al.* 2021; Barreto *et al.* 2021). Cette situation est le résultat de mesures préventives qui n'ont pas pris en compte les particularités de l'État.

Les inégalités sociales sont un facteur prédisposant à l'infection et à la propagation du SRAS-CoV-2, du fait notamment de l'isolement social, de la restriction de l'accès aux soins d'hygiène de base, et de la difficulté d'accès aux services de santé (Bambra, Lynch, Smith 2021). En analysant les variations de la mortalité due à la Covid-19 au Brésil, Baqui *et al.* (2020) ont identifié des preuves de deux effets sociaux distincts, mais liés : un taux de mortalité plus élevé dans la région du nord et dans la population noire. L'effet régional des décès est dicté par les faibles niveaux de développement socio-économique dans les États du nord du pays.

Parmi les principales interventions de santé publique visant à stopper la propagation du SRAS-CoV-2, les dépistages de masse ont permis un suivi par la détection des cas positifs et par l'isolement de ces cas. Cependant, cette stratégie implique l'existence d'infrastructures physiques et de ressources humaines adéquates pour soutenir la demande et, ainsi, répondre aux besoins de services de santé (Savard *et al.* 2022).

Compte tenu des précédents constats, il nous a semblé nécessaire de comprendre si, et comment, les inégalités sociales de santé (ISS) avaient été prises en compte dans la formulation des interventions de dépistage de la Covid-19 dans l'État d'Amazonas, qui était initialement concentrée dans la capitale Manaus.

## Méthode

L'étude a été réalisée dans l'État d'Amazonas de mars 2020 à juin 2021. L'État d'Amazonas est situé dans la région nord du Brésil, et est le plus grand État brésilien avec une faible densité de population (2,23 habitants/km<sup>2</sup>). Celle-ci est estimée à 4 269 995 habitant·e·s dispersé·e·s dans 62 municipalités réparties en 9 régions sanitaires (Figure 1). Manaus, la capitale, regroupe une grande concentration de services de santé. Cet État se classe au 18ème rang parmi les États brésiliens pour l'indice de développement humain (IDH). Il occupe la 25ème position parmi les 27 États brésiliens par rapport au revenu nominal mensuel des ménages par habitant. L'indice de Gini est de 0,568, ce qui en fait le deuxième État avec la pire répartition des revenus (IBGE 2021; Pacifico *et al.* 2021).



Figure 1 – Carte de l'État d'Amazonas et des régions sanitaires. Source : Département d'État de la santé d'Amazonas.

Une méthode qualitative a été utilisée, basée sur des recherches documentaires et des entretiens semi-structurés. La recherche documentaire a été effectuée sur les sites officiels des institutions



recherchées et seuls les documents officiels ont été pris en compte (décrets, informations, notes techniques, rapports et ordonnances), entre janvier et novembre 2020.

Onze acteur·rice·s clés ayant participé à la phase de formulation de l'intervention de dépistage ont été interrogé·e·s - gestionnaires, professionnel·le·s du Laboratoire Central de Santé Publique d'Amazonas, professionnel·le·s de la Fondation de Surveillance de la Santé de l'État d'Amazonas (FVS-AM), professionnel·le·s travaillant dans les centres de dépistage) (Tableau 1). Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien semi-structuré. Ils ont duré de 30 à 45 minutes, ont été enregistrés puis retranscrits.

Tableau 1. Profils des répondant-e-s.

<b>Profil de la personne interrogée</b>	<b>Fonction</b>	<b>Lieu d'opération</b>
Licence en pharmacie, maîtrise et doctorat en maladies infectieuses parasitaires	Coordination des bénévoles	Centre de Dépistage Rapide – Université Fédérale d'Amazonas (CDR-UFAM)
Licence en pharmacie	Aide bénévole	CDR-UFAM
Licence en sciences infirmières, spécialiste en épidémiologie	Coordination de la politique de dépistage	Fondation de surveillance de la santé de l'État d'Amazonas (FVS/AM) CDR-Sambódromo
Licence en pharmacie, maîtrise en technologie alimentaire et doctorat en pharmacologie	Aide bénévole	CDR – UFAM
Licence en pharmacie, maîtrise et doctorat en produits naturels	Aide bénévole	CDR – UFAM
Licence en pharmacie	Aide bénévole	CDR – UFAM
Licence en médecine dentaire, maîtrise et doctorat en endodontie	Coordination des bénévoles	Centre de Dépistage Rapide – Université d'État d'Amazonas (CDR – UEA)
Licence en pharmacie, spécialiste en épidémiologie et santé publique	Direction	Laboratoire central de santé Publique (LACEN/AM)
Licence en pharmacie	Prise en charge des maladies endémiques	LACEN/AM
Licence en médecine dentaire, maîtrise et doctorat en dentisterie clinique	Aide bénévole	CDR-UEA
Licence en Pharmacie, Spécialiste en Analyse Clinique, Hématologie et Assistance Pharmaceutique	Coordination	Centre de Dépistage Rapide – Police Militaire d'Amazonas (CDR-PMAM)

L'instrument TIDieR-PHP a été utilisé pour analyser les documents et décrire les interventions (Campbell *et al.* 2018). Les entretiens ont eux été analysés selon la méthode d'analyse de contenu en effectuant une analyse thématique basée sur les concepts préétablis tirés du cadre théorique REFLEX-ISS (Guichard *et al.* 2015). Cet outil vise à étudier si et comment les ISS sont prises en compte dans des interventions de santé publique. L'outil comporte cinq phases de réflexion : formulation, mise en œuvre, évaluation, pérennité et renforcement. Seule la phase de « formulation » a été retenue pour la présente étude.

Cette étude a été réalisée conformément à l'approbation de la Commission nationale d'éthique de la recherche (CONEP) n°4.018.111. Toutes les institutions qui ont participé à la recherche ont envoyé une lettre de consentement, acceptant que la recherche soit effectuée sur leur territoire et par leurs professionnels.

## Résultats

### Formulation de la politique de dépistage de la Covid-19 et prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS)

#### *Analyse du problème et des besoins*

Avant l'arrivée de la Covid-19 dans l'État d'Amazonas, le gouvernement de l'État avait mis en place des mesures préventives. La première était une alerte destinée aux médecins sur la circulation du virus de la grippe A et les caractéristiques qui le distinguent du Syndrome Grippal et du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS). L'objectif était de s'assurer

que les tests de dépistage étaient administrés aux patient·e·s souffrant de graves problèmes respiratoires (car il n'y avait pas assez de tests pour tester toutes les personnes présentant des symptômes légers).

En février 2020, le Comité Interinstitutionnel de Gestion des Urgences de Santé Publique de l'État d'Amazonas a été créé pour permettre de donner une réponse rapide aux exigences du nouveau coronavirus. Le comité a guidé le protocole de traitement, défini ce qu'était un « cas suspect », et mis en place un processus de notification de ces cas et des mesures de contrôle. Les ISS n'ont pas été prises en compte pour les tests.

Le 13 mars 2020, le premier cas de Covid-19 a été confirmé dans l'État d'Amazonas. Pour signaler ce cas, les autorités compétentes ont uni leurs forces. Cet alignement a reflété l'intention de l'État d'Amazonas de travailler avec tous les niveaux de parties prenantes : nationale, étatique et municipale. Cependant, au cours de la période étudiée, l'État a centralisé le dépistage dans la Fondation de surveillance de la santé de l'État d'Amazonas (FVS-AM), couvrant une population restreinte : travailleur·euse·s des services jugés essentiels et patient·e·s hospitalisé·e·s dans les hôpitaux de référence, se concentrant dans la capitale. Le dispositif de tests mis en place a manifesté une faible capacité à anticiper les problèmes. Un mois après la confirmation des premiers cas de Covid-19, le premier Centre de Dépistage Rapide (CDR) d'Amazonas a été créé, destiné exclusivement aux professionnel·le·s de santé symptomatiques atteint·e·s de Covid-19. En cinq mois (avril à août 2020), la FVS-AM a ouvert quatre autres centres de dépistage, tous destinés aux travailleur·euse·s essentiel·le·s. Les tests n'étaient pas encore disponibles pour la population générale.

## *Vision des répondant-e-s sur les ISS*

Aucune vision commune à propos des ISS n'est ressortie des entretiens. Certain-e-s participant-e-s ont cependant rappelé qu'en raison de la pénurie de tests rapides, les ISS ne pouvaient pas être prises en compte, les professionnel-le-s de santé étant une priorité pour assurer la continuité des soins.

*Il y avait des inégalités, oui, mais c'était dû à un manque de matériel de pointe à l'époque. Les tests étaient très rares au début, c'était très cher, presque personne ne pouvait payer. [...] Le gouvernement a préféré commencer par les professionnel-le-s de santé qui étaient en première ligne. (Bénévole, CDR)*

D'autres ne savaient pas si les ISS avaient joué un rôle dans la pandémie de Covid-19 :

*Je n'ai pas vu ce problème [Covid-19] qui affecte les pauvres plus que d'autres personnes, d'autres groupes sociaux. Je pense que cela affecte pareil. (Direction, FVS)*

Enfin, certain-e-s considèrent que les ISS étaient en effet des facteurs de risque de contamination et qu'elles auraient dû être priorisées dès la formulation des interventions de dépistage :

*Recevoir moins de trois salaires minimums dans une ville comme Manaus est un facteur de risque de contracter l'infection. Donc je pense que ce regard est essentiel pour une politique qui est toujours d'actualité car la pandémie n'est pas finie. (Coordination, CDR)*

Malgré des opinions individuelles contrastées sur les ISS, les personnes socialement vulnérables n'ont pas été prioritairement ciblées au cours de la formulation de l'intervention de dépistage. Le choix des groupes prioritaires pour le dépistage était basé sur l'exposition professionnelle

au virus des travailleuse-s de santé. L'accès de la population générale au dépistage n'intervenait que lors de l'admission des cas graves dans les hôpitaux de référence.

### *Données utilisées pour la formulation de l'intervention de dépistage de la Covid-19*

En ce qui concerne les données qui ont guidé la formulation de l'intervention de dépistage, les déclarations sont contradictoires. Certain-e-s ont avancé qu'aucunes données épidémiologiques n'avaient été utilisées pour accorder la priorité aux professionnel-le-s de santé. D'autres ont déclaré qu'en raison de la nature inédite de la Covid-19 et donc de l'absence de recherche scientifique pour orienter la formulation des interventions de dépistage, les protocoles de dépistage d'autres infections, comme les infections sexuellement transmissibles, ont été ajustés pour s'adapter à la situation de la Covid-19.

## Objectifs, justification et conception des approches pour faire face aux ISS

En raison du manque de tests, ces derniers ont été limités aux patient-e-s hospitalisé-e-s gravement malades et à certaines catégories de professionnel-le-s. Des CDR ont été créés spécifiquement pour dépister ces populations.

Le premier centre (CDR-1) a été inauguré à l'École d'infirmières de l'Université fédérale d'Amazonas, grâce au travail bénévole de professeur-e-s et d'étudiant-e-s dans le domaine de la santé, principalement en pharmacologie. L'objectif était de tester les professionnel-le-s de santé symptomatiques qui travaillaient en première ligne dans la lutte contre la Covid-19. Le dépistage des professionnel-le-s

de santé visait à « minimiser les dégâts [...] car ce sont des professionnel·le·s de santé qui prennent en charge tous les patient·e·s, il fallait donc regarder ces professionnel·le·s sous un autre angle » (Direction, FVS).

Le CDR-2 a été installé au siège du service d'incendie pour dépister les professionnel·le·s de la sécurité publique. Ensuite, le CDR-3 a été créé au commandement de la police militaire, destiné aux militaires. La création de ces deux centres était justifiée par la nécessité de tester les travailleur·euse·s essentiel·le·s. De plus, ces lieux ont été identifiés comme pratiques car ils disposaient de professionnel·le·s et d'équipements, n'ayant besoin que des intrants pour effectuer les dépistages. Ces derniers ont été mis à disposition par le Département de la santé et le gouvernement.

En raison de la forte affluence dans le CDR-1, le FVS-AM a recherché des professeur·e·s de l'Université d'État d'Amazonas pour créer un CDR-4 afin de tester les professionnel·le·s de santé. L'accès à ce centre se faisait au volant pour réduire les risques de contamination.

Enfin, en août 2020, un CDR-5 a été mis en place pour dépister les professionnel·le·s de l'éducation publique. Les premiers tests s'adressaient aux professionnel·le·s travaillant à Manaus, en raison de la réouverture des écoles.

Les CDR n'étaient pas uniformément répartis sur le territoire. Tous étaient situés dans les zones centrales de la ville, en fonction des espaces disponibles pour les accueillir. À l'exception du CDR-5, les CDR ont été principalement créés par les ressources humaines disponibles dans ces espaces.

## Engagement des partenaires et des publics cibles du dépistage

Pour étendre la capacité des tests de dépistage RT-PCR (Test de la réaction de transcriptase inverse suivie d'une réaction en chaîne par polymérase) et renforcer la surveillance des laboratoires, il a été nécessaire de décentraliser le traitement et le diagnostic des échantillons biologiques pour les tests Covid-19 et d'établir un partenariat entre les institutions publiques et privées. La décentralisation s'est faite grâce à la participation du réseau de laboratoires privés et du réseau de laboratoires publics à travers la Fondation de Médecine Tropicale Docteur Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD) et l'Institut Leônidas et Maria Deane (ILMD). De plus, un partenariat a été signé avec l'Institut national de recherche en Amazonie (INPA) qui a fourni des équipements au Laboratoire Central de Santé Publique (*Laboratório Central de Saúde Pública*, LACEN) pour le traitement des tests et l'acquisition d'équipements qui ont permis d'élargir et d'améliorer l'accessibilité du dépistage.

Pour la mise en œuvre des CDR en Amazonas, les partenariats avec les universités étaient essentiels car ils ont permis de fournir l'espace physique, l'équipement et le personnel. Les volontaires ont joué un rôle de premier plan au sein des CDR et du LACEN. Comme ils venaient de différents domaines techniques et académiques des sciences de la santé, ils ont occupé différents postes, tels que la coordination du CDR, la mise en œuvre du dépistage, le traitement des tests et la diffusion des résultats. Dans les universités, les professeur-e-s et étudiant-e-s travaillaient sur une base volontaire. Des professionnel-le-s ayant une expérience antérieure avec d'autres maladies infectieuses et la vaccination ont soutenu le processus.

Enfin, la mobilisation des populations a été un facteur positif; cela se reflétant notamment dans les dons alimentaires destinés aux professionnel-le-s impliqué-e-s dans le dépistage.



## Discussion

Dans cette étude, nous avons observé que la formulation de l'intervention de dépistage de la Covid-19 dans l'État d'Amazonas était inadaptée à deux égards. Le premier, élément central de notre recherche, est que les ISS n'ont pas été prises en compte dans la formulation de l'intervention de dépistage. La Fondation pour la Surveillance de la Santé, chargée de coordonner la formulation de l'intervention de dépistage de la Covid-19 dans l'État, a commencé à concevoir le modèle des premiers CDR en réaction à la pénurie de professionnels de santé de première ligne infectés par la maladie. La formulation de l'intervention de dépistage a donc été conçue pour répondre à cette urgence et s'est principalement appuyée sur des documents axés sur la logistique des CDR afin de prévenir et de contrôler la propagation de la Covid-19 dans l'espace de dépistage. Cependant, la nécessité d'une réponse urgente à cette infection ne justifie pas de ne pas prendre en compte l'importance des ISS pour lutter de manière plus efficace contre des maladies aiguës hautement contagieuses (Da Silveira, Costa 2020).

Les connaissances tirées d'autres épidémies internationales antérieures telles que la grippe H1N1, le SRAS et Ebola, ainsi que l'expérience brésilienne de la dengue, de la tuberculose et du VIH/sida, démontrent la relation entre les taux d'incidence et de mortalité et les inégalités socio-économiques (Demenech *et al.* 2020). Ces données auraient pu être utilisées pour la formulation de l'intervention de dépistage en accordant une attention particulière aux populations les plus vulnérables, qui, en raison de leur plus grande probabilité de contamination, présentent également un risque accru de propagation de la maladie.

Dans la mesure où les ISS sont des facteurs qui conditionnent le processus santé-maladie, les politiques de santé considérées comme universelles devraient adopter des initiatives visant à favoriser l'accès aux soins des populations vulnérables (Ost *et al.* 2022). Dans cette optique, par exemple, le gouvernement cubain a mis en place dès le début de

la pandémie une couverture universelle et gratuite, où les ressources les plus importantes ont été allouées aux populations présentant les situations socioéconomiques les plus défavorables, ce qui a permis d'établir une politique de santé plus équitable (Mas *et al.* 2021). Comme nous l'avons vu, la préoccupation concernant les ISS ne s'est pas manifestée en Amazonas, où existe également un facteur aggravant, puisqu'il s'agit de l'État présentant la plus grande inégalité économique au Brésil (Lima *et al.* 2023).

La concentration des centres de dépistage dans la capitale de l'État au cours de la période étudiée est une autre manifestation du manque d'attention accordée aux ISS. Cette mesure entraîne des difficultés d'accès aux tests pour la population résidant à l'intérieur de l'État, ce qui souligne une inégalité d'accès entre les populations vivant dans la capitale et celles vivant dans d'autres municipalités de l'État. L'Amazonas est connu pour sa vaste étendue territoriale, caractérisée par de vastes bassins fluviaux, ce qui entraîne une distance considérable entre les municipalités de l'intérieur et la capitale. Souvent, les déplacements ne peuvent se faire que par voie fluviale ou aérienne, ce qui aggrave le problème de l'accès aux services de santé et crée d'autres disparités sociales par rapport à d'autres régions du Brésil (Guimarães *et al.* 2020).

Le modèle de décentralisation du dépistage est une stratégie clé pour prévenir l'augmentation du nombre de nouveaux cas, en permettant un lien avec des soins adéquats et une surveillance épidémiologique, mais il se heurte à des obstacles dans la distribution du matériel et des infrastructures nécessaires au diagnostic (Magno *et al.* 2020).

Dans la capitale, les CDR n'ont pas été distribués équitablement, ignorant ainsi les populations vulnérables. Les tests auraient pu être décentralisés à travers les Unités de Santé Familiale, conçues pour fournir des soins de santé de base à des emplacements géographiquement décentralisés, permettant ainsi un accès facilité au dépistage aux populations les plus vulnérables, et réduisant ainsi la transmission, comme cela a été observé dans d'autres pays (Raffle, Pollock, Harding-Edgar 2020; Burki 2020).

Le deuxième aspect inadéquat de la formulation de l'intervention du dépistage de la Covid-19 dans l'Amazonas a été le manque de coordination nationale. En raison de recommandations formulées sans fondements scientifiques, telles que l'utilisation extensive de la chloroquine et de l'hydroxychloroquine dans le traitement de la Covid-19, le ministère brésilien de la Santé est entré en conflit avec les gouverneurs de plusieurs États, ce qui a conduit à une décision de la Cour Suprême Fédérale garantissant l'autonomie des États pour prendre des mesures normatives et administratives relatives à la Covid-19 (Vieira, Servo 2020). Il n'existait pas de protocoles nationaux solides pour guider la surveillance, la prévention et le contrôle de la nouvelle infection.

Au début de la pandémie de la Covid-19, l'Amazonas, comme d'autres États brésiliens et d'autres pays, avait un accès très limité aux tests (Binnicker 2020). Ce fait peut avoir contribué à l'absence de formulation de l'intervention de dépistage axée sur les ISS. Cependant, bien que la population socialement vulnérable n'ait pas été incluse dans le dépistage, il y a eu une sélection des groupes prioritaires basée sur le critère de vulnérabilité liée au degré d'exposition au virus. Les travailleur-euse-s des secteurs publics exerçant des services essentiels ont continué à travailler même pendant la période la plus grave de contamination pandémique, privé-e-s de quarantaine et de distanciation sociale, qui sont les principales mesures de protection contre le virus (Helioterio *et al.* 2020). Cette exposition professionnelle au SRAS-CoV-2 crée une forme d'inégalité contextuelle qui a justifié la priorité accordée à ces groupes dans le dépistage afin de maintenir le fonctionnement de ces services essentiels (Gallasch *et al.* 2020).

Au-delà des patient-e-s hospitalisé-e-s atteint-e-s de la Covid-19, les professionnel-le-s de santé, les agent-e-s de sécurité publique, le personnel militaire et, lors de la préparation de la reprise des activités scolaires, les professionnel-le-s de l'éducation ont été considéré-e-s comme prioritaires pour accéder au dépistage. Parmi les groupes les plus vulnérables à l'infection par la Covid-19, on compte les professionnel-le-s de santé de première ligne qui sont en contact direct avec les personnes infectées

(Helioterio *et al.* 2020). Le dépistage permet une plus grande flexibilité dans la réaffectation de la main-d'œuvre, car les personnes testées négatives pour la Covid-19 peuvent retourner plus rapidement au travail. Il est également question d'effectuer des tests et des dépistages chez les personnes âgées vivant dans des maisons de soins de longue durée, car elles présentent des conditions physiologiques propices au développement d'un tableau clinique sévère de la maladie (Moraes *et al.* 2020; Menezes *et al.* 2020).

La mesure de prise en charge prioritaire des professionnel-le-s de santé est en accord avec les recommandations de l'OMS qui préconisent de détecter précocement et de contrôler l'infection au sein des équipes de soins (Albuquerque 2020). Cette mesure a également été adoptée dans des pays tels que le Royaume-Uni, sous la pression des syndicats. Cependant, même si le dépistage dans les CDR s'est concentré sur les travailleur-euse-s des services essentiels, il était initialement limité aux personnes présentant des symptômes. Dans ce cas précis, nous constatons que le dépistage est envisagé uniquement comme une fonction de diagnostic de la maladie et ne remplit pas pleinement son rôle essentiel d'interruption de la chaîne de transmission du virus. Pour atteindre cet objectif, il ne serait pas nécessaire d'importer un grand nombre de tests, mais plutôt de les utiliser de manière appropriée (Da Silveira, Costa 2020). Nous soulignons les expériences réussies observées dans les pays qui ont adopté le dépistage de masse de la population et qui, grâce à cette mesure, ont réussi à mieux contrôler la transmission du SRAS-CoV-2.

Pour la mise en place des CDR et l'expansion de la capacité technique pour effectuer des tests RT-PCR, il a été nécessaire d'établir des partenariats avec des institutions et des universités, ainsi que de mobiliser le travail bénévole et la participation des populations. Bien que ces données soulignent la fragilité du système de santé et le manque de ressources humaines pour faire face à la Covid-19, l'expansion des infrastructures technologiques, grâce au soutien de laboratoires privés et d'universités, est préconisée comme une bonne alternative pour répondre

à la pandémie (Albuquerque, 2020). De plus, le travail bénévole a été considéré comme une solution rapide à mettre en œuvre face à la demande existante à l'époque (Kabad *et al.* 2020; Lopes *et al.* 2021).

## Conclusion

Bien que la vulnérabilité sociale soit un facteur aggravant de la pandémie de Covid-19, les ISS n'ont pas été prises en compte dans la formulation de l'intervention de dépistage dans l'État d'Amazonas, au Brésil. Une sélection de groupes prioritaires a été réalisée en fonction des critères de vulnérabilité à l'exposition au SRAS-CoV-2 et des personnes atteintes d'une maladie grave. Ces critères ont reposé sur une inégalité contextuelle imposée par l'impossibilité de prendre certaines des mesures de protection les plus importantes à l'époque, notamment la quarantaine et l'isolement social.

Les personnes élaborant les politiques de santé doivent reconnaître l'importance de prendre en compte les ISS lors de la formulation des interventions de santé publique, telles que celles de dépistage de masse, afin d'élaborer des politiques équitables. Il est nécessaire de disposer d'un système de santé capable de réagir rapidement et efficacement, grâce à l'utilisation de données épidémiologiques basées sur des expériences antérieures d'urgences sanitaires, en plus de la nécessité d'investir davantage dans les ressources technologiques et humaines en santé.

## Références

- Albuquerque, Nila Larisse Silva de. 2020. “Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Plano de Contingência Nacional”. *Cogitare Enfermagem* 25 (abril). <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659>.
- Bambra, Clare; Lynch, Julia; Smith, Katherine E. 2021. *The unequal pandemic: COVID-19 and health inequalities*. Bristol, UK: Policy Press.
- Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha, *et al.* « Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. » *Saúde em debate* 45(2021): 1126-1139.
- Baqui, Pedro; Bica, Ioana; Marra, Valerio; Ercole, Ari; Van der Schaar, Mihaela. 2020. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health* (8) : e1018-26. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930285-0>
- Burki, Talha. 2020. “Mass Testing for COVID-19”. *The Lancet Microbe* 1(8): e317. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(20\)30205-6](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(20)30205-6).
- Campbell, Mhairi, Srinivasa VittalKatikireddi, Tammy Hoffmann, Rebecca Armstrong, Elizabeth Waters, e Peter Craig. 2018. “TIDieR-PHP: A Reporting Guideline for Population Health and Policy Interventions”. *BMJ*, maio, k1079. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1079>.
- Da Silveira MC, Costa E de A. Busca ativa ou testagem em massa? *Cad Ibero Am Direito Sanit* 9(4): 188-91. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/741>

De Araujo Oliveira, Sydia Rosana, Aletheia Soares Sampaio, Ana Lucia Vasconcelos, Gisele Cazarin, Amanda Zacarias, Betise Furtado, Andréa Carla Andrade, Karla Myrelle Paz de Sousa, e Valéry Ridde. 2022. “Mise en œuvre de la capacité de réponse à la COVID-19 dans un hôpital au Brésil”: *Santé Publique* Vol. 33(6): 971-78. <https://doi.org/10.3917/spub.216.0971>.

Demenech, Lauro Miranda, Samuel de Carvalho Dumith, Maria Eduarda Centena Duarte Vieira, e Lucas Neiva-Silva. 2020. “Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 23: e200095. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>.

Gallasch, Cristiane Helena, Márcia Lima da Cunha, Laríssia Admá de Souza Pereira, e João Silvestre Silva-Junior. 2020. “Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19”. *Revista Enfermagem UERJ* 28 (abril): e49596. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>.

Guichard, Anne, Ridde, Valéry, Nour, Kareen, & Lafontaine, Ginette. (2015). *REFLEX-ISS Tool – Taking better account of social inequalities in health*. Longueuil: CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie. Dans: [http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request.dl.php?api\\_user\\_id=1627688&dlkey=ZPPASC7I&content\\_type=application/pdf](http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request.dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=ZPPASC7I&content_type=application/pdf)

Hallal, Pedro Curi. 2021. “SOS Brazil: Science under Attack”. *The Lancet* 397 (10272): 373-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00141-0).

Helioterio, Margarete Costa, Fernanda Queiroz Rego de Sousa Lopes, Camila Carvalho de Sousa, Fernanda de Oliveira Souza, Paloma de Sousa Pinho, Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa, e Tânia Maria de Araújo. 2020. “COVID-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?” *Trabalho, Educação e Saúde* 18 (3): e00289121. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.

“IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística”. 2021. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 7 de setembro de 2021. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>.

Lakhani, Ali. 2020. “Which Melbourne Metropolitan Areas Are Vulnerable to COVID-19 Based on Age, Disability, and Access to Health Services? Using Spatial Analysis to Identify Service Gaps and Inform Delivery”. *Journal of Pain and Symptom Management* 60 (1): e41–44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.041>.

Magno, Laio, Thais Aranha Rossi, Fernanda Washington de Mendonça-Lima, Carina Carvalho dos Santos, Guilherme Barreto Campos, Lucas Miranda Marques, Marcos Pereira, Nilia Maria de Brito Lima Prado, e Inês Dourado. 2020. “Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (9): 3355–64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020>.

Mas Bermejo, Pedro, Lizet Sánchez Valdés, Lorenzo Somarriba López, Nelly Cristina Valdivia Onega, María Josefina Vidal Ledo, Ileana Alfonso Sánchez, Armando Seuc Jo, Yudivian Almeida Cruz, e Roberto Morales Ojeda. 2021. “Equity and the Cuban National Health System’s Response to COVID-19”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 45 (julho): 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.80>.

Mundt, Adrian P. 2021. “Assessing Government Responsibility for COVID-19 Deaths”. *The Lancet* 397 (10282): 1345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00529-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00529-8).

Ost, Katarina, Louise Duquesne, Claudia Duguay, Lola Traverson, Isadora Mathevet, Valéry Ridde, e Kate Zinszer. 2021. “Large-Scale Infectious Disease Testing Programs Have Little Consideration for Equity: Findings from a Scoping Review”. *Journal of Clinical Epidemiology*, novembro, S0895435621003826. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.11.030>.



Pacifico, Amanda Cristina Nunes, Ana Claudeise Silva do Nascimento, Dávila Suellen Souza Corrêa, Iaci Menezes Penteado, João Paulo Borges Pedro, Maria Cecilia Rosinski Lima Gomes, e Uende Aparecida Figueiredo Gomes. 2021. “Tecnologia para acesso à água na várzea amazônica: impactos positivos na vida de comunidades ribeirinhas do Médio Solimões, Amazonas, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública* 37 (3): e00084520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00084520>.

Quinino, Louisiana Regadas de Macedo, Flávia Helena Manhães Vasconcellos, Isabel Soares Diniz, Lucilene Rafael Aguiar, Yasmim Talita de Moraes Ramos, e Fernanda De Bastiani. 2021. “Aspectos espacial e temporal e fatores associados à interiorização da COVID-19 em Pernambuco, Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva* 26 (6): 2171–82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.00642021>.

Raffle, Angela E, Allyson M Pollock, e Louisa Harding-Edgar. 2020. “COVID-19 Mass Testing Programmes”. *BMJ*, agosto, m3262. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3262>.

Sabino, Ester C. *et al.* « Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. » *The Lancet* 397.10273 (2021): 452-455.

Savard Lamothe, Ashley; Gabet, Morgane; Richard, Zoé; Oliveira, Sydia Rosana de Araujo; Coulibaly, Abdouramane; Cazarin, Gisèle; Zacarias, Amanda; Gautier, Lara; Ridde, Valéry; Zinszer, Kate. 2022. A Descriptive Comparison of Mass Testing During the COVID-19 Pandemic in Montreal, Paris, Bamako, and Recife. *Int J Public Health* (67) <https://www.ssph-journal.org/articles/10.3389/ijph.2022.1604992/full>

Silva LLS da, Lima AFR, Polli DA, Razia PFS, Pavão LFA, Cavalcanti MAF de H *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad Saude Pública*. 2020 36(9): e00185020. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000905003&tlnq=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000905003&tlnq=p)  
t



# 19. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans une intervention de réponse à la pandémie de Covid-19 en Île-de-France : "faire dans la dentelle" en temps de crise sanitaire?

ZOË RICHARD, FANNY CHABROL, LARA GAUTIER, KATE ZINSZER,  
VALÉRY RIDDE

## Résumé

En France, différentes études ont montré l'existence d'inégalités significatives de mortalité associées à la Covid-19, corrélées à l'influence de déterminants sociaux de la santé. Les interventions de santé publique sont susceptibles d'accroître les inégalités sociales de santé (ISS) lorsque ces dernières ne sont pas prises en compte dès leur formulation. L'objectif de notre enquête est d'analyser la prise en compte des ISS dans la formulation de deux interventions clés de lutte contre l'épidémie de Covid-19 en France : le dépistage et le suivi des contacts.

Nous avons mené une étude de cas qualitative focalisée sur l'une des premières interventions de santé publique (CoviTCT) mise en place en Île-de-France. Nous avons mené 33 entretiens avec diverses personnes

impliquées plus ou moins directement dans la formulation de CoviTCT, collecté des documents et matériaux audiovisuels en lien avec l'intervention.

Nos résultats révèlent l'absence d'une vision commune des ISS dans le cadre de la formulation de CoviTCT malgré une préoccupation généralisée pour les questions d'inégalités. Ils mettent en évidence la prédominance de choix basés sur un référentiel épidémiologique lors de la formulation de l'intervention et la complexité de la structuration et de la mise en œuvre de partenariats intersectoriels propices à la prise en compte des ISS dans le contexte pandémique.<sup>1</sup>

**Mots-clés :** Covid-19, inégalités sociales de santé, dépistage, suivi des contacts, santé publique

## Introduction

Le contexte de la pandémie de Covid-19 a mis en exergue une pluralité d'inégalités. De nombreuses études internationales ont mesuré l'ampleur des inégalités liées à la pandémie de Covid-19 (Bambra *et al.* 2020). Elles révèlent des inégalités raciales et ethniques, socio-économiques ou territoriales de mortalité associées à la Covid-19, y compris en France (Mangeney *et al.* 2020). S'ajoutant à des inégalités sociales lui préexistant, la pandémie de Covid-19 a accentué le problème mondial des inégalités sociales de santé (ISS) (Marmot et Allen 2020). De ce fait, le contexte de la pandémie de Covid-19 aurait pu constituer une conjoncture favorable à la mise en œuvre d'une solution pour s'attaquer à la problématique majeure des ISS.

1. Ce chapitre est une traduction inspirée de l'article Richard, Z., F. Chabrol, L. Gautier, K. Zinszer, et V. Ridde. 2023. "Considering social inequalities in health in COVID-19 response: insights from a French case study". *Health Promotion International* 38(1).

Le dépistage et le suivi des contacts ont été deux interventions centrales dans la réponse à la pandémie de Covid-19. Différentes études ont montré l'impact d'une situation socio-économique vulnérable (Vandentorren *et al.* 2022) ou de l'appartenance ethnique (Benitez, Courtemanche et Yelowitz 2020) sur le taux de dépistage. Il était de façon générale plus élevé parmi les populations privilégiées sur le plan socio-économique. Les interventions de santé publique sont en effet susceptibles d'augmenter les ISS si leur formulation ne tient pas compte des besoins de la population (Ridde et Guichard 2008; Guichard *et al.* 2019). Les interventions qui respectent le principe de l'universalisme proportionné sont efficaces pour limiter ou réduire l'impact des maladies infectieuses dans une perspective d'équité. Ce principe veut que l'intervention soit mise en œuvre universellement, pour tous et toutes, mais que certaines activités soient spécifiquement adaptées aux besoins particuliers de sous-groupes de la population. Ces adaptations tiennent compte du gradient social, qui associe position dans la hiérarchie sociale et état de santé des individus, dans la distribution du problème de santé considéré.

En France, les interventions de dépistage et de suivi des contacts ont été généralisées comme des « mesures spécifiques devant permettre la maîtrise du risque épidémique » (Castex 2020) par la commission chargée d'élaborer la stratégie nationale de sortie du confinement, entrée en vigueur le 11 mai 2020. Dans ce chapitre, nous analysons la manière dont les ISS ont été prises en compte dans la formulation des interventions Covid-19 de dépistage et de suivi des contacts.

## Méthode

Nous avons mené une étude de cas qualitative dont l'objet d'étude était une intervention pilote de réponse à l'épidémie de Covid-19 en France. Nous nous sommes concentrés sur l'intervention CoviTCT<sup>2</sup>, car il s'agissait de l'une des premières interventions à proposer le dépistage du SRAS-CoV-2, le suivi des contacts ainsi qu'une aide à l'isolement à la population générale de la région Île-de-France. Initialement pilotée par l'établissement public hospitalier régional, l'intervention a débuté en avril 2020 et s'est prolongée au cours des mois suivants. L'analyse a porté sur la période correspondant aux première et deuxième vagues de Covid-19, de mars à décembre 2020.

Une phase exploratoire (septembre à novembre 2020) consistant en une revue d'articles de presse, de la littérature grise et une analyse de documents de travail a permis l'identification des membres clés de la formulation de CoviTCT. En utilisant une stratégie d'échantillonnage ciblé, nous avons atteint une diversification en ciblant une variété de personnes impliquées dans la formulation de CoviTCT, à la fois dans ses antennes centrale et locales (Figure 1). Elles reflètent une forme de diversification à travers leurs emplacements géographiques et leurs zones de recrutement (Figure 1).

L'antenne A couvrait des quartiers socio-économiquement diversifiés du nord de Paris, des quartiers riches aux quartiers défavorisés.

L'antenne B couvrait une zone du département de la Seine-Saint-Denis, l'un des plus pauvres de la France métropolitaine, rassemblant une grande proportion de populations immigrées.

2. Pour des questions d'anonymat, le nom de l'intervention a été substitué par "CoviTCT", qui fait référence à "Covid Testing and Contact-Tracing".

L'antenne C couvrait certains quartiers sud de Paris, comprenant des quartiers aisés et des classes moyennes supérieures.

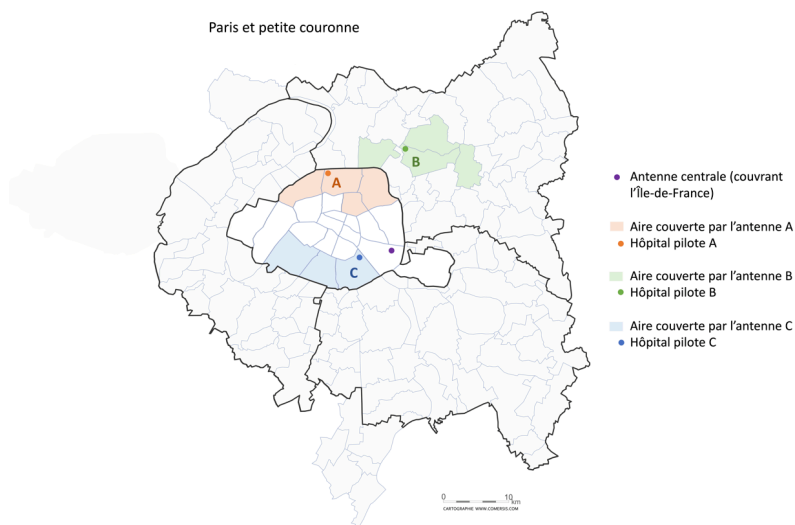


Figure 1 : Principaux sites d'investigation CoviTCT, ©Z. Richard, Ceped, IRD, 2021 | Source : © comersis.com.

Notre étude a principalement ciblé les antennes A et B et leurs membres, étant donné l'accent mis sur les ISS dans notre enquête. Le site C a été exploré de manière moins approfondie, mais a été inclus dans le cadre de notre stratégie de diversification, et parce qu'il était étroitement lié à l'antenne centrale de CoviTCT. Des acteur-ric-e-s clés impliqué-e-s dans la réponse gouvernementale à la pandémie ont également été interrogé-e-s afin de mieux comprendre le contexte général dans lequel CoviTCT a été conçue.

Entre novembre 2020 et mai 2021, nous avons collecté divers contenus de presse, de la littérature grise et des documents de travail partageables (n = 15). Entre décembre 2020 et mai 2021, la première auteure a mené des entretiens semi-dirigés avec 21 femmes et 15 hommes d'âges variés (entre 20 et 65 ans), principalement des responsables et membres clés dans les antennes centrales et locales CoviTCT (médecins d'hôpitaux publics pour l'antenne centrale et l'antenne B; médecins généralistes urbains pour les antennes A et C). Ces personnes relevaient pour la plupart du secteur médical. Nous avons également interrogé des professionnel·le·s de la santé publique issu·e·s de diverses agences publiques, des professionnel·le·s de l'humanitaire, des membres d'organisations associatives de la société civile et d'autres profils (par exemple, des étudiant·e·s ou jeunes professionnel·le·s impliqué·e·s dans CoviTCT en tant que bénévoles). Les entretiens ont été menés sur la base de l'outil Reflex-ISS (Guichard *et al.* 2019), distinguant trois dimensions de la formulation des interventions au regard des ISS : (i) l'analyse des problèmes et des besoins; (ii) les objectifs, la justification et la formulation de l'intervention; (iii) les partenariats intersectoriels et la participation de la population cible. Cet outil de promotion de la santé entend faciliter la prise en compte des ISS à chaque étape des interventions de santé publique (de leur formulation à leur évaluation) dans une perspective d'équité. Au-delà de l'accent mis sur la thématique des ISS, les entretiens ont également donné lieu à une discussion ouverte sur la trajectoire des personnes rencontrées, la façon dont elles percevaient leur travail ou leurs réflexions sur la pandémie et les ISS. Nous avons réalisé 33 entretiens (avec 36 personnes au total) entre le 11 novembre 2020 et le 24 avril 2021, dont 19 avec des personnes ayant été directement impliquées dans la formulation de CoviTCT (Figure 2).



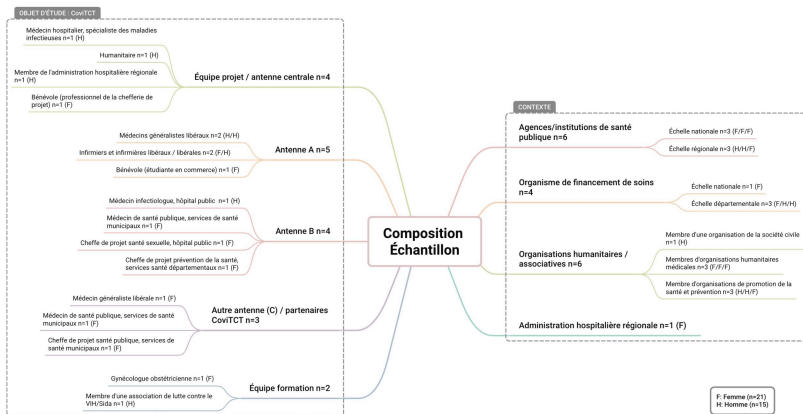


Figure 2 : Composition de l'échantillon de l'étude.

Notre étude repose sur une stratégie d'analyse à la fois inductive et déductive. Dans le cadre de l'analyse inductive, les transcriptions des entretiens ont été relues plusieurs fois et annotées pour analyser finement les propos des participant-e-s. Cette analyse inductive a favorisé l'émergence d'éléments originaux concernant le profil sociologique et la trajectoire des personnes répondantes, leurs discours et leurs représentations concernant la pandémie, leur métier, leur fonction dans la réponse à la pandémie. Dans le cadre de la stratégie d'analyse déductive, l'ensemble des données a été traité à l'aide du logiciel MaxQDA. Les thèmes émergeant de l'analyse inductive ont été regroupés autour des trois dimensions de la formulation de l'intervention proposées Reflex-ISS. Dans la section suivante, les résultats sont présentés en suivant l'ordre des trois dimensions de la formulation de l'intervention proposées par l'outil Reflex-ISS. Les titres reflètent les principaux éléments qui ont émergé du terrain dans chacune de ces dimensions.

## Résultats

### Lutter contre les ISS en contexte pandémique : entre urgence et ambivalences

#### *Les ISS au second plan, derrière l'urgence sanitaire*

Une certaine ambivalence entoure la notion d'ISS parmi les membres de CoviTCT. La disponibilité qu'ils ont accordé à la réalisation d'un ou plusieurs entretiens à ce sujet malgré la permanence d'une charge de travail intense, ainsi que la curiosité dont ils nous ont fait part à l'égard des futurs résultats, témoignaient de leur intérêt pour cette problématique. Cependant, aucun des documents de travail recueillis ne mentionnait les ISS. En outre, ces dernières n'ont que rarement été évoquées spontanément par les personnes répondantes malgré la mention explicite de notre questionnement autour des ISS à chaque début d'entretien.

À plusieurs reprises, les questions portant sur la prise en compte des ISS apparaissaient secondaires, voire décalées. Certaines personnes répondantes réorientaient les questions sur des enjeux qui leur apparaissent plus cruciaux : le développement des collaborations entre médecine de ville et médecine hospitalière ou le manque de cohérence de la réponse à la pandémie. Plusieurs soulignaient plus ou moins explicitement le caractère subalterne de la prise en compte des ISS dans le contexte de crise sanitaire. Une médecin généraliste a par exemple affirmé l'incompatibilité du contexte de crise sanitaire avec une action proportionnée aux besoins des sous-groupes de la population. Assimilant prise en compte des ISS et « dentelle », elle expliquait que « dans cette situation [de crise sanitaire], on ne fait pas dans la dentelle ». Les discours recueillis ont en grande majorité pris la forme de récits d'actions et de

tension positive insistant sur l'urgence temporelle et sanitaire, peu propices à la réflexion critique. Pour la majorité des personnes impliquées dans l'intervention, l'urgence associée à la problématique épidémique apparaissait reléguer au second plan celle des ISS.

## Diverses perceptions des ISS : les spectres de la pauvreté et de l'exclusion

Les données recueillies révèlent le caractère polysémique et l'absence de vision commune entourant la notion d'ISS parmi les membres de CoviTCT. Les populations migrantes sont apparues comme la représentation dominante associée aux ISS, quel que soit le parcours professionnel des personnes répondantes. Plutôt que de parler d'ISS, elles ont souvent mis l'accent sur les populations en situation de pauvreté et/ou d'exclusion sociale. Elles ont fréquemment utilisé un vocabulaire interchangeable : populations « en situation de vulnérabilité », « en difficulté » ou « en situation précaire ».

Les personnes répondantes appréciaient différemment la problématique des ISS. Le champ d'activité, le territoire d'action et l'expérience de la réponse aux épidémies, notamment les plus socialement différenciées, sont apparus comme des facteurs – non exclusifs – corrélés à différentes visions des ISS. Ces dernières peuvent être situées sur un continuum allant d'une vision biomédicale des ISS (focalisation sur le virus, stratégie universelle ou ciblée sur les populations en situations de grande précarité et/ou grande exclusion, absence de connaissances formelles sur la notion d'ISS) à une vision de promotion de la santé (focalisation sur les ISS, stratégie sur les déterminants sociaux de la santé, prise en compte du gradient social de santé par l'universalisme proportionné, connaissances formelles sur la notion d'ISS). Les professionnel-le-s de la médecine libérale exprimaient davantage une vision biomédicale. Les professionnel-le-s de la médecine publique ou de l'humanitaire ainsi que

les professionnel·le·s de la santé publique avaient tendance à se concentrer davantage sur une vision promotion de la santé des ISS. Enfin, les personnes ayant une expérience significative de la réponse aux épidémies (particulièrement tuberculose ou VIH/Sida), apparaissaient plus familières de la notion d'ISS que celles n'ayant peu ou pas d'expérience dans le domaine.

## Un consensus : la dimension inégalitaire de la pandémie

L'intégralité des personnes répondantes s'accordaient sur la dimension inégalitaire de la pandémie de Covid-19. Selon les individus rencontrés, ce constat apparaissait associé à une forme de sensibilité humanitaire pour ces problématiques, un intérêt généralisé pour les questions de santé publique, et/ou une préoccupation pour les inégalités résultant de leur expérience sur le terrain dans le cadre des efforts de réponse à la pandémie de Covid-19.

Toutes les personnes interrogées ont convenu que différents facteurs socio-économiques risquaient d'accroître la vulnérabilité de certaines populations au risque d'infection par le SRAS-CoV-2. La plupart des participant·e·s ont souligné différents attributs du logement (taille, nombre d'habitants, (in)salubrité) comme des éléments à considérer. Ils sont identifiés comme susceptibles de favoriser la circulation virale entre les personnes y évoluant et de les empêcher de mettre en œuvre les mesures permettant de s'en protéger. Il en allait de même pour la précarité économique, identifiée comme pouvant empêcher d'accéder aux équipements de protection individuelle (EPI). Quelques participant·e·s ont mentionné des obstacles liés à la langue et aux connaissances en matière de santé pour comprendre l'objectif et l'orientation des différentes mesures de réponse à l'épidémie.

# Le défi de l'opérationnalisation de la lutte contre les ISS en période de crise sanitaire

## *Référentiel biomédical, pragmatisme et adaptations en contexte d'urgence*

La formulation de CoviTCT a débuté en avril 2020. Elle s'est déroulée dans un contexte d'incertitude scientifique concernant le virus et ses modes de transmission, ainsi que de pénurie de tests en raison de contraintes matérielles et de ressources. Anticipant la levée progressive des restrictions de confinement et l'augmentation de la transmission virale, un médecin hospitalier spécialisé dans les maladies infectieuses et tropicales, ayant une importante expérience humanitaire, a lancé CoviTCT. Cette intervention pilote de réponse à l'épidémie reposait sur le travail d'équipes mobiles se rendant au domicile des patient·e·s pour y réaliser dépistage, suivi des contacts, et conseils d'aide à l'isolement. L'intervention découlait du transfert d'un modèle précédemment mis en œuvre en Haïti pour lutter contre une épidémie de choléra.

L'intervention consistait en la mise en œuvre d'une intervention centrée autour des cas<sup>3</sup>. Cette stratégie préconisait le déploiement de l'intervention autour des cas avérés et suspects de Covid-19 (« hotspots ») selon un mécanisme en trois temps : détection, analyse, réponse. L'étape de la détection illustre la force de l'argumentaire épidémiologique et la position centrale du virus dans la stratégie de l'intervention. La présence avérée ou confirmée du virus motivait l'intervention des équipes.

Cette logique de détection apparaissait en décalage avec une approche de réduction des ISS :

3. Traduction de "case targeted intervention", terme anglais caractérisant la stratégie d'intervention adoptée dans CoviTCT.

*J'avais émis des propositions comme je vous dis sur les unités mobiles, aller vers les publics les plus vulnérables pour rétablir certaines inégalités et d'aller vers les publics qui n'allaient pas se saisir du dispositif. [...] Je crois que ma proposition était peut-être un peu surprenante et puis ce que j'avais compris c'est que ça marchait pas comme ça [...]. Pour eux je pense que ma proposition était un peu abstraite. (Partenaire CoviTCT, ONG de lutte contre le VIH/Sida)*

Pourtant, les personnes impliquées dans les premières étapes de la formulation du CoviTCT revendiquaient au cours de nos échanges leur volonté de se démarquer des stratégies gouvernementales de réponse à l'épidémie critiquées pour leurs dimensions uniforme et coercitive. L'intervention avait été conçue comme « pragmatique », basée sur la confiance et « contextualisée ». CoviTCT comprenait en effet une composante sociale visant à rendre la stratégie opérationnelle compatible avec une diversité de situations sociales, et donc à améliorer son acceptabilité. Les équipes mobiles déployées ont donc pu faire appel à des services humanitaires, associatifs, ou sociaux locaux pour mettre en place des formes de soutien social (hébergement, livraison de provisions, de médicaments) pendant la période d'isolement. Si le cadre de prestation médicale de CoviTCT était clairement défini (prélèvement de l'échantillon pour le dépistage, questionnaire médical...) sa formulation laissait une large place à l'improvisation concernant la composante sociale de l'intervention. Celle-ci, moins discutée et moins formalisée, a été fortement associée à la capacité d'adaptation et d'improvisation des équipes de terrain. La formulation centralisée de CoviTCT a permis de fournir un modèle opérationnel général commun à tous les sites. En raison de l'urgence temporelle de la situation et des risques sanitaires, CoviTCT a été mise en œuvre moins d'une semaine après le début de sa formulation. Le processus de formulation s'est alors prolongé parallèlement à sa mise en œuvre. Les antennes locales ont développé et

expérimenté des modèles opérationnels adaptés à leur contexte, ce qui a entraîné des différences non-négligeables entre les antennes, notamment au regard de la prise en compte des ISS.

### *Diversité des tentatives et des formes de prise en compte des ISS dans l'intervention*

Des différences se sont dessinées entre les antennes parisiennes (A et C) et l'antenne de la banlieue nord de Paris (B) en ce qui concerne la façon dont les ISS ont été prises en compte dans la formulation de leurs modèles opérationnels respectifs. Initialement centrée sur les visites à domicile, l'antenne locale A a ouvert un centre de dépistage en octobre 2020. Jusqu'en décembre 2020, il était nécessaire d'être référé par un médecin pour y accéder. La coordinatrice de l'antenne expliquait qu'à l'approche des potentiels rassemblements lors des fêtes de fin d'année, l'équipe a « fait sauter les verrous » pour encourager le dépistage de masse de la population. Conformément à une vision médicale traditionnelle de la relation soignant·e-soigné·e, la confiance a été soulignée comme le principal facteur d'adhésion à l'intervention dans cette antenne. Les déterminants socio-économiques n'ont pas toujours été reconnus comme impactant la mise en œuvre de l'intervention.

Du côté de l'antenne périphérique B, le choix de s'organiser autour d'un réseau municipal de santé s'est vu motivé par « une véritable envie d'aller au plus proche des gens et [de toucher] une population particulièrement précaire par rapport à la médecine libérale », selon l'ancienne coordinatrice de l'antenne. Les visites à domicile proposées par cette antenne faisant l'objet de nombreux refus, son modèle opérationnel a été rapidement adapté. Afin d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité de l'intervention, une alternative de dépistage et de suivi des contacts a été développée au sein de centres du réseau municipal de santé, de cabinets libéraux et d'un hôpital public local. Les patient·e·s pouvaient se présenter sans rendez-vous, contrairement aux sites A et C. Les personnes

impliquées dans la formulation du modèle du site B ont formulé une réflexion critique sur le modèle CoviTCT et leur propre action en matière de lutte contre les ISS. Lors de l'entretien, l'initiateur du site B a souligné un « manque très clair de perception des inégalités dans le département », au sein de l'équipe ayant conçu le modèle opérationnel initial de CoviTCT. Il a insisté sur la nécessité d'adapter le modèle d'intervention au contexte socio-économique local.

## « Partenariats » intersectoriels en temps de crise sanitaire : entre collaborations et formes de défiance

### *D'une hypercentralisation à la multiplication des acteurs*

Au début de l'épidémie, la formulation de CoviTCT s'est caractérisée par sa dimension hypercentralisée. L'approche générale de l'intervention a été pensée par un nombre réduit de membres influents de l'institution hospitalière publique régionale, avant qu'une multiplicité d'acteurs et d'actrices de différents secteurs ne soient progressivement impliqués. La mise en œuvre de l'intervention a été rendue possible par la mobilisation massive de volontaires bénévoles, dont plusieurs centaines d'étudiant·e·s et de jeunes professionnel·le·s. La plupart des volontaires ont rejoint les équipes de terrain, après une formation théorique d'une demi-journée. Élaborée par une association de lutte contre le VIH/Sida ayant une grande expérience dans le domaine des ISS, la formation comprenait des modules sur l'interculturalité, l'entretien motivationnel et la posture de non-jugement. La participation des bénéficiaires dans l'intervention a pris la forme d'un partenariat entre les patient·e·s et les équipes de terrain dans le cadre du processus de suivi des contacts et d'organisation de l'isolement. L'implication des bénéficiaires n'a pas concerné le niveau plus structurel de la formulation de l'intervention.



Les profils des membres des équipes variaient selon les antennes CoviTCT. L'influence de l'initiateur de chaque site est apparue déterminante dans la (re)mobilisation de réseaux préexistants à la pandémie. Le médecin de l'hôpital public ayant lancé CoviTCT a mobilisé d'anciens collègues humanitaires, ainsi que des collègues du milieu hospitalier. Progressivement, suivant une volonté de ne pas adopter une approche centrée sur l'hôpital, CoviTCT a été de plus en plus repris par des acteurs et actrices de la médecine de ville, libérale ou publique. Les médecins généralistes libéraux qui ont participé à lancer les antennes A et C ont par exemple largement mobilisé les Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS) locales. De ce fait, ces deux antennes reposaient sur l'implication d'une majorité de professionnel-le-s des champs médicaux et paramédicaux libéraux. Concernant l'antenne B, les initiateurs hospitaliers se sont appuyés sur le réseau de santé public municipal et territorial déjà mobilisé dans la lutte contre d'autres maladies infectieuses (tuberculose, VIH/Sida). Par conséquent, les principales personnes impliquées étaient membres de services de santé municipaux, professionnel-le-s de l'hôpital ou de santé libéraux mobilisé-e-s via leur organisation représentative.

Une dynamique d'élargissement similaire a été observée concernant les organisations dites « partenaires » de l'intervention. Des services publics locaux ainsi que des organisations associatives ont été impliqués en fonction des besoins. L'été 2020 a également été associé à l'augmentation, en nombre et en puissance, des responsables clés impliqué-e-s dans le déploiement des stratégies gouvernementales de dépistage et de suivi des contacts avec lesquels s'est articulée CoviTCT. Cette dynamique a rassemblé de nombreux partenaires intersectoriels, y compris des associations et des ONG médicales, des municipalités, services sociaux et/ou de santé publique. Les personnes répondantes soulignaient avoir apprécié cette collaboration multi-sectorielle et décentralisée, considérée comme une occasion précieuse d'expérimenter une structure de gouvernance alternative, différente des silos traditionnels du système de santé. Toutefois, elles insistaient aussi sur les défis de ces

collaborations. Donner vie à ces « partenariats intersectoriels » s'est révélé complexe du fait des manques de ressources chroniques, des rapports de pouvoir et incompréhensions persistant entre les personnels de différents secteurs, notamment au regard de la problématique des ISS.

### *Faire face aux complexités des « partenariats » intersectoriels*

Au cours des entretiens, les personnes répondantes ont mentionné différentes barrières à la mobilisation de partenaires intersectoriels. Malgré ses tentatives, l'équipe de l'antenne A n'est pas parvenue à mobiliser des assistant·e·s sociaux·ales du fait d'un manque de ressources humaines, de complexités administratives et des craintes liées à la situation épidémique. Si d'autres exemples de mobilisation de collaborations intersectorielles se sont avérés fructueux, la dimension équitable des collaborations peut être relativisée. Les professionnel·le·s du champ médical ou paramédical ont été majoritaires dans le processus de formulation. À l'inverse, les organisations associatives et les acteurs et actrices du champ social ont été impliqué·e·s au fil des besoins identifiés sur le terrain, développant une action plus centrée sur l'opérationnel. Ces personnels ont aussi constitué un vecteur de ressources humaines complémentaires pour la mise en œuvre de l'intervention.

La persistance de conflits, de formes d'opposition, de déséquilibres dans les rapports de pouvoir et de concurrences entre acteurs et actrices de différents secteurs a été fréquemment évoquée au cours des entretiens. S'inscrivant dans des débats anciens entre différentes cultures professionnelles, certaines divergences concernaient directement la problématique des ISS et les modalités de leur prise en compte, à l'image des discordances entre médecine libérale de ville et hospitalière :

*Nous, on avait monté [notre action] comme une opération purement de santé publique, la dimension financière n'intéressait pas et n'intervenait pas dans mon esprit et là je me suis heurté à cette*

*première chose qui était que les généralistes libéraux en tout cas via leur organisation [...] voulaient des garanties que leurs patients leur échapperaient pas [...] et ça moi je suis tombé de ma chaise parce que je me suis dit mais qu'est-ce ces considérations-là viennent voir alors qu'on est en pleine crise sanitaire et que les gens tombent comme des mouches. (Infectiologue, membre de l'antenne Nord de Paris)*

Ces désaccords n'ont toutefois pas empêché la structuration d'une collaboration précieuse par la suite. Les collaborations expérimentées entre médecine hospitalière et médecine de ville ont été fréquemment mentionnées par les personnes répondantes comme l'un des succès de l'intervention. Elles livraient un discours plus mitigé sur certaines (non)collaborations, notamment entre le secteur médical et celui de la santé publique entre lesquels des formes de défiance et d'incompréhension ont persisté aux dépens de démarches de réduction des ISS.

## **Discussion**

Notre étude de cas a mis en lumière certains des défis soulevés par la prise en compte des ISS dans la formulation des CoviTCT dans la riposte à la Covid-19 en Île-de-France (Tableau 1).

<b>Analyse du problème et des besoins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dépit d'une préoccupation généralisée pour la dimension inégale de la pandémie, les inégalités sont apparues secondaires dans le contexte d'urgence épidémique.</li> <li>• Les membres de CoviTCT ne partageaient pas une compréhension consensuelle des ISS, qui étaient souvent associées à des situations de pauvreté et d'exclusion.</li> </ul>
<b>Objectifs, justifications et formulation de l'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formulation de CoviTCT a été précipitée par la situation d'urgence épidémique.</li> <li>• CoviTCT est basée sur un référentiel biomédical qui a prévalu durant la formulation de l'intervention.</li> <li>• La composante sociale de l'intervention soutient son volet d'activités cliniques en considérant les inégalités.</li> <li>• Les différentes antennes de CoviTCT présentaient différentes approches de réduction ou de lutte contre les ISS.</li> </ul>
<b>Partenariats intersectoriels et participation de la population cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnel-le-s du champ (para)médical étaient prévalent-e-s dans la formulation de CoviTCT.</li> <li>• De multiples partenaires intersectoriels ont progressivement été impliqués dans l'intervention.</li> <li>• Les défis relatifs à la mobilisation et la mise en œuvre de partenariats intersectoriels ont complexifié une action collective visant à lutter contre les ISS dans CoviTCT.</li> </ul>

Tableau 1. Liste des principaux résultats par dimension de la formulation de l'intervention.

Les résultats ont révélé la diversité des visions et des appréhensions des ISS parmi les membres de CoviTCT, ainsi que la complexité de la mobilisation et de la mise en œuvre des partenariats intersectoriels. L'intervention étudiée a pris racine et s'est inscrite dans un contexte complexe de « crise organisationnelle » (Bergeron *et al.* 2020), de sidération généralisée et d'incertitude scientifique accrue. Nos résultats mettent en exergue une formulation de l'intervention reposant sur la mobilisation de configurations existantes d'acteurs et actrices, de modèles stratégiques et opérationnels préexistants : un phénomène largement observé dans les processus de prise de décision en contexte de crise (Graham et Zelikow 1999).

L'urgence d'agir sans délai a précipité le processus de formulation de CoviTCT et a conduit à sa centralisation initiale autour de professionnel-le-s des champs médical et paramédical. À l'image de la réponse à la pandémie en France, le manque de préparation a donné lieu à une surreprésentation des élites médicales par rapport aux

professionnel·le·s et institutions de santé publique (Rozenblum 2021). Ces circonstances ont laissé peu de place à la co-création ou la structuration de l'action collective autour de la prise en compte des ISS dans la formulation de CoviTCT.

Parmi les membres de CoviTCT a primé une assimilation de la problématique des ISS aux situations de grande précarité ou de grande exclusion et aux populations migrantes, soit à l'extrémité du gradient social de santé. S'inscrivant dans la continuité d'une pratique française de longue date (Aïach 2008; Fassin *et al.* 2000), ces résultats reflètent les enjeux de perception des ISS et plus largement des enjeux populationnels par les professionnel·le·s du champ sanitaire. La formation et la culture professionnelle de ces professions ne laissent que peu de place à ces questions (Carini-Belloni et Vuattoux 2020).

L'analyse des politiques publiques invite à s'attarder sur les représentations du problème des ISS et sa problématisation (Bacchi 2016) dans le contexte pandémique. Initialement conçue et mise en œuvre pour répondre à une urgence médicale humanitaire (le choléra) en Haïti, l'intervention a été transférée en urgence en France pour lutter contre la Covid-19. Pour Ridde et Guichard, « la manière dont les causes des inégalités de santé sont comprises et socialement construites influencera non seulement la décision d'agir mais aussi les méthodes d'action » (Ridde et Guichard 2008). Cette transposition souligne les liens de CoviTCT avec les approches humanitaires, la médecine sociale et l'épidémiologie sociale, toutes largement développées dans les pays du Sud. Pour autant, centré sur le virus et les contaminations, autour des personnes positives à la Covid-19, le modèle de CoviTCT a participé à la (re)production d'un cadrage biomédical clinique prédominant dans le contexte pandémique. Dans le cadre de CoviTCT, lorsque les ISS ont été prises en compte, il s'agissait d'un élément complétant la stratégie biomédicale de l'intervention et soutenant son objectif clinique ultime : briser les chaînes de transmission virale.

Même si notre étude de cas n'a pas la prétention d'épuiser toutes les actions en France, nos conclusions entrent en résonnance avec d'autres travaux mettant en exergue la faible considération pour la promotion de la santé et de son objectif de réduction des ISS (Ndumbe-eyoh *et al.* 2021) dans la réponse à la pandémie. Notre utilisation de l'outil Reflex-ISS et d'une approche d'analyse des politiques publiques a souligné que, si la pandémie avait été l'occasion d'une « redécouverte » de la question des ISS (Kawachi 2020), elle n'a pas constitué une fenêtre d'opportunité (Kingdon 1984) suffisante à faire de leur réduction un objectif principal dans CoviTCT. Les résultats de cette enquête interrogent quant à la compréhension et la place attribuée à la prise en compte des ISS dans de telles interventions de santé publique en situation pandémique. Ils mettent en lumière le rôle crucial du travail sur les ISS en période de « routine » pour favoriser leur prise en compte en situation de crise, lors desquelles priment les *standard operating procedures* (Graham et Zelikow 1999).

## Conclusion

Notre recherche a mis en évidence les nombreux défis de la lutte contre les ISS dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Dans la formulation de CoviTCT, une approche biomédicale a prévalu aux dépens d'une vision collective et d'une action intersectorielle ciblant les ISS. Cette approche biomédicale des interventions de santé publique et l'omission des ISS dans leur formulation est fréquente en France.

Positionner une approche de réduction des ISS en complément des stratégies biomédicales dominantes peut atténuer certains des effets inévitables d'une intervention. Cependant, cela ne suffit pas à remédier à leur nature systémique et structurelle (c'est-à-dire, en amont). L'expérience de la pandémie de Covid-19 met en évidence la nécessité cruciale de promouvoir et de formaliser les approches de réduction des

ISS dès la formulation des interventions de lutte contre les maladies infectieuses. Les évolutions socio-environnementales récentes suggèrent que les sursauts pandémiques risquent de se multiplier dans les prochaines années. Dans une double perspective de justice sociale et de cohérence épidémiologique, la pandémie de Covid-19 a mis en évidence la nécessité de considérer les ISS comme la base de la réponse aux maladies infectieuses, indépendamment du contexte d'urgence. Une telle évolution ne peut reposer sur la seule action individuelle des acteurs et actrices du champ de la santé. Elle ne se fera pas sans une revalorisation structurelle de la santé publique, particulièrement des courants promoteurs d'une équité en santé, qui restent marginalisés.

## Références

- Aïach, Pierre. 2008. « Conclusion ». In *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, par Pierre Aïach, 271-79. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante-9782859529840-page-271.htm>.
- Bacchi, Carol. 2016. « Problematizations in Health Policy: Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies ». *SAGE Open* 6(2): 215824401665398. <https://doi.org/10.1177/2158244016653986>.
- Bambra, Clare, Ryan Riordan, John Ford, et Fiona Matthews. 2020. « The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities ». *J Epidemiol Community Health* 74(11): 964-68. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.
- Benitez, Joseph, Charles Courtemanche, et Aaron Yelowitz. 2020. « Racial and Ethnic Disparities in COVID-19: Evidence from Six Large Cities ». *Journal of Economics, Race, and Policy* 3(4): 243-61. <https://doi.org/10.1007/s41996-020-00068-9>.

- Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel, et François Dedieu. 2020. *Covid-19: une crise organisationnelle*. <http://journals.openedition.org/lectures>. Première édition. Les Presses de Sciences Po. <http://journals.openedition.org/lectures/44142>.
- Cambon, Linda, Henri Bergeron, Patrick Castel, Valéry Ridde, et François Alla. 2021. « When the Worldwide Response to the COVID-19 Pandemic Is Done without Health Promotion ». *Global Health Promotion* 28(2): 3-6. <https://doi.org/10.1177/17579759211015129>.
- Carini-Belloni, Benoît, et Arthur Vuattoux. 2020. « Déjouer l'invisibilisation des discriminations ». *Emulations – Revue de sciences sociales*, no 35-36 (décembre): 153-67. <https://doi.org/10.14428/emulations.03536.11>.
- Castex, Jean. 2020. « Plan de préparation de la sortie du confinement ».
- Fassin, Didier, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, et Annette Leclerc. 2000. « Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé ». In *Les inégalités sociales de santé*, par Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, et Annette Leclerc, 13-24. Recherches. La Découverte. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante-9782707132475-page-13.htm>.
- Graham, Allison, et Zelikow. 1999. *Essence of decision: explaining the Cuban missile crisis*. 2e éd. Longman. [https://catalogue-bibliotheque.sciencespo.fr/discovery/fulldisplay/alma991002125549705808/33USPC\\_SPO:SPO](https://catalogue-bibliotheque.sciencespo.fr/discovery/fulldisplay/alma991002125549705808/33USPC_SPO:SPO).
- Guichard, Anne, Emilie Tardieu, Kareen Nour, Ginette Lafontaine, et Valéry Ridde. 2019. « Adapting a health equity tool to meet professional needs (Québec, Canada) ». *Health Promotion International* 34(6): e71-83. <https://doi.org/10.1093/heapro/day047>.



- Kawachi, Ichiro. 2020. « COVID-19 and the 'rediscovery' of health inequities ». *International Journal of Epidemiology* 49(5): 1415-18. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa159>.
- Kingdon, John W. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Little, Brown.
- Mangeny, Catherine, Nathalie Bouscaren, Maylis Telle-Lamberton, Adrien Saunal, et Valérie Féron. 2020. « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens ». Focus santé en Île-de-France. Paris: Observatoire régional de la santé. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-surmortalite-durant-lepidemie-de-covid-19-dans-les-departements-franciliens.html>.
- Marmot, Michael, et Jessica Allen. 2020. « COVID-19: Exposing and Amplifying Inequalities ». *J Epidemiol Community Health* 74(9): 681-82. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720>.
- Ndumbe-eyoh, Sume, Pemma Muzumdar, Claire Betker, et Diane Oickle. 2021. « 'Back to Better': Amplifying Health Equity, and Determinants of Health Perspectives during the COVID-19 Pandemic ». *Global Health Promotion*, mars, 17579759211000975. <https://doi.org/10.1177/17579759211000975>.
- Richard, Zoé, Fanny Chabrol, Lara Gautier, Kate Zinszer, et Valéry Ridde. 2023. « Considering social inequalities in health in COVID-19 response: insights from a French case study ». *Health Promotion International* 38(1): daac173. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac173>.
- Ridde, Valéry, et Anne Guichard. 2008. « 4 – Réduire les inégalités sociales de santé: aporie, épistémologie et défis ». In *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, par Christophe Niewiadomski et Pierre Aiach, 290. Recherche, santé, social. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante-9782859529840-page-57.htm>.

Rozenblum, Sarah D. 2021. « France's multidimensional COVID-19 response: Ad Hoc Committees and the Sidelining of Public Health Agencies ». In *Coronavirus Politics*, édité par Scott L. Greer, Elizabeth J. King, Elize Massard da Fonseca, et André Peralta-Santos, 264-79. The Comparative Politics and Policy of COVID-19. University of Michigan Press. <https://www.jstor.org/stable/10.3998/mpub.11927713.17>.

Vandentorren, Stéphanie, Sabira Smaili, Edouard Chatignoux, Marine Maurel, Caroline Alleaume, Lola Neufcourt, Michelle Kelly-Irving, et Cyrille Delpierre. 2022. « The Effect of Social Deprivation on the Dynamic of SARS-CoV-2 Infection in France: A Population-Based Analysis ». *The Lancet Public Health* 7(3): e240-49. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00007-X).

SECTION B : LA  
COMMUNICATION,  
L'INFORMATION ET LES  
PERCEPTIONS DES  
POPULATIONS



# 20. Du devoir d'informer au besoin de sensibiliser. La perplexité de la presse malienne en période de Covid-19

FABRICE ESCOT

## Résumé

La presse malienne a accordé une place limitée à la question des structures de prise en charge des patient·e·s en période de pandémie de Covid-19, bien qu'elle n'ait pas subi de censure ou été particulièrement affectée par les mesures de prévention.

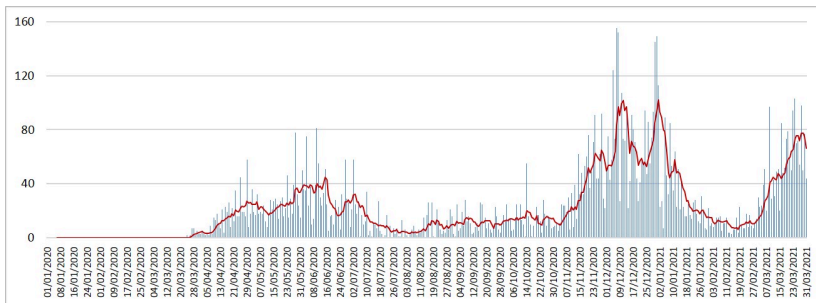
Les journalistes ont rencontré des difficultés d'accès aux sources sur la question hospitalière. Les troubles politiques ont perturbé les circuits d'information des institutions, laissant les journalistes dans un flou qu'ils n'avaient pas la capacité d'éclaircir. Pour autant, le contexte politique à lui seul ne peut expliquer la faible couverture du sujet et son caractère parfois anecdotique. L'État malien a voulu adopter une posture pragmatique face à la pandémie, avec une transparence sur la réalité épidémiologique et des mesures adaptées. Mais dans les faits, la communication à destination de la population et de la presse a été lacunaire.

La presse a abordé de nombreux aspects de la question des structures de prise en charge, certaines avec peu de suivi et d'analyse, contrairement à d'autres thématiques, comme la critique de la gouvernance ou le comportement de la population.

**Mots-clés :** Covid-19, structures sanitaires, Mali, médias, institutions

## Introduction

Le Mali a été un pays tardivement et peu affecté par la pandémie (Bonnet *et al.* 2021). Les premiers cas (patient·e·s atteint·e·s par la Covid-19) ont été déclarés le 25 mars 2020. La première vague, de mars à juillet 2020, a eu un faible taux d'incidence, avec moins de 0.1% de la population officiellement infectée et une faible létalité de 4.4% lors de la première vague. Bien que des cas aient été détectés dans les différentes régions, « presque 80% des cas identifiés ont été concentrés à Bamako et dans ses environs »<sup>1</sup> (Doumbia *et al.* 2020). La seconde vague, déclarée début novembre 2020, a été plus sévère, avec quelques pics à plus de cent nouveaux cas par jour, mais le taux d'incidence n'a officiellement pas dépassé 0.3% de la population, avec un taux de létalité de 3.8% (<https://www.covid19afrique.com/mali>).



Graphique 1 : Nombre de cas hebdomadaires au Mali et moyenne mobile /7 jours du 01/01/2020 au 31/03/2021 (source : <https://www.covid19afrique.com/mali>).

1. Traduction de l'auteur : « Nearly 80% of identified cases have been concentrated in and around the capital city of Bamako. »

Le Mali a fait partie des rares pays qui ont pu anticiper la prise en charge des patient-e-s Covid (Doumbia *et al.* 2020). Un premier « Plan de réponse » formulé dès janvier 2020, a été axé sur un principe de vigilance. Il a envisagé la question des ressources humaines en santé et a préconisé la formation des agent-e-s de santé et leur mobilisation face à la « probable » pandémie. Le « Plan d'Actions pour la Prévention et la Réponse à la Maladie à la Covid-19 », officiellement présenté le 9 mars 2020, financé par l'État et a bénéficié d'une aide financière internationale. Il était presque entièrement axé sur l'infrastructure et la capacité matérielle de dépistage et de traitement des patient-e-s, et très peu sur les ressources humaines. Il prévoyait un dispositif de prise en charge des patient-e-s dans cinq hôpitaux représentant le sommet de la pyramide sanitaire et quatre structures nationales de dépistage. Le rôle du premier niveau de la pyramide sanitaire, soit les centres de santé communautaires (CSCoM) et du second niveau, soit les centres de santé de référence (CSRéf), y a été très peu spécifié.

En 2020, la presse malienne, comme d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, comptait un grand nombre de journaux privés et d'un quotidien d'État. La liberté des médias était globalement garantie. Les journaux généralistes côtoyaient des quotidiens et la majorité des périodiques étaient plutôt concentrés sur la vie politique, souvent en faveur ou en défaveur du régime présidentiel. La décennie 2010 a vu l'émergence de sites de presse, le plus souvent généralistes (Escot 2019). La qualité journalistique, au moins pour les journaux les plus structurés, s'est graduellement améliorée (Escot 2021), avec toutefois des difficultés pour les journalistes à se détacher des informations officielles et à mener des investigations de terrain, et des difficultés à intégrer la documentation de nature scientifique, même dans la santé (Escot et Ousseini 2014; Escot 2021).

## Méthode

Une sélection empirique de journaux maliens a été effectuée sur la base d'études antérieures sur les médias : trois sites de presse exclusivement en ligne - Maliweb.net, Maliactu.net et ORTM.com (Office de radiotélédiffusion malien - ORTM - site de la télévision d'État) - et trois sites de journaux imprimés - le quotidien d'État L'Essor, le quotidien privé L'Indépendant, et l'hebdomadaire Le Journal du Mali (JDM). Sept blogs ont été sélectionnés par l'équipe de chercheurs sur la base de leur notoriété, dont un site collectif et trois blogs de journalistes. Huit sources institutionnelles ont été identifiées, dont cinq nationales - le compte Twitter et la page Facebook de la Primature (terme qui regroupe les services dépendant du Premier ministre), le site SOS Coronavirus du ministère de la Santé, le site du Centre National d'Information et d'Éducation sur la Santé (CНИЕCS) et celui de la « Coalition des Jeunes » contre la Covid-19 - et trois sources internationales - le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD), l'organisation Equal Access International, et les articles comportant le hashtag #Restons vigilants publiés sur le site des Nations-Unies (UN.org). Les articles/posts publiés entre le premier janvier 2020 et le 31 mars 2021 et comportant au moins une fois les mots clés Covid, Covid-19 ou Coronavirus ont été identifiés manuellement par un assistant de recherche. 81 journaux télévisés (JT) de 20h de l'ORTM ont été visionnés sur le site de la chaîne, sur deux périodes de respectivement 41 jours en juin-juillet 2020 et 40 jours en février-mars 2021, et les sujets d'intérêt ont été recensés et retranscrits par l'assistant de recherche. L'échantillon compte 1 465 articles de presse, 229 posts de blogueurs, 251 communications institutionnelles, 375 points de situation pandémique, et 289 sujets ORTM.

Au sein de cet échantillon, les items relatifs à la prise en charge hospitalière et aux structures de santé ont été sélectionnés grâce aux mots-clés suivants - hôpital, centre hospitalier universitaire (CHU), hospitalier, structures de santé, prise en charge, patient-e-s - et s'ils abordaient au moins un aspect du fonctionnement des structures



mentionnées en lien avec la Covid-19, tel que défini dans le rapport d'analyse qualitative mené à l'Hôpital du Mali au sein du même programme de recherche (Coulibaly 2020), cf. infra, graphique 6. Ces aspects relèvent de la gouvernance, de la rémunération ou des conditions de travail des agent·e·s de santé, des soins ou du vécu des patient·e·s. Ce corpus spécifique regroupe 122 articles de presse, 17 posts sur les blogs, 18 communications institutionnelles et 15 sujets ORTM.

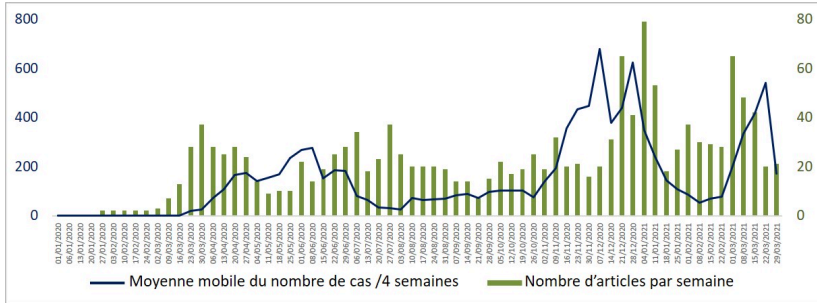
Le corpus a fait l'objet d'une analyse quantitative descriptive et qualitative de contenu réalisée manuellement par le chercheur.

Enfin, quatre journalistes ont été interviewés pour recueillir leurs explications sur quelques premiers résultats ressortant de l'analyse, notamment l'importance accordée à la Covid-19, les sources d'information et les moteurs de la critique de l'État. Dans deux journaux, un quotidien d'État et un hebdomadaire généraliste, deux entretiens ont été menés avec une journaliste ayant signé un grand nombre d'articles sur la Covid-19 (de fait, faisant partie des journalistes les plus contributeur·rice·s sur le sujet) et un secrétaire de rédaction/chef de desk. Les entretiens ont été menés et analysés par le chercheur.

## Résultats

### Une faible place accordée à la Covid-19 dans les tribunes de la presse pendant la première et la seconde vague de l'épidémie

Les sites de presse retenus ont publié 500 à 600 articles par semaine, dont en moyenne 23 sur la Covid-19 pendant la première vague, et 34 lors de la seconde vague. Ainsi, seulement 5% des articles de presse ont abordé la pandémie de Covid-19 sur la période étudiée.



Graphique 2. Moyenne mobile du nombre de cas /4 semaines et nombre d'articles de presse par semaine du 01/01/2020 au 31/03/2021.

L'analyse de la production des autres types de média montre que la faible part accordée par la presse à la Covid-19 ne lui est pas spécifique. L'ORTM n'a accordé que 15% du temps d'antenne des JT à la question, et la plupart des blogs n'ont pas ou que très peu publié sur le sujet.

Toutefois, le pluralisme de la presse malienne a favorisé une couverture assez large de la pandémie. L'information a surtout été portée par les journaux généralistes, mais de nombreux quotidiens ou périodiques au positionnement plus politique et/ou polémique ont publié, en lien avec leur ligne éditoriale, des articles véhéments. Ils ont plusieurs fois été en première ligne de la critique que d'autres journaux ont pu suivre.

Les journalistes reconnaissent qu'ils et elles ont moins couvert la Covid-19 qu'ils et elles ne l'auraient voulu. Avant même qu'ils et elles aient à traiter l'actualité de la pandémie au Mali, les journalistes se sont senti-e-s mobilisé-e-s au-delà de leur relation habituelle aux sujets d'actualité, et de façon plus personnelle, l'épidémie les concernant eux-mêmes, leurs familles, parfois leurs collègues. Ils et elles ont d'emblée envisagé un scénario épidémique alarmant et rapidement compris les termes de la propagation de la maladie et l'importance de mesures de prévention individuelles et collectives.

## Un manque d'information objective sur la pathologie Covid-19

Les journalistes malien-ne-s ont dû traiter une pandémie dont ils et elles peinaient à cerner la nature, les impacts sanitaires potentiels et les enjeux au niveau national. Ce manque d'information a représenté un frein manifeste pour la presse (et les médias en général). La nature-même de la « maladie à Coronavirus » est longtemps restée difficile à appréhender, au niveau international et encore plus dans un pays africain, où les perspectives ont été brouillées par différentes théories sur l'impact de la pandémie en Afrique et les rapprochements effectués avec la maladie à virus Ébola. Les autorités sanitaires ont peu communiqué sur les aspects médicaux de l'épidémie et n'ont pas pris parti sur les différends internationaux. Les personnes pouvant être rencontrées à titre d'expert-e-s n'ont pas toujours pu se prononcer sur certaines questions.

## Une insuffisance flagrante d'information institutionnelle sur l'épidémie

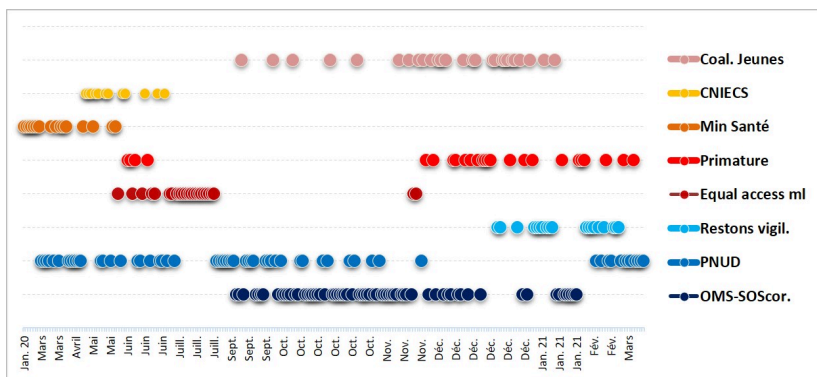
Les institutions maliennes ont adopté trois modes de communication : des points quotidiens de situation épidémique, des communications sous forme d'articles sur leurs sites institutionnels et des points de presse donnant lieu à des communiqués envoyés aux journaux.

L'État a, dès les prémices de la pandémie, adopté une attitude transparente sur la réalité épidémiologique dans le pays, en réalisant des points réguliers sur la situation sanitaire. Avant la déclaration des premiers cas au Mali, au moins 12 points de situation ont été communiqués, le plus souvent par le ministère de la Santé, parfois par la Primature, avec des informations cohérentes sous différents formats. À partir des premiers cas déclarés, un état de situation quotidien a été

publié sur le compte Twitter de la Primature, ensuite sur le site « SOS Coronavirus » du ministère de la Santé. L'ORTM a également accordé 20% du temps d'antenne consacré à la Covid-19 à un point quotidien de situation épidémique.

Les sites institutionnels ont communiqué sur la Covid-19 au début de la première vague, lors de la mise en place du plan de riposte, mais ils ont ensuite fourni très peu d'information. Le ministère de la Santé n'a fréquemment communiqué qu'en amont et au début de la première vague. La Primature a pris le relais, surtout pour diffuser les points de situation quotidiens. Les sources étatiques ont cessé de communiquer sur la Covid-19 en mai-juin 2020, au début de la phase de déstabilisation du régime menant au coup d'État le 18 août 2020. Seule la Primature a publié des informations nationales lors de la seconde vague. Le site du ministère de la Santé a été utilisé pour publier exclusivement des articles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à portée internationale, sans lien spécifique avec l'actualité malienne.

Le graphique 3 présente les articles de chaque source institutionnelle selon le mois de publication. Il donne à voir la discontinuité des communications institutionnelles, bien que toutes les sources aient eu vocation à informer sur la Covid-19.



Graphique 3. Répartition des 251 articles publiés sur les sites institutionnels selon le mois de publication et l'institution communicante (source : corpus de l'étude) de janvier 2020 à mars 2021.

Les huit sources sont (de haut en bas) : la Coalition des Jeunes contre la COVID19, le Centre National d'Information et d'Éducation sur la Santé (CНИЕCS), le ministère de la Santé, la Primature, l'organisation Equal Access International, PNUD et le site UN.Org des Nations-Unies.

Les journalistes s'accordent à reconnaître l'insuffisance de l'information institutionnelle. Ils et elles constatent la faible prise de parole et le manque de continuité des instances de communication créées et annoncées, souvent caduques. Ils déplorent également la faiblesse du contenu et son caractère très impersonnel, sans capacité à mobiliser l'opinion.

## Une auto-limitation de la presse dans la production d'articles

Les journalistes ont vécu une tension entre le désir d'informer et, de façon relativement inédite, une attitude de réserve et de précaution vis-à-vis de l'information institutionnelle parfois jugée peu fiable. Le sentiment d'être sous-informé·e·s et très peu en maîtrise technique du sujet a limité les publications, les journalistes voulant éviter de contribuer à la désinformation. Ils et elles ont également considéré qu'une actualité déjà parue dans d'autres journaux ne présentait pas d'intérêt éditorial en l'absence d'information nouvelle ou plus approfondie. Ils et elles justifient la reprise d'articles internationaux par la nécessité de produire une information plus objective, ou en tout cas moins contestable, que ce que les sources nationales auraient pu publier. Ces articles internationaux ont donné à voir au lectorat des réalités comparables dans d'autres pays, surtout africains, mais très peu d'articles ont traité de façon comparative l'actualité nationale et internationale.

## Le sujet évident d'intérêt de la presse : l'évolution de la courbe épidémique

La presse a régulièrement reproduit les points de situation épidémiques fournis par le ministère de la Santé, souvent sans les commenter. Ce domaine a alimenté le plus grand nombre d'articles, même si ceux-ci sont très courts. Leur fréquence est fortement corrélée au nombre de cas. Cette posture de vigilance s'est particulièrement manifestée lors de la seconde vague, avec près de trente reprises par mois, lorsque plusieurs journaux ont alerté l'opinion sur l'imminence d'une nouvelle vague de Covid-19 qui s'annonçait plus virulente que la première.

## Le domaine particulièrement critique d'intérêt de la presse : le plan de riposte et sa gestion

L'État a communiqué de façon transparente sur le plan de riposte, surtout à destination de la presse (via des communiqués), ce qui a orienté le discours des journaux généralistes, L'Essor en premier lieu. Les journalistes ont favorablement reçu ce type d'information, car il témoignait d'une réponse globale : financement assuré via la mobilisation de fonds nationaux et surtout internationaux, amélioration et adaptation de l'infrastructure de santé, mobilisation du personnel de santé, plan économique d'accompagnement en prévision des impacts sanitaires et non-sanitaires. La presse a rendu compte du premier plan de réponse, qui s'inscrivait dans une menace encore imprécise mais qui convoquait la responsabilité de l'État, et surtout du plan de riposte, accompagné par un discours de l'État très rassurant, repris dans de nombreux titres sur le sujet : « Lutte contre le Coronavirus : Tout est en place dans les hôpitaux » (L'Essor, le 16/03/2020).

Le financement et les nombreux dons ont fait l'objet de plusieurs articles, qui s'inscrivent dans le compte-rendu de l'actualité institutionnelle, sans expression d'opinion par les journalistes.

La gouvernance de ce plan de riposte a en revanche donné lieu à une forte contestation. Les journaux, notamment les plus politiques, ont ouvertement accusé le Président et le Premier ministre de népotisme et de détournements. L'argument technique à la base de cette contestation a été la gestion du fonds-Covid par le Premier ministre et non par le ministre de la Santé jugé par la presse plus légitime et avec de meilleures capacités à gérer la réponse sanitaire à l'épidémie.

## Une forte mobilisation sur les mesures visant à limiter la propagation de l'épidémie, avec une critique aussi bien de l'État que des pratiques de la population

La presse s'est d'emblée positionnée en faveur d'une position ferme et radicale de l'État. Elle a ainsi d'emblée adhéré au principe des mesures collectives édictées en mars 2020 – dont le couvre-feu – mais en a critiqué l'application, jugée laxiste, et notamment : le maintien des élections législatives fin avril 2020, le refus par l'État d'interdire les rassemblements dans les lieux de culte, l'absence de contrôle des rassemblements liés aux cérémonies sociales, enfin le laisser-faire sur le port du masque et la distanciation sociale. Dès le 18 mars 2020, les journaux les plus politisés se sont mobilisés et ont clairement inscrit ces critiques dans le mouvement de contestation de la Présidence : manipulation, aveu de faiblesse de l'État face aux autorités religieuses et aux normes sociales. Les journaux généralistes (sauf l'Essor, du fait de son devoir de réserve vis-à-vis de l'État) ont également fait écho à ces critiques, sans autant les politiser. Les journalistes ont considéré le laxisme de l'État comme l'un des facteurs de la propagation du virus.

L'ensemble des médias a communiqué et réagi sur l'incrédulité de la population malienne, manifestement rétive à reconnaître la réalité de la pandémie, sa nature et son incidence. La presse a constamment communiqué, en écho aux alertes de certains agent·e·s de santé qu'elle a pu approcher dans ce contexte, sur la recrudescence de la maladie dans un contexte de relâchement des mesures-barrières et d'insouciance de la population, et notamment des agent·e·s de santé eux et elles-mêmes. La presse s'est particulièrement attachée à attirer l'attention de la population sur la réalité de la Covid-19, et à la faire reconnaître par la « quantité » et par les chiffres. Les journalistes affirment qu'ils et elles ont largement communiqué afin de promouvoir les mesures de protection et de convaincre la population de la réalité de pandémie et de ses risques. Les journalistes ont publié plusieurs articles sur le non-respect du port



du masque et de la distanciation sociale. En juin 2020, des journalistes de L'Essor visitent un certain nombre de structures sanitaires publiques et privées pour vérifier le port du masque. À l'Hôpital du Mali comme à l'Hôpital Gabriel Touré, « le constat a été alarmant : aucun agent ne portait une bavette (...) L'administration policière est-elle consciente du péril ? » (« Port obligatoire du masque : vraiment pas respecté », L'Essor, 09/06/2020).

## Une presse particulièrement freinée par les lacunes de l'information institutionnelle sur les structures de prise en charge Covid-19

	Nombre d'items « Covid-19 »	Nombre d'items « structures »	Part du sujet « structures »
Presse	1 465	122	8,3%
Blogs	229	17	7,4%
Institutions	251	18	7,2%
ORTM	289	15	5,2%
Total	2 208	172	7,7%

Tableau 1. Nombre d'articles/sujets accordés à la Covid-19 et à la question des structures de prise en charge Covid-19 sur la période d'étude, et part de cette dernière en %, par type de média (source : terrain).

Les articles traitant des structures de prise en charge représentent 8% des articles abordant la Covid-19. Ce sont souvent des articles de fond relativement longs (800 mots en moyenne) structurés et argumentés. En regard, les blogueurs et les blogueuses ont consacré 7% de leurs posts à cette question, mais ces publications sont laconiques et souvent anecdotiques. Les médias de type institutionnels sont ceux qui ont consacré le moins d'attention aux questions spécifiques relatives aux structures hospitalières et à la prise en charge des patient·e·s. Sur 251

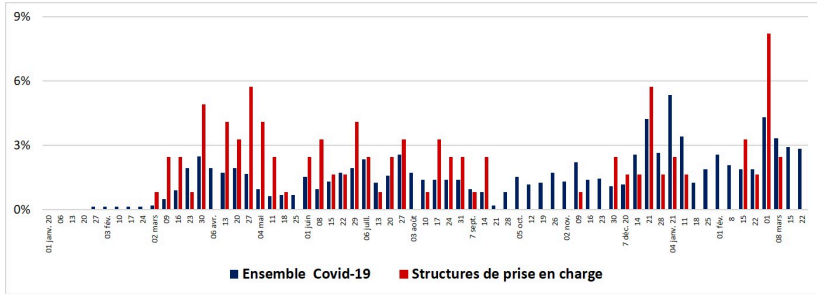
communications recensées sur les sites institutionnels, seulement 18, soit 7%, abordent ces questions, la majorité portant sur l'actualité internationale et ne s'intéressant pas à l'actualité malienne.

Seuls six articles ont été publiés sur les structures de prise en charge Covid-19 par des institutions maliennes, majoritairement par le ministère de la Santé, dont cinq lors de la première vague. Une seule communication a été publiée après le coup d'État du 18 août 2020. L'information officielle délivrée communiquait essentiellement des éléments de réassurance sur l'efficacité du plan de riposte, les dotations aux hôpitaux et les visites des autorités dans les structures sanitaires impliquées dans le dépistage et la prise en charge. Bien qu'elle ait porté beaucoup d'attention à la Covid-19, la télévision d'État a particulièrement peu abordé la question des structures de prise en charge Covid-19.

Dans ce contexte, un moindre intérêt de la presse et un appauvrissement du contenu éditorial lors de la seconde vague

Le nombre d'articles publiés sur le sujet a fortement diminué d'une vague épidémique à l'autre, de 14% à 6%. Lors de la première vague, les articles relatifs aux structures de prise en charge sont publiés de façon relativement continue. Ils sont ensuite nettement centrés sur deux temps forts : le premier au tournant de l'année, avec la réémergence de l'épidémie et la période des « bilans » institutionnels, le second au mois de mars, lorsque les mouvements sociaux au sein des hôpitaux s'intensifient.

Le graphique 4 présente la distribution par semaine des articles ayant traité la Covid-19 en général et de ceux ayant abordé les structures de prise en charge. Par exemple, 4% des 1 465 articles traitant la Covid-19 ont été publiés pendant la semaine du 8 mars 2021, contre 8% de ceux traitant les structures de prise en charge.



Graphique 4. Répartition en %, sur 65 semaines (mettre mois et année), des 1 465 articles abordant la Covid-19 et des 122 articles abordant spécifiquement les structures de prise en charge Covid-19 du 01/01/2020 au 31/03/2021.

## Une attention fortement dirigée sur les infrastructures centrales et leurs équipements

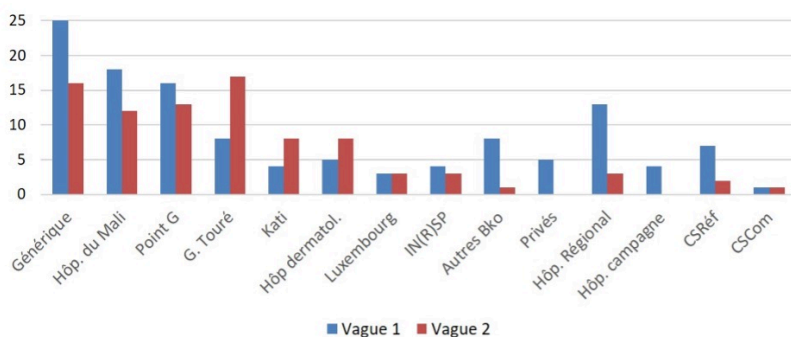
Le dispositif de dépistage a été communiqué lors du lancement du plan de riposte par les autorités, qui se sont félicitées de disposer d'un système de test adéquat et performant. Elles ont à la fois tenté de canaliser les inquiétudes de la population et de la presse, de montrer leur légitimité et de satisfaire aux discours attendus de la part de leurs bailleurs. Au début de la première vague, la presse a décrit l'ensemble des laboratoires impliqués dans le dispositif, le protocole de prise en charge des cas suspects, le comportement en cas de symptômes ou de cas suspects (sachant que le conseil donné n'était pas de se rendre immédiatement dans une structure de santé, mais de contacter le centre d'appel ad hoc, avec un numéro vert). Elle a également informé sur le protocole d'accueil et de dépistage des personnes référencées dans les hôpitaux et le tri des patient-e-s. Début 2020, la presse a relayé certains discours, dont ceux d'un ancien Premier ministre, selon lesquels le système de santé malien pouvait difficilement faire face à l'épidémie qui s'annonçait. Ces discours se basaient sur une analyse matérielle des structures de soin et de leur plateau technique.

*Il est bien évident que l'Afrique n'a pas les moyens de faire face à une telle pandémie, le plateau technique sanitaire étant très pauvre. [...] Les pays les mieux lotis comptent impuissants leurs morts au quotidien. Un pays comme le nôtre avec un système médical limité et insuffisant risque gros en cas de débordement. (« COVID-19 au Mali : Le miracle n'a pas eu lieu ! », Maliactu.net, 30/03/2020)*

Pendant la première vague et jusqu'au début de la seconde, la presse s'est intéressée à l'ensemble des structures sanitaires du pays, dont les deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire, CSRéfs et CSComs, les structures régionales et parfois les structures privées ou les hôpitaux de campagne. Les journaux ont suivi la ligne directrice des autorités sanitaires et politiques, qui ont axé leur discours sur des aspects d'infrastructures et de matériel, soit une réponse « quantitative » au nombre de patient·e·s potentiel·le·s. Le nombre de salles, de lits, les respirateurs et la capacité en oxygène ont constamment été mentionnés. Ils semblaient être les indicateurs de la capacité de réponse du système de santé malien. Les dotations en intrants de protection à usage des patient·e·s et personnels de santé n'ont fait l'objet que de paragraphes mais très rarement d'articles spécifiques. Durant ce premier temps, la formation du personnel sur la gestion des patient·e·s, les mesures d'hygiène et la sensibilisation des usag·er·ère·s au sein des hôpitaux ont parfois été mentionnées, mais sans faire l'objet d'autant d'attention. Les ressources humaines et la qualité des soins ont été abordées en arrière-plan par rapport aux ressources matérielles. Certains aspects ont été cités dans les rappels des grands traits du protocole, mais celui-ci n'a lui-même guère pris en compte le vécu des patient·e·s ou celui des agent·e·s de santé.

À partir de la seconde vague, avec la saturation des hôpitaux, la critique de la réponse étatique et/ou hospitalière et les phénomènes massifs de revendications et de grèves du personnel soignant, la presse se concentrait clairement sur les cinq « grands hôpitaux ». Les autres structures (incluant les laboratoires, les structures privées, les centres hospitaliers mineurs) présentent à Bamako, la capitale du Mali, les

structures régionales et les niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire disparaissaient largement des tribunes des journaux. En juin 2020, quelques articles alertaient sur la faiblesse des infrastructures et l'insuffisance des ressources humaines dans les régions, et notamment Tombouctou qui concentrait le plus de patient·e·s pris·e·s en charge. Mais l'hôpital régional n'a pas fait l'objet d'analyses particulières. Les CSRéf, qui constituent le second niveau de la pyramide sanitaire, ont été cités dans moins de 10% des articles. Ils sont le plus souvent simplement mentionnés dans le descriptif de protocoles qui les associent aux hôpitaux de second référencement, sans faire l'objet d'attention particulière. Les CSCom, qui constituent la base de la pyramide sanitaire, n'ont presque jamais été cités.



Graphique 5. Nombre d'articles ayant cité chacune des structures sanitaires mentionnées pendant la vague 1 et pendant la vague 2.

Jusqu'aux premiers cas déclarés, la logique de concentration des tests à la capitale n'a pas été contestée, d'autant que les laboratoires étaient encore en pleine capacité face au nombre d'analyses à réaliser. En avril 2020, soit peu de temps après la déclaration des premiers cas dans le pays, quelques journaux ont questionné le dispositif mis en œuvre dans les régions. Le Journal du Mali (a exposé la procédure d'identification des cas contacts, « un véritable travail de fourmi », avec l'une des rares mentions des CSRéfs. Info-Matin a fait un plaidoyer pour une autonomie

de dépistage et de traitement des structures régionales. À partir de mai et juin 2020, lorsque l'épidémie s'est officiellement étendue aux régions du Mali, la presse a pointé le faible taux de détection, la méconnaissance ou le déni de la contamination, le faible recours aux structures sanitaires formelles (ou les décès avant d'y avoir été pris·e en charge), le refus des règles de confinement et de distanciation sociale. L'exemple de Tombouctou, où des campagnes de dépistage organisées ont permis de détecter et de traiter de nombreux cas, a été repris dans plusieurs articles. La presse a ainsi plaidé en faveur de la décentralisation du dispositif de dépistage, mais la question a disparu des tribunes à la fin de la première vague, sans être reprise durant la seconde vague.

## Un manque d'information sur le vécu des patient·e·s

La difficulté à rencontrer des expert·e·s ou des médecins impliqué·e·s dans la prise en charge des patient·e·s dans les unités de soin Covid-19 et à avoir accès aux patient·e·s eux-mêmes a été jugée particulièrement pénalisante par les journalistes pour traiter de ce sujet. Un seul article, basé sur un entretien avec un psychologue hospitalier, a traité sur le fond les incidences psychologiques de la Covid-19 sur les patient·e·s : « choc de l'annonce, incidences sur le vécu du patient, stigmatisation sociale... Un patient atteint de coronavirus aura sa vie affective, sociale et comportementale vraiment bouleversée. » (« Covid-19 : L'exigence d'un accompagnement psycho-social des patients », L'Essor, 01/06/2020). Quelques journaux au positionnement polémique ont dénoncé pendant la première vague les mauvaises conditions de prise en charge dans les hôpitaux (relation du personnel soignant aux patient·e·s, conditions matérielles de pris en charge), mais ces articles étaient relativement anecdotiques.

L'Essor a en réponse publié un article visant à expliquer les réalités de la prise en charge du point de vue des structures de santé et des agent-e-s, tout en reconnaissant des limites structurelles et financières. Cet article a été le seul à expliciter le principe de gratuité totale de la prise en charge dans les centres de soin, et le seul également à noter que les critiques proviennent en premier de « malades aisés » qui « probablement (...) font une comparaison entre leur quotidien ordinaire et la vie de malade à l'hôpital. » (« Prise en charge des malades de la Covid-19 : La réalité dans les centres de soins », L'Essor, 04/06/2020).

Fin 2020, la recrudescence des cas a provoqué une surcharge des centres de dépistage, des retards de transmission des résultats et parfois l'absence de communication de résultats aux personnes testées négatives. L'afflux de patient-e-s a également entraîné une embolie des unités de prise en charge et de multiples points de tensions entre personnel de santé, patient-e-s et accompagnant-e-s, qui oblige les autorités à modifier le protocole de soin, avec le traitement à domicile des patient-e-s asymptomatiques (ou à des stades « moins avancés »).

*Pour la responsable de l'Unité Covid-19 d'urgence de l'Hôpital du Mali, la deuxième vague de la Covid-19 est très préoccupante. Elle révèle que depuis deux semaines, 80% des malades qui sont admis ici sont âgés de 60 à 80 ans. Et ce sont des personnes qui sont arrivées avec une détresse respiratoire. Certains malades moins chanceux sillonnent les hôpitaux de la capitale sans trouver une prise en charge. Beaucoup décèdent au cours des transferts. Les patients qui présentent une détresse respiratoire ont toujours besoin de l'oxygène qui n'existe pas dans tous les centres de santé. L'oxygène est disponible uniquement dans les hôpitaux. Actuellement (...) tous les lits sont occupés à l'Hôpital du Mali. (« Coronavirus : une journée à l'unité de soins », L'Essor, 26/12/2021)*

## L'exacerbation des tensions entre le personnel de santé et les autorités

Dès le premier plan de réponse, qui avait intégré des questions de ressources humaines, la presse avait relayé l'alerte lancée par médecins des hôpitaux nationaux et d'un hôpital régional sur les conditions de travail, en premier lieu le manque de protection des agent·e·s de santé. Fin avril 2020, le quotidien d'opposition Info-Matin a consacré un long article à la conférence de presse organisée le 28 avril par les responsables des comités syndicaux des quatre principaux hôpitaux nationaux. Ceux-ci dénonçaient l'insuffisance des moyens concédés par l'État et la faiblesse des dispositifs de protection des agent·e·s de santé. Leurs revendications portaient sur les retards de primes et les niveaux de salaires, sur le statut de nombre·ux·euses agent·e·s, dont les étudiant·e·s en médecine mobilisé·e·s. Ils déploraient que les discours « médiatiques » des autorités sanitaires restent sans suite. Le JDM a repris l'information dans un très long article (près de 1 500 mots), en développant notamment la contradiction entre une pandémie prévue, observée, et le manque de déploiement de solutions pour la contrer. En septembre 2020, lors de l'accalmie de la pandémie, un premier mouvement de grève effectif a eu lieu à l'Hôpital du Mali, principale structure de prise en charge. Les agent·e·s de santé protestaient contre la compression du personnel et leurs conditions de travail, et exigeaient le règlement des arriérés de salaire. La presse a relayé les interrogations sur l'affectation des fonds spéciaux alloués au personnel de santé.

*... c'est une situation très préoccupante qui prévaut au niveau de cet établissement sanitaire considéré comme le centre de référence de prise en charge des patients de la Covid-19. Une situation qui inquiète et affecte également l'état psychique des malades, qui ne savent plus à quel saint se vouer. Jusqu'ici l'administration tente de faire des colmatages pour la prise en charge des patients de cette maladie, qui ont des besoins très spécifiques. (« Pour réclamer*



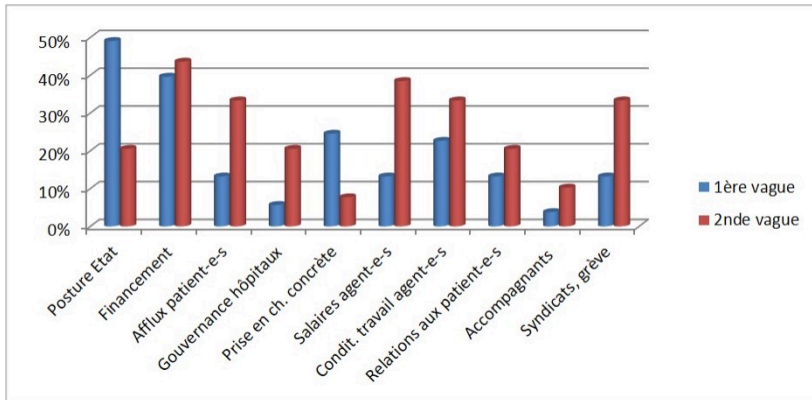
4 mois d'indemnités impayés et protester contre un projet de réduction des effectifs : Le personnel chargé de la riposte contre la Covid-19 observe 'un arrêt illimité de travail' », *L'Indépendant*, 17/09/2020)

Les contestations élevées par le personnel de santé se sont fortement accentuées au cours de la seconde vague, à la fois du fait de l'absence de règlement des revendications déjà portées, de la saturation des services qui aggravait les conditions de travail, enfin des multiples problèmes d'organisation engendrés par cette situation. Les hôpitaux ont également enregistré une contamination massive des agent-e-s de santé, dont certain-e-s sont décédées. Trois mouvements de grèves de trois, quatre et onze jours ont été menés entre novembre 2020 et janvier 2021. La presse s'est montrée favorable aux grévistes, tout en reconnaissant la nécessité de maintenir un « service minimum » pour la prise en charge des patient-e-s.

Mi-février 2021, un préavis de grève a été posé pour le mois de mars dans tous les grands hôpitaux bamakois. Cette grève, qui a duré deux fois cinq jours, a été couverte par les journaux généralistes. *L'Essor* a notamment publié un long article détaillant les revendications des agent-e-s de santé et précise la façon dont ils-elles avaient été mobilisé-e-s par les autorités sanitaires pour la prise en charge de la Covid-19, dont des contractuel-le-s, des étudiant-e-s et des fonctionnaires d'autres ministères. L'article listait les promesses faites en termes de salaires, de différentes formes de primes, de gratuité totale des soins et en termes de conditions de travail, notamment concernant les mesures prises pour leur protection.

Se pose également la question du personnel bi-appartenant, soit des enseignants qui émargent au ministère de l'Enseignement supérieur et qui bénéficient des émoluments dans les hôpitaux pour leur participation aux activités hospitalières. (« Grève dans les hôpitaux : le mot d'ordre bien suivi », *L'Essor*, 03/03/2021).

Le graphique 6 montre l'évolution des thématiques, à l'intérieur de la question des structure de pris en charge, entre les deux vagues.



Graphique 6. Nombre d'articles ayant cité chacun des aspects mentionnés pendant la vague 1 et pendant la vague 2. Source : corpus.

Les mouvements de grève ont fourni de rares illustrations de l'impact concret de la Covid-19 sur les structures sanitaires. Mi-février 2021, les conseils d'administrations des hôpitaux, dont l'Hôpital du Mali (à l'occasion de son 3ème CA) et celui de Kati (à l'occasion de son 45ème CA), ont donné lieu à quelques bilans mitigés. L'impact de la pandémie y a été évoqué de façon presque détachée, et n'a pas empêché les autorités sanitaires de se féliciter sur les bons résultats des hôpitaux. L'absence d'analyse sur les faiblesses structurelles de ces structures est d'autant plus saillante que l'ORTM, en mars, les a posées pour l'un des principaux hôpitaux de Bamako : « l'insuffisance en ressources humaines (...) la vétusté du plateau technique et des locaux, le manque de maintenance des équipements. En marge de ces difficultés il y a l'insuffisance du budget tant en fonctionnement qu'en investissement. (JT 20h ORTM, 03/03/2021)

## Conclusion

### La Covid-19 a influencé la relation de la presse malienne à l'actualité et à l'information institutionnelle

Face au danger ressenti et à la difficulté de cerner tous les enjeux de l'épidémie, les journalistes, au-delà des positionnements de leurs journaux, ont été relativement unanimes sur la nécessité de vigilance, le devoir de sensibilisation et celui de critique, et ont tenté de se mobiliser sur ces questions. La presse a été limitée par la faiblesse de l'information délivrée par les sources officielles et les experts nationaux (scientifiques, médecins), et la difficulté à appréhender une « vérité » de la pandémie surdéterminée par la « confusion » des discours officiels et/ou scientifiques (Jaffré, Hane et Kane 2020), les thèses opposant « afro-pessimistes » « afro-optimistes » (Bonnet *et al.* 2021; Sauvayre 2020). Ces débats ont été très peu commentés par les autorités maliennes, qui n'ont pas réellement pris position, et ont eu très peu d'écho dans la presse, incluant celui sur l'efficacité de l'hydroxy-chloroquine (Escot *et al.* 2022). Les journalistes les plus qualifiés ont tenté de dépasser leur relation habituelle au traitement de l'actualité et mettre en œuvre de réelles démarches journalistiques pour aller au-delà de l'information officielle perçue comme insuffisante, et décrivant une action de l'État jugée insatisfaisante. Ceux-celles travaillant pour les journaux les plus politiques/polémiques y ont trouvé des opportunités pour alimenter leur critique du pouvoir en place. Cela a donné lieu à des discours très convergents et des prises de position parfois frontales vis-à-vis de l'État sur la gestion de la Covid-19 et particulièrement sur la gouvernance des fonds et l'incohérence des mesures, incluant celles induites par la « crainte » des autorités religieuses (Bonnet *et al.* 2021; Jaffré, Hane et Kane 2020).

## La difficulté d'accès à l'information a particulièrement pénalisé le traitement par la presse des structures de prise en charge

La formulation et la communication du plan de riposte se sont ancrées dans une approche résolument organisationnelle et de fait très mécaniste, et visait à que soit « bien géré » le « flux de patient·e·s », à travers la mise à disposition d'infrastructures et de matériel. Les autorités ont peu communiqué sur le volet humain de la riposte, ce dont la presse aurait certainement rendu compte si elle en avait eu connaissance. Les autorités ont pour autant opéré un remaniement important afin de pourvoir les services dédiés à la prise en charge de la Covid-19 (Ridde *et al.* 2022), avec des concessions importantes sur les salaires et différents niveaux de primes à même de motiver un personnel suffisant pour faire fonctionner les unités Covid, mais au détriment des autres services (Ridde *et al.* 2022; Coulibaly *et al.* 2022). Face à la faiblesse de la communication des institutions, voire au silence de ces dernières, la presse n'a que très peu eu accès aux unités de soins, aux soignants et aux patients. Bien des aspects de la question des structures de prise en charge ont été fortement minorés. Peu d'articles abordent la question centrale de la prise en charge réelle des patients et leur vécu, ainsi que celui des accompagnants. L'impact de la gratuité de la prise en charge de la Covid-19 et le manque-à-gagner afférent sur le fonctionnement des hôpitaux n'a pas eu d'écho dans la presse, bien qu'il ait été évalué dès la première vague (Coulibaly *et al.* 2022). Les critiques ont finalement surtout porté sur des aspects de gouvernance, et peu sur des aspects techniques. Les faiblesses structurelles des hôpitaux n'ont guère été développées, et ont même été minimisées.

Selon Jaffré *et al.*, la Covid-19 a dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest eu un effet de révélateur des faiblesses des systèmes de santé et de la mauvaise qualité des soins : « Le paysage est resté celui que l'on

connaissait. Peut-être simplement l'épidémie a-t-elle permis – voire obligé – à dire en plein jour ce que chacun savait intimement. » (Jaffré, Hane et Kane 2020)

## La Covid-19 a peu pénalisé la capacité de fonctionnement et d'expression de la presse malienne

Contrairement à ce qui a été observé dans la presse régionale française (Grasland 2020) ou dans la presse nationale du Sénégal, le fait que la Covid-19 n'ait pas « phagocyté » l'espace médiatique malien ne découle pas d'une censure par l'État ou d'un affaiblissement des organes de presse. La presse malienne a même plutôt bénéficié d'un environnement moins défavorable que dans de nombreux pays africains. Peu de pays ont en effet été totalement pragmatiques et cohérents face à la Covid-19, par excès de pouvoir ou au contraire du fait de leur faiblesse. L'État malien a pu anticiper la riposte avant la déclaration de l'épidémie (Bonnet *et al.* 2021; Ridde *et al.* 2022; Coulibaly *et al.* 2022; Jaffré, Hane et Kane 2020; Cunliffe-Jones *et al.* 2021). Les autorités ont adopté des mesures autoritaires mais non-extrêmes et parfois incomplètes, de façon similaire à de nombreux pays qui « ont oscillé entre violence, tentatives velléitaires et laxisme » (Olivier de Sardan, Faye et Diarra 2020; Bonnet *et al.* 2021; Jaffré, Hane et Kane 2020; Cunliffe-Jones *et al.* 2021). Le Mali se distingue des États ayant adopté des stratégies de déni, souvent pour justifier le maintien de certains agendas politiques comme des élections, par exemple au Burundi (Brima 2021) ou en Tanzanie (Mwangale Kiptinness et Okoye 2021). Il se distingue également d'États ayant surdramatisé l'information sur la Covid-19 et/ou ayant pris des mesures pour limiter la contestation des plans de riposte, comme en Afrique centrale et australe (Ahinkorah *et al.* 2020; RSF 2021), jusqu'à criminaliser les journalistes tenant des discours jugés hétérodoxes. Contrairement à d'autres pays d'Afrique, le Mali n'a pas édicté de confinement (Bisson, Schmauder et Claes 2020), préjudiciable au « mode de fonctionnement de la société africaine et la nature de son

économie » (Igué 2020), et provoquant parfois des levées de masse. « Cela entraîna, notamment au Sénégal, des violences de la part de ceux pour qui le couvre-feu était synonyme d'appauvrissement. » (Jaffré, Hane et Kane 2020). La capacité de travailler des journalistes maliens a été moins affectée que dans les pays où les mesures, et surtout le confinement, ont fortement impacté « les revenus publicitaires, le traitement de l'information, les méthodes de travail et le tirage. S'ils ne sont pas à l'arrêt, plusieurs médias ont dû réadapter leurs programmes et leurs contenus. » (Boudombo 2020).

## Références

- Ahinkorah, Bright Opoku, Edward Kwabena Ameyaw, John Elvis Hagan, Abdul-Aziz Seidu et Thomas Schack. 2020. « Rising Above Misinformation or Fake News in Africa: Another Strategy to Control COVID-19 Spread ». *Frontiers in Communication* 5 (juin): 45. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2020.00045>.
- Bisson, Loïc, Anna Schmauder et Johannes Claes. 2020. « The politics of COVID-19 in the Sahel. » *Clingendael Alert*. <https://www.clingendael.org/publication/politics-covid-19-sahel>.
- Bonnet, E., O. Bodson, F. Le Marcis, A. Faye, N. E. Sambieni, F. Fournet, F. Boyer *et al.* 2021. « The COVID-19 Pandemic in Francophone West Africa: From the First Cases to Responses in Seven Countries ». *BMC Public Health* 21(1): 1490. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11529-7>.
- Boudombo, Armand Mouko. 2020. « Coronavirus: le Covid-19 met la presse africaine au pas ». *BBC News Afrique*, Avril 2020. <https://www.bbc.com/afrique/region-52363470>.

- Brima, Abdul Samba. 2021. « Burundi and COVID-19: Africa's representation in the international media ». *Essay Series*, février 2021. file:///C:/Users/DELL/Desktop/Africa%20journalisme%20Burundi%20%20%20210129-05\_AP-WITS\_Essay\_Series\_Brima\_PROOF-4.pdf.
- Coulibaly, Abdourahmane. 2020. « Rapport à mi-parcours de la gestion de l'épidémie à coronas virus COVID-19 à l'hôpital du Mali. »
- Coulibaly, Abdourahmane, Laurence Touré, Kate Zinszer et Valéry Ridde. 2022. « La résilience de l'hôpital du Mali face à la COVID-19 dans un contexte de pénuries ». *Santé Publique* Vol. 33(6): 935-45. <https://doi.org/10.3917/spub.216.0935>.
- Cunliffe-Jones, Peter, Assane Diagne, Alan Finlay, Sahite Gaye, Wallace Gichunge, Chido Onumah, Cornia Pretorius et Anya Schiffrin. 2021. *Misinformation Policy in Sub-Saharan Africa*. University of Westminster Press. <https://doi.org/10.16997/book53>.
- Doumbia, Seydou, Ydrissa Sow, Mahamadou Diakite et Chuen-Yen Lau. 2020. « Coordinating the Research Response to COVID-19: Mali's Approach ». *Health Research Policy and Systems* 18 (1): 105. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00623-8>.
- Escot, Fabrice. 2019. « Usage par la presse malienne de la documentation scientifique ». Miséli.
- Escot, Fabrice. 2021. « La presse et la protection sociale au Mali ». In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030? Réformes en Afrique subsaharienne*, 397-425. Éditions science et bien commun.
- Escot, Fabrice et Abdoulaye Ousseini. 2014. « Presse sous influence, presse sans opinion. Traitement des politiques de gratuité des soins par les presses écrites nigérienne et malienne. » In *Une politique publique de santé en ses contradictions La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Olivier de Sardan J-P, Ridde V. Paris: Khartala.

- Escot, Fabrice, Kate Zinszer, Krystelle Abalovi, Nathan Peiffer-Smadja, Abdourahmane Coulibaly, Adrien Saucier et Valéry Ridde. 2022. « How the Malian Press Treated Hydroxychloroquine at the Beginning of the COVID-19 Pandemic ». Preprint. *Public and Global Health*. <https://doi.org/10.1101/2022.07.19.22277801>.
- Grasland, Claude. 2020. « Comment la pandémie s'est propagée dans la presse régionale ». *The Conversation*.
- Igué, John. 2020. « L'Afrique et le Covid-19: les enjeux de la maladie dans une société en crise ». *Friedrich-ebert-Stiftung* (blog). Avril 2020. <https://www.fes.de/referat-afrika/neuigkeiten/lafrique-et-le-covid-19-les-enjeux-de-la-maladie-dans-une-societe-en-crise>.
- Jaffré, Yannick, Fatoumata Hane et Hélène Kane. 2020. « Une épreuve de dignité: regard anthropologique sur les réponses à la Covid-19 en Afrique de l'Ouest ». *Alternatives Humanitaires*, no 14 (Juillet): 86-113.
- Mwangale Kiptinness, Evonne et John-Bell Okoye. 2021. « Media Coverage of the Novel Coronavirus (Covid-19) in Kenya and Tanzania: Content Analysis of Newspaper Articles in East Africa ». Édité par Rahman Shiri. *Cogent Medicine* 8(1): 1956034. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2021.1956034>.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre, Sylvain Lanfry Birane Faye et Aïssa Diarra. 2020. « 'Si l'Afrique veut être plus efficace face aux épidémies futures, elle doit tirer les leçons de ses insuffisances' ». *Le Monde Afrique*, mai 2020.
- Ridde, Valéry, Abdou Coulibaly, Laurence Touré, Faly Ba, Kate Zinszer, Emmanuel Bonnet et Ayako Honda. 2022. « Financial issues in times of a COVID-19 pandemic in a tertiary hospital in Mali ». Preprint. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2091709/v1>.



RSF. 2021. « Covid makes African journalism more vulnerable than ever ». RSF Index. <https://rsf.org/en/rsf-2021-index-covid-makes-african-journalism-more-vulnerable-ever->.

Sauvayre, Romy. 2020. « Retour sur le débat médiatique et éthique concernant le traitement contre la Covid-19 à base de chloroquine ». *Cah Espace Ethique [Internet]*, Hors série. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02965645>.



# 21. Les connaissances de la Covid-19 et l'impact sur l'accès des indigent·e·s aux soins de santé au Burkina Faso

EMMANUEL BONNET, YVONNE BEAUGÉ, MOUHAMADOU FALY BA, SOULEYMANE SIDIBÉ, MANUELA DE ALLEGRI, VALÉRY RIDDE

## Résumé

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, les mesures préventives se heurtaient à certaines difficultés telles que celles de rejoindre les communautés socialement et géographiquement marginalisées, souvent exclues de l'information sur les mesures préventives. Ce chapitre cherche à évaluer la connaissance de la Covid-19 et des mesures préventives des personnes indigentes au Burkina Faso et à décrire l'évolution de leurs parcours de soins pendant la pandémie de Covid-19. L'étude a été menée dans le district sanitaire de Diebougou, dans la région du sud-ouest du Burkina Faso. La moitié des personnes indigentes ont déclaré avoir entendu parler de la Covid-19 mais seulement 29% d'entre elles connaissaient les symptômes de la maladie. La majorité d'entre elles ont affirmé qu'elles se protégeaient du virus en appliquant des mesures préventives. La moitié des personnes étaient d'accord avec les mesures gouvernementales, à l'exception de la fermeture des marchés. On constate une augmentation de plus de 11% du non-recours aux soins

des personnes indigentes. Cette recherche indique que la Covid-19 est partiellement connue et que les mesures de prévention ne sont pas universellement comprises.<sup>1</sup>

**Mots-clés** : connaissances de la Covid-19, indigents, accès aux soins, pays à faible et moyens revenus

## Contexte

La maladie associée au coronavirus 2019 (Covid-19) constitue une urgence sanitaire mondiale d'une ampleur sans précédent (Cucinotta et Vanelli 2020). Des mesures exceptionnelles ont été prises dans différents pays pour tenter de lutter contre le virus (Harapan *et al.* 2020). Toutefois, les mesures préventives se sont heurtées à certaines difficultés dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Anwar *et al.* 2020). Les communautés socialement et géographiquement marginalisées sont souvent exclues de l'information sur les mesures préventives (Köhler et Bhorat 2020), ce qui accentue leur vulnérabilité.

Un grand nombre d'études sur la connaissance des populations et l'acceptation des mesures Covid-19 ont été publiées dans le monde entier (Reuben *et al.* 2021). Pourtant, peu d'études portent sur les populations vulnérables et défavorisées (Aragona *et al.* 2020), en Afrique en particulier. Dans une revue récente sur les attitudes, les connaissances et les pratiques relatives à la Covid-19 en Afrique subsaharienne, on ne trouve aucune publication concernant ces populations (Nwagbara *et al.* 2021). L'état des connaissances est donc fragmentaire et centré sur une vision globale de la population, sans tenir suffisamment compte des sous-groupes des populations ainsi que des inégalités sociales en matière de

1. Ce chapitre est une version française d'un article publié : Bonnet, E., Beaugé, Y., Ba, M.F. *et al.* Correction: Knowledge of Covid-19 and the impact on indigents' access to healthcare in Burkina Faso. *Int J Equity Health* 22, 10 (2023).

santé (Marmot et Allen 2020). En outre, la question de ces inégalités et des besoins des plus pauvres est aussi souvent oubliée par les personnes qui formulent des interventions en réponse aux épidémies, comme le démontrent certains chapitres de ce livre.

Ces populations, et en particulier les plus pauvres, à savoir les indigent·e·s, sont souvent exclues des systèmes de santé en raison du coût des soins, d'une connaissance insuffisante de leurs droits ou parce qu'elles sont incapables d'accéder aux soins (Ridde 2015; Louart, Bonnet et Ridde 2021). Ces populations sont susceptibles de vivre loin des services de soins et on sait peu de choses sur leurs pratiques de soins, en particulier en temps de crise. En effet, de nombreuses études ont été menées en Afrique, y compris au Burkina Faso, sur les connaissances et les perceptions concernant la Covid-19 ainsi que le recours aux soins (Nwagbara *et al.* 2021; Assefa *et al.* 2021; Gaythorpe *et al.* 2021), mais peu d'études se sont concentrées sur les perceptions des populations plus pauvres. Les défis méthodologiques et éthiques pour obtenir des données sur cette population marginalisée sont considérables, mais nous avons bénéficié de notre travail avec ces populations depuis plusieurs années (Ouédraogo *et al.* 2017; Pigeon-Gagné *et al.* 2017) pour mieux comprendre leur situation et leurs perceptions dans ce contexte pandémique.

Au début de la pandémie, de nombreux États africains ont mis en place des mesures pour enrayer la propagation du SRAS-CoV-2, souvent avant que le premier cas ne soit détecté (Bonnet *et al.* 2020). Au Burkina Faso, ces mesures graduelles ont débuté le 3 mars 2020 avec l'interdiction d'organiser des événements à l'échelle nationale, la fermeture des établissements d'enseignement (14 mars), la suspension des prières dans les lieux de culte et l'introduction d'un couvre-feu, la fermeture des frontières (20 mars), celle des marchés (24 mars) et la restriction des déplacements entre régions (26 mars). En plus de ces mesures, des campagnes de communication nationales ont été menées dans chaque région pour donner des informations sur la maladie du coronavirus et sur les moyens de prévenir la propagation du virus.

Cette étude a un double objectif, i) évaluer la connaissance de la Covid-19 et des mesures préventives qui lui sont associées chez les indigents des villages et de la ville de Diébougou dans le district sanitaire de Diébougou au Burkina Faso. L'objectif est également de comprendre s'il existe des déterminants de cette connaissance, si leur profil socio-économique, la proximité des centres de santé, l'état de santé ont un impact sur leur connaissance et ii) de décrire comment leurs parcours de soins ont évolué de 2019 à 2020 lors de la pandémie de Covid-19.

Cette étude n'a porté que sur un district de soins de santé, car elle est intégrée dans un projet de recherche plus large sur la gratuité des soins de santé pour les indigent-e-s dans cette région (Beaugé, De Allegri et al. 2020). Cependant, notre connaissance approfondie des populations de ce district nous permet d'envisager que les résultats suivants nous en apprendront beaucoup sur l'impact d'une telle pandémie sur ces populations marginalisées en général.

## Méthodes

### Zone d'étude et population

L'étude a été menée dans le district sanitaire de Diébougou, dans la région sud-ouest du Burkina Faso. Le district compte 151 villages, une ville (Diébougou), et une population de 139 824 personnes, dont plus de 40% vivent sous le seuil de pauvreté. Diébougou compte 24 établissements de santé publique (4 dispensaires, 19 établissements de soins primaires (CSPS : centres de santé et de promotion sociale) et un hôpital de district.

En 2009, le gouvernement burkinabè a publié un décret accordant gratuitement des soins de santé aux indigent-e-s. Son application a été limitée car la vérification de l'admissibilité des populations indigentes

s'est révélée difficile. En 2014, un processus de ciblage communautaire a sélectionné 6 034 personnes indigentes dans le district (Ouédraogo *et al.* 2017; Pigeon-Gagné *et al.* 2017). Ces indigent-e-s ont ensuite reçu une carte leur accordant des exonérations de frais d'utilisation pour leurs soins de santé dans le cadre et la durée du FBR (Financement Basé sur les résultats) qui a été mis en œuvre dans huit districts de santé du Burkina Faso (carte identifiant officiellement la personne comme indigente et accordant l'accès à des services de santé gratuits dans le cadre d'un régime antérieur au PBF). Un échantillonnage aléatoire parmi les pauvres, décrit ailleurs (Beaugé, De Allegri *et al.* 2020), a permis de constituer la population pour plusieurs projets de recherche (Ouédraogo *et al.* 2017; Pigeon-Gagné *et al.* 2017) ainsi que celui de la présente étude entamée en 2020 (n = 423).

## Les données et leurs sources

Pour répondre au premier objectif de l'étude, nous nous sommes appuyés sur une enquête transversale et avons utilisé les données d'une enquête par panel menée auprès d'un échantillon de personnes indigent-e-s suivies depuis 2015 (Ouédraogo *et al.* 2017). Les données ont été collectées en août 2020 et comprenaient un total de 259 personnes ultra-pauvres. Entre 2015 et 2020, le nombre de personnes surveillées a diminué (mortes ou perdues de vue), ce qui explique la variation de la population dans l'échantillon.

Pour le second objectif de l'étude, nous nous sommes appuyés sur une conception avant-après et nous avons utilisé les données des enquêtes susmentionnées auprès des ultra-pauvres. Les données de la dernière enquête ont été recueillies en juin 2019 et ont atteint un total de 292 répondants. La différence de taille de l'échantillon entre les deux cycles d'enquête s'explique par les difficultés à surveiller les populations indigentes au fil du temps.

Les deux sondages ont été menés sous la supervision d'un coordonnateur et par cinq enquêteur·rice·s possédant des compétences linguistiques locales. Les données ont été collectées numériquement à l'aide de tablettes. L'enquête comprenait des questions sur : l'identification des indigent·e·s, y compris la géolocalisation du village; le profil sociodémographique et économique; la carte d'exemption et l'utilisation des services de santé; le signalement des maladies et les besoins perçus en matière de soins; les capacités fonctionnelles et le réseau de soutien; et une section Covid-19 sur la connaissance de la maladie (ex : mesures pour se protéger du virus) et des mesures gouvernementales.

## Les variables et leur mesure

Le résultat du premier objectif a été une analyse descriptive de la connaissance de la Covid-19 chez les populations indigentes avec les variables du sexe, de l'âge, du quintile de bien-être économique, du niveau d'éducation, de l'état matrimonial, du bon état de santé et de la maladie chronique. En ce qui concerne la variable relative à la Covid-19, les symptômes de la maladie (toux, nez qui coule, fièvre, fatigue), les mesures de protection (lavage des mains, port du masque, ne pas quitter la maison, éviter les grands rassemblements), les mesures gouvernementales (fermeture des marchés et lieux de culte, couvre-feu, restriction des déplacements entre régions), ainsi que le sentiment d'anxiété lié au virus. Des variables sur l'efficacité de chaque mesure ont également été avancées.

En ce qui concerne l'analyse des déterminants de la connaissance, la variable dépendante était la connaissance de la Covid-19, mesurée par la réponse oui ou non à la question « Avez-vous entendu parler de la nouvelle maladie à coronavirus (épidémie) appelée Covid-19? ». Les variables indépendantes étaient celles mentionnées ci-dessus.



La variable de distance par rapport au centre de santé a été calculée dans un SIG (Système d'Information Géographique) en mesurant la distance euclidienne entre le lieu de vie de la personne interrogée et le centre de santé le plus proche.

Les résultats pour le second objectif étaient la déclaration de maladies, l'évaluation de la recherche de soins de santé et les dépenses directes des ménages pour ceux qui ont utilisé les services de santé.

Les deux objectifs partagent les variables communes suivantes : l'âge qui est une variable continue; le sexe (masculin/féminin) et la maladie chronique (oui/non) sont des variables dichotomiques. L'état matrimonial est une variable catégorique comprenant cinq modalités (simple, dans une union monogame, dans une union polygame, veuf-ve, divorcé-e). La variable source a été convertie en variable dichotomique (une personne mariée et les autres modalités). La santé autodéclarée est une variable catégorique (bonne, moyenne, pauvre). La variable a été convertie en variable dichotomique (bonne/autres modalités). Le quintile de bien-être économique a été obtenu à l'aide de l'Analyse Composante Principale (PCA) sur la propriété des actifs durables et des caractéristiques du logement. Cette approche a permis de classer les personnes indigentes des « plus pauvres (1) aux moins pauvres (5) », afin de saisir les différences socio-économiques existant au sein de l'indigence.

## Analyse statistique

Nous avons d'abord décrit les variables continues par l'écart-type moyen  $\pm$  et les variables catégoriques par leurs fréquences pour les deux échantillons 2019 (n = 292) et 2020 (n = 259).

Pour poursuivre le premier objectif, nous avons utilisé l'échantillon 2020 et avons appliqué un test chi-carré (Chi<sup>2</sup>) pour comparer deux variables catégoriques et le test t de student, une variable catégorique et une

variable continue. Enfin, nous avons utilisé la régression logistique multivariée pour déterminer les facteurs associés à la connaissance de la Covid-19 par les répondant-e-s. La signification a été considérée à une valeur  $p = 0,05$ .

Pour poursuivre l'objectif deux, nous avons effectué une analyse comparative pour évaluer comment les parcours de soins de santé des ultra-pauvres ont changé pendant la Covid-19 de 2019 à 2020. Pour ce faire, nous avons utilisé les deux échantillons (2019 et 2020) et apparié les observations ( $n = 220$ ) au niveau individuel sur la base d'un identifiant unique pour recevoir un panneau équilibré. Les caractéristiques de chaque échantillon d'étude ont été évaluées séparément aux niveaux de référence (2019) et de fin (2020). Le Chi2 et le test t de student ont été utilisés pour déterminer si les échantillons de base et de suivi avaient les mêmes distributions statistiques en appliquant le même niveau de signification que celui décrit ci-dessus.

Les données de géolocalisation des personnes indigentes ont été incorporées dans un système d'information géographique. L'analyse spatiale a permis de calculer la distance séparant chaque personne du centre de soins de santé le plus proche. Nous avons cherché à déterminer si la proximité d'un centre de soins de santé, conçu pour diffuser des informations sur la prévention de la santé, pouvait expliquer une meilleure connaissance de la Covid-19.

## Résultats

### Caractéristiques de la population étudiée

Le tableau 1 fournit des statistiques descriptives, des fréquences et des pourcentages pour les échantillons d'étude de 2019 (n = 292) et 2020 (n = 259) utilisés pour atteindre les deux objectifs susmentionnés. L'âge moyen était de 58,4 ans en 2019 (56,9 ans en 2020). La proportion de femmes indigentes était de 66,1% en 2019 (68,0% en 2020). La proportion de personnes indigentes instruites était de 9,9% en 2019 (6,9% en 2020). Environ 48% étaient marié·e·s. Dans l'échantillon de 2019, 27,7% ont déclaré avoir une maladie chronique (29,3% en 2020).

Variable	Échantillon 2019		Échantillon 2020	
	N = 292	%	N = 259	%
<b>Sexe</b>				
Femme	193	66.1	176	68.0
Homme	99	33.9	83	32.0
<b>Éducation</b>				
Sans instruction	263	90.1	241	93.1
Éduqué-e	29	9.9	18	6.9
<b>Marié-e</b>				
Non	140	47.9	126	48.6
Oui	152	52.1	133	51.4
<b>Bon état de santé</b>				
Non	204	69.9	175	67.6
Oui	88	30.1	84	32.4
<b>Avoir une maladie chronique</b>				
Non	211	72.3	183	70.7
Oui	81	27.7	76	29.3
<b>Quintile</b>				
Les plus pauvres	70	23.9	56	21.6
Pauvres	52	17.8	48	18.5
Moyenne	55	18.8	53	20.5
Moins pauvres	62	21.2	60	23.2
Les moins pauvres	53	18.1	42	16.2
	<b>Moyenne</b>	<b>SD</b>	<b>Moyenne</b>	<b>SD</b>
Âge	58.4	17.8	56.9	19.0

Tableau 1 : Répartition des personnes indigentes selon les caractéristiques de la population étudiée.

## Caractéristiques liées à la Covid-19

En ce qui concerne la connaissance de la Covid-19 et des mesures préventives associées des indigent·e·s dans le district sanitaire de Diébougou (objectif 1), l'analyse a montré qu'au total, 56% (n = 145) des personnes répondantes ont déclaré avoir entendu parler de la Covid-19 (Tableau 2). Mais 61% (n = 89) ont déclaré qu'elles ne connaissaient pas

les symptômes de la maladie, à l'exception de la toux (32%). La distance par rapport au centre de santé le plus proche n'a pas eu d'incidence significative sur la connaissance de la Covid-19 (Figure 1).

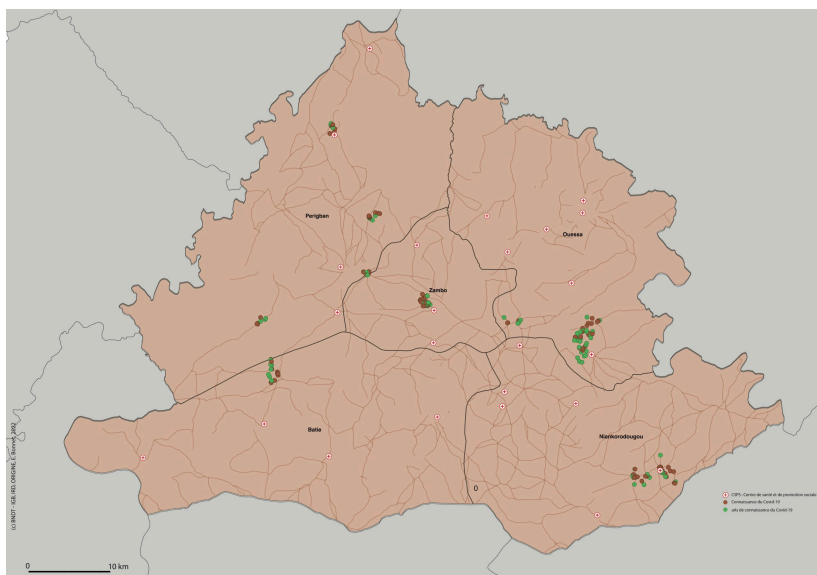


Figure 1 : Connaissance des indigent-e-s de la Covid-19 dans le district de Diébougou.

Parmi les personnes indigentes, 55% ont affirmé qu'elles se protégeaient contre le virus. Parmi celles-ci, 65% ont déclaré qu'elles avaient évité de quitter la maison, mais moins de 30% ont déclaré qu'elles se lavaient les mains plus souvent (29%), portaient un masque (24%) ou évitaient les rassemblements (17%).

Seules 35% étaient au courant des mesures anti-pandémiques mises en œuvre par le gouvernement. Parmi ces mesures, la fermeture des marchés était la plus connue (98%), puis le couvre-feu (71%), les restrictions de déplacement (67%) et la fermeture des lieux de culte (64%).

Seulement 56% (n = 145) des personnes indigentes ont parlé de l'efficacité des mesures gouvernementales pour lutter contre la pandémie. Parmi elles, 77% (n = 76) étaient d'accord et fortement d'accord avec la mise en œuvre d'un couvre-feu, 84% ont reconnu l'efficacité de l'interdiction de voyager entre les régions et 72% ont estimé que la fermeture des lieux de culte était une mesure efficace. À l'inverse, seulement 60% ont estimé que la fermeture des marchés était efficace (Tableau 2).

Variable	N	%
<b>Connaissance de la COVID-19</b>		
Non	114	44.0
Oui	145	56.0
<b>Fièvre</b>		
Non	114	78.6
Oui	31	21.4
<b>Fatigue</b>		
Non	132	91.0
Oui	13	9.0
<b>Toux</b>		
Non	99	68.3
Oui	46	31.7
<b>Anxiété au sujet de la COVID-19</b>		
Non	128	49.4
Oui	131	50.6
<b>Éviter de sortir</b>		
Non	50	34.5
Oui	95	65.5
<b>Lavage des mains plus fréquent</b>		
Non	103	71.0
Oui	42	29.0
<b>Porter un masque</b>		
Non	110	75.9
Oui	35	24.1
<b>Éviter les rassemblements</b>		
Non	120	82.8
Oui	25	17.2
<b>Connaissance des mesures gouvernementales</b>		
Non	68	46.9
Oui	77	53.1
<b>Connaissance du couvre-feu</b>		
Non	22	28.6
Oui	55	71.4
<b>Connaissance de l'interdiction de voyager entre les régions</b>		
Non	25	32.5

Tableau 2 : Répartition des réponses des personnes indigentes en fonction des caractéristiques liées à la Covid-19.

Variable	N	%
Oui	52	67,5
Connaissance de la fermeture des marchés		
Non	1	1,3
Oui	76	98,7
Connaissance de la fermeture des lieux de culte		
Non	27	35,1
Oui	50	64,9
Efficacité des mesures prises (le couvre-feu)		
Non	12	21,8
Oui	43	78,2
Efficacité des mesures prises (interdiction de voyager entre régions)		
Non	8	15,4
Oui	44	84,6
Efficacité des mesures prises (fermeture des marchés)		
Non	30	39,5
Oui	46	60,5
Efficacité des mesures prises (fermeture des lieux de culte)		
Non	14	28,0
Oui	36	72,0

*Tableau 2 (suite et fin) : Répartition des réponses des personnes indigentes en fonction des caractéristiques liées à la Covid-19.*

La connaissance de la Covid-19 chez les hommes était de 66,3% alors qu'elle était de 51,1% chez les femmes (valeur  $p = 0,031$ ) (Tableau 3). Il n'y avait pas de différence de connaissance selon le niveau de pauvreté. Presque toutes les personnes instruites avaient connaissance de la Covid-19 (94%) alors qu'une personne indigente sur deux non-instruite (53% – valeur  $p = 0,002$ ) était au courant de la maladie. Avoir reçu une carte d'exemption de frais d'utilisation pour les soins de santé n'a pas eu d'impact sur la connaissance de la Covid-19. Au contraire, 77% des personnes qui n'avaient pas reçu de carte connaissaient la Covid-19



contre 53% (valeur  $p = 0,027$ ). Les personnes qui ont déclaré qu'elles étaient en bonne santé (46%) connaissaient moins la Covid-19 que celles ayant déclaré ne pas jouir d'une bonne santé (60%) (valeur  $p = 0,044$ ).

Connaissance de la COVID-19			
	Non	Oui	Valeur P
<b>Sexe</b>			<b>0.031</b>
Femme	86 (48,9 %)	90 (51,1 %)	
Homme	28 (33,7 %)	55 (66,3 %)	
<b>Âge</b>			<b>0.308</b>
Moins de 25 ans	15 (55,6 %)	12 (44,4 %)	
25 à 59 ans	34 (39,1 %)	53 (60,9 %)	
60 ans et plus	65 (44,8 %)	80 (55,2 %)	
<b>Quintile</b>			<b>0.020</b>
Les plus pauvres	26 (46,4 %)	30 (53,6 %)	
Pauvres	31 (64,6 %)	17 (35,4 %)	
Moyenne	20 (37,7 %)	33 (62,3 %)	
Moins pauvres	22 (36,7 %)	38 (63,3 %)	
Les moins pauvres	15 (35,7 %)	27 (64,3 %)	
<b>Éducation</b>			<b>0.002</b>
Sans instruction	113 (46,9 %)	128 (53,1 %)	
Éduqué-e	1 (5,6 %)	17 (94,4 %)	
<b>Marié-e</b>			<b>1.000</b>
Non	55 (43,7 %)	71 (56,3 %)	
Oui	59 (44,4 %)	74 (55,6 %)	
<b>Bon état de santé</b>			<b>0.044</b>
Non	69 (39,4 %)	106 (60,6 %)	
Oui	45 (53,6 %)	39 (46,4 %)	
<b>Avoir une maladie chronique</b>			<b>0.173</b>
Non	86 (47,0 %)	97 (53,0 %)	
Oui	28 (36,8 %)	48 (63,2 %)	

Tableau 3 : Répartition des personnes indigentes en fonction des caractéristiques et des connaissances de la Covid-19.

Les personnes indigentes instruites avaient beaucoup plus de chances de connaître la Covid-19 que les non-scolarisées (AOR = 13,60 [IC95 %: 2,43-258,00]) en particulier les hommes (AOR = 2,15 [IC95 %: 1.12-4.21]). Les personnes indigentes en bonne santé avaient moins de chances de connaître la Covid-19 (AOR = 0,44 [IC95 %: 0,23-0,83]) (Tableau 4).

	Modèle		
	AOR	IC À 95 %	Valeur P
<b>Sexe</b>			
Femme	1		
Homme	2.15	1.12, 4.21	0.023
Âge ( $\mu \pm \Delta$ )	1.00	0.98, 1.01	0.726
<b>Quintile</b>			
Les plus pauvres	1		
Pauvres	0.45	0.18, 1.11	0.086
Moyenne	1.70	0.74, 4.01	0.588
Moins pauvres	1.34	0.59, 3.11	0.351
Les moins pauvres	1.15	0.45, 2.91	0.066
<b>Éducation</b>			
Sans instruction	1		
Éduqué-e	13.60	2.43, 258.00	0.015
<b>Marié-e</b>			
Non	1		
Oui	0.90	0.48, 1.68	0.745
<b>Bon état de santé</b>			
Non	1		
Oui	0.44	0.23, 0.83	0.012
<b>Avoir une maladie chronique</b>			
Non	1		
Oui	1.31	0.71, 2.44	0.389

Tableau 4 : Résultats de l'analyse multivariée.

## Vers l'accès aux soins

En ce qui concerne la façon dont les parcours de soins ont changé de 2019 à 2020 (objectif 2), nous constatons que la seule variable qui a changé statistiquement de façon significative était la déclaration de maladies (Tableau 5). Les cas de maladie signalés par les ultra-pauvres ont diminué de 16,82% ( $p < 0,001$ ). Pour les autres variables d'intérêt (conditionnel à la déclaration de maladie) telles que l'état de santé déclaré, le statut socio-économique et l'utilisation de services de santé informels ou formels, les résultats ne sont pas concluants, car ils montrent un tableau mitigé et seulement des résultats statistiquement non-significatifs, ce qui pourrait également être dû à la petite taille de l'échantillon. Nous ne pouvons présenter que des pourcentages de tendance pour ces variables. De 2019 à 2020, le pourcentage de personnes ayant déclaré être en bonne santé a diminué de 3,60% ( $p = 0,42$ ), le recours aux services de santé informels conditionnés par la déclaration de la maladie (par exemple les guérisseurs traditionnels) a diminué de 3,17% ( $p = 0,56$ ) et le montant total des dépenses de fonctionnement pour les personnes ayant eu recours à un service quelconque a également diminué de 1149,53 FCFA ( $p = 0,89$ ). Par ailleurs, une tendance positive n'a été observée que dans l'utilisation des services de santé formels. Conditionnellement au fait d'être malade, l'utilisation des services de santé formels a augmenté de 2,36% ( $p = 0,40$ ).

	2019 (N=220)	2020 (N=220)	Chi2 et T-test
<b>Résultat</b>			
Déclaration de maladie			<b>&amp; 0.001</b>
Non	83 (37,9 %)	120 (54,6 %)	
Oui	137 (62,1 %)	100 (45,4 %)	
Utilisation (informelle et formelle) des services de santé sous réserve du signalement des maladies			0.67
Non	32 (23,4 %)	21 (21,0 %)	
Oui	105 (76,6 %)	79 (79,0 %)	
Utilisation (formelle) des services de santé sous réserve de la déclaration des maladies			0.40
Non	61 (44,5 %)	39 (39,0 %)	
Oui	76 (55,5 %)	61 (61,0 %)	
Utilisation (informelle) des services de santé sous réserve de la déclaration de maladies			0.56
Non	108 (78,8 %)	82 (82,0 %)	
Oui	29 (21,2 %)	18 (18,0 %)	
<b>Variables supplémentaires d'intérêt conditionnelles à la déclaration de maladie</b>			
Sexe			0.10
Femme	92 (67,2 %)	77,0 %	
Homme	45 (32,8 %)	23 (33,0 %)	
Quintile			0.85
Les plus pauvres	32 (23,4 %)	26 (26,0 %)	
Pauvres	24 (17,5 %)	19 (19,0 %)	
Moyenne	25 (18,2 %)	13 (13,0 %)	
Moins pauvres	30 (21,9 %)	24 (24,0 %)	
Les moins pauvres	26 (19,0 %)	18 (18,0 %)	
Éducation			
Sans instruction			
Éduqué-e			
Marié-e			0.39
Non	68 (50,4 %)	56 (56,0 %)	
Oui	69 (49,6 %)	44 (44,0 %)	
Bon état de santé			0.42
Non	117 (85,4 %)	89 (89,0 %)	

Tableau 5 : Évolution des parcours de prise en charge des personnes ultra-pauvres de 2019 à 2020.

	2019 (N=220)	2020 (N=220)	Chi2 et T-test
Oui	20 (14,6 %)	11 (11,0 %)	
Avoir une maladie chronique			
Non			
Oui			
Total OOPE	13698,9	12549,4	0.89
Informel et formel pour ceux qui ont utilisé des services ( $\mu \pm \Delta$ )	$\pm 68304,2$	$\pm 24676,2$	

Tableau 5 (suite et fin) : Évolution des parcours de prise en charge des personnes ultra-pauvres de 2019 à 2020.

	2019 (N=220)	2020 (N=220)	Chi2 et T-test
<b>Résultat</b>			
Déclaration de maladie			<b>&amp; 0.001</b>
Non	83 (37,9 %)	120 (54,6 %)	
Oui	137 (62,1 %)	100 (45,4 %)	
Utilisation (informelle et formelle) des services de santé sous réserve du signalement des maladies			0.67
Non	32 (23,4 %)	21 (21,0 %)	
Oui	105 (76,6 %)	79 (79,0 %)	
Utilisation (formelle) des services de santé sous réserve de la déclaration des maladies			0.40
Non	61 (44,5 %)	39 (39,0 %)	
Oui	76 (55,5 %)	61 (61,0 %)	
Utilisation (informelle) des services de santé sous réserve de la déclaration de maladies			0.56
Non	108 (78,8 %)	82 (82,0 %)	
Oui	29 (21,2 %)	18 (18,0 %)	
<b>Variables supplémentaires d'intérêt conditionnelles à la déclaration de maladie</b>			
Sexe			0.10
Femme	92 (67,2 %)	77,0 %	
Homme	45 (32,8 %)	23 (33,0 %)	
Quintile			0.85
Les plus pauvres	32 (23,4 %)	26 (26,0 %)	
Pauvres	24 (17,5 %)	19 (19,0 %)	
Moyenne	25 (18,2 %)	13 (13,0 %)	
Moins pauvres	30 (21,9 %)	24 (24,0 %)	
Les moins pauvres	26 (19,0 %)	18 (18,0 %)	
Éducation			
Sans instruction	127 (92,70 %)	96 (96,00 %)	0.29
Éduqué-e	10 (7,30 %)	4 (4,00 %)	
Marié-e			0.39
Non	69 (50,36 %)	44 (44,00 %)	
Oui	68 (49,64 %)	56 (56,00 %)	
Bon état de santé			0.42
Non	117 (85,4 %)	89 (89,00 %)	

Tableau 6 : Évolution du parcours de prise en charge des personnes ultra-pauvres de 2019 à 2020.

	2019 (N=220)	2020 (N=220)	Chi2 et T-test
Oui	20 (14,6 %)	11 (11,00 %)	
Avoir une maladie chronique			0.20
Non	88 (64,23 %)	56 (56,00 %)	
Oui	44 (35,77 %)	44 (44,00 %)	
Total OOPE Informel et formel pour ceux qui ont utilisé des services ( $\mu \pm \Delta$ )	13698,9 $\pm 68304,2$	12549.4 $\pm 24676.2$	0.89

Tableau 6 (suite et fin) : Évolution du parcours de prise en charge des personnes ultra-pauvres de 2019 à 2020.

## Discussion

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, cette analyse générale confirme que les personnes indigentes sont isolées, éloignées des sources d'information et ont réduit leur recours aux services de santé. L'étude montre, en effet, qu'un grand nombre d'indigent-e-s ont eu accès à des informations partielles sur la Covid-19 alors que des études nationales au Burkina Faso montrent que 88% et 93% des populations ont déclaré être au courant de la maladie (Ouedraogo *et al.* 2020; Pare *et al.* 2020; Jacky Mathonnat *et al.* 2021). Une étude menée en Éthiopie, au Nigéria, au Cameroun, en Ouganda, au Rwanda, au Ghana, en République démocratique du Congo, au Soudan et en Sierra Leone confirme que les populations, pour la plupart, avaient un comportement déclaratif adéquat de protection contre la Covid-19 (Nwagbara *et al.* 2021). Dans le centre nord du Nigéria, une étude rapporte une très bonne connaissance de la Covid-19 (99,5%) qui aurait été acquise principalement par Internet, les médias sociaux et la télévision (Reuben *et al.* 2021) dont nous savons qu'ils ne sont pas des outils utilisés par les personnes indigentes. De plus, en ce qui concerne la zone d'étude de Diébougou, peu d'actions préventives ciblées ont été maintenues après la première vague de l'épidémie. Par conséquent, la connaissance des populations vulnérables et isolées

pourrait difficilement être améliorée si ce n'est par un accès régulier aux campagnes radio et au porte-à-porte, par opposition aux moyens utilisés pour d'autres populations.

Cette analyse générale cache toutefois des situations spécifiques, même au sein de ce sous-groupe vulnérable de la population (Kadio, Ridde et Mallé Samb 2014). En effet, il existe des différences marquées entre les personnes indigentes, car celles qui sont plus instruites ou bénéficient d'une meilleure santé ont plus de possibilités d'être informées de la maladie et de ses risques. Il y a donc des inégalités, même parmi les plus vulnérables. La distance par rapport aux centres de santé ne semble pas avoir d'impact sur ces inégalités, sans doute parce que les personnes indigentes dans leur ensemble n'utilisent que rarement les centres de santé, même lorsqu'elles bénéficient de soins gratuits (Kadio, Louart, Dabiré, Kafando, Somé et Ridde 2020; Beaugé, Ridde *et al.* 2020). En outre, l'absence de données sur la pandémie dans les zones rurales ne permet pas de comprendre si la pandémie a eu plus d'effet sur les populations les plus pauvres et les plus isolées des zones rurales. Si le virus circulait sur l'ensemble des territoires, les installations de dépistage et d'identification ne permettraient pas de connaître le nombre de personnes qui ont été infectées (Bonnet *et al.* 2020). Les centres de test ne sont situés que dans les capitales du district et sont inaccessibles à la plupart des populations et surtout aux plus marginales.

Les personnes indigentes de Diébougou semblent davantage accepter l'adoption de mesures gouvernementales de lutte contre la pandémie que la population générale du Burkina Faso. Près de 88% de la population générale ne faisait pas confiance au gouvernement pour gérer la pandémie (Jacky Mathonnat *et al.* 2021). Ailleurs en Afrique de l'Ouest, 35,6% des répondant·e·s accordaient une confiance totale aux responsables de la santé pour gérer la pandémie, et 34,6% avaient une confiance modérée en eux (Yapi *et al.* 2021). Au Sénégal, l'acceptabilité des mesures gouvernementales était plus élevée mais hétérogène selon



la personne concernée (Ridde *et al.* 2020). En effet, les populations considèrent que le couvre-feu est plus important (85,7%) que la fermeture de lieux de culte (55,4%).

Les plus de 60 ans font davantage confiance au gouvernement pour lutter contre la pandémie que les moins de 25 ans (7,72 contre 7,07). Par ailleurs, 86% des sénégalais·e·s sont très ou assez confiant·e·s dans la capacité du gouvernement à prendre soin de ses citoyen·ne·s, sans différence entre les sexes ni entre les régions (Le Nestour, Mbaye et Moscoviz 2020).

En ce qui concerne l'accès aux soins, les questions financières restent centrales pour les personnes indigentes, comme cela a toujours été le cas en Afrique de l'Ouest et au Burkina Faso. En plus du fait que le programme de la Banque mondiale, qui a fourni un accès gratuit aux soins des personnes indigentes a été interrompu sans prévoir ce qui allait venir pour les populations vulnérables, l'arrivée de la pandémie a exacerbé les défis liés au recours aux soins de santé pour des raisons financières (Beaugé, Ridde *et al.* 2020; Mwase *et al.* 2020). Les questions d'inégalité d'accès ont donc été accentuées par la pandémie puisqu'en plus du coût des soins de santé s'ajoutent les dépenses que les personnes indigentes ont du mal à couvrir, pour pouvoir suivre des mesures préventives (achat de masque par exemple). Ce phénomène a également été observé ailleurs, en Côte d'Ivoire notamment où près de 70% des personnes ont déclaré que leurs dépenses quotidiennes avaient augmenté en raison de mesures préventives (Yapi *et al.* 2021). Ce même phénomène a également été observé dans 17 établissements de santé de Niamey au Niger, où la pandémie de Covid-19 a eu des effets négatifs sur la fourniture de services aux groupes les plus vulnérables, tels que les femmes et les enfants (Baissa *et al.* 2021). De même, au Nigéria et en Éthiopie, où 21,8% et 19,3% des membres de la communauté ont déclaré qu'ils avaient des difficultés à accéder aux services de santé infantile, aux services de santé maternelle et à d'autres services de santé, respectivement (Assefa *et al.* 2021). Une autre observation concerne une instabilité économique liée à la Covid-19 dans le contexte de l'accès à une protection contraceptive accrue au Burkina Faso. En revanche, cette instabilité n'a pas été observée au Kenya.

En effet, 14,4% des personnes n'utilisant pas de contraceptifs au Kenya et 3,8% au Burkina Faso ont identifié les raisons de ne pas les utiliser comme étant liées à la Covid-19 (Karp *et al.* 2021). L'impact de la Covid-19 sur les personnes les plus vulnérables a donc été plus important puisque, en plus des obstacles connus à l'accès aux soins, l'obstacle financier a certainement été considérablement accentué au cours de la période pandémique (Ridde *et al.*, Mali et enjeux financiers).

## Conclusion

Si les statistiques nationales ne permettent pas d'évaluer l'impact de la pandémie dans les environnements ruraux du Burkina Faso, et en particulier sur les personnes les plus vulnérables et marginalisées, cette recherche nous permet d'affirmer que la Covid-19 est peu connue et que les mesures de prévention n'ont pas été acquises par tou-te-s. Cela souligne une forme d'inégalité sociale généralement reconnue en matière de soins de santé concernant cette population que la pandémie a remis en lumière. L'étude contribue à réduire la fragmentation des connaissances, en particulier sur les populations vulnérables et marginalisées. Ces résultats devraient être utiles pour concevoir de futures interventions de lutte contre les épidémies ne laissant personne de côté.

## Références

Anwar, Saeed, Yusha Araf, Asir Newaz Khan, Md. Asad Ullah, Nur Hoque, Bishajit Sarkar, Riyan Al Islam Reshad, Rahatul Islam, Nurshad Ali, et Mohammad Jakir Hosen. 2020. « Women's Knowledge, Attitude, and Perceptions Toward COVID-19 in Lower-Middle-Income Countries: A

- Representative Cross-Sectional Study in Bangladesh ». *Frontiers in Public Health* 8 (novembre): 571689. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.571689>.
- Aragona, M., A. Barbato, A. Cavani, G. Costanzo, et C. Mirisola. 2020. « Negative Impacts of COVID-19 Lockdown on Mental Health Service Access and Follow-up Adherence for Immigrants and Individuals in Socio-economic Difficulties ». *Public Health* 186 (septembre): 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.055>.
- Assefa, Nega, Ali Sié, Dongqing Wang, Michelle L. Korte, Elena C. Hemler, Yasir Y. Abdullahi, Bruno Lankoande et al. 2021. « Reported Barriers to Healthcare Access and Service Disruptions Caused by COVID-19 in Burkina Faso, Ethiopia, and Nigeria: A Telephone Survey ». *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 105(2): 323-30. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1619>.
- Baissa, Abdoulaye Mariama, Batouré Oumarou, Haladou Moussa, Blanche-Philomene Melanga Anya, Tambwe Didier, Joseph Nsiari-Muzeyi Biey, Patrick Katoto, et Charles Shey Wiysonge. 2021. « Impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé dans la ville de Niamey: une analyse dans 17 formations sanitaires de janvier à juin 2020 ». *Pan African Medical Journal* 39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.159.28282>.
- Beaugé, Yvonne, Manuela De Allegri, Samiratou Ouédraogo, Emmanuel Bonnet, Naasegnibe Kuunibe, et Valéry Ridde. 2020. « Do Targeted User Fee Exemptions Reach the Ultra-Poor and Increase Their Healthcare Utilisation? A Panel Study from Burkina Faso ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(18): 6543. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186543>.
- Beaugé, Yvonne, Valéry Ridde, Emmanuel Bonnet, Sidibé Souleymane, Naasegnibe Kuunibe, et Manuela De Allegri. 2020. « Factors Related to Excessive Out-of-Pocket Expenditures among the Ultra-Poor after

Discontinuity of PBF: A Cross-Sectional Study in Burkina Faso ». *Health Economics Review* 10(1): 36. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00293-w>.

Bonnet, Emmanuel, Oriane Bodson, Frédéric Le Marcis, Adama Faye, Emmanuel Sambieni, Florence Fournet, Florence Boyer *et al.* 2020. « The COVID-19 Pandemic in Francophone West Africa: From the First Cases to Responses in Seven Countries ». Preprint. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-50526/v1>.

Cucinotta, Domenico, et Maurizio Vanelli. 2020. « WHO Declares COVID-19 a Pandemic ». *Acta Bio Medica Atenei Parmensis* 91(1): 157-60. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>.

Gaythorpe, Katy AM, Kaja Abbas, John Huber, Andromachi Karachaliou, Niket Thakkar, Kim Woodruff, Xiang Li *et al.* 2021. « Impact of COVID-19-Related Disruptions to Measles, Meningococcal A, and Yellow Fever Vaccination in 10 Countries ». *ELife* 10 (juin): e67023. <https://doi.org/10.7554/eLife.67023>.

Harapan, Harapan, Naoya Itoh, Amanda Yufika, Wira Winardi, Synat Keam, Haypheng Te, Dewi Megawati, Zinatul Hayati, Abram L. Wagner, et Mudatsir Mudatsir. 2020. « Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Literature Review ». *Journal of Infection and Public Health* 13(5): 667-73. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>.

Jacky Mathonnat, Martine Audibert, Vincent Nossek, *et al.* 2021. « Perception de la Covid et comportement des ménages au Burkina Faso Une analyse sur données d'enquête ». fondation pour les études et recherches sur le développement international.

Kadio, K., Louart, S., Dabiré, S., Kafando, Y., Somé, P.-A., & Ridde, V. 2020. « L'accès aux services de santé au Burkina Faso: Une revue de l'interaction entre les capacités des individus et les caractéristiques du système de santé », no Juin-juillet: 13-42.

- Kadio, Kadidiatou, Valéry Ridde, et Oumar Mallé Samb. 2014. « Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres ». *Santé Publique* 26(1): 89. <https://doi.org/10.3917/spub.137.0089>.
- Karp, Celia, Shannon N Wood, Georges Guiella, Peter Gichangi, Suzanne O Bell, Philip Anglewicz, Elizabeth Larson, Linnea Zimmerman, et Caroline Moreau. 2021. « Contraceptive Dynamics during COVID-19 in Sub-Saharan Africa: Longitudinal Evidence from Burkina Faso and Kenya ». *BMJ Sexual & Reproductive Health* 47(4): 252-60. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2020-200944>.
- Köhler, Tim, et Haroon Bhorat. 2020. COVID-19, Social Protection and the Labour Market in South Africa Are Social Grants Being Targeted at the Most Vulnerable? [http://www.dpru.uct.ac.za/sites/default/files/image\\_tool/images/36/Publications/Working\\_Papers/DPRU%20WP%20202008.pdf](http://www.dpru.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/36/Publications/Working_Papers/DPRU%20WP%20202008.pdf).
- Le Nestour, Alexis, Samba Mbaye, et Laura Moscoviz. 2020. « Phone survey on the Covid crisis in Senegal ». Center for Global Development; CRDES.
- Louart, Sarah, Emmanuel Bonnet, et Valéry Ridde. 2021. « Is Patient Navigation a Solution to the Problem of “Leaving No One behind”? A Scoping Review of Evidence from Low-Income Countries ». *Health Policy and Planning* 36(1): 101-16. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa093>.
- Marmot, Michael, et Jessica Allen. 2020. « COVID-19: Exposing and Amplifying Inequalities ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, juillet, jech-2020-214720. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720>.
- Mwase, Takondwa, Julia Lohmann, Saidou Hamadou, Stephan Brenner, Serge M.A. Somda, Hervé Hien, Michael Hillebrecht, et Manuela De Allegri. 2020. « Can Combining Performance-Based Financing With

Equity Measures Result in Greater Equity in Utilization of Maternal Care Services? Evidence From Burkina Faso ». *International Journal of Health Policy and Management*, juillet, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.121>.

Nwagbara, Ugochinyere Ijeoma, Emmanuella Chinonso Osual, Rumbidzai Chireshe, Obasanjo Afolabi Bolarinwa, Balsam Qubais Saeed, Nelisiwe Khuzwayo, et Khumbulani W. Hlongwana. 2021. « Knowledge, Attitude, Perception, and Preventative Practices towards COVID-19 in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review ». Édité par Isabelle Chemin. *PLOS ONE* 16(4): e0249853. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249853>.

Ouedraogo, Boureima, Bernard Bere, Lucien Belemkoabga, et Zakaria Koncobo. 2020. « Conditions de vie des ménages en 2020 au Burkina Faso », 28.

Ouédraogo, Samiratou, Valéry Ridde, Nicole Atchessi, Aurélia Souares, Jean-Louis Kouliadiati, Quentin Stoeffler, et Maria-Victoria Zunzunegui. 2017. « Characterisation of the Rural Indigent Population in Burkina Faso: A Screening Tool for Setting Priority Healthcare Services in Sub-Saharan Africa ». *BMJ Open* 7 (10): e013405. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013405>.

Pare, Dr Cyriaque, Sounkalo Drabo, OBAAS Consulting, KABRE Moumouni, Mme Hubertine Kabore, Djamila Coulibaly, et Mariam Sondo. 2020. « PERCEPTION DES MESURES ANTI-COVID-19 AU BURKINA FASO », 20.

Pigeon-Gagné, Émilie, Ghayga Hassan, Maurice Yaogo, et Valéry Ridde. 2017. « An Exploratory Study Assessing Psychological Distress of Indigents in Burkina Faso: A Step Forward in Understanding Mental Health Needs in West Africa ». *International Journal for Equity in Health* 16 (1): 143. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8>.

- Reuben, Rine Christopher, Margaret M. A. Danladi, Dauda Akwai Saleh, et Patricia Ene Ejembi. 2021. « Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria ». *Journal of Community Health* 46 (3): 457-70. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00881-1>.
- Ridde, Valéry. 2015. « From Institutionalization of User Fees to Their Abolition in West Africa: A Story of Pilot Projects and Public Policies ». *BMC Health Services Research* 15 (Suppl 3): S6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>.
- Ridde, Valéry, Babacar Kane, Ibrahima Gaye, Faly Ba, Amadou Diallo, Emmanuel Bonnet, Zoumana Traoré, et Adama Faye. 2020. « Acceptability of Government Measures Against Covid-19 Pandemic in Senegal: A Mixed Methods Study ». Preprint. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-131071/v1>.
- Yapi, Richard B., Clarisse A. Hounghbedji, Daniel K.G. N'Guessan, Arlette O. Dindé, Aimé R. Sanhoun, Ariane Amin, Kossia D.T. Gboko, Kathrin Heitz-Tokpa, Gilbert Fokou, et Bassirou Bonfoh. 2021. « Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) Regarding the COVID-19 Outbreak in Côte d'Ivoire: Understanding the Non-Compliance of Populations with Non-Pharmaceutical Interventions ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (9): 4757. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094757>.





# 22. Le port obligatoire du masque dans la réponse à la pandémie de Covid-19 au Bénin. Entre popularité et scepticisme

ROCH APPOLINAIRE HOUNGNIHIN

## Résumé

Dans le cadre de la réponse à la pandémie de Covid-19 au Bénin, plusieurs mesures ont été prises dont le port obligatoire du masque. Mais ce dernier a très rapidement suscité des réactions marquées par de multiples usages sociaux, affectant ainsi l'objectif de santé publique associé. C'est dans ce contexte que la présente recherche a été menée à Cotonou, aux fins de comprendre les réactions des populations face à ce dispositif de prévention et les déterminants des pratiques observées.

Il s'agit d'une enquête ethnographique initiée auprès de 72 acteur-ric-e-s sociaux-ales de différents profils et qui a pris en compte la tenue d'un journal de terrain, des entretiens individuels, des observations et des captures d'images.

À partir d'avril 2020, le port du masque a été rendu obligatoire comme mesure préventive contre la Covid-19 au Bénin. Très tôt, à Cotonou, les populations ont adopté ce dispositif médical. Mais cette appropriation ne s'inscrit pas dans une logique sanitaire. Le masque est subitement devenu

un support de communication et une opportunité financière, induisant de multiples mésusages. Cette adaptation est articulée autour de logiques à la fois sociales, organisationnelles, géographiques et économiques.

**Mots-clés :** Covid-19, masque, ethnographie, usages sociaux, Cotonou

## Introduction

Le premier cas de la maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) est apparu dans la ville de Wuhan (Chine) en novembre 2019. Très tôt, cette maladie s'est répandue dans toutes les régions du monde; elle a été qualifiée de pandémie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès le 12 mars 2020. L'Afrique a été relativement épargnée par rapport au reste du monde, surtout si l'on compare sa situation avec celle qu'ont connue certains pays durant la crise Ébola (Holding, Ihekweazu, Stuart, Oliver 2019). Environ 12 216 748 cas d'infection dont 256 542 décès ont été déclarés sur le continent, contre plus de 764 474 387 cas confirmés et plus de 6 915 286 décès au total sur la planète, à la date du 26 avril 2023<sup>1</sup>. Sur la base des statistiques officielles, le Bénin fait partie des pays les moins atteints. Le pays a enregistré son premier cas de Covid-19 le 16 mars 2020. A la date du 26 avril 2023, le Bénin comptait 28 014 cas confirmés avec 163 décès<sup>2</sup>.

Dès le début de l'année 2020, face à la progression exponentielle des cas à l'échelle internationale, de multiples formes de mesures gouvernementales ont été mises en œuvre dans tous les pays du monde (Ridde *et al.* 2022). Ces mesures ont consisté en la mobilisation d'outils classiques de réponse aux phénomènes épidémiques aigus (Cambon 2021) : réglementation des sorties, confinement, couvre-feu, fermeture

1. <https://covid19.who.int>

2. Ministère de la Santé, 2022, <https://www.gouv.bj/coronavirus/>

des frontières et des établissements scolaires, suspension des compétitions sportives et autres grands rassemblements, etc. En Afrique, plusieurs pays ont pris une cascade de dispositions avant même que le premier cas ne survienne : état d'urgence sanitaire, couvre-feu, restriction des événements sociaux, fermeture des frontières, des établissements scolaires, des lieux de culte, des marchés et bars, etc. Des gouvernements ont opté pour le confinement total ou partiel, sous une forme géographique (ciblé sur des grappes) ou intermittente. En Côte d'Ivoire par exemple, les autorités ont décidé d'isoler la capitale économique Abidjan et environs (« le Grand Abidjan ») et ses 5 millions d'habitants, du 26 mars au 15 juillet 2020. La Tunisie, le Rwanda et l'île Maurice se sont, quant à eux, engagés sur la voie du confinement général de la population.

Au Bénin, dès le 30 mars 2020, le gouvernement a mis en place un cordon sanitaire constitué de douze communes (dont la capitale économique Cotonou et la capitale politique Porto-Novo) supposées à risques élevés et situées au sud du pays. Les mesures comprennent, également, la fermeture des établissements scolaires et universitaires, la mise en quarantaine systématique et obligatoire de toute personne venant au Bénin par voie aérienne et la fermeture des lieux de culte.

En tant que mesure préventive de santé publique, le port obligatoire du masque a été institué le 8 avril 2020 au sein du cordon sanitaire<sup>3</sup>. Perçu comme l'une des clés de la lutte contre la propagation de la Covid-19, ce dispositif a été généralisé le 28 avril 2020 à tout le pays (Présidence de la République du Bénin 2020). « Officiellement, le respect des gestes barrières constitue l'injonction qui domine la généralisation de cette protection faciale » (Tournay 2020, 1). Désormais, en tous lieux, dans l'administration publique comme privée, dans les réunions, les marchés, les magasins et les boutiques, le port du masque (appelé encore « cache-

3. Communiqué du comité gouvernemental de suivi de la pandémie de la Covid-19 relatif au port obligatoire du masque dans les douze communes du cordon sanitaire à compter du mercredi 8 avril 2020, <https://www.gouv.bj/coronavirus/>

nez » au Bénin) est devenu obligatoire. Ainsi, le 11 mai 2020, un vaste programme de production et de distribution gratuite de masques a été mis en place par le gouvernement dans les écoles, les collèges et les universités publics. Parallèlement, « un appel à production normée de masques réutilisables a été lancé à l'endroit des artisans, créateurs de mode, stylistes, designers, couturiers, couturières et tailleurs au plan national afin de produire les masques en quantité suffisante »<sup>4</sup>. Des initiatives privées ont donc vu le jour pour participer à « l'effort de guerre » et « aider les populations vulnérables du Bénin à faire face à la crise sanitaire ». À titre d'exemples, l'ONG « Espoirs d'Enfants » a fabriqué et distribué environ 5 000 masques<sup>5</sup>, et le projet *Africa Tomorrow* a fait réaliser par des groupements de femmes, des masques qui ont été « distribués dans les petits centres de santé oubliés par les infrastructures, mais également aux populations aux revenus faibles ne pouvant pas s'en procurer »<sup>6</sup>. Se joignant aux actions gouvernementales, la Jeune Chambre a initié une campagne de collecte et de don de 1 000 masques au profit de centres d'accueil et de suivi des enfants en situation de rue<sup>7</sup>.

Mais, comme nous allons le voir, ces mesures ont très rapidement suscité des réactions marquées par de multiples rationalités et usages du masque. L'objectif de santé publique qui est associé au port du masque était donc loin d'être atteint. En outre, le port du masque est bien connu en milieu de soins. La fonction principale du masque à usage médical (communément appelé « masque chirurgical ») est de « limiter la propagation vers l'environnement très proche des germes (bactéries, virus) depuis la bouche, le nez et les voies respiratoires de la personne qui le porte, en retenant les gouttelettes respiratoires (les postillons) »

4. <https://www.gouv.bj/actualite/663/conseils-utilisation-masques-protection-covid-19-reutilisables-tissu/>

5. <https://espoirsdenfants.org/fabrication-et-distribution-de-masques-au-benin-pour-les-plus-vulnerables/>

6. <https://fondation.edf.com/projets/covid19-fabrication-et-distribution-de-masques-au-benin/>

7. <https://www.gouv.bj/coronavirus/initiatives/222/>

(Institut National de Recherche et de Sécurité 2021, 3). Le masque est souvent utilisé par les soignant·e·s pour prévenir la contamination des malades. Mais c'est son institutionnalisation et sa généralisation pour la prévention de la Covid-19 qui restent une nouveauté. On peut donc légitimement s'interroger sur l'acceptabilité sociale et l'adhésion des populations face à cette mesure, en postulant que la possession du masque n'implique pas son utilisation effective et systématique. Plusieurs facteurs, dont la perception sociale du dispositif, entrent en ligne de compte. Comme dans le cas de la moustiquaire imprégnée étudiée par une équipe de chercheur·se·s au Bénin, « l'efficacité de la politique de prévention dépend de la manière dont les individus perçoivent l'objet et l'utilisent » (Egrot, Baxerres, Houngnihin 2018, 23).

L'objectif de cette recherche est donc de comprendre comment une nouvelle stratégie de santé publique, reposant sur la distribution massive et souvent gratuite d'un objet à visée préventive, est socialement vécue. Il s'agit d'étudier les réactions des populations face à ce dispositif de prévention et les déterminants des pratiques observées. L'approche a consisté à analyser les logiques des différent·e·s acteur·rice·s impliqué·e·s. Dans cette perspective, les sciences sociales ont mis en lumière les barrières sociales, culturelles, politiques et économiques pouvant entraver la mise en œuvre des politiques de prévention (Jaffré 2003; Mwenesi 2005). La recherche s'inspire du cadre de référence proposée en anthropologie des mondes contemporains (Augé 1994) et en anthropologie de la santé (Kleinman 1989; Benoist 1996; Fainzang 2001). Ces théories stipulent que les facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux jouent un rôle important et construisent la réalité clinique de la maladie, au-delà des systèmes sociaux et culturels.

## Terrain et méthodes

La recherche a été réalisée à Cotonou. La **population** de cette ville est officiellement estimée (selon les projections) en 2020 à plus d'un million d'habitant·e·s **établi·e·s sur une superficie de 79 km<sup>2</sup>** (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique 2013). L'exiguïté du site de Cotonou et sa forte densité (9 620 hab./km<sup>2</sup>) ont conduit à une extension des habitations vers Abomey-Calavi, devenue une ville dortoir. Ainsi, Cotonou forme avec Abomey-Calavi une conurbation de plus de 1 720 105 habitant·e·s en 2020 contre 1 088 083 en 2002 (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique 2020), soit une croissance démographique de plus de 4% par an.

La recherche a été conduite suivant une approche qualitative, inductive et compréhensive. Le choix des populations et des institutions d'enquête a été fait par induction au seuil de saturation de l'information recherchée. La technique d'échantillonnage par choix raisonné a été mobilisée. Deux catégories d'acteur·rice·s ont été prises en compte : la première est constituée des individus en population (conducteur·rice·s de taxi, enseignant·e·s, artisans, couturier·ière·s, commerçant·e·s) et la seconde des professionnel·le·s de santé impliqué·e·s dans la mise en œuvre des stratégies préventives.

Les entretiens semi-directifs approfondis ont été réalisés auprès de 72 personnes dont 26 femmes. Ils ont été appuyés par des séances d'observations ethnographiques. L'analyse et le traitement des données ont requis les méthodes classiques en sciences sociales (analyse linguistique, analyse thématique et analyse sémantique).

## Une adoption manifeste du port du masque

Pour différentes raisons, on a assisté à une ruée des populations vers les masques de différentes catégories, témoignant d'un suivi des recommandations officielles.

### Le port obligatoire du masque, une mesure socialement acceptée

Le port du masque a été l'un des gestes barrières rendus obligatoires au Bénin au début de l'épidémie de Covid-19, à partir du 8 avril 2020. Il s'agit du masque chirurgical à usage unique dit « de protection à visée collective » à destination de la population générale. Le gouvernement a préféré cette mesure au détriment du confinement « pour lequel le pays n'a pas les moyens »<sup>8</sup>. Dans un entretien en date du 29 mars 2020, le Président Patrice Talon déclarait que « le Bénin ne dispose pas des moyens des pays riches pour prendre des mesures de confinement strictes dans la lutte contre la propagation du coronavirus ». Il ajouta que « si nous prenons des mesures qui affament tout le monde, elles finiront très vite par être bravées et bafouées »<sup>9</sup>.

Au regard de l'évolution de la situation épidémiologique, le gouvernement béninois a décidé de rendre obligatoire le port du masque dans « le but de limiter au mieux l'évolution de la pandémie »<sup>10</sup>. Cette mesure a d'abord concerné toutes les personnes vivant au sein du cordon sanitaire,

8. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1689566/covid-economie-benin-pas-moyens-confiner-population>

9. <https://www.gouv.bj/actualite/573/reponses-benin-coronavirus---entretien-avec-president-republique/>

10. <https://www.gouv.bj/actualite/585/coronavirus---port-masque-obligatoire-benin>

avant d'être élargie à toute la population. Le communiqué du « Comité gouvernemental de suivi de la pandémie de Covid-19 » en date du 6 avril 2020 stipule clairement que, dans les douze communes du cordon sanitaire<sup>11</sup>, dès le mercredi 8 avril 2020, « le port du masque de protection est obligatoire en tous lieux dans l'administration publique comme privée, dans les réunions, les rencontres dans les marchés, les magasins, les boutiques, etc., quel que soit le nombre de personnes présentes »<sup>12</sup>. Dans les autres régions du pays, en dehors du cordon sanitaire, cette mesure est « fortement conseillée ».

Ainsi, le port du masque est devenu obligatoire dans les transports en commun et dans tous autres lieux où on est en contact avec le public. Le fait de ne pas en porter est passible d'une amende de 6 000 Francs CFA. « Afin d'assurer la disponibilité des masques à un prix accessible pour les populations, le gouvernement a subventionné et fixé le prix du masque dans les pharmacies à 200 FCFA »<sup>13</sup>. Ce dispositif a été accompagné de multiples messages de sensibilisation sur l'utilité du port du masque en contexte épidémique, sur « comment bien porter le masque pour être bien protégé » et sur la nécessité de continuer à respecter les autres gestes barrières, notamment le lavage des mains et le respect de la distanciation physique. « Le port du masque est utile pour ne pas diffuser la maladie ou recevoir les postillons (toux, éternuements) », pouvait-on lire sur le site officiel du gouvernement.

Très tôt, les populations ont adopté le masque. Celui-ci est devenu un élément essentiel de la réponse à la Covid-19. La mobilisation du secteur artisanal local reste emblématique de cette situation. Ainsi, de nombreux ateliers de couture ont été mués en structures de fabrication de masques. À cette organisation s'ajoute l'implication des organisations non-

11. Les douze communes concernées sont : Cotonou, Abomey-Calavi, Allada, Ouidah, Tori-Bossito, Zè, So-Ava, Aguégoués, Sèmè-Podji, Porto-Novo, Akpro-Missérété et Adjarra

12. <https://www.gouv.bj/actualite/585/coronavirus---port-masque-obligatoire-benin>

13. <https://www.gouv.bj/actualite/592/coronavirus>



gouvernementales (ONG) et des églises dans la production et la distribution du masque. Parallèlement, le gouvernement a commandé et distribué une grande quantité de masques dans les écoles primaires, notamment pour les classes d'examen. Les activités académiques avaient été suspendues, dès le 23 mars 2020, pour tous les autres cours, à l'exception des classes d'examen.

Partout, il a été observé une présence massive du masque, marquée par l'existence d'une gamme variée du produit distinguable par la texture, la qualité apparente et le prix.

## Plusieurs variétés de masques disponibles sur le marché

Un essai de typologie fait apparaître trois grandes variétés de masques. Il y a d'abord le masque confectionné en tissu appelé localement « tissu pantalon ». Ce type de masque, de fabrication simple, sans esthétique et sans soins, est disponible partout, dans les rues, les cabines téléphoniques, auprès des couturier·ière·s, à l'entrée des centres de santé ou tous autres lieux de regroupement (lieux de culte, banques), et même aux feux tricolores. Il est adopté par tou·te·s les « petit·e·s » couturier·ière·s. Très répandu, il est confectionné au moyen de morceaux de tissus, généralement en popeline bon marché vendue dans les merceries. Son prix oscille entre 100 FCFA et 150 FCFA. Il est lavable et réutilisable.



*Photo 1 : Masque artisanal en « tissu pantalon » de la première catégorie exposé dans un marché à Cotonou © Roch Hounghihin*

La deuxième catégorie est constituée de masques artisanaux, de fabrication locale, plus raffinés, confectionnés par des artisans plus spécialisés. Ce type de masque fait l'objet de commandes spéciales, avec l'effigie du commanditaire et des messages de toutes sortes. Ces masques sont identifiables par leur bordure dentelée; ils sont prisés par les ONG locales, les responsables d'entreprises, les institutions religieuses, de même que les hommes politiques qui en font un « objet tendance » et qui l'offrent aux bénéficiaires des projets, aux client·e·s, aux adeptes, aux militant·e·s et aux sympathisant·e·s. Il diffère de la première catégorie en ce que la matière première s'achète uniquement au grand marché Dantokpa par les grossistes ou gestionnaires de mercerie. Sa confection exige plusieurs compétences dont celles de couturier·ière, de sérigraphe et de dessinateur·rice. Ce type de masque fait parfois l'objet de transactions financières (entre 250 FCFA et 300 FCFA) lorsque le ou la promoteur·rice y met les logos des marques (« Adidas » par exemple). Il est lavable et réutilisable.



Photo 2 : Masque artisanal spécialisé de deuxième catégorie © Roch Houngnihin

La troisième catégorie est composée du masque pharmaceutique disponible en trois couleurs : bleue, verte et blanche. Il est souvent porté par une classe bien précise d'individus. Son prix est officiel et fixé à 200 FCFA. Au début de l'épidémie, il n'était pas possible de l'acheter à plus de deux unités. Les pharmacies sont instruites pour limiter la cession à deux unités par client afin de rationaliser le stock. Malgré cette mesure restrictive, les masques n'étaient pas toujours disponibles dans plusieurs de ces lieux de vente. Les ruptures de stocks et les pénuries étaient fréquentes. Très rapidement, ce type de masque a été contrefait, faisant apparaître plusieurs variétés, identifiables par les couleurs jaune, rose, noire et multicolore non-disponibles dans les officines de pharmacie.



*Photo 3 : Masque pharmaceutique contrefait de la troisième catégorie, porté sur la tête par une revendeuse ambulante © Roch Hounghin*

Le masque pharmaceutique est à usage unique; il est perçu comme étant l'objet idéal pour préserver de la Covid-19. Les autres catégories de masques sont juste tolérées. En effet, ces dernières ne sont pas équipées d'un système filtrant, un dispositif indispensable à une protection adéquate contre la Covid-19.

*Celui recommandé est ce que vous et moi avons porté; les autres masques peuvent protéger mais pas contre la Covid-19. (Soignant, 48 ans, Cotonou)*

Le masque est devenu un véritable objet du quotidien. Mais cette appropriation spontanée et manifeste ne s'inscrit pas dans une logique sanitaire; elle cache plusieurs rationalités.

## **Le masque au centre de plusieurs rationalités**

L'adoption du masque est structurée autour de plusieurs logiques.

## Le masque, un commerce lucratif pour des catégories spécifiques de populations

La filière de vente de masques a explosé depuis le début de la pandémie de Covid-19 au Bénin. L'institutionnalisation du port obligatoire du masque a constitué une opportunité financière pour certaines catégories de populations. Il aura fallu quelques jours seulement après l'adoption de cette mesure pour que plusieurs variétés de masques envahissent le marché à Cotonou. Un commerce très lucratif a été instauré. La mesure a donc été une aubaine pour les artisans locaux qui se sont improvisés « vendeurs de masques ». Le masque de la première catégorie, confectionné en « tissu pantalon », est surtout concerné par ce type de transaction.

Il est également fréquent d'observer le masque de deuxième catégorie au cœur des transactions commerciales. Le recours à ce masque à caractère publicitaire relève d'initiatives isolées d'acteur-ric-e-s et orientées vers une clientèle spécifique.

*J'avais acheté par douzaines le masque et je les avais donnés au dessinateur pour qu'il imprime le nom du collège là-dessus. Comme mon commerce est en face du collège, j'ai choisi de le faire ainsi afin de particulariser les élèves qui vont le porter. Tout le monde saura qu'ils viennent de ce collège. (Vendeur de masques, 35 ans, Cotonou)*

La répression policière a été une opportunité saisie par ces acteur-ric-e-s. Le débat au niveau national sur la qualité du masque n'a pas prospéré, obligeant la police à tolérer le port de tous les types de masques.

*Quand la corona était venue et que les policiers réprimaient, nous avons beaucoup vendu. Dans un premier temps, on vendait ça à 500 F, après 300 F et maintenant 100 F. (Vendeuse de masques, 38 ans, Cotonou)*

Le prix du masque a connu des fluctuations en fonction de la demande et de la pression policière ou informationnelle.

Ce commerce lucratif a fait émerger des modèles contrefaits du masque pharmaceutique, qui se vendent surtout aux feux tricolores. Le marché d'importation est orienté vers le Nigéria, via le grand marché Dantokpa, principale source d'approvisionnement pour les détaillant-e-s. Il aura fallu l'irruption subite de ces masques contrefaits et des autres types de masques, pour que les pharmacies outrepassent les instructions du ministère de la Santé, en cédant, par crainte d'une mévente, les masques selon la quantité désirée par le ou la client-e. Ainsi, les client-e-s pouvaient en acquérir plus de deux unités.

## Le détournement du masque en objet publicitaire

Le masque est devenu un support prisé de communication pour maintes institutions associatives ou confessionnelles. Son introduction a constitué une aubaine, un nouveau moyen de s'adresser au public. Il s'agit surtout du masque de deuxième catégorie sur lequel peut figurer l'effigie des ONG, des associations caritatives, des institutions religieuses, etc. Il fait rarement l'objet de transactions commerciales, en ce qu'il est distribué à titre gracieux.

Cette communication de masse développée au moyen des masques a visé le plus grand nombre possible de récepteur·rice-s. Ce type de communication personnalisée en fait un outil idéal de propagande, dans le but de stimuler l'adoption de comportements au sein d'un public ciblé. Les messages à caractère religieux ont eu plus de succès. Sur fond de matraquage, les associations religieuses s'adressent à une catégorie d'individus bien définie. Elles génèrent d'importantes ressources, à travers une puissante mobilisation des revenus populaires, faisant d'elles de véritables industries. Ces initiatives de détournement du masque en objet publicitaire à visée propagandiste, témoignent de la volonté de ces

organisations de s'insérer dans le tissu économique. Ces masques sont loin de répondre au besoin de protection contre les postillons et les projections d'air.

## Les déterminants du port du masque à Cotonou

Plusieurs facteurs sont associés au port du masque au niveau des utilisateur-rices.

### La police pour veiller au respect du port du masque

La répression policière a été un facteur majeur d'adoption du masque. Le non-respect de la mesure expose l'individu à une amende. « Les personnels des forces de défense et de sécurité ont été instruits pour réprimer tout contrevenant, quel que soit son moyen de locomotion », pouvait-on lire sur le site du gouvernement relayé par Médiapart Bénin<sup>14</sup>. De ce fait, la police a été chargée de « veiller au respect des mesures officielles édictées par le gouvernement ». Elle a donc intensifié, à partir du 28 avril 2020 (dès la généralisation du port obligatoire du masque dans toutes les localités du Bénin), des contrôles, à travers sa présence constante au niveau des principaux carrefours de la ville de Cotonou. Des actions « coups de poing » ont été périodiquement initiées. À titre illustratif, le 12 juin 2020, une opération « Piste cyclable, surcharge, non-respect des mesures de prévention contre la pandémie actuelle du Coronavirus notamment » a eu lieu. Cette opération avait « pour but de veiller au respect des couloirs de circulation, des pistes cyclables et des mesures de protection contre le coronavirus dont le port de masque et

14. <https://mediapartbenin.com/article/715/benin-port-masques-obligatoire-benin-la-police-republicaine-met-en-garde-citoyens-indelicats/>

la distanciation sociale d'un mètre. La hiérarchie policière par message a demandé aux chefs d'unité de la ville de Cotonou, d'instruire une patrouille d'intervention répressive. Tout acte de rançonnement est totalement proscrit et sera sanctionné avec la dernière rigueur, préviennent les responsables de la police »<sup>15</sup>.

Les conducteurs de taxi-moto ont été les principales victimes de cette répression. La police verbalisait et invitait l'usagèr-e à l'achat du masque sur place. La deuxième option, la plus contraignante est la contravention de 6 000 FCFA que les transgresseur-se-s payaient avant de rentrer en possession de leurs engins. Des récits font état d'abus et de pratiques persécutives de la part des agent-e-s de police.

*Si ce n'est pas que le cache-nez est obligatoire et qu'en ce moment les policiers répriment, je n'allais jamais porter. (Conducteur de taxi-moto, 42 ans, Cotonou)*

La ville de Cotonou a été au cœur de la répression. Les agent-e-s de police y concentraient leurs actions, aux carrefours et feux tricolores. Les coups de cravache, les amendes et surtout les pertes de temps étaient au centre de ce dispositif.

Par ailleurs, le 16 mars 2022 (soit environ deux ans après), le Conseil des ministres a décidé d'alléger les dispositifs de protection édictés pour faire face à la pandémie de Covid-19, à l'exception du port du masque à bord des transports en commun et de l'obligation vaccinale<sup>16</sup>.

Cependant, le port du masque avait déjà été abandonné depuis longtemps, au terme de la répression policière. Selon plusieurs avis, la fin du contrôle policier intensif coïnciderait avec la réouverture des classes

15. <https://lanouvelletribune.info/2020/06/benin-repression-demain-a-cotonou-pour-non-respects-du-code-de-la-route/>

16. Compte rendu du Conseil des ministres du 16 mars 2022 (<https://sgg.gouv.bj/cm/2022-03-16/>).



du cours d'initiation (CI) au cours moyen première année (CM1), le 10 août 2020. Ainsi, l'exécution de cette mesure n'a été effective que pendant six mois environ.

## Le masque et les rumeurs persistantes autour de la Covid-19

Les rumeurs persistantes autour de l'épidémie de Covid-19 interfèrent dans l'adoption systématique du masque. Ces rumeurs se réfèrent surtout au masque pharmaceutique, perçu comme étant nuisible du fait de son origine inconnue selon les utilisateur·rice·s.

*On a vu sur WhatsApp quelqu'un qui a porté le masque et son visage est gonflé. C'est comme s'il y a quelque chose de toxique dans le masque. (Ménagère, 48 ans, Cotonou)*

Ces informations, dont l'exactitude n'est pas établie, se rapportent également au déni de la maladie et du modèle virologique. Pour maintes populations, « la Covid-19 n'est pas une maladie des africains ». Le contexte marqué par l'absence de sources d'informations crédibles sur la Covid-19, les produits de santé disponibles (masques et vaccins surtout) et les effets secondaires associés, alimente l'infodémie ambiante, et fait des réseaux sociaux des canaux d'information très efficaces, mobilisant des stratégies basées sur les émotions (la peur, l'angoisse, la panique, le désespoir, l'insécurité...). Pour une population hautement connectée, cette situation entretient la défiance quant à la sécurité et à l'efficacité du masque.

Pour d'autres, il y a de nombreux facteurs qui prémunissent les Africain·e·s. Les répondant·e·s citent souvent le « soleil d'Afrique » qui aurait des effets neutralisants sur le SRAS-CoV-2 dans le corps humain.

Il est donc inutile de porter le masque. Un autre facteur est relatif à la protection que procureraient la chaleur et le soleil, comparativement aux autres régions du monde qui en seraient dépourvues.

*Chez les blancs, il y a la neige tout le temps. Chez nous, même en période de pluie, on a chaud et nous savons tous que les virus aiment le froid. (Coiffeuse, 44 ans, Cotonou)*

Même dans le rang des soignant-e-s prévaut l'hypothèse d'une prémunition des Africain-e-s du fait des conditions environnementales, notamment le soleil et la chaleur.

*Je sais que ça peut paraître bizarre; mais je pense aussi que cette affaire de soleil trop fort que les populations soulignent peut expliquer la faiblesse des chiffres. (Agent de santé, 45 ans, Cotonou)*

De même, la consommation de certains aliments fait partie des mesures populaires contre le SRAS-CoV-2. La composition de ces aliments et de ces boissons locales varie d'un-e acteur-rice à l'autre. Mais trois ingrédients émergent dans tous les récits : l'alcool local à base de palme appelé sodabi, les décotés de clou de girofle (*Syzygium aromaticum*) et le priment (*Capsicum annum*) pour prévenir ou traiter la Covid-19. À cela, s'ajoute un cocktail de suppléments en vitamines et minéraux qui permettraient de traiter la Covid-19.

Enfin, le déni persistant du modèle virologique repose sur le fait que les populations affirment n'avoir jamais vu un cas de Covid-19, de même qu'un cas de décès dû à la maladie. Ainsi, la morbidité et la mortalité liées à la Covid-19, relativement faibles, renforcent l'hésitation.

*Quand on a dit que la Covid-19 existe, et que moi je n'ai jamais vu quelqu'un qui a attrapé la maladie, quelqu'un qui en est décédé et dont le gouvernement a montré les images. (Artisan, 53 ans, Cotonou)*

Le refus de prendre en compte l'existence de la Covid-19 et sa transmission par le biais d'un virus est récurrent à Cotonou. Il est un facteur de dédain de l'adoption du masque.

## Le masque, un facteur de stigmatisation et un marqueur de différenciation sociale

Beaucoup de personnes réfutent le port du masque dans un souci d'évitement de la stigmatisation sociale. En effet, le ou la porteur-se expose sa provenance et son statut social. Dans un contexte qui ne lui est pas familier, cette identité est vite perçue, et la réprobation sociale se vit à travers le regard désapprobateur des autres, comme si le ou la porteur-se du masque avait enfreint la norme sociale régie par le rejet du masque.

*Au début, je portais mon masque, mais les gens me regardaient. Finalement, j'ai dû l'enlever et ça reste dans ma poche. (Agent commercial, 43 ans, Cotonou)*

Dans les quartiers d'ortoirs de Cotonou, hors des grandes rues et des administrations, le réflexe de port du masque est souvent vite abandonné. Le souci d'intégration sociale rend compte du comportement des acteur-ric-e-s en défaveur du port du masque. Le masque pharmaceutique subit davantage la stigmatisation. Il est perçu comme la marque des « riches ».

## Discussion

Du fait qu'il n'est pas lavable (donc non recyclable) et qu'il coûte plus cher que les autres types de masques, le masque pharmaceutique est l'apanage d'une catégorie spécifique de population, les personnes détentrices d'un

statut particulier. Il s'agit, selon la formule de Goffman (1975) de l'identité sociale réelle, se rapportant aux catégories et attributs dont on pourrait prouver que l'individu les possède. Stigmatisé·e·s, les porteur·se·s de masque subissent une réprobation sociale parce qu'ils-elles auraient contrevenu à cette norme sociale; ils-elles sont vu·e·s comme étant déviant·e·s. Selon Goffman, un individu stigmatisé se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité.

La mesure associée au port du masque a fait émerger plusieurs catégories d'individus. Cette identité prend également en compte les aspects financiers et plus particulièrement le coût du masque pharmaceutique. Comme l'ont déjà révélé Kutzin et Nyongator (2003) et Hounghinih *et al.* (2013), cette participation financière est un obstacle à l'acceptation du produit de santé, ici le masque officiellement recommandé; elle explique la ruée vers les masques artisanaux qui peuvent être confectionnés par les utilisateur·rice·s eux·elles-mêmes et qui reviennent beaucoup moins chers. Dans la plupart des cas, le faible niveau de revenu et le contexte d'économie informelle ont favorisé la réappropriation du masque artisanal au détriment du masque pharmaceutique. Le prix des masques a donc été une barrière importante à l'accès au masque.

Selon Darriet, ces interrogations renvoient à l'adhésion aux outils innovants, en mettant en exergue « les considérations ethnologiques, sociologiques et économiques qui décident de l'acceptabilité de la méthode de lutte » (Darriet 2007, 35). Cette perspective holistique est bien appréhendée par Fontenille (2009) qui insiste sur la nécessité d'intégrer la question de l'acceptabilité sociale des mesures proposées, dans des dimensions à la fois physique, émotionnelle, sociale et économique.

Aujourd'hui, trois années environ après l'apparition de la pandémie de Covid-19, le masque a disparu des rues de Cotonou. Son offre a cessé d'être effective, malgré « les incertitudes qui subsistent concernant l'évolution potentielle du SRAS-CoV-2 »<sup>17</sup>. La stratégie répressive mise en œuvre a donc montré ses limites en termes d'appropriation et de pérennité. Cette situation caractérise aussi bien les masques cédés dans les officines pharmaceutiques que ceux du marché informel et qui ont émergé en plein contexte épidémique avec les ruptures de stocks et les pénuries observés dans les lieux officiels. Aujourd'hui, pour se procurer un masque, il faut se rendre dans les centres de santé ou dans les officines où les invendus de la crise sanitaire peuvent être retrouvés. Ce phénomène rappelle les pratiques de vente et d'achat de médicaments qui se déroulent hors du cadre formel imposé par l'État, dans les marchés, dans les rues et de porte à porte, par des personnes qui ne disposent pas d'une reconnaissance officielle. « Le développement massif de ce marché de *médicaments de la rue* date de la fin des années 1970, alors que les pays éprouvent des problèmes de gestion pharmaceutique et de ruptures régulières et importantes de médicaments » (Baxerres 2015, 39).

## Conclusion

La recherche a permis de comprendre les motifs de l'adoption du port du masque en contexte de pandémie de Covid-19 à Cotonou. Ce dispositif facial a été socialement accepté, mais cette adaptation est loin de s'inscrire dans la logique sanitaire qui a présidé à son institutionnalisation en termes de prévention de la Covid-19. Cette situation a généré de

17. Déclaration sur la quinzième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) en date du 5 mai 2023 ([https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)).

nombreux mésusages dus à l'absence ou à l'insuffisance d'informations sur le masque et son utilité de santé publique. Le manque d'informations ou la faible qualité de l'information détenue contribue à l'inobservance des recommandations gouvernementales et au renoncement de l'adoption de la stratégie sanitaire, comme l'ont révélé Hounghinin et Sossou (2015).

Quoiqu'ancien et bien connu, le masque reste un instrument nouveau pour les populations en contexte de Covid-19. À ce titre, il est sujet à plusieurs usages sociaux, en tant qu'outil de communication, en tant qu'aubaine financière pour maint-e-s acteur-ric-e-s qui se sont rué-e-s dans la fabrication et la vente du masque artisanal.

Ce dispositif facial fait intervenir plusieurs acteur-ric-e-s ayant différents types de savoirs et de rationalités : d'un côté les acteur-ric-e-s institutionnel-le-s ayant le souci de protéger les populations contre la Covid-19; et de l'autre, des populations qui inscrivent leurs actions dans le déni de la maladie et dans la défiance vis-à-vis des mesures gouvernementales. Dans un tel contexte, le port du masque induit des usages non recommandés par la santé publique. Il est donc nécessaire de remobiliser les populations autour de la logique sanitaire associée au masque et de solliciter les « allié-e-s de la communication », des acteur-ric-e-s légitimes aux yeux de celles-ci, afin de contrôler les rumeurs persistantes.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre des activités du Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA) de l'Université d'Abomey-Calavi, avec l'appui financier de « The Couffo Collaborative ».

## Références

Augé, Marc. 1994. *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Paris : Aubier.

- Baxerres, Carine. 2015. « Les médicaments du marché informel sont des faux médicaments ». Dans *Des idées reçues en santé mondiale* [en ligne]. Sous la direction de Ridde, Valéry; Ouattara, Fatoumata, 39-42. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. Disponible sur Internet: <<http://books.openedition.org/pum/3623>>. ISBN : 9782821895461. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pum.3623>.
- Benoist, Jean. 1996. *Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala.
- Cambon, Linda; Bergeron, Henri; Castel, Patrick; Ridde, Valery; Alla, François. 2021. « When the worldwide response to the COVID-19 pandemic is done without health promotion ». *Global Health Promotion* 28(2): 3-6. doi:10.1177/17579759211015129
- Darriet, Frédéric. 2007. *Moustiquaires imprégnées et résistance des moustiques aux insecticides*. Montpellier : IRD éditions.
- Egrot, Marc; Baxerres, Carine; HOUNGNIHIN, Roch. 2018. « Quand les moustiquaires poussent l'anthropologie à repenser l'innovation et l'acceptabilité dans le champ de la santé ». Dans *L'innovation en santé : technologies, organisations, changements*. Sous la direction de Haxaire, Claudie; Moutaud Baptiste; Farnarier, Cyril, 3-39. Rennes: Presses de l'Université de Rennes.
- Fainzang, Sylvie. 2001. « Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche ». *Revue Anthropologica* (15) : 20-38.
- Fontenille, Didier. 2009. *La lutte antivectorielle en France*. Montpellier: IRD Éditions.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* (Traduit de l'anglais par Alain Kihm). Paris: Les Éditions de Minuit.

- Holding, Maya; Ihekweazu, Chikwe; Stuart, James MacNaughton; Oliver, Isabel. 2019. « Learning from the epidemiological response to the 2014/15 Ebola virus disease outbreak ». *Journal of Epidemiology and Global Health* 9(3): 169-175.
- Hounghinin, Roch; Sossou, Judith. 2015. « Comprendre le renoncement à la référence obstétricale à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou ». *Santé publique* 29(5): 719-729.
- Hounghinin, Roch; Tingbé-Azalou, Albert; Fourn, Elisabeth. 2013. « Participation communautaire et gestion des services de santé : perceptions et stratégies des acteurs dans la zone sanitaire de Comè (Bénin) ». *Perspectives & Sociétés* 5 (1et 2): 228-245.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique. 2020. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*. Cotonou: Institut national de la statistique et de l'analyse économique.
- Institut national de recherche et de sécurité. 2021. *Appareils de protection respiratoire et risques biologiques : Fiche pratique de sécurité*. ED 146 [archive], sur [inrs.fr](http://inrs.fr).
- Jaffré, Yannick. 2003. « Les apports de l'anthropologie à la lutte contre le paludisme », *Médecine tropical* 3(63) : 276-281.
- Kleinman, Arthur. 1989. *The Illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kutzin, Joseph; Nyongator, Franck. 2003. "Health for some? The effects of user fees in the Volta region of Ghana". Dans *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Sous la direction de Audibert, Martine; Mathonnat, Jachy; Roodenbeke, Eric de, p. 97-118. Paris: Karthala.
- Mwenesi, Halima. 2005. « Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: an overview ». *Acta trop* 95 : 292-297.



Présidence de la République du Bénin. 2020. *Relevé du Conseil des Ministres en date du mercredi 4 mars 2020*. Cotonou.

Ridde, Valery; Kane, Babacar; Gaye, Ibrahima; Ba, Mouhamadou Faly; Diallo, Amadou; Bonnet, Emmanuel; Traoré, Zoumana; Faye, Adama. 2022. « Acceptabilité des mesures gouvernementales contre la pandémie de COVID-19 au Sénégal: une étude à méthodes mixtes ». *PLOS Glob Santé publique* 2(4): e0000041. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10021345/>

Tournay, Virginie. 2020. « Des masques aux usages dévoyés ». *Pour la Science* 514 : 18-18.



# 23. Les facteurs associés à l'hésitation vaccinale contre la Covid-19 au Sénégal

MOUHAMADOU FALY BA, ADAMA FAYE, VALÉRY RIDDE

## Résumé

Une étude réalisée au Sénégal a utilisé une méthode mixte séquentielle explicative pour examiner les raisons de l'hésitation et du refus du vaccin contre la Covid-19. Les données quantitatives ont été collectées auprès de 607 personnes âgées de plus de 18 ans via une enquête téléphonique fin 2020, et les données qualitatives ont été obtenues via entretiens téléphoniques menés auprès de 30 personnes. Les résultats ont montré que 12,9% des personnes hésitaient et 32,8% refusaient de se faire vacciner. Les raisons de l'hésitation étaient liées au sexe, à l'habitation dans les grandes villes, à une attitude négative envers le vaccin, au doute quant à son efficacité, à l'influence des personnes importantes pour eux et au manque d'information des professionnel-le-s de santé. Les raisons du refus étaient similaires, mais avec l'ajout de la crainte que le vaccin puisse nuire à leur santé. Cette recherche<sup>1</sup> met en évidence la nécessité d'une approche proactive pour encourager la confiance dans les vaccins et lutter contre la désinformation.

**Mots-clés :** Covid-19, Sénégal, hésitation vaccinale

1. Ce chapitre est une traduction adaptée d'un article publié en anglais avec des collègues que nous remercions : Ba MF, *et al.*, Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy in Senegal: A mixed study. *Hum Vaccin Immunother.* 2022 Nov 30;18(5): 2060020.

## Introduction

La maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) reste un problème majeur de santé publique. Bien que de nombreux efforts aient été consacrés à la mise en œuvre de stratégies de contrôle, notamment les interdictions de voyager, l'isolement des cas confirmés et des contacts, la distanciation sociale et les mesures d'hygiène, la transmission du virus est susceptible de rebondir lorsque ces stratégies sont levées (Rutten *et al.* 2021). Parmi les multiples stratégies possibles, l'un des moyens pour contrôler cette pandémie est la vaccination. L'obtention de résultats efficaces de la vaccination ne repose pas uniquement sur l'accessibilité, qui reste un défi majeur en Afrique, mais dépend également de l'acceptation et de la volonté de la population à se faire vacciner. Ainsi, l'un des obstacles majeurs pour atteindre une couverture vaccinale élevée est l'hésitation vaccinale (Soares *et al.* 2021). Au-delà des débats très anciens sur le concept et sa portée, cette dernière est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme le retard dans l'acceptation ou le refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination (MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy 2015).

Une méta-analyse a montré que la proportion des individus déclarant qu'ils refuseraient un vaccin de la Covid-19 était de 14,3% et la proportion déclarant être incertaine était de 22,1% (Robinson *et al.* 2021). Cette dernière a montré aussi qu'au fil du temps, les intentions de vaccination ont diminué alors que les refus ont augmenté (Robinson *et al.* 2021). Plusieurs facteurs peuvent influencer l'acceptation ou le refus du vaccin (statut professionnel, politique, sexe, âge, éducation, revenu, etc.). De plus, la nouveauté de la maladie, les inquiétudes concernant la sécurité et l'efficacité du vaccin et la méfiance à l'égard des gouvernements ont généré une proportion importante de personnes indiquant une réticence à se faire vacciner contre la Covid-19 (Troiano et Nardi 2021).

Le Sénégal a lancé sa campagne de vaccination contre la Covid-19 le 23 février 2021. Depuis lors, la couverture est très loin de l'objectif fixé par les autorités qui était d'assurer la vaccination d'au moins 20% de la population générale avant juin 2021 (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale 2021). Dans le même temps, le virus continue de se propager. L'une des composantes importantes de ce défi, malgré sa nature multiforme, est l'hésitation et le refus vaccinal. Ainsi, l'évaluation de sa portée et de son ampleur s'avère nécessaire pour orienter les interventions visant à construire et à maintenir des réponses pour faire face à cette épidémie. Cette étude vise à évaluer et à identifier les facteurs associés à l'hésitation au vaccin Covid-19 au Sénégal.

## Méthode

Il s'agit d'un devis en méthodes mixtes séquentiel explicatif où les données qualitatives doivent aider à comprendre les résultats de l'analyse des données quantitatives précédemment collectées. Les données quantitatives ont été collectées du 24 décembre 2020 au 16 janvier 2021, avant la campagne vaccinale, et les données qualitatives du 19 février au 30 mars 2021, durant la campagne vaccinale.

La population d'étude était constituée de personnes âgées de 18 ans et plus dans la population générale disposant d'un numéro de téléphone portable. En juin 2020, nous avons réalisé une première enquête téléphonique au niveau national auprès de 813 personnes pour mesurer l'acceptabilité sociale des mesures gouvernementales de lutte contre le Covid-19 (Ridde *et al.* 2020). L'étude a utilisé une stratégie d'échantillonnage par quotas marginaux. Pour avoir un échantillon représentatif de la population, une stratification selon le poids de la population par région, par sexe et par tranche d'âge a été effectuée. Sur la base de cette première enquête, qui ne concernait pas les aspects

vaccinaux, nous avons organisé une seconde enquête auprès de ces mêmes personnes. La taille finale de l'échantillon quantitatif était de 607 personnes.

L'échantillon qualitatif est composé de 30 individus sélectionnés parmi ceux ayant déclaré hésiter (n = 15) ou refuser (n = 15) de se faire vacciner, nichés au sein de l'échantillon quantitatif final (n = 607) (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des individus de l'enquête qualitative (N=30).

Caractéristiques	Hésitants	Refus
Sexe		
Masculin	9	9
Féminin	6	6
Age		
< 25 ans	3	3
25-59 ans	10	10
>=60 ans	2	2
Éducation		
Sans instruction	6	6
Primaire	3	3
Secondaire	4	4
Supérieur	2	2
Région		
Dakar	5	5
Hors Dakar	10	10
Total	15	15

L'outil de collecte des données quantitatives était un questionnaire structuré et fermé. La collecte a été effectuée par cinq enquêtrices. L'enquête se faisait par appel téléphonique.

L'intention de se faire vacciner, la variable dépendante, a été mesurée avec une échelle de Likert à 5 points (tout à fait d'accord = 5; pas du tout d'accord = 1) et a été transformée en variable à 3 modalités :

- Tout à fait d'accord et d'accord = intention de se faire vacciner;
- Ni en désaccord ni d'accord = hésitation à se faire vacciner;
- Pas d'accord et pas du tout d'accord = refus de se faire vacciner.

Les variables indépendantes collectées dans l'enquête quantitative ont été conceptualisées conformément au modèle de l'hésitation vaccinale de l'OMS (MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy 2015).

L'enquête qualitative a été guidée par les résultats des analyses quantitatives en cherchant à comprendre plus en profondeur les raisons de l'hésitation ou du refus vaccinal. Grâce à un guide ouvert, des entretiens individuels d'une durée moyenne de 30 minutes ont été réalisés au téléphone.

Les analyses quantitatives ont été réalisées avec le logiciel R version 4.0.5. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Une régression logistique multinomiale a été utilisée dans l'analyse multivariée pour modéliser l'hésitation et le refus de se faire vacciner. Cette analyse multivariée a permis de déterminer des Odds Ratio ajustés (ORa) et les intervalles de confiance (IC) à 95% correspondants ont été estimés pour toutes les variables.

Pour les données qualitatives, les entretiens ont été intégralement retranscrits en français. Puis, une analyse manuelle du contenu a été effectuée. Selon la démarche en méthodes mixtes, les divergences et convergences ont été mises en exergue dans la présentation des résultats

(Pluye *et al.* 2009). Des éléments explicatifs du refus ou de l'hésitation vaccinale, qui n'étaient pas pris en compte dans l'enquête quantitative, sont apparus dans l'enquête qualitative.

## Résultats

Dans l'étude, 67,1% des individus étaient âgés de 25 à 59 ans. La proportion de répondant·e·s sans éducation était de 41,7%. Les personnes qui ont hésité ou refusé de se faire vacciner étaient respectivement 12,9% et 32,8% (Tableau 2).



Tableau 2 : Répartition des individus suivants les caractéristiques (N=607).

Caractéristiques*	N (%)
Age	
Moins de 25 ans	140 (23,1)
25-59 ans	407 (67,1)
60 ans et +	60 (9,9)
Sexe	
Femme	241 (39,7)
Homme	366 (60,3)
Quintile	
Plus pauvre	81 (13,3)
Pauvre	78 (12,9)
Moyen	131 (21,6)
Riche	161 (26,5)
Plus riche	156 (25,7)
Région	
Autres régions	257 (42,3)
Dakar-Diourbel-Thiès	350 (57,7)
Éducation	
Sans instruction	253 (41,7)
Primaire	122 (20,1)
Secondaire	153 (25,2)
Supérieur	79 (13,0)
Avez-vous déjà reçu un vaccin à l'âge adulte ?	
Oui	173 (28,5)
Non	434 (71,5)
Intention de se faire vacciner	
Oui	330 (54,4)
Hésite	78 (12,9)
Refus	199 (32,8)

\* Voir plus : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2022.2060020>

Les résultats de l'analyse multivariée ont montré que les femmes (ORa = 2,49 [IC95% : 1,20-5,17]), les personnes vivant dans les grandes villes du Sénégal (ORa = 2,16 [IC95% : 1,04-4,48]), celles qui pensaient qu'il n'était pas important ou pas souhaitable de se faire vacciner (ORa = 2,72 [IC95% : 1,16-6,39]; ORa = 16,49 [IC95% : 6,72-40,59]), celles ayant déclaré que la vaccination ne les protégerait pas contre le virus (ORa = 20,10 [IC95% : 8,06-50,00]) et celles estimant que les personnes importantes pour elles pensaient qu'elles ne devraient pas être vaccinées contre la Covid-19 lorsque le vaccin serait disponible (ORa = 4,97 [IC95% : 2,34-10,50]) étaient plus susceptibles d'être réticentes à se faire vacciner.

Les personnes vivant dans les grandes villes du Sénégal (ORa = 2,03 [IC95% : 1,04-3,96]), les personnes pensant qu'il n'était pas souhaitable de se faire vacciner (ORa = 17,00 [IC95% : 7,42-39,00]), les personnes déclarant que se faire vacciner ne permettrait pas de se protéger contre le virus (ORa = 19,30 [IC95% : 8,49-44,00]), les personnes pensant que le vaccin pouvait mettre leur santé en danger (ORa = 5,00 [IC95% : 2,04-11,11]) et les personnes pensant que la plupart des personnes importantes pour elles penseraient qu'elles ne devraient pas être vaccinées contre la Covid-19 lorsque le vaccin serait disponible (ORa = 5,61 [IC95% : 2,83-11,10]) étaient plus susceptibles de refuser le vaccin.

L'analyse du contenu des entretiens permet en partie d'expliquer les résultats de l'enquête quantitative. En effet, la recherche qualitative indique qu'une mauvaise attitude à l'égard du vaccin contre la Covid-19 pourrait s'expliquer par des rumeurs : « *J'hésite à cause des rumeurs entendues sur le vaccin; ça c'est le premier aspect, le deuxième aspect est que la durée pour sa création me laisse perplexe.* » (Hésitation). Les individus ont parlé de la préoccupation de réduire la population africaine avec ce vaccin : « *J'ai entendu dire que certains gens veulent porter préjudice à l'Afrique car ils constatent un taux de naissance très élevé dans la population.* » (Refus). Sur une autre note, une personne a déclaré qu'il n'était pas conseillé de parler de la vaccination contre la Covid-19 en Afrique alors que l'épidémie avait un plus grand impact dans les pays

du Nord : « Ils devraient commencer par eux d'abord. S'ils avaient fait cela jusqu'à ce qu'ils soient guéris, jusqu'à ce qu'ils soient stables, alors ils diraient qu'il y a encore la partie des Africains, j'aurais compris » (Refus).

Les personnes refusant le vaccin ont cité les effets indésirables de certains autres vaccins et les décès observés dans certains pays après le début de la campagne de vaccination Covid-19. « Moi j'ai vu sur France 2, dans leur journal de 20h, qu'en Norvège ils ont commencé à vacciner les personnes retraitées et la plupart de ceux qui se sont vaccinés sont décédés et c'est la télévision de France qui l'a montré. » (Refus). Cette situation installe un doute chez les enquêté-e-s qui adoptent un principe de précaution envers la vaccination : « Si jamais les gens qui se font vacciner restent 3 à 4 mois sans que rien ne les arrive ou qu'ils n'en tirent aucun effet indésirable, je me ferai vacciner » (Hésitation).

Pour certaines personnes interrogées, l'avis de leurs proches n'entraverait en rien leur décision : « Non si je dois me vacciner, je le ferai de plein gré mais pas sous l'influence de qui que ce soit » (Hésitation). Pour d'autres, l'avis des personnes qui ont une expertise dans ce domaine peut-être déterminant dans leur changement de comportement : « Pour moi, les médecins seulement peuvent nous influencer parce qu'ils le connaissent mieux que nous. Mais pour les autres, même s'ils ont une connaissance, pour moi, peut être ce qu'ils disent peut-être vrai, mais je fais plus confiance aux médecins, ils connaissent mieux le métier. » (Refus).

L'hésitation et le refus de se faire vacciner étaient quantitativement liés au fait que les agent-e-s de santé ne fournissaient pas les informations et le soutien appropriés et nécessaires pour la vaccination, ce que la recherche qualitative a confirmé : « J'hésite à me faire vacciner parce que je n'ai pas encore reçu une information pertinente sur le vaccin » (Hésitation). La communication proposée par le personnel de santé semblerait avoir une grande influence sur les comportements vaccinaux : « Il faudrait que l'État fasse une large communication à travers les médecins et non pas à travers les politiciens. Il faut que le personnel de santé se fasse vacciner et incite les populations à faire pareil. Pour moi c'est la meilleure des choses

à faire. » (Refus). Cette communication par des professionnel-le-s de santé est très importante car elle va rassurer les populations et permettre une plus grande réussite des campagnes de vaccination : « *Le jour où je serai rassurée, je me vaccinerai* » (Hésitation). La qualité de l'information a aussi été mise en avant par les répondant-e-s, et la thèse du complot était très présente : « *Avant-hier, on m'a montré quelqu'un qui travaille dans ce domaine expliquant que les vaccins envoyés en Afrique ne sont pas les meilleurs et qu'ils comportent des risques indésirables* » (Refus). Certain-e-s sont même allé-e-s jusqu'à se demander si le vaccin reçu par les autorités étatiques était le même que celui qu'allaient prendre les populations : « *Rien ne prouve que ce vaccin reçu par les autorités sanitaires et étatiques sont les mêmes vaccins utilisés pour les populations.* » (Hésitation). Enfin, les répondant-e-s pensaient que d'éventuelles variantes pourraient compliquer la vaccination : « *Ils ne vont pas avoir l'efficacité souhaité parce que le vaccin c'était pour le variant qui était ici en premier qu'on l'a conçu. Mais si un autre variant arrive ce vaccin ne pourra rien y faire parce que le virus a changé* » (Hésitation).

## Discussion

L'impact international de la Covid-19 sur la santé publique et l'économie a poussé les organisations privées et gouvernementales à travailler ensemble pour faire face à la pandémie. D'importants investissements ont été réalisés pour créer des vaccins contre la Covid-19. Néanmoins, l'hésitation envers le vaccin Covid-19 peut limiter les efforts mondiaux pour contrôler la pandémie et ses effets négatifs sur la santé et les aspects socio-économiques. Notre étude a montré que 12,9% des individus hésiteraient à se faire vacciner et 32,8% refuseraient le vaccin alors que ce dernier n'était pas encore disponible au Sénégal. Ces résultats sont similaires à une étude menée en Nouvelle-Zélande et à ceux d'une revue systématique et d'une méta-analyse incluant 13 pays (Prickett, Habibi, et Carr 2021; Robinson *et al.* 2021). Cependant, en comparaison à ces études

menées aux USA, au Portugal et en Grande-Bretagne, la proportion de refus est plus élevée dans notre étude (Robinson *et al.* 2021; Sherman *et al.* 2021; Soares *et al.* 2021). Ce résultat est d'autant plus inquiétant que la revue systématique et la méta-analyse (Robinson *et al.* 2021) ont montré que les pourcentages d'hésitations et de refus vaccinaux augmentaient à mesure que la pandémie progressait. Cela pourrait être dû à la désinformation sur l'innocuité du vaccin et à la croyance en une immunité suffisante pour lutter contre la Covid-19 (Marzo *et al.* 2022). Les stratégies efficaces de lutte contre l'hésitation vaccinale nécessitent une compréhension des facteurs régionaux, culturels et économiques et une formation adaptée des professionnels de la santé (Simas et Larson 2021).

L'hésitation vaccinale était associée au genre dans notre étude au Sénégal. Ce résultat est similaire à celui de la Nouvelle-Zélande, d'Israël, de la Chine, du Royaume-Uni, des États-Unis, du Qatar et du Portugal (Prickett, Habibi, et Carr 2021; Al-Jayyousi *et al.* 2021). Ceci pourrait être expliqué par le fait que les femmes perçoivent un risque moins élevé de la maladie (Al-Jayyousi *et al.* 2021). La conclusion de cette étude selon laquelle les femmes sont plus susceptibles de montrer une hésitation à la vaccination est inquiétante car les femmes jouent un rôle central dans la vaccination des enfants.

Notre étude a montré que le fait d'hésiter ou de refuser la vaccination était très lié aux rumeurs circulant, notamment sur les réseaux sociaux, sur le vaccin, la Covid-19 et la durée de fabrication de ce dernier. Ces motifs étaient conformes aux conclusions de plusieurs études (Troiano et Nardi 2021; Okubo *et al.* 2021; Al-Jayyousi *et al.* 2021). Il n'est pas surprenant que l'on se concentre de plus en plus sur le rôle des médias et en particulier des médias sociaux dans la formation de l'opinion publique autour de la maladie Covid-19 et du vaccin (voir le chapitre Houngnihin). Les médias sociaux, de par leur communication instantanée et l'accès à un large public, lorsqu'ils sont associés à la capacité de s'exprimer de manière anonyme, offrent un immense potentiel de propagation d'informations non-vérifiées et non-contrôlées (Alabdulla *et al.* 2021). Les organisations de santé publique, les professionnel-le-s de la santé et les plateformes

médiatiques devraient collaborer pour garantir l'exactitude des informations, proposer des programmes pour améliorer les niveaux de littératie en santé afin de permettre à la population cible de prendre une décision éclairée.

Le fait que les individus pensent que la vaccination n'aiderait pas à les protéger du virus était associé à l'hésitation et au refus de se faire vacciner. Aussi, les individus qui pensaient que le vaccin contre la Covid-19 pourrait mettre leur santé en danger avaient plus de risques de refuser le vaccin. Plusieurs études montrent en effet que des préoccupations concernant la sécurité et l'efficacité d'un vaccin apparaissent comme important dans l'intention vaccinale (Alabdulla *et al.* 2021; Troiano et Nardi 2021). Une communication efficace sur la sécurité et l'efficacité vaccinale, ainsi qu'une plus grande transparence sur le développement et la distribution des vaccins, y compris sur les aspects financiers, devraient être la pierre angulaire de toutes les stratégies visant à garantir des programmes de vaccination Covid-19 de masse équitables (Badur *et al.* 2020; McAteer, Yildirim et Chahroudi 2020; Lazarus *et al.* 2021).

L'hésitation et le refus de se faire vacciner étaient liés au fait que les individus pensaient que la plupart des gens importants pour eux penseraient qu'ils ne doivent pas se faire vacciner contre la Covid-19 et que les agent·e·s de santé ne fournissent pas les informations et le soutien appropriés et nécessaires pour la vaccination. Plusieurs études ont examiné le rôle de ces facteurs et ont fait des constats similaires à notre étude (Feleszko *et al.* 2021; Bogart *et al.* 2021). Les professionnel·le·s de santé sembleraient être une source d'information fiable. Leurs recommandations, en plus du soutien de la famille et des amis (Seale *et al.* 2021; Feleszko *et al.* 2021), jouent un rôle important dans l'influence de la perception et des comportements des individus vis-à-vis de la vaccination.

## Conclusion

En mai 2023, la couverture vaccinale a environ atteint 15%. Cette valeur est très éloignée des objectifs préalablement définis par les autorités sanitaires nationales et internationales, malgré la mise en œuvre de plusieurs stratégies visant à stimuler la vaccination et à atteindre l'immunité collective. Les gouvernements et les autorités sanitaires devraient intensifier leurs efforts pour encourager la confiance envers les vaccins et réduire la désinformation. Il est essentiel de continuer à surveiller l'hésitation et le refus du vaccin contre la Covid-19, et d'ajuster les mesures visant à y remédier.

## Références

- Alabdulla, Majid, Shuja Mohd Reagu, Abdullatif Al-Khal, Marwa Elzain, et Roland M. Jones. 2021. « COVID-19 vaccine hesitancy and attitudes in Qatar: A national cross-sectional survey of a migrant-majority population ». *Influenza and other Respiratory Viruses* 15(3): 361-70. <https://doi.org/10.1111/irv.12847>.
- Al-Jayyousi, Ghadir Fakhri, Mohamed Abdelhady Mabrouk Sherbash, Lamees Abdullah Mohammed Ali, Asmaa El-Heneidy, Nour Waleed Zuhair Alhussaini, Manar Elsheikh Abdelrahman Elhassan, et Maisa Ayman Nazzal. 2021. « Factors Influencing Public Attitudes towards COVID-19 Vaccination: A Scoping Review Informed by the Socio-ecological Model ». *Vaccines* 9(6): 548. <https://doi.org/10.3390/VACCINES9060548>.
- Badur, Selim, Martin Ota, Serdar Öztürk, Richard Adegbola, et Anil Dutta. 2020. « Vaccine confidence: the keys to restoring trust ». *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 16(5): 1007. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1740559>.

- Bogart, Laura M., Bisola O. Ojikutu, Keshav Tyagi, David J. Klein, Matt G. Mutchler, Lu Dong, Sean J. Lawrence, Damone R. Thomas, et Sarah Kellman. 2021. « COVID-19 Related Medical Mistrust, Health Impacts, and Potential Vaccine Hesitancy Among Black Americans Living With HIV ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)* 86(2): 200. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002570>.
- Feleszko, Wojciech, Piotr Lewulis, Adam Czarnecki, et Paweł Waszkiewicz. 2021. « Flattening the Curve of COVID-19 Vaccine Rejection—An International Overview ». *Vaccines* 9(1): 1-8. <https://doi.org/10.3390/VACCINES9010044>.
- Lazarus, Jeffrey V., Scott C. Ratzan, Adam Palayew, Lawrence O. Gostin, Heidi J. Larson, Kenneth Rabin, Spencer Kimball, et Ayman El-Mohandes. 2021. « A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine ». *Nature Medicine* 27(2): 1. <https://doi.org/10.1038/S41591-020-1124-9>.
- MacDonald, NE et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. 2015. « Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants ». *Vaccine* 33(34): 4161-64. <https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2015.04.036>.
- Marzo, Roy Rillera, Absar Ahmad, Saiful Islam, Mohammad Yasir Essar, Petra Heidler Id, Isabel King, et Arulmani Thiyagarajan Id. 2022. « Perceived COVID-19 vaccine effectiveness , acceptance , and drivers of vaccination decision-making among the general adult population : A global survey of 20 countries ». *PLOS Neglected Tropical Diseases* 16(1): 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010103>.
- McAteer, John, Inci Yildirim, et Ann Chahroudi. 2020. « The VACCINES Act: Deciphering Vaccine Hesitancy in the Time of COVID-19 ». *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 71(15): 703. <https://doi.org/10.1093/CID/CIAA433>.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2021. « Stratégie Nationale de la vaccination contre la COVID-19 ».



- Okubo, Ryo, Takashi Yoshioka, Satoko Ohfuji, Takahiro Matsuo, et Takahiro Tabuchi. 2021. « COVID-19 Vaccine Hesitancy and Its Associated Factors in Japan ». *Vaccines* 9(6): 662. <https://doi.org/10.3390/VACCINES9060662>.
- Pluye, Pierre, Roland M. Grad, Alissa Levine, et Belinda Nicolau. 2009. « Understanding divergence of quantitative and qualitative data (or results) in mixed methods studies ». *International Journal of Multiple Research Approaches* 3(1): 58-72. <https://doi.org/10.5172/mra.455.3.1.58>.
- Prickett, Kate C., Hanna Habibi, et Polly Atatoa Carr. 2021. « COVID-19 Vaccine Hesitancy and Acceptance in a Cohort of Diverse New Zealanders ». *The Lancet Regional Health - Western Pacific* 14 (septembre): 100241. <https://doi.org/10.1016/J.LANWPC.2021.100241>.
- Ridde, Valéry, Babacar Kane, Ibrahima Gaye, Mouhamadou Faly Ba, Amadou Ibra Diallo, Emmanuel Bonnet, Zoumana Traore, et Adama Faye. 2020. « Acceptability of Government Measures Against Covid-19 Pandemic in Senegal: a Mixed Methods Study ». *Researchsquare*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-131071/v1>.
- Robinson, Eric, Andrew Jones, India Lesser, et Michael Daly. 2021. « International estimates of intended uptake and refusal of COVID-19 vaccines: A rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples ». *Vaccine* 39(15): 2024. <https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2021.02.005>.
- Rutten, Lila J. Finney, Xuan Zhu, Aaron L. Leppin, Jennifer L. Ridgeway, Melanie D. Swift, Joan M. Griffin, Jennifer L. St Sauver, Abinash Virk, et Robert M. Jacobson. 2021. « Evidence-Based Strategies for Clinical Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy ». *Mayo Clinic Proceedings* 96 (3): 699. <https://doi.org/10.1016/J.MAYOCP.2020.12.024>.

- Seale, Holly, Anita E. Heywood, Julie Leask, Meru Sheel, David N. Durrheim, Katarzyna Bolsewicz, et Rajneesh Kaur. 2021. « Examining Australian public perceptions and behaviors towards a future COVID-19 vaccine ». *BMC Infectious Diseases* 21(1): 120. <https://doi.org/10.1186/S12879-021-05833-1>.
- Sherman, Susan M., Louise E. Smith, Julius Sim, Richard Amlôt, Megan Cutts, Hannah Dasch, G James Rubin, et Nick Sevdalis. 2021. « COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey ». *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 17(6): 1612. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1846397>.
- Simas, Clarissa, et Heidi J. Larson. 2021. « Overcoming vaccine hesitancy in low-income and middle-income regions ». *Nature Reviews Disease Primers* 7(1): 1-2. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00279-w>.
- Soares, Patricia, João Victor Rocha, Marta Moniz, Ana Gama, Pedro Almeida Lares, Ana Rita Pedro, Sónia Dias, Andreia Leite, et Carla Nunes. 2021. « Factors Associated with COVID-19 Vaccine Hesitancy ». *Vaccines* 9(3): 300. <https://doi.org/10.3390/VACCINES9030300>.
- Troiano, G., et A. Nardi. 2021. « Vaccine hesitancy in the era of COVID-19 ». *Public Health* 194: 245-51. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.025>.

# CONCLUSION : LES LEÇONS TIRÉES DES RÉPONSES À LA PANDÉMIE DE COVID-19



# 24. Les leçons tirées des expériences de terrain sur la résilience des hôpitaux face à la pandémie de Covid-19

CHRISTIAN DAGENAIS\*, MURIEL KIELENDE\*, ABDOURAHMANE COULIBALY, LARA GAUTIER, PIERRE-MARIE DAVID, NATHAN PEIFFER-SMADJA, AYAKO HONDA, SYDIA OLIVEIRA, LOLA TRAVERSON, KATE ZINSZER, VALÉRY RIDDE

\* Christian Dagenais et Muriel Kielende ont eu une contribution équivalente et sont considéré·e·s co-auteur·rice·s principaux·les.

## Résumé

Dans ce chapitre, nous examinons les leçons tirées de la résilience de sept hôpitaux face à la pandémie de Covid-19 au Brésil, au Canada, en France, au Japon et au Mali. Une leçon apprise de qualité (LAQ) résulte d'un processus systématique de collecte, de compilation et d'analyse de données provenant idéalement d'un effort soutenu pendant la durée d'un projet de recherche et reflétant à la fois des expériences positives et négatives. L'approche systématique que nous avons adoptée pour formuler des leçons de qualité, bien que complexe, a pris en compte les défis rencontrés par les différent·e·s acteur·rice·s impliqué·e·s dans la lutte contre la pandémie de Covid-19. Nous présentons ici une analyse comparative des leçons apprises par les hôpitaux et leur personnel autour de quatre thèmes communs qui ont fait l'objet d'analyses empiriques : 1) la réorganisation des infrastructures; 2) la gestion des ressources humaines;

3) la prévention et le contrôle du risque infectieux; et 4) la logistique et l'approvisionnement. Les leçons tirées de la résilience des hôpitaux inclus dans cette recherche nous amènent à proposer quatre éléments à prendre en compte pour se préparer à une crise sanitaire.<sup>1</sup>

**Mots-clés :** Covid-19, résilience hospitalière, leçons apprises de qualité (LAQ)

## Abstract

In this chapter, we examine lessons learned from hospitals' resilience to the COVID-19 pandemic in Brazil, Canada, France, Japan, and Mali. A quality lesson learned (QLL) results from a systematic process of collecting, compiling, and analyzing data derived ideally from sustained effort over the life of a research project and reflecting both positive and negative experiences. To produce QLLs as part of this research project, a guide to their development was drafted. The systematic approach we adopted to formulate quality lessons, while certainly complex, took into account the challenges faced by the different stakeholders involved in the fight against the COVID-19 pandemic. Here we present a comparative analysis of the lessons learned by hospitals and their staff with regard to four common themes that were the subject of empirical analyses: 1) infrastructure reorganization; 2) human resources management; 3) prevention and control of infection risk; and 4) logistics and supply. The lessons learned from the resilience of the hospitals included in this research indicate four factors to consider in preparing for a health crisis.

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de : Dagenais, C., Kielende, M., Coulibaly, A., Gautier, L., David, P. M., Peiffer-Smadja, N., ... & Ridde, V. (2023). Lessons Learned from Field Experiences on Hospitals' Resilience to the COVID-19 Pandemic: A Systematic Approach. *Health Systems & Reform*, 9(2), 2231644. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2231644>.

**Keywords:** COVID-19, hospitals' resilience, quality lessons learned (QLL)

## Introduction

À la suite des nombreuses perturbations causées par la pandémie de Covid-19, il était urgent de réagir en mettant en œuvre des mesures de contrôle sanitaire rapides et efficaces tout en garantissant le fonctionnement continu des systèmes de santé, et en particulier des hôpitaux qui font l'objet de ce numéro spécial. La pandémie de Covid-19 a fourni de nombreuses opportunités d'apprentissage qui doivent être décrites de manière transparente, rigoureuse et systématique afin de tirer des leçons qui peuvent être utilisées pour ajuster les actions et appliquer les enseignements à de futures urgences sanitaires. Par exemple, en 2020, l'OMS a souligné la nécessité de documenter périodiquement les enseignements tirés des réponses nationales à la Covid-19 (Greiner, Nguyen, Shamout, Krishnan & Stowell 2021). À cette fin, un guide et une boîte à outils ont été créés pour mener une « *Intra-Action Review* », c'est-à-dire une discussion de groupe structurée avec des personnes clés de la réponse nationale (OMS-WHO, 2020). Malheureusement, lorsqu'ils-elles discutent des enseignements tirés, les auteur·rice·s scientifiques font rarement référence à une procédure structurée telle que celle proposée par l'OMS. Si le terme « leçons apprises » apparaît souvent dans les titres des publications scientifiques, la manière dont elles ont été formulées n'est presque jamais décrite (McClory, Read & Labib 2017; Lo & Fong 2011).

Notre équipe a exploré les leçons apprises sur la résilience des hôpitaux et de leur personnel dans sept hôpitaux au Brésil, au Canada, en France, au Japon et au Mali. Ce chapitre s'inscrit dans le projet HoSPiCOVID (Ridde, Gautier, Dagenais *et al.* 2021) qui visait à comprendre comment, au cœur de la réponse, les hôpitaux sélectionnés et leur personnel ont fait face à la pandémie. L'objectif scientifique du projet portait sur la résilience des

hôpitaux, c'est-à-dire leur capacité à s'adapter et à se transformer pour maintenir l'accès à des soins de qualité dans un contexte de crise. Mais le projet avait également un objectif opérationnel qui était de développer une stratégie efficace pour développer et partager les leçons apprises entre les hôpitaux étudiés. Notre but était de produire des *leçons apprises de qualité* (LAQ) qui pourraient être utiles pour faire face à une future pandémie ou crise sanitaire.

Une LAQ résulte d'un processus systématique de collecte, de compilation et d'analyse de données provenant idéalement d'un effort soutenu pendant toute la durée d'un projet de recherche et reflétant à la fois des expériences positives et négatives (Patton 2001). Ces enseignements sont enracinés dans des contextes particuliers et des situations très spécifiques. Ces leçons s'appuient sur de multiples sources de données.

Dans le cadre de ce projet de recherche, un guide d'élaboration de LAQ a été préparé pour répondre à la nécessité d'une approche systématique de la collecte, de la compilation et de l'analyse des données. Pour préparer ce guide, une revue rapide a été réalisée, qui a permis d'identifier 18 documents publiés entre 2000 et 2020 (citer Chapitre Dagenais, guide LAQ). Ces documents fournissent des principes, des procédures ou des lignes directrices, des exemples d'application des LAQ, des modèles conceptuels ou des techniques privilégiées pour les produire. Sur la base d'une analyse de contenu de cette littérature, nous avons établi les principes qui devraient guider le développement des LAQ et les étapes de leur production.

Comme expliqué dans les différents chapitres de ce livre, les hôpitaux sont conceptualisés comme des systèmes adaptatifs qui s'ajustent aux besoins changeants de l'environnement (Duffield & Whitty 2015). Dans chaque pays et hôpital sélectionné pour l'étude HoSPiCOVID, des efforts ont été mobilisés pour répondre ou gérer la crise dès son origine et pour mettre en œuvre de nombreuses initiatives et adaptations. Il apparaît



que la pandémie de Covid-19 a offert d'importantes opportunités pour formuler des LAQ, reflétant la diversité d'expériences, tant positives que négatives, vécues par les personnels hospitaliers.

Nous présentons dans ce chapitre une analyse comparative des principales leçons apprises dans ces hôpitaux au regard des quatre thèmes communs qui ont fait l'objet d'analyses empiriques : 1) la réorganisation des infrastructures et services hospitaliers; 2) la gestion des ressources humaines; 3) la prévention et le contrôle du risque infectieux; et 4) la logistique et l'approvisionnement.

## Méthode

### Conception et cadre de l'étude

Notre étude qualitative s'inscrit dans le cadre du projet HoSPiCOVID d'étude de cas multiples (Ridde, Gautier, Dagenais *et al.* 2021). Le guide de développement de LAQ (voir chapitre suivant) propose 10 étapes qui ont été suivies par les cinq équipes de recherche participant au projet HoSPiCOVID : 1) identification et mobilisation des parties prenantes dans les hôpitaux; 2) formulation des objectifs du processus; 3) identification des thèmes ciblés pour le développement de LAQ (quatre configurations communes); 4) décision sur le moment de démarrer le processus (une fois que l'analyse des données collectées était avancée); 5) sélection des méthodes de collecte des données pour les LAQ (littérature grise, articles scientifiques, observations ethnographiques, entretiens semi-dirigés et groupes de discussion); 6) élaboration d'outils de collecte des données (questions sur ce qui a bien ou moins bien fonctionné dans la gestion de la pandémie); 7) choix des sources de données (chercheur·se·s de l'équipe et informateur·rice·s clés dans les hôpitaux); 8) vérification des données (par les équipes de recherche nationales); 9) analyse et formulation de LAQ

préliminaires (par les équipes de recherche nationales et présentées dans des fiches d'information); et 10) vérification et validation de la qualité des LAQ lors d'ateliers organisés dans chaque pays.

## Collecte des données

Les enseignements tirés ont été générés à partir des résultats de la collecte de données empiriques et des processus délibératifs entrepris dans chaque hôpital regroupant les équipes de recherche et les équipes hospitalières. Nos équipes ont renforcé les liens avec les personnels hospitaliers tout au long du processus afin de disposer de données de qualité et d'interprétations confirmées. Cela leur a permis d'identifier des informateur·rice·s clés. Ces informateur·rice·s clés étaient des personnels soignants et des membres des équipes de direction/gestion.

D'avril à décembre 2021, des entretiens et des ateliers ont été organisés par les équipes de recherche dans chacun des pays (en ligne et en personne) pour vérifier la qualité des LAQ : six personnes participantes au Mali; 10 et 12 aux deux ateliers en France; neuf au Brésil; au Canada, 13 à l'hôpital Sainte-Justine et 65 à Laval; et au Japon, 5 entretiens individuels de suivi à l'hôpital 1 et 3 entretiens à l'hôpital<sup>2</sup>. Les ateliers ont été menés en présence d'un·e facilitat·eur·rice, avec un·e cherch·eur·euse enregistrant les LAQ directement dans un fichier PowerPoint et deux autres chercheur·se·s soutenant le processus (animation et prise de

2. Dans l'étude de cas japonaise, les chercheur·se·s n'ont pas été en mesure d'organiser un atelier pour fournir un retour d'information aux personnes participantes aux entretiens en raison d'une recrudescence des nouveaux cas d'infection par la Covid-19 et des perturbations qui en ont résulté dans le fonctionnement des établissements de santé. En outre, la culture organisationnelle du Japon, dans laquelle les gens n'ont pas l'habitude de s'exprimer librement dans le cadre d'un atelier devant des collègues de différents niveaux, et de respecter l'anonymat des informations, comme l'exige l'approbation éthique japonaise, a empêché les chercheur·se·s d'organiser un tel atelier.

notes). Les chercheur-se-s ont essayé de donner à chacun-e la possibilité de s'exprimer, en s'assurant que les limites de temps étaient respectées ou en proposant à ceux-celles qui n'avaient pas encore parlé à exprimer leur opinion.

## Analyse des données

Dans un premier temps, notre analyse nous a permis de préparer la première partie des résultats à partir de tableaux récapitulatifs de LAQ produits par les chercheur-se-s pour chacun des hôpitaux. Ces tableaux récapitulatifs sont issus de fiches centrées sur les quatre thèmes communs aux cinq pays et présentent : 1) ce qui a bien fonctionné; 2) ce qui a moins bien fonctionné; et 3) ce qui pourrait être fait autrement dans des contextes similaires. Ces tableaux ont été utilisés comme outils de transfert de connaissances et de validation des analyses lors des ateliers organisés dans chaque hôpital<sup>3</sup> par les équipes de recherche auxquels les professionnels de l'hôpital ont participé.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une analyse comparative des LAQ des cinq pays par thème. Des entretiens individuels (n = 8) ont également été menés avec des chercheur-se-s des cinq pays afin de compléter les informations contenues dans les tableaux récapitulatifs. Cette analyse est présentée dans la deuxième partie des résultats.

3. Ou lors d'entretiens pour les hôpitaux du Japon.

# Résultats

## Leçons apprises par pays

Toutes les leçons tirées des stratégies mises en œuvre dans les hôpitaux lors de cette crise sont présentées dans le Tableau 1.

### *Québec/Canada*

*Réorganisation des infrastructures* : L'augmentation exponentielle du nombre de patients atteints par la Covid-19, observée notamment en Asie et en Europe, a conduit les responsables des deux hôpitaux québécois – Sainte-Justine (CSJ) et Cité-de-la-Santé (Laval) – à réorganiser les services en prévision d'une vague de cas et de son impact sur la qualité des soins. À Laval, on a créé des paires clinico-administratives pour gérer la réorganisation. Au CSJ, un comité de coordination des mesures d'urgence a été mis sur pied, l'équipe de PCI (prévention et de contrôle des infections) de l'hôpital a été renforcée et le plan de préparation à la pandémie a été adapté.

*Gestion des ressources humaines* : La réforme de la gestion du système de santé du Québec<sup>4</sup> de 2015 a eu un impact négatif sur la disponibilité des ressources humaines (RH) dans ces établissements. La stratégie pour répondre aux besoins en RH a consisté à déplacer le personnel au sein des services et des établissements touchés par la Covid-19 (en particulier

4. En 2015, le système de santé québécois a été réorganisé autour des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), qui sont des territoires de référence pour la population en termes d'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux.

les établissements pour personnes en perte d'autonomie) par le biais d'un processus de redéploiement. Au CSJ, le redéploiement est resté volontaire, tandis qu'à Laval, il a d'abord été volontaire, avant de devenir obligatoire. Cette stratégie de redéploiement a été soutenue par des primes et des formations.

*Prévention et contrôle des risques d'infection* : Les hôpitaux ont formé des équipes d'analyse documentaire afin d'adapter les pratiques aux connaissances les plus récentes. Des coachs PCI (prévention et contrôle des infections) ont été formés et déployés. Au CSJ, des clips vidéo sur les équipements de protection individuelle (EPI) ont été élaborés et diffusés, de même qu'un bulletin d'information fournissant des lignes directrices cliniques constamment mises à jour, et des affiches sur l'utilisation des EPI ont été placées dans différents services.

*Logistique et approvisionnement* : La réforme de 2015 a eu un impact sur la manière dont les établissements gèrent les ressources matérielles. Par exemple, cette réforme a réuni les directeur-riche-s des établissements de santé pour qu'ils-elles décident ensemble du partage des ressources matérielles. Cependant, pour les établissements intégrés dans un CI(U)SSS (Centre intégré de santé et de services sociaux ou Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux), cela a renforcé leur manque d'autonomie décisionnelle pour planifier leurs propres stocks afin d'anticiper la rareté des ressources. C'est le cas de Laval, où plusieurs rationnements de stocks ont été mis en place pour anticiper certaines pénuries, alors que le CSJ, qui n'était pas intégré à un CI(U)SSS, a mieux su anticiper les pénuries de ressources matérielles et en a même redistribué à d'autres établissements.

## France

*Réorganisation de l'infrastructure* : L'hôpital Bichat-Claude Bernard (BCB) à Paris était en première ligne en tant qu'établissement de référence. En janvier 2020, il a commencé à se préparer à l'arrivée des premiers patient·e·s Covid en réorganisant ses services afin d'accueillir le plus grand nombre de personnes possible tout en atténuant l'impact de ces changements sur les activités non- Covid. La réorganisation des services s'est faite en deux temps. La première a été la transformation totale de l'hôpital au cours de la première vague. La seconde période a été la transformation progressive basée sur les étapes de la déprogrammation, la réorganisation des lits et des services, la création de services de soins intensifs ambulatoires et de nouveaux canaux de communication.

*Gestion des ressources humaines* : Depuis plusieurs années, l'hôpital souffrait d'une pénurie chronique de professionnel·le·s de santé. Celle-ci a été partiellement comblée par des « renforts » internes et externes lors de la première vague. Elle s'est toutefois accentuée lors des deuxième et troisième vagues, entraînant un alourdissement de la charge de travail et un épuisement des professionnel·le·s de santé, aggravé par le manque de reconnaissance (salaires et primes).

*Prévention et contrôle des risques d'infection* : Pour limiter les risques de contamination, les visites familiales ont été interdites ou réglementées, les services d'hygiène ont fait des rappels réguliers sur les mesures de protection et le personnel a eu un accès facile au dépistage. Cependant, les changements constants des protocoles de protection n'ont pas été bien accueillis par le personnel de santé, ce qui a entraîné méfiance et tensions lors de la première vague. Un relâchement des mesures de protection a également été observé lors de la deuxième vague.

*Logistique et approvisionnement* : L'afflux de patient·e·s atteint·e·s de la Covid-19 a entraîné une forte consommation d'EPI. De plus, les pénuries nationales ont alimenté cette tension au cours de la première vague. Pour remédier à cette situation, un soutien a été apporté à l'approvisionnement

et des dons extérieurs ont été mobilisés. Au niveau des hôpitaux, des inventaires et des quotas ont été mis en place et, au niveau individuel, les soignant·e·s ont régulé leur consommation quotidienne d'EPI.

## *Mali*

*Réorganisation de l'infrastructure* : L'Hôpital du Mali (HM) a été sélectionné comme site de traitement de la Covid-19 dans le plan national de réponse à la pandémie. Cette décision a mis à rude épreuve le personnel hospitalier au début de la pandémie, notamment en raison de l'insuffisance des ressources, du personnel formé et des infrastructures, ainsi que des risques de contamination. Pour rendre opérationnels les bâtiments réquisitionnés pour créer les unités Covid-19, il a fallu procéder à des rénovations indispensables et équiper les bâtiments. La réquisition des bâtiments a retardé la délocalisation prévue de certains services, créant un manque à gagner pour l'hôpital.

*Gestion des ressources humaines* : Pour faire face à la pénurie de personnel de santé lors de la première vague, l'hôpital, avec le soutien du ministère de la Santé, a recruté des contractuel·le·s à court terme et a organisé une formation rapide pour les personnes candidates. Toutefois, à la fin de la première vague, les responsables ont licencié un grand nombre de ces contractuel·le·s en raison du faible nombre d'admissions de patient·e·s. La forte augmentation du nombre de patient·e·s positifs lors de la deuxième vague les a obligé·e·s à rappeler ces travailleur·euse·s, mais la plupart ont refusé de revenir, mécontent·e·s des retards de paiement de leur salaire. Ces griefs, également observés chez les prestataires de soins, ont conduit à une démotivation et à des retards supplémentaires, ou à des plaintes pour négligence thérapeutique de la part des accompagnant·e·s des patient·e·s.

*Prévention et contrôle des risques d'infection* : La résurgence de la pandémie a entraîné un afflux important de patient-e-s et d'accompagnant-e-s, ce qui a augmenté la charge de travail des soignant-e-s. L'application des mesures de sécurité n'a pas été stricte malgré la disponibilité des EPI.

*Logistique et approvisionnement* : Au cours des premiers mois de l'épidémie, de nombreux partenaires ont fait don d'EPI. Par la suite, l'approvisionnement en EPI et en médicaments a été assuré par l'État grâce à des évaluations régulières des besoins et à la reconstitution quotidienne des stocks. Cependant, le personnel a trouvé les procédures administratives lourdes.

## *Brésil*

*Réorganisation de l'infrastructure* : L'hôpital étudié est un hôpital de référence pour la gestion des maladies infectieuses dans l'État de Pernambuco. Avant l'arrivée du premier cas de Covid, l'hôpital a mis en place une cellule de crise et organisé des réunions de planification pour accueillir les patients atteints de la Covid. Les services ont été réorganisés avec le soutien du gouvernement, qui a notamment investi dans l'achat d'équipements et de lits. Les patients non-Covid ont été transférés dans d'autres hôpitaux. Les services non-Covid ont été considérablement réduits. Toutefois, des difficultés de communication ont été constatées en raison de la complexité de la gestion des soins cliniques.

*Gestion des ressources humaines* : L'expertise de l'hôpital en matière de gestion des maladies infectieuses a facilité la mobilisation des professionnel-le-s de santé. Avec l'apparition de la pandémie, l'hôpital a dû embaucher de nouveaux professionnel-le-s de santé et transférer des professionnel-le-s des services non-Covid vers les services Covid. Malgré les renforts en personnel, les professionnel-le-s ont perçu une surcharge



de travail, en raison du nombre élevé de collègues malades et de décès de patient·e·s. Les thérapeutes de l'hôpital ont apporté un soutien psychologique aux professionnel·le·s.

*Prévention et contrôle des risques d'infection* : L'hôpital a renforcé les mesures de prévention et de protection pour réduire la contamination des soignant·e·s et des patient·e·s, tout en réglementant les visites. Les équipes de PCI ont été formées aux mesures de protection et ont effectué des inspections pour s'assurer du respect des protocoles de protection. Leur travail a permis d'améliorer les conditions de travail et de créer un sentiment de sécurité des professionnel·le·s.

*Logistique et approvisionnement* : L'hôpital a reçu des dons d'entreprises privées et de la société civile. Pour contrôler l'utilisation des EPI et limiter les déchets, l'hôpital les a mis à disposition en fonction des besoins des unités de soins.

## *Japon*

*Réorganisation de l'infrastructure* : Au début de la pandémie, la plupart des hôpitaux n'acceptaient pas les patient·e·s atteint·e·s de la Covid-19. Les infrastructures hospitalières n'étaient pas conçues pour accueillir un grand nombre de patients. Les hôpitaux ont créé des services et des lits réservés aux patient·e·s Covid en déplaçant les autres patient·e·s vers d'autres services et/ou d'autres hôpitaux.

*Gestion des ressources humaines* : L'espace réservé aux soins Covid-19 a nécessité une augmentation du nombre d'infirmier·ière·s et de médecins et une réaffectation du personnel clinique au sein des hôpitaux et entre eux. Lors de la première vague, le personnel clinique disponible était insuffisant. En conséquence, les hôpitaux ont pris des mesures pour fournir un minimum de soins pour les services non-Covid. Cependant, la restriction des services non-Covid a entraîné une diminution des revenus des hôpitaux et une mauvaise répartition de la charge de travail entre les

personnels hospitaliers, ce qui a engendré du stress. Pour remédier à ces problèmes, les cadres intermédiaires ont renforcé la communication et le dialogue avec le personnel des services.

*Prévention et contrôle des risques d'infection* : Au début de la pandémie, il n'existait pas de lignes directrices claires pour contrôler les risques associés à l'infection par la Covid-19 en milieu hospitalier, en raison de la nature inconnue de la maladie. Les hôpitaux ont eu du mal à imposer des mesures strictes de prévention des infections aux patient-e-s.

*Logistique et approvisionnement* : Au début de la pandémie, le personnel hospitalier craignait une pénurie d'EPI. Les hôpitaux ont modifié leurs pratiques de gestion des approvisionnements. Le personnel hospitalier a minimisé son utilisation des fournitures. Les gouvernements locaux ont distribué des fournitures aux hôpitaux.

Pays	Ce qui a bien fonctionné	Ce qui a moins bien fonctionné	Leçons apprises préliminaires
Canada  CHU Sainte-Justine (CSJ) et Cité-de-la-Santé (Laval)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absorption des cas</li> <li>• Agilité et créativité des hôpitaux</li> <li>• Capacité d'autonomie (pour le CSJ)</li> <li>• Reconnaissance du rôle du CIP (CSJ)</li> <li>• Solidarité dans le réseau</li> <li>• Alignement clinique/logistique</li> <li>• Soutien au personnel (hotline)</li> <li>• Partage des ressources humaines au sein du réseau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Points aveugles des CHSLD</li> <li>• Gestion du déploiement du personnel : une phase plus adaptative et moins organisée</li> <li>• Complexité de la communication</li> <li>• Impact sur la continuité des soins et de l'enseignement</li> <li>• Concurrence entre les systèmes d'approvisionnement</li> <li>• Esprit de performance au détriment de la vision transversale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une vision moins hospitalo-centrée</li> <li>• Améliorer la gestion du redéploiement (par exemple, comment l'annoncer)</li> <li>• Améliorer la communication (par les décideur-euse-s : autorités sanitaires et responsables hospitaliers)</li> <li>• Repenser la gestion de la continuité des soins hors COVID-19</li> <li>• Revoir la formation continue et les stages</li> <li>• Diversifier les canaux d'approvisionnement ou mettre en place une plateforme/centre de distribution</li> </ul>
France  Hôpital Bichat-Claude Bernard (BCB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticipation et implication des équipes dans la réorganisation</li> <li>• Sentiment de soutien (dans la première vague)</li> <li>• Réactivité du personnel</li> <li>• Culture historique du risque infectieux</li> <li>• Bon soutien de l'équipe d'hygiène</li> <li>• Collaboration entre le personnel médical et paramédical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de communication → renforce les idées fausses et les malentendus</li> <li>• Protocoles peu clairs, changeant rapidement et mal compris</li> <li>• Le personnel n'est pas formé ou équipé</li> <li>• Impression que certains sont mieux protégés que d'autres → sentiment d'injustice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir la communication en trouvant un langage commun (pour informer les différents services et le personnel)</li> <li>• Harmoniser les protocoles de protection</li> <li>• Former le personnel qui n'est pas en première ligne</li> <li>• Prendre en compte l'impact de la pandémie sur la vie des professionnels de la santé</li> <li>• Communiquer de manière transparente sur les changements nécessaires en matière d'EPI et de protocoles, sur la base des résultats scientifiques.</li> </ul>
Mali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactivité et réactivité</li> <li>• Création de trois sites pour les cas suspects, les</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients sains et les patients asymptomatiques dont le test est positif partagent le même espace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter la structure hospitalière au contexte pandémique en mettant en place une unité d'isolement ou un</li> </ul>

Tableau 1. Leçons apprises par pays.

Hôpital du Mali (HM)	<p>urgences et les soins intensifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité aux EPI</li> <li>• Nombreux dons</li> <li>• Simplification des procédures de recrutement (contrats de courte durée)</li> <li>• Disponibilité du personnel d'hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des effectifs immédiatement à la fin d'une vague</li> <li>• Chaîne d'approvisionnement unique, manque d'outils de gestion des stocks</li> </ul>	<p>système de triage à l'entrée de l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'acheminement des patients au sein de l'hôpital</li> <li>• Anticiper les besoins en ressources humaines en mettant en place un fonds qui pourrait être utilisé par l'hôpital en cas de crise</li> <li>• Fournir un minimum d'EPI</li> </ul>
Brésil Hôpital anonymisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticipation : réunions de préparation à l'arrivée des cas COVID-19 positifs</li> <li>• Un leadership actif qui a permis une mobilisation rapide du personnel</li> <li>• Commission de gestion des infections</li> <li>• Création d'un centre d'approvisionnement COVID dédié</li> <li>• Simplification des procédures de recrutement du personnel</li> <li>• Empathie</li> <li>• Initiatives citoyennes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés de communication entre les professionnel-le-s des différents secteurs</li> <li>• Décision très tardive de rendre l'utilisation des masques obligatoire (officielle)</li> <li>• Perception d'un manque de clarté concernant l'utilisation des EPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investir dans la communication interne ou externe</li> <li>• Revoir le processus de recrutement des professionnel-le-s de la santé</li> <li>• Mettre en œuvre des mesures de biosécurité plus tôt, tout en améliorant la coordination des actions de prévention et de contrôle des maladies au niveau des autorités sanitaires.</li> <li>• Consigner les enseignements tirés en temps utile (tirer rapidement les leçons des crises précédentes et actuelles).</li> </ul>
Japon Deux hôpitaux anonymisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration étroite entre les directeurs d'hôpitaux et les équipes de lutte contre les infections</li> <li>• Les équipes de lutte contre les infections fournissent des conseils réguliers, une supervision quotidienne de tous les services et une consultation à la demande pour le personnel de l'hôpital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructure hospitalière n'est pas en mesure d'accueillir un nombre croissant de patient-e-s atteints de maladies infectieuses.</li> <li>• Collaboration interdépartementale a donné lieu à des désaccords occasionnels sur l'approche de la prestation des soins.</li> <li>• Dépendance à l'égard de l'importation de matières premières pour la fabrication d'EPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un mécanisme et une formation pour la prestation de services en équipe impliquant plusieurs services cliniques.</li> <li>• Formation continue sur le contrôle des infections hospitalières nécessaire pour renforcer la base de connaissances du personnel hospitalier.</li> <li>• Des changements à l'échelle du système de santé nécessaires, notamment la création d'un fichier</li> </ul>

Tableau 1 (suite). Leçons apprises par pays.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication par les cadres moyens des décisions de gestion au personnel de leur service, y compris aux travailleuse-s de première ligne.</li> <li>• Modification des pratiques de gestion des fournitures pour la lutte contre les infections</li> <li>• Réduction de l'utilisation de fournitures inutiles</li> </ul>		de ressources humaines pour le contrôle et le traitement des maladies infectieuses.
--	---	--	---

Tableau 1 (suite et fin). Leçons apprises par pays.

## Leçons apprises de qualité par thème

Cette section présente l'analyse comparative des LAQ des six hôpitaux des cinq pays. Elle comprend un tableau récapitulatif des leçons tirés par thème étudié (Tableau 2).

### *Réorganisation des infrastructures*

La réorganisation précoce des services semble avoir été la principale leçon tirée. Certains hôpitaux ont anticipé l'arrivée des patients en réorganisant les services, tout en développant des stratégies innovantes au fur et à mesure de l'évolution de la crise. Toutefois, cette préparation précoce n'a pas fait l'unanimité. Certains hôpitaux ont souligné l'importance de mieux anticiper la crise. En effet, les acteur-ric-e-s s'inquiétaient de leur capacité à accueillir un afflux massif de patient-e-s et à effectuer un contrôle efficace des infections par manque de ressources (matérielles ou humaines) ou par manque de préparation.

La proactivité et la créativité du personnel hospitalier ont été des leçons tirées par de nombreux informateur-riche-s clés. Certains hôpitaux ont fait preuve d'initiative, prenant des décisions agiles avant les autorités sanitaires. C'est le cas du CSJ, qui a mis en place des mesures de protection telles que le port d'EPI et l'isolement du personnel revenant de l'étranger au début du mois de mars 2020, et de l'hôpital du Mali, où les professionnel-le-s de santé ont travaillé avec les moyens disponibles avant de recevoir le soutien du ministère de la Santé. Cette crise a également donné lieu à des initiatives créatives pour anticiper les pénuries de certains produits. A CSJ, des produits ont été conçus en interne – produits d'hygiène et EPI (visières notamment). Ces produits ont ensuite été redistribués à d'autres services et établissements.

L'amélioration de la communication interne et externe a été une leçon transversale aux thèmes abordés. L'amélioration de la communication permettrait de renforcer la confiance du personnel et du public et de consolider les efforts de réponse. Sur le plan interne, il s'agirait de favoriser une communication « ascendante » afin que les agent-e-s de santé de première ligne puissent communiquer l'état de la prestation des services sur le terrain pour permettre une réponse plus efficace aux défis. Avec les autorités sanitaires, il s'agirait d'encourager une approche systémique du partage de l'information et, avec le public, d'impliquer l'hôpital dans la diffusion des concepts de prévention auprès du plus grand nombre.

### *Gestion des ressources humaines*

Le réexamen des stratégies de recrutement et de fidélisation des agent-e-s de santé a été l'une des leçons tirées dans la majorité des cas. Si les stratégies adoptées par ces hôpitaux ont permis de mobiliser et de couvrir les besoins en personnel de santé, le bénéfice de cette mobilisation a été relatif. Ces stratégies de gestion des ressources humaines se sont avérées intenables lors des deuxième et troisième

vagues. En effet, elles ont eu des effets négatifs, voire inattendus. Par exemple, la simplification des procédures de recrutement a conduit à l'embauche de personnel peu qualifié, d'où un renforcement moins efficace. Les informateur·rice·s ont ajouté que peu de formations étaient proposées pour mettre à niveau les nouvelles recrues. En outre, le personnel qualifié ne disposait pas de suffisamment de temps pour les superviser, ce qui a provoqué des tensions. Certain·e·s informateur·rice·s ont proposé des stratégies telles que la création d'un fichier de ressources humaines pour le contrôle et le traitement des maladies infectieuses, comprenant des spécialistes de la lutte contre les infections dans les hôpitaux. D'autres ont recommandé de ne pas réduire trop rapidement les effectifs à la fin d'une vague pandémique.

S'intéresser aux expériences des prestataires de soins et à l'impact de la pandémie sur leur vie personnelle, et valoriser le travail du personnel sont des leçons mentionnées par la plupart des informateur·rice·s clés. Il est apparu qu'avec l'arrivée de la deuxième vague, puis d'une troisième vague de plus en plus sévère, conjuguée à la pénurie de personnel et au manque de dialogue et/ou d'information en interne, la capacité de réaction des hôpitaux a été entravée, une situation qui a entraîné une augmentation de la charge de travail, du stress et de la démotivation du personnel. Les personnes interrogées ont fait part de leur sentiment d'indifférence, d'isolement et d'abandon. L'expérience de la crise vécue par le personnel soignant n'a pas été suffisamment prise en compte. Certain·e·s informateur·rice·s clés ont indiqué qu'il fallait surveiller attentivement les heures supplémentaires, les heures supplémentaires obligatoires et les contraintes imposées afin d'éviter la surcharge de travail et, en fin de compte, la fatigue et la démotivation.

L'octroi de salaires équitables est une leçon mentionnée par les informateur·rice·s clés des cinq pays, qui ont cité des problèmes de rémunération (retard dans le paiement des primes), d'équité salariale ou de système d'incitation qui ont eu des effets néfastes. Par exemple, au Japon, certain·e·s infirmier·ière·s travaillant dans les services Covid et qui avaient reçu des primes ont démissionné après avoir été transféré·e·s

dans d'autres services. Certain·e·s pensaient que la capacité de l'hôpital à poursuivre ses activités pendant une pandémie dépendait des efforts collectifs de l'ensemble du personnel, y compris du personnel administratif. Pourtant, les primes n'étaient souvent accordées qu'au personnel clinique impliqué dans la fourniture des services Covid-19.

### *Prévention et contrôle des risques d'infection*

Tous les hôpitaux des pays inclus dans cette étude ont déclaré avoir mis en place des mesures de prévention et de contrôle des infections afin d'assurer la qualité et la sécurité des services. Toutefois, ces mesures varient en fonction du type d'hôpital et du pays. Certain·e·s informateur·rice·s ont indiqué que les hôpitaux disposaient d'un personnel nombreux formé à la lutte contre les infections hospitalières, ce qui semble être un facteur facilitant la prévention de la transmission du virus.

Une communication plus appropriée et une formation accrue du personnel chargé de la prévention des infections semblent être des leçons pour la prévention et le contrôle des risques infectieux. Pour certain·e·s, la communication a été insuffisante, entraînant une incompréhension des règles de PCI et une acceptation difficile par le personnel des changements soudains de recommandations, de protocoles et de procédures émanant de nombreuses autorités, ce qui a conduit à une augmentation des comportements à risque (non-respect du port du masque, distanciation sociale, etc.). Pour faciliter cette communication, il est apparu utile de combiner différents canaux de communication (supports visuels, lettres d'information, courriels, etc.) adaptés aux publics cibles. Les informateur·rice·s clés des cinq pays ont fait les suggestions suivantes pour améliorer la communication et la formation : 1) informer le personnel sur les limites des connaissances qui justifient parfois de nouveaux protocoles; 2) renforcer la médecine factuelle et prendre des mesures correctives pour améliorer la coordination fédérale



à tous les niveaux de responsabilité; 3) fournir aux équipes un encadrement plus réactif en matière de PCI; et 4) améliorer la coordination et la numérisation des systèmes d'information par les autorités sanitaires afin de faciliter le partage de l'information et la prise de décision rapide par la direction de l'hôpital.

### *Logistique et approvisionnement*

La majorité des informateur-ric-e-s ont fait état de tensions liées à l'incertitude concernant certains approvisionnements en raison du manque de diversité des canaux d'approvisionnement, de la dépendance à l'égard des importations de masques et de désinfectants, de l'absence d'outils de gestion des stocks, ainsi que de la pénurie sur le marché qui a entraîné une hausse des prix et des retards de livraison.

La distribution des stocks en fonction des besoins est la leçon la plus souvent mentionnée. Cette stratégie a été adoptée pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et réduire le gaspillage, afin d'éviter les tensions observées principalement lors de la première vague.

Plusieurs informateur-ric-e-s ont souligné ce qui aurait pu être fait différemment en termes de gestion et d'approvisionnement : accepter d'avoir des stocks beaucoup plus importants, concevoir des canaux de distribution appropriés et moins lourds, rassurer le personnel quant à l'existence de stocks suffisants.

D'autres informateur-ric-e-s ont suggéré que les gouvernements examinent la dépendance des pays à l'égard des matériaux importés pour la production pharmaceutique et élaborent des stratégies appropriées pour résoudre les problèmes d'approvisionnement en cas de crise sanitaire.

Par ailleurs, certains informateur·rice·s ont fait l'éloge des initiatives de solidarité ou des dons internationaux. Par exemple, au Brésil, les personnes interrogées ont estimé que « ComVida », une initiative citoyenne, était d'une grande valeur. Elle recueille des dons d'EPI et de matières premières pour la production d'EPI.

Tableau 2 : Leçons apprises de qualité par thème.

Thème	Leçons apprises (LAQ)
Réorganisation des infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier une réorganisation précoce</li> <li>• Encourager la proactivité et la créativité du personnel</li> <li>• Améliorer la communication interne et externe</li> </ul>
Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir/améliorer le processus et les stratégies de recrutement</li> <li>• Reconnaître les expériences des prestataires de soins</li> <li>• Rémunérer équitablement le personnel hospitalier</li> <li>• Améliorer la communication avec l'ensemble du personnel : des réunions plus fréquentes (même brèves) entre les directeur·trice·s, les médecins et les infirmières et infirmiers pourraient améliorer l'engagement et le suivi du personnel.</li> <li>• Contrôler attentivement les heures supplémentaires</li> </ul>
Prévention et contrôle des risques infectieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la formation du personnel hospitalier en matière de prévention des maladies infectieuses</li> <li>• Promouvoir une communication plus appropriée des mesures préventives, des procédures et des protocoles</li> </ul>
Logistique et approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuer les fournitures en fonction des besoins</li> <li>• Concevoir des canaux de distribution appropriés et moins encombrants</li> <li>• Rassurer le personnel quant à la disponibilité des fournitures</li> <li>• Examiner la dépendance des pays à l'égard des importations d'EPI</li> <li>• Encourager/promouvoir les initiatives citoyennes</li> </ul>

## Discussion

Notre étude sur les leçons tirées a été guidée par les critères de qualité présentés dans le chapitre de Dagenais *et al.* qui suit celui-ci (voir chapitre suivant) : 1) diversité des sources de collecte de données; 2) documentation des diverses perspectives, des antécédents des parties

prenantes et de leurs relations; 3) LAQ ancrées dans leur contexte pour une meilleure qualité du contenu; 4) identification des preuves à l'appui (quatre examens exploratoires ont été réalisés pour ce projet); et 5) identification de l'audience ciblée.

L'étude présentée dans ce chapitre visait à répondre à la question suivante : *Qu'avons-nous appris pendant la pandémie que nous pouvons appliquer à une autre urgence de santé publique au niveau de l'hôpital?* Nos résultats mettent en évidence les leçons tirées de la résilience des hôpitaux qui pourraient être utiles non seulement aux scientifiques, mais aussi aux gestionnaires des systèmes de santé et des hôpitaux. Cependant, pour certains de ces enseignements, les personnels hospitaliers ne seront pas en mesure de les appliquer car ils relèvent de la responsabilité d'autres niveaux (politique gouvernementale, etc.). Ceci souligne l'importance de différencier, d'une part, les leçons (cognitives) tirées de notre expérience et, d'autre part, leur application (leçons conatives) qui dépend d'une multitude de facteurs.

En comparant les LAQ selon les thèmes du cadre analytique des cinq pays, nous avons identifié des sous-thèmes transversaux des enseignements tirés de la résilience, tels que « préparation précoce », « proactivité », « ressources », « coordination », « communication » et « adaptation ». Ces éléments ne sont pas isolés mais interagissent en fonction des stratégies adoptées par ces hôpitaux. Par exemple, l'étude a révélé des variations en termes de préparation précoce, dues à une coordination efficace dans certains hôpitaux, intrinsèque à leur culture historique d'institutions expertes en maladies infectieuses, ou à l'autonomie de certains hôpitaux en termes de ressources matérielles ou financières.

Ces enseignements transversaux complètent ceux de Khalil et ses collègues (Khalil, Mataria & Ravaghi 2022) qui soulignent l'importance d'intégrer ces enseignements non pas thème par thème, mais plutôt dans une approche holistique visant à améliorer la réponse et la résilience des hôpitaux aux situations d'urgence.

Les hôpitaux français et brésiliens ont souligné la nécessité d'une communication transparente, claire et ascendante sur les risques infectieux. Les études soulignent qu'il est essentiel de prendre des décisions fondées sur des synthèses de données solides et actualisées en permanence, d'encourager la communication entre les communautés et les hôpitaux et de surveiller les canaux de communication avec le public (via les médias sociaux) pour éviter la désinformation, car les autorités sanitaires ne sont pas la seule source d'information pendant la pandémie (Rajan *et al.* 2022; Sachs *et al.* 2022).

Il existe également un besoin d'autonomie en termes de ressources (matérielles ou financières). Les études soulignent l'importance de stimuler l'autonomie et la subsidiarité des établissements de santé en stoppant certaines dérives de la nouvelle gestion publique, comme le fait de déléguer des responsabilités de l'état aux établissements sans leur donner systématiquement les moyens de les assumer (Bertezeno & Martin 2020). Les études montrent également l'importance d'améliorer la coordination intra-gouvernementale en ce qui concerne les politiques visant à contenir la pandémie, comme les chaînes d'approvisionnement (Bertezeno & Martin 2020; Sachs *et al.* 2022).

Par ailleurs, les leçons tirées de cette étude reflètent plus largement les lacunes et les limites des systèmes de santé face à une crise de cette ampleur. Les travaux de la Commission Covid-19 du *Lancet* parlent d'un « échec mondial » dans la gestion de la pandémie de Covid-19 et l'une de ses 11 recommandations est de « renforcer les systèmes de santé nationaux et d'augmenter les investissements dans la santé publique et primaire », afin que tous les pays, même ceux dont les revenus sont les plus faibles, disposent de systèmes de santé publique et de systèmes de soins de santé solides. Cette recommandation s'accompagne d'investissements accrus dans les systèmes de santé et les chaînes d'approvisionnement médical (Sachs *et al.* 2022).

Enfin, à partir des enseignements transversaux, nous avons identifié quelques pistes de réflexion pour contribuer aux recommandations de la Commission Lancet Covid-19 pour faire face à la crise sanitaire : 1) renforcer les capacités de coordination et de leadership des directeur-riche-s d'hôpitaux et des autorités sanitaires; 2) améliorer les stratégies de communication; 3) consolider les ressources organisationnelles; et 4) adapter les ressources et les stratégies, notamment en matière d'approvisionnement et de gestion des risques infectieux.

## Conclusion

L'application du guide de développement de LAQ a posé un certain nombre de défis, puisqu'il s'agissait de se mettre d'accord sur des thèmes transversaux, de préparer des fiches d'information pour servir de base aux discussions avec les parties prenantes, et d'organiser des ateliers réunissant des personnes dont la charge de travail était considérable. Mais, finalement, l'analyse comparative de ces leçons provenant de sept hôpitaux de cinq pays différents a permis de formuler des leçons de qualité issues d'un processus certes complexe, mais qui a pris en compte les enjeux des différents acteurs impliqués dans la lutte contre la pandémie de Covid-19. Les mécanismes de transfert de connaissances qui permettront à d'autres de s'approprier ces leçons pour mieux faire face à de futures crises sanitaires restent à tester.

## Prochaines étapes

Le processus de développement de LAQ sur lequel s'est basée cette étude doit nécessairement être examiné pour comprendre les défis et améliorer la procédure. A cette fin, nous avons mené des entretiens avec les

différentes parties prenantes de ce projet et un article présentant l'analyse du processus de développement des LAQ est actuellement en préparation (Haddad, Ridde & Dagenais, en préparation). Il examine le déroulement des ateliers LAQ afin d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre des LAQ du point de vue des chercheur·se·s impliqué·e·s dans l'organisation de ces ateliers et des professionnel·le·s qui y ont participé. En particulier, les questions hiérarchiques et culturelles mises à jour tout au long du processus de développement de LAQ seront abordées. Par ailleurs, comme mentionné plus haut, nous disposons de très peu d'informations sur l'application des LAQ de cette étude dans les hôpitaux concernés, et encore moins sur leur utilité potentielle face à une nouvelle crise sanitaire. Les activités de partage et d'utilisation de ces connaissances doivent être planifiées de manière à ce que les personnes en mesure d'appliquer les LAQ produites puissent se les approprier et les mettre à profit pour répondre plus efficacement à toute menace sanitaire future. Ces activités doivent ensuite faire l'objet d'un examen systématique afin de générer de nouvelles connaissances sur le processus d'élaboration de leçons apprises de grande qualité.

## Références

- Bertezenne, Sandra, et Jacques Martin. 2020. « Fighting Covid-19 as an Army Would Fight Its Enemy? ». *23rd Excellence in Services International Conference*, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03283384/document>.
- Dagenais, Christian, Michelle Proulx, Aurélie Hot, Esther Mc Sween-Cadieux, Romane Villemin, Lara Gautier, Sydia Rosana de Araujo Oliveira et al. 2022. « How to Formulate High Quality Lessons Learned: A Rapid Review ». SSRN Scholarly Paper. Rochester, NY. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4255090>.

- Duffield, Stephen, et S. Jonathan Whitty. 2015. « Developing a Systemic Lessons Learned Knowledge Model for Organisational Learning through Projects ». *International Journal of Project Management* 33(2): 311-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.07.004>.
- Greiner, Ashley L., Laura Nguyen, Mays Shamout, Sharanya Krishnan, et Daniel Stowell. 2021. « COVID-19 Intra-Action Reviews: Potential for a Sustained Response Plan ». *The Lancet Global Health* 9(5): e594. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00078-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00078-4).
- Haddad, Roula, Valéry Ridde, et Christian Dagenais. « A systematic process for developing lessons learned: the case of the HoSPiCOVID project ». En préparation.
- Khalil, Merette, Awad Mataria, et Hamid Ravaghi. 2022. « Building Resilient Hospitals in the Eastern Mediterranean Region: Lessons from the COVID-19 Pandemic ». *BMJ Global Health* 7 (Suppl 3): e008754. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008754>.
- Lo, T.K.M., et Patrick Fong. 2011. « Evaluation of knowledge quality of lessons learned by asking questions ». *Proceedings of the European Conference on Knowledge Management, ECKM 2* (janvier): 1049-57.
- McClory, Sue, Martin Read, et Ashraf Labib. 2017. « Conceptualising the Lessons-Learned Process in Project Management: Towards a Triple-Loop Learning Framework ». *International Journal of Project Management, Social Responsibilities for the Management of Megaprojects*, 35(7): 1322-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2017.05.006>.
- Patton, Michael Quinn. 2001. « Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned ». *American Journal of Evaluation* 22(3): 329-36. <https://doi.org/10.1177/109821400102200307>.

- Rajan, Selina, Martin McKee, Cristina Hernández-Quevedo, Marina Karanikolos, Erica Richardson, Erin Webb, et Jonathan Cylus. 2022. « What Have European Countries Done to Prevent the Spread of COVID-19? Lessons from the COVID-19 Health System Response Monitor ». *Health Policy*, Lessons learned from the COVID-19 pandemic, 126(5): 355-61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.005>.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David *et al.* 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Sachs, Jeffrey D., Salim S. Abdool Karim, Lara Aknin, Joseph Allen, Kirsten Brosbøl, Francesca Colombo, Gabriela Cuevas Barron *et al.* 2022. « The Lancet Commission on Lessons for the Future from the COVID-19 Pandemic ». *The Lancet* 400(10359): 1224-80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9).
- World Health Organization. 2020. « Guidance for conducting a country COVID-19 intra-action review (IAR) ». [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country\\_IAR-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1).



# 25. Comment formuler des leçons apprises de qualité. Une revue rapide

CHRISTIAN DAGENAIS, MICHELLE PROULX, AURÉLIE HOT, ESTHER MCSWEEN-CADIEUX, ROMANE VILLEMEN, LARA GAUTIER, SYDIA ROSANA DE ARAUJO OLIVEIRA, PATRICK CLOOS, LOLA TRAVERSON, KATE ZINSZER, VALÉRY RIDDE

## Résumé

Les leçons apprises traduisent des informations et des expériences étudiées lors de la conduite de projets ou de politiques, afin d'améliorer les procédures et les pratiques dans d'autres contextes. Des milliers d'articles scientifiques proposent des leçons apprises, mais, dans la grande majorité des cas, sans décrire la manière dont elles ont été produites et la rigueur de leur développement. Dans le cadre d'un projet visant à tirer des leçons de la résilience des hôpitaux face à la pandémie de Covid-19 dans cinq pays (HoSPiCOVID), nous avons systématisé le processus pour produire ces leçons. Une revue rapide a été conduite pour cerner les meilleures façons d'élaborer des leçons apprises de qualité (LAQ). Sur 1870 documents initialement repérés, 18 ont été retenus. Leur analyse a permis de cerner trois principes sur lesquels s'appuyer pour entreprendre une démarche d'élaboration de LAQ ainsi que 11 étapes à franchir pour en compléter le processus. Cette procédure rigoureuse peut être suivie par des équipes souhaitant améliorer la qualité des leçons apprises qu'elles formulent.

**Mots-clés :** revue rapide, leçons apprises de qualité (LAQ), Québec, résilience hospitalière, Covid-19

## Abstract

Lessons learned convey information and experiences that were studied when carrying out projects or policies, in order to improve procedures and practices in other contexts. Thousands of scientific articles present lessons learned, but, in the vast majority of cases, without describing how they were produced and how rigorously they were developed. As part of a project aimed at deriving lessons from hospitals' resilience in the context of the COVID-19 pandemic in five countries (the HoSPiCOVID project), we systematized the process for producing these lessons. A rapid review was conducted to identify the best ways of developing quality lessons learned (QLLs). From 1,870 documents initially identified, 18 were retained. Their analysis identified three principles to guide the process of developing QLLs and 11 steps to complete the process. This rigorous procedure can be followed by teams wishing to improve the quality of the lessons learned that they formulate.

**Keywords:** Rapid Review, quality lessons learned (QLL), Quebec, hospitals' resilience, COVID-19

## Contexte

Au début de l'année 2020, le directeur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclarait qu'une épidémie due à un nouveau Coronavirus, le nCoV, représentait une urgence sanitaire de portée internationale (OMS, 2020). Face à ce qui allait rapidement devenir la pandémie de Covid-19, une grande diversité de politiques et de pratiques ont été mises en place pour tenter de ralentir la transmission et la propagation du virus, de développer et valider des tests de dépistage rapides et efficaces, de prendre en charge les personnes malades, ou encore de développer des

vaccins pour venir à bout de cette maladie à coronavirus. Les hôpitaux du monde entier ont dû développer des stratégies pour faire face à l'afflux de patients victimes de ce nouveau virus.

Dans la foulée des nombreuses perturbations et des chocs provoqués partout dans le monde par la pandémie de Covid-19, il est apparu urgent de mettre en œuvre des mesures de ripostes rapides et efficaces de contrôles sanitaires tout en assurant une réponse appropriée et le maintien du fonctionnement des systèmes de santé. La pandémie de Covid-19 offrait de nombreuses opportunités d'apprentissages qui devaient être bien décrites, de façon transparente et systématique, pour en tirer des leçons qui puissent permettre d'ajuster leurs actions et de tirer des enseignements pour de futures urgences sanitaires. Ainsi, en 2020, l'OMS soulignait la nécessité de documenter de façon périodique les leçons apprises sur les réponses nationales à la Covid-19 (Greiner *et al.* 2020). À cet effet, un guide et une boîte à outils ont été créés pour mener une « Intra-Action Review », c'est-à-dire une discussion de groupe structurée, organisée avec des personnes clés de la réponse nationale, et ce sur des sujets prédéfinis (OMS 2020).

Néanmoins, les articles scientifiques font rarement état d'une procédure structurée comme celle décrite par l'OMS. Il arrive fréquemment que ceux-ci proposent un certain nombre de leçons apprises ou usent de ces vocables dans le titre de l'article, mais la manière dont elles ont été élaborées est de façon générale occultée (McClory *et al.* 2017). En pratique, les processus systématiques, transparents et de qualité pour circonscrire des leçons apprises sont très peu décrits dans les publications scientifiques (William 2003 dans McClory *et al.* 2017; Lo & Fong 2011).

L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'une *revue rapide* sur les meilleures pratiques, procédures et approches pour élaborer des leçons apprises de qualité (LAQ). Cette revue a été réalisée dans le cadre du projet HoSPiCOVID visant à comparer la résilience des hôpitaux et de leur personnel face à la pandémie de Covid-19 dans cinq pays (Brésil,

Canada, Japon, France, Mali) (Ridde 2021). Au-delà de ses analyses empiriques, le projet visait explicitement à tirer des LAQ des expériences vécues par le personnel hospitalier afin de les partager aux responsables des hôpitaux des pays concernés.

## Méthode

Une revue rapide permet de faire un bilan des connaissances disponibles sur un objet d'étude donné (Belaid & Ridde 2020; Haby *et al.* 2016; Kelly *et al.* 2016; Polisen *et al.* 2015). La méthode s'appuie sur les mêmes étapes que celles d'une revue systématique, mais de manière accélérée et simplifiée (Tricco *et al.* 2015; Wagner *et al.* 2017), afin de favoriser la production de preuves dans un laps de temps plus court imposé par un contexte d'urgence (Garrity *et al.* 2020; Grant & Booth 2009), comme cela était le cas dans le contexte pandémique. Pour la présente revue, notre équipe a choisi de restreindre le nombre de bases de données interrogées, en excluant l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus et en se concentrant sur une synthèse descriptive des résultats (Garrity *et al.* 2020; Hartling *et al.* 2015; Tricco *et al.* 2017).

## Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche (disponible sur demande) a été développée en étroite collaboration avec une spécialiste en gestion de l'information. Les termes de recherche étaient liés aux : (1) leçons apprises et (2) méthodes (par exemple, processus, approche, critères). Une recherche systématique de la littérature empirique et grise a été effectuée par notre spécialiste de l'information dans deux bases de données électroniques : MEDLINE et Web of Science. La littérature grise a été recherchée à l'aide des moteurs de recherche Google Web.

## Sélection des études : critères d'inclusion

Les documents ont été inclus dans l'examen s'ils décrivaient une méthodologie ou un processus permettant de tirer des leçons de qualité, ou s'ils présentaient un outil permettant de tirer des leçons, et s'ils avaient été publiés entre 2000 et 2020 en langue anglaise.

Ont été exclus de l'analyse les documents qui : traitaient d'un processus ou d'un outil spécifique à leur domaine et non pertinent pour le secteur de la santé (par exemple, l'informatique, l'ingénierie), traitaient des leçons tirées d'un seul projet ou d'une seule initiative ou encore n'étaient pas disponibles en texte intégral (par exemple, uniquement sous forme de résumé).

## Extraction des données : sélection et codage

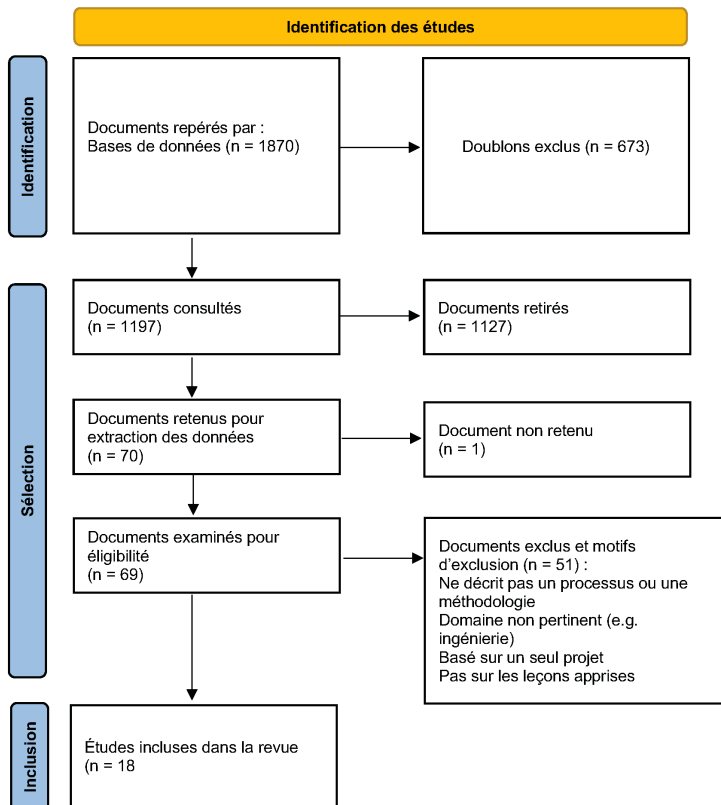
Tout d'abord, les titres et les résumés de tous les documents ont été examinés dans Zotero par le premier auteur afin d'évaluer leur éligibilité potentielle sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. Ensuite, tous les documents présumés conformes aux critères ont été extraits en texte intégral. La sélection finale des documents pertinents a été effectuée indépendamment par trois auteur·rice·s (CD, MP et EMC) sur la base d'un examen des articles complets. Toute divergence éventuelle concernant l'extraction des articles a été résolue par consensus. L'extraction des données a été réalisée par l'auteur principal et trois autrices (CD, MP, EMC, RV), à l'aide de feuilles d'extraction de données Excel prédéfinies qui incluaient les caractéristiques des documents ainsi que les critères définis ci-dessus.

Les informations extraites des documents sélectionnés comprenaient :

- Les caractéristiques des éléments sélectionnés (titre, auteurs ou autrice, année de publication, pays, revue, discipline...);
- La définition proposée pour la notion de « leçon apprise »;
- Les étapes de production des leçons tirées (moment, processus, parties prenantes, etc.);
- Les méthodes ou techniques de collecte de données (par exemple, grilles d'entretien);
- Les critères de qualité d'une leçon apprise (par exemple, liste de contrôle...);
- Les méthodes de formulation des leçons tirées;
- La mise en œuvre ou diffusion des leçons tirées.

## Résultats

Les recherches ont permis de repérer 1870 documents, desquels 673 doublons ont été retirés, pour un total de 1197 documents à traiter. De ce nombre, 18 documents ont été retenus (Figure 1). Ces documents ont été publiés au cours des années 2000 à 2020. Ils ont été produits aux USA (5), au Royaume-Uni (4), au Canada (4), au Royaume-Uni et aux USA (1), au Royaume-Uni et au Japon (1) en Australie (1), en Suisse (1) et en Arabie Saoudite (1). On y trouve 6 articles scientifiques, 1 article publié dans des actes de conférence, 1 commentaire par un chercheur, 5 documents produits par une instance officielle, 2 documents émanant d'organismes non officiels, 1 chapitre de monographie et 2 monographies (Tableau 1). Ils font état de principes, de procédures ou de lignes directrices, d'exemples d'application de LAQ, de modèles conceptuels, ou de techniques à privilégier pour produire une LAQ. Un tableau décrivant les documents retenus est disponible sur demande.



Adapté de : Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Figure 1 : Diagramme PRISMA.

Sur la base d'une analyse du contenu de ces travaux, nous présentons la manière dont est généralement définie une LAQ, les principes qui devraient en guider le développement et les principales étapes d'élaboration d'une LAQ.

## Qu'est-ce qu'une leçon apprise de qualité?

Une LAQ peut être définie comme un énoncé ou une recommandation découlant d'informations recueillies à la lumière d'expériences et de connaissances tacites ou explicites, qu'elles soient positives ou négatives (CDC 2006; Davies 2009; Mansourian & Vallauri 2020; Milton 2010), et pouvant être éventuellement utiles à d'autres acteurs et actrices pour la conduite de tâches ou en réponse à un objectif (Milton, 2010). Une LAQ permet d'effectuer des généralisations basées sur l'évaluation d'expériences de projets, de programmes, de politiques ou de recherches. Une LAQ peut aussi rendre compte d'actions suffisamment importantes ou significatives pour être communiquées à des collègues (Milton 2010). Elle permet ainsi de transposer des enseignements tirés de circonstances spécifiques dans d'autres contextes organisationnels (McClory *et al.* 2017) ou dans des situations plus larges (CDC 2006). Il peut s'agir de connaissances utiles acquises par l'expérience, ou d'informations servant d'exemples, et pouvant être considérées comme « les meilleures façons de faire quelque chose » (Williams 2007). Elle doit bénéficier à une organisation afin d'améliorer un processus ou une activité pour opérer de manière plus sécuritaire ou plus efficace (BNL 2008 dans Milton 2010) et de bonifier ses actions futures (Mansourian & Vallauri 2020; Milton 2010; Williams 2007). Les LAQ peuvent couvrir un éventail de problématiques : techniques, managériales, commerciales, d'interprétations des contrats, d'organisation et relations inter-organisations, de processus et procédures internes à l'organisation (William 2007). Il est à noter que certain-e-s conçoivent qu'une leçon n'est apprise que lorsqu'elle s'accompagne de changements dans les comportements personnels ou organisationnels, par exemple (Milton 2010).



## Principes guidant la démarche d'élaboration des leçons apprises

Trois principes pour guider la démarche d'élaboration de LAQ se dégagent des documents analysés. Ces principes sont ancrés dans une démarche scientifique qui valorise la co-création des savoirs avec différentes parties prenantes. Toutefois, il faut considérer que la formulation de LAQ demande de déployer des efforts soutenus pour demeurer, autant que possible, impartiale. Le contexte d'un projet qui fait l'objet d'un examen peut avoir été parsemé d'obstacles, voire de conflits, ou marqué par des rapports de pouvoir qui teintent les discours des différentes parties prenantes impliquées dans la formulation des LAQ et les représentations des expériences vécues. Le succès de l'exercice repose donc en grande partie sur la préparation du processus avec l'ensemble des parties prenantes afin de favoriser l'expression de perspectives diverses et complémentaires. Nous présentons brièvement trois principes clés tirés des écrits consultés :

1. *La création d'un climat favorable.* Un climat de confiance doit régner pour que les parties prenantes acceptent de révéler ce qui n'a pas bien fonctionné (Duffield & Whitty 2015). Un environnement collaboratif devra être créé (Williams 2007) à tous les niveaux de l'organisation dans un effort collectif (Friesen 2017; Williams 2007). Pour ce faire, la transparence et la communication sont primordiales. Il faudra idéalement vaincre les résistances en expliquant les avantages de l'exercice et en respectant tous les points de vue (Cronin & Andrew 2009). Au-delà du besoin de s'assurer du soutien des personnes clés dans le processus, on pourra accompagner le déploiement de cet effort collectif en proposant un cadre de responsabilité partagée entre les différents partenaires (Williams 2007; Friesen 2017).

2. *Le choix des bon-ne-s responsables ou facilitateur-ric-e-s de la démarche.* La démarche sera facilitée à condition de mobiliser des responsables fort-e-s, c'est-à-dire, qui fassent preuve d'ouverture et d'honnêteté et qui soient soucieux-ses de mettre en place des espaces sécurisants au sein desquels les participant-e-s seront enclin-e-s à prendre la parole avec confiance (Cronin & Andrew 2009). Dans la mesure du possible, les responsables de projet/d'équipe seront impliqué-e-s et assumeront diverses responsabilités (p. ex. coordination, mise en place des réunions, déroulement et suivi). Les questionnaires pourront aussi jouer un rôle important en soutenant et en motivant leurs équipes (Milton 2010).
3. *L'engagement dans une démarche scientifique.* Le processus d'élaboration d'une LAQ devrait refléter une démarche de recherche scientifique, éclairée par des échanges soutenus avec les parties prenantes à des fins de validation et d'enrichissement. Les responsables de la formulation des LAQ devront spécifier une question de recherche, collecter systématiquement des données, les analyser de manière logique et transparente pour formuler des conclusions (McDonald 2015). Toutes les sources disponibles devront être utilisées pour la collecte des données, les sources primaires et originales étant privilégiées (p. ex. données d'admission dans un hôpital). Il faudra éviter de filtrer les données, de faire des interprétations ou de se fier à une seule source faisant autorité.

## Étapes pour élaborer des leçons apprises de qualité

L'examen des 18 documents sélectionnés nous amène à proposer une démarche itérative en 11 étapes pour l'élaboration et la diffusion de LAQ (Figure 2), que nous avons divisée en deux grandes phases, soit :

Étapes de préparation à l'élaboration des LAQ :

1. Identifier et mobiliser les parties prenantes
2. Formuler un objectif clair pour la démarche
3. Identifier le ou les projets à l'étude et des événements associés
4. Choisir le moment pour l'élaboration des LAQ
5. Choisir la stratégie de collecte de données

Étapes d'identification et de formulation des LAQ :

6. Choisir les questions à poser pour la collecte des données
7. Collecter les données
8. Vérifier les données et réviser les aspects à couvrir
9. Analyser et formuler les LAQ
10. Vérifier la qualité des LAQ
11. Archiver, disséminer et implanter les LAQ

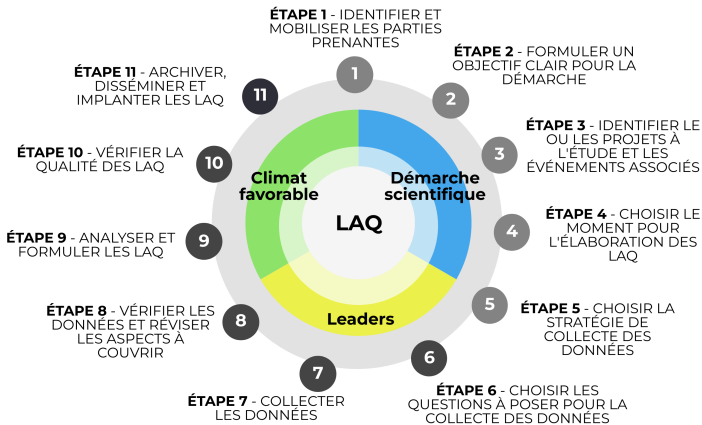


Figure 2 : Principes et étapes pour élaborer des leçons apprises de qualité.

Étapes de préparation de l'élaboration des leçons apprises de qualité (étapes 1 à 5) :

*Étape 1 : Identifier et mobiliser les parties prenantes*

Il est important de bien identifier les parties prenantes et de les mobiliser dès le début, que ce soit pour définir les buts, la portée (p. ex. jusqu'où nous allons), le processus (p. ex. qui sera impliqué) et les sources de données qui seront examinées pour élaborer les LAQ. En effet, selon Mansourian & Vallauri (2020) et Williams (2007), la participation des parties prenantes permet d'assurer une réponse plus adaptée à leurs besoins. Il faut ainsi pouvoir jauger les intérêts, identifier les capacités (p. ex. ressources) de l'organisation pour pouvoir mener à bien la démarche. Les parties prenantes peuvent être mobilisées à différentes étapes (Mansourian & Vallauri 2020; Williams 2007), selon leurs besoins et leurs capacités (Mansourian & Vallauri 2020). Ces parties prenantes incluent différents acteur-ric-e-s (internes ou externes à l'organisation) et publics cibles (Grantham 2010). Elles sont formées de quiconque possède des connaissances pertinentes à partager (Milton 2010).

*Étape 2 : Formuler un objectif clair pour la démarche*

Il est important de formuler un objectif clair pour la démarche (p. ex. est-ce que l'on veut seulement identifier les LAQ ou les partager ou encore les mettre en œuvre?) et ce, en étroite collaboration avec les parties prenantes (Mansourian & Vallauri 2020; McClory et al. 2017; White & Cohan 2005).

*Étape 3 : Identifier le projet ou les projets à l'étude et leurs événements associés*

Les motifs qui sous-tendent la recherche de LAQ peuvent être multiples. Ils doivent être les plus clairs possibles pour bien cerner les étapes subséquentes du processus, les ressources nécessaires, la manière dont

le processus va prendre forme, sous la responsabilité de qui, comment et à quelle fréquence (Mansourian & Vallauri 2020). Identifier les motifs de l'exercice permettra également de cibler le projet, le programme, la procédure ou les activités à l'étude (p. ex. gestion de la crise en milieu hospitalier). Au cœur du processus d'élaboration des LAQ, se trouvent des événements significatifs vécus par les parties prenantes. Ces événements doivent constituer des opportunités d'apprentissage (Nova Scotia, s.d.; Lo 2011), parfois parce qu'ils revêtent une importance particulière en raison d'un caractère d'urgence (crises), d'un risque, ou parce qu'une réponse s'imposait (Friesen 2017).

#### *Étape 4 : Choisir le moment pour la capture des LAQ*

Il n'est pas nécessaire d'attendre la fin d'un projet pour identifier une LAQ. Son élaboration peut être réalisée à n'importe quel moment au cours d'un projet (Mansourian et Vallauri 2020; McIntyre et al. 2011; Williams 2017; White & Cohan 2005; Cronin & Andrews 2009), plutôt qu'à la fin, et améliorer ainsi sa conduite (CDC 2006). Certains conçoivent même ce processus comme faisant partie de la routine d'une organisation (Williams 2017) ou d'une « capacité organisationnelle », par la disponibilité de dispositifs au sein de l'organisation permettant d'identifier les LAQ en continu (Friesen 2017). En revanche, d'autres sont d'avis qu'une LAQ doit être élaborée à des moments spécifiques, soit pendant et après un événement donné (Friesen 2017; Kate Bray et al. 2013) ou de façon presque immédiate lorsqu'une urgence se présente (Nova Scotia, s.d.). Le temps apparaît donc ici un enjeu important si l'on veut éviter que les parties prenantes oublient des aspects importants du projet au moment de la collecte de données (Rowe 2006).

#### *Étape 5 : Choisir la stratégie de collecte de données*

L'élaboration d'une LAQ devra suivre une démarche rigoureuse qui prendra en compte six éléments (Mansourian et Vallauri 2020; Milton 2010; White et Cohan 2005) :

- le public visé (différents publics pouvant nécessiter différents processus, par exemple des entretiens individuels plutôt que de groupe);
- la portée ou l'étendue de la démarche;
- le calendrier de la recherche;
- les ressources nécessaires;
- la méthode (p. ex. sources de données qui seront consultées);
- les rédacteur-riche-s des LAQ.

Étapes d'élaboration des leçons apprises (étapes 6 à 10)

*Étape 6 : Choisir les questions pour la collecte des données*

Les données doivent être collectées à partir d'une série de questions spécifiques pour identifier les LAQ. Ces questions aident à documenter un ensemble d'aspects à l'œuvre dans la production du ou des événement(s) à l'étude et ce, à partir de l'examen du plus grand nombre de sources possibles. Les documents consultés sont nombreux à proposer des questions pour aider à l'identification des LAQ. Mais de manière générale, celles-ci sont regroupées autour de quatre grandes questions (Bray *et al.* 2013; Duffield & Whitty 2015; Mansourian & Vallauri 2020; Rowe et Sikes 2006; Whyte & Cohan 2005) :

- Que s'est-il passé?
- Qu'est-ce qui a bien fonctionné?
- Qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné?
- Qu'est-ce qui doit être amélioré ou qu'est-ce que l'on ferait différemment si c'était à refaire?

Il est à noter que la technique désignée « *After Action Review* » (AAR), évoquée dans les écrits comme soutien à la collecte de données pour l'élaboration d'une LAQ (Bray *et al.* 2013; Cronin & Andrews 2009; Milton 2010), peut s'avérer particulièrement utile ici. Il s'agit d'une discussion en groupe où sont réunis des acteur-ric-e-s engagé-e-s dans un projet donné qui permet de découvrir et d'apprendre ensemble ce qui s'est passé, ne s'est pas bien passé et ce qui devrait être fait différemment. Une AAR est soumise à des règles de déroulement (p. ex. explication du fonctionnement de la discussion au début de la rencontre, accord sur le ou les thème(s) de discussion, expression des attentes de chacun-e, identification des moments clés de la discussion ou événements critiques dans le cours d'un projet, réflexion et consensus sur ces moments clés ou événements, identification des problèmes survenus) (Bray *et al.* 2013; Cronin & Andrews 2009).

#### *Étape 7 : Collecter les données*

Pour arriver à identifier une LAQ, il faut repérer toutes les sources de données disponibles (Duffield et Whitty 2015; McDonald 2015). Les sources des documents inclus dans la revue (Bray *et al.* 2013; Cronin & Andrews 2009; Duffield & Whitty 2015; McDonald 2016; McIntyre & Kaminska 2011; Milton 2010; White & Cohan 2005) sont les suivantes :

- Discussions de groupe (de type AAR ou autres);
- Entretiens individuels en présentiel ou en virtuel;
- Documentation (p. ex. publications, transcription, photographies, historiques, rapports);
- Observations directes;
- Rapports d'enquêtes sur des incidents.

### *Étape 8 : Vérifier les données et réviser les aspects à couvrir*

Une fois les données recueillies, les équipes devront s'interroger sur ce qu'il manque, sur ce qui n'a pas été couvert à partir des sources consultées et des questions posées. Cette étape est cruciale. Elle servira à combler les contenus manquants. Ceci pourra être l'occasion d'interroger de nouveau des acteur·rice·s clés ou de rechercher du matériel en appui (White & Cohan 2005).

### *Étape 9 : Analyser les données et formuler les LAQ*

L'étape des analyses est sans doute la plus complexe à opérationnaliser. Cette étape consiste en une démarche systématique d'identification des problèmes rencontrés dans le cadre d'un projet, programme ou événement, suivie d'une analyse objective des données recueillies et de la validation des résultats (McIntyre et Kaminska 2011). Ce dernier aspect est discuté à l'étape 10.

De façon générale, les écrits consultés fournissent peu d'indications explicites et rigoureuses sur la manière dont les analyses doivent être conduites (Mc Donald, 2015). Selon des documents consultés, il ressort néanmoins que les analyses peuvent être effectuées :

- Dans le cadre de discussions entre acteur·rice·s concerné·e·s (Nova Scotia, s.d.; Rowe & Sikes 2006; White & Cohan 2005), un premier niveau d'analyse pouvant être effectué par une équipe donnée, suivi d'un partage d'informations avec d'autres équipes lors des réunions formelles d'une organisation (Rowe & Sikes 2006). La technique AAR paraît ici utile non seulement pour la collecte des données mais aussi pour aider à circonscrire les LAQ (Bray *et al.* 2013; Cronin & Andrews 2009);
- À partir d'une analyse de contenus appliquée à l'ensemble du corpus de données recueillies (codification et catégorisation), ceci en procédant selon les règles de l'art (co-codification, co-validation) (Lo



& Fong 2011; McIntyre & Kaminska 2011). À ce sujet, McDonald (2015) est sans doute le chercheur qui propose la démarche analytique la plus approfondie parmi l'ensemble des documents de la revue. À partir d'une matrice qu'il a développée, l'auteur suggère de recueillir et d'analyser les données collectées en dyades à partir de questions ciblées (Annexe 3), les analyses se déclinant en différentes étapes (évaluation du niveau de congruence entre dyades, formulation et mise à l'épreuve d'hypothèses, formulation des leçons apprises);

- Sur la base de modèles conceptuels (par exemple : le SYLK Model de Duffield et Whitty 2015; ou le modèle en trois boucles de connaissances organisationnelles de McClory *et al.* 2017);
- À partir d'une classification des leçons recherchées selon, par exemple, qu'elles concernent un processus (destinées à celles et ceux concerné-e-s par le déroulement du projet), un résultat (destinées à celles et ceux concerné-e-s par les résultats) ou une transformation (à ce qui peut faire une différence pour des projets futurs) (Mansourian & Vallauri 2020);
- À l'aide de grilles ou de tableaux qui mèneront l'équipe d'évaluation à formuler la ou les LAQ (CDC 2006; Milton 2010; Nova Scotia, s.d.; Qatar, s.d.). Le Tableau 1 en présente plusieurs exemples.

Auteurs	Grille d'analyse
CDC (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations sur le projet et coordonnées pour plus de détails</li> <li>• Un énoncé clair de la leçon</li> <li>• Un résumé du contexte dans lequel la leçon a été apprise</li> <li>• Les avantages de l'utilisation de la leçon et une suggestion sur la manière dont la leçon pourrait être utilisée à l'avenir</li> </ul>
Nova Scotia (s.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résumé des événements</li> <li>• Questions (fournir une liste des questions en suspens)</li> <li>• Observations (dresser une liste des problèmes que le service n'est pas en mesure de résoudre)</li> <li>• Leçons observées (dresser une liste de ce qui s'est bien passé)</li> <li>• Enseignements tirés (dresser une liste des problèmes corrigés)</li> </ul>
McDonald (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des données recueillies par catégorie pertinente (environnement, processus, résultats, etc.) à l'aide des questions suivantes : qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qui a participé au succès, qu'est-ce qui a participé à l'échec, qu'est-ce qui doit-être amélioré ?</li> <li>• Examen approfondi des données pour la catégorie « processus » grâce à une matrice d'évaluation de la congruence</li> </ul>
Milton (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier ce qui s'est bien passé et ce qui aurait pu mieux se passer</li> <li>• Identifier l'audience à laquelle la LAQ se destine</li> <li>• Revisiter la situation ou le contexte ciblé</li> <li>• Analyser les différences entre ce qui était attendu et ce qui est arrivé</li> <li>• En rechercher les causes profondes, soit créer une liste de causes</li> <li>• Formuler une recommandation pour l'avenir</li> </ul>
Qatar (s.d)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectif du projet</li> <li>• Résultats du projet</li> <li>• Évaluation du projet (cette section doit indiquer si les résultats du projet ont été atteints ou non et décrire comment le succès a été mesuré par rapport aux résultats)</li> <li>• Points forts du projet</li> <li>• Domaines d'amélioration du projet</li> <li>• Conseils pour des projets similaires</li> </ul>

Tableau 1 : Grilles proposées pour guider l'analyse des LAQ.

### Étape 10 : Vérifier la qualité des LAQ

Les processus de validation pourront varier selon les besoins et les capacités des équipes. Un moyen est de réunir les acteur·rice·s seniors concerné·e·s par le projet dans le cadre d'une rencontre bilan au cours de laquelle les LAQ sont présentées, discutées et validées (Milton 2010). Pour mener cette réflexion, plusieurs critères et listes de questions sont proposés. Ces critères se rapportent à la richesse du contexte présenté,

au processus de formulation des LAQ, au format des LAQ, à leur adéquation pour répondre aux besoins ou à leur utilisation effective (Lo 2011; Milton 2010; Patton 2001; Rowe & Sikes 2006).

Les critères suivants sont proposés pour s'assurer de la validité et de la qualité des LAQ développées :

- Sources variées de collectes de données (Patton, 2001) et documentation des divers points de vue (Lo 2011), des antécédents des parties prenantes et de leurs relations entre elles (Lo 2011);
- LAQ ancrées dans leur contexte (Patton 2001), sachant que plus le contexte des LAQ est riche, meilleure est la qualité de son contenu (Lo, 2011);
- Identification des preuves à l'appui (Patton 2001);
- Description de la manière dont les connaissances ont été identifiées (Lo 2011), des raisons pour lesquelles les événements se sont produits (Lo, 2011);
- Niveau de spécificité suffisant pour guider les pratiques de façon concrète (Patton 2001);
- Identification du public cible (Lo 2011; Patton 2001);
- Liste d'attributs comme critères pour évaluer la qualité des enseignements tirés, tels que l'exhaustivité, la pertinence, pour répondre à la question : quelles sont les dimensions appropriées pour évaluer la qualité des connaissances? (Lo 2011; Holsapple 2003; Boisot 1998; Szulanski 2003; Zhao & Anand 2009);
- Identification des conditions particulières ou exceptions où les recommandations peuvent ne pas être applicables (Lo 2011);
- Identification des biais potentiels (p. ex. biais cognitifs) et la manière dont on a procédé pour s'en prémunir (McDonald 2015).

Par exemple, selon Milton (2010), la formulation d'une LAQ doit être claire, écrite sous la forme d'une recommandation étayée par un bon argument et une bonne contextualisation. Le lecteur d'une LAQ doit savoir exactement ce qu'il devrait faire pour faire face à une éventuelle crise (ex : l'organisation d'une formation régulière sur la lutte contre les infections en milieu hospitalier améliorera la base de connaissances du personnel hospitalier).

### *Étape 11 : Archiver, disséminer et implanter les LAQ*

Le processus d'élaboration des LAQ doit prévoir et intégrer une étape complémentaire d'archivage et de dissémination des LAQ. À ceci peut s'ajouter un effort de mise en œuvre, ou de prise en compte des leçons développées pour la poursuite du projet ou dans le cadre d'autres projets similaires (Mansourian & Vallauri 2020; McClory *et al.* 2017; Rowe & Sikes 2006; White & Cohan 2005).

Pour archiver des LAQ (voir Milton 2010; Williams 2007 ou Friesen 2017), on peut penser par exemple à des bases de données, des registres, des fichiers partagés ou des portails web, etc. qui organiseront l'information selon une taxonomie adaptée. Un système ou moteur de recherche intuitif assurera un accès optimal à ces connaissances, grâce à l'utilisation de mots clés ou de « tags ». Pour disséminer les LAQ, de nombreuses possibilités existent : listes de distribution, bulletins, forums de communautés de pratique, portails web, etc.

Quant à l'implantation des LAQ, McIntyre (2011) rappelle que les enseignements tirés doivent se transformer en apprentissages. Ainsi, il faut planifier l'intégration des LAQ dans des initiatives de formation et désigner des personnes responsables, des « agent·e·s de changement » pour assurer que les LAQ soient prises en compte par les parties prenantes concernées. Ceci permet aussi de s'assurer que les LAQ développées ont entraîné des changements effectifs. Par ailleurs, un plan

qui détaille l'implantation des LAQ, une feuille de route par exemple, est une bonne option pour décrire les actions à entreprendre (Carillo *et al.* 2013 dans Duffield & Whitly 2015).

## Discussion

L'analyse présentée dans le présent chapitre peut être comprise comme le contenu d'un guide de production de LAQ avec ses principes et ses étapes. Nous pensons qu'il peut faciliter la planification d'une démarche raisonnée et rigoureuse, tout en permettant la consultation de sources spécifiques pour approfondir certaines étapes. Son objectif est de livrer une synthèse utile aux équipes qui souhaitent tirer des LAQ à la suite d'interventions ou d'événements.

Le chapitre présente les différentes balises pour s'assurer de la qualité des leçons apprises. Cette somme de connaissances assure une vue d'ensemble du processus, au-delà de contextes et secteurs d'activités spécifiques. Elle permettra aux équipes de poser les bonnes questions et de faire des choix éclairés avant de se lancer dans un processus d'élaboration de LAQ. La mise en commun de questions, d'outils et de réflexions dans le cadre de la revue rapide assure l'adaptabilité des recommandations proposées à une diversité de situations. Par exemple, bien que des situations de crise ou à haut risque constituent les événements au cœur du processus de capture de leçons apprises pour plusieurs auteur·rice·s, d'autres proposent d'améliorer des processus ou des procédures qui font partie des activités régulières d'une organisation, sans caractère d'exception ou d'urgence.

Néanmoins, il est à noter que les écrits examinés dans le cadre de cette revue rapide présentent certaines lacunes. Peu d'écrits décrivent en détails les étapes d'analyse des informations recueillies pour produire des LAQ (problèmes rencontrés et résolution, défis, recommandations). De la même façon, l'application des LAQ à d'autres contextes n'est pas

abordée systématiquement. Enfin, peu d'auteur-riche-s s'attardent sur l'importance d'identifier les relations de pouvoir qui existent entre les différentes parties prenantes et qui teinteront l'interprétation des expériences vécues, entraîneront des résistances au changement ou les faciliteront. De même, il est peu question, dans les documents analysés, de l'influence de ceux et celles qui initient et dirigent la démarche de conceptualisation des LAQ, alors que ces personnes sont susceptibles, par exemple, de privilégier des informations qui répondent à leurs attentes et façons de penser ou encore d'être à la recherche d'exemples qui confirment leurs visions du monde, ce que l'on désigne en recherche comme un biais de confirmation (Larivée *et al.* 2019) ou biais cognitif (McDonald 2015). Si la méthode des LAQ met de l'avant des mécanismes qui permettent de se prémunir de ces types de biais par la triangulation des sources, la recherche d'informations négatives ou un exercice de validation des données, il demeure que ces biais peuvent être présents et doivent être soulevés, et ce, surtout lorsque les évaluateur-riche-s ou les examinateur-riche-s font partie intégrante d'une organisation qui, elle-même, finance ou supervise la production de LAQ. Enfin, au même titre que précédemment, les conflits ou tensions qui règnent au sein d'une équipe doivent être évoqués et la collaboration entre collègues qui ont des points de vue différents valorisée (Larivée *et al.* 2019).

## Conclusion

Cette revue rapide sur les leçons apprises de qualité a permis de dégager une proposition de procédure de formulation de LAQ qui se veut utile et applicable et qui mérite d'être testée et évaluée. L'intention était d'appuyer le travail dans le cadre d'un projet d'étude de la résilience des hôpitaux, projet impliquant plusieurs équipes de recherche de différents pays. Il s'agira donc de comprendre, dans une étude subséquente, comment les membres de ces équipes de recherche se sont appropriés la démarche afin d'en affiner le processus. La revue rapide confirme qu'un

ensemble de principes et balises existent pour mener à bien ce processus et que la qualité des leçons développées dépend d'une préparation adéquate, d'une appropriation par les parties prenantes, d'une responsabilité partagée ainsi que d'un engagement dans une démarche rigoureuse susceptible de mener à la mise en œuvre des leçons apprises.

## Références

- Bray, Kate, Sara Laker, Irene Ilott, et Kate Gerrish. 2013. « After Action Review: An Evaluation Tool ». National Institute for Health Research Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care for South Yorkshire (NIHR CLAHRC SY). <https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Starter-for-10-No-9-Final-05-03-2013.pdf>
- CDC. 2006. « CDC Unified Process Practices Guide. Lessons Learned ». CDC. [https://www2a.cdc.gov/cdcup/library/practices\\_guides/cdc\\_up\\_lessons\\_learned\\_practices\\_guide.pdf](https://www2a.cdc.gov/cdcup/library/practices_guides/cdc_up_lessons_learned_practices_guide.pdf)
- Carrillo, Patricia, Kirti Ruikar, et Paul Fuller. 2013. « When Will We Learn? Improving Lessons Learned Practice in Construction ». *International Journal of Project Management* 31(4): 567-78. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2012.10.005>.
- Gerard Cronin, Steven Andrews. 2009. « After Action Reviews: A New Model for Learning ». *Emergency Nurse* 17(3): 32-35. <https://doi.org/10.7748/en2009.06.17.3.32.c7090>.
- Davies, Rick. 2009. « Expectations about Identifying and Documenting “Lessons Learned” ». <https://mande.co.uk/wp-content/uploads/2009/08/2009%2008%2026%20Guidance...>

- Duffield, Stephen, et S. Jonathan Whitty. 2015. « Developing a Systemic Lessons Learned Knowledge Model for Organisational Learning through Projects ». *International Journal of Project Management* 33(2): 311-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.07.004>.
- Friesen, Shaye K, Shelley Kelsey, et J A Jim Legere. 2017. « Defining a risk-informed framework for whole-of-government lessons learned: A Canadian perspective. » *Journal of emergency management (Weston, Mass.)* 15(4) : 219-31. <https://doi.org/10.5055/jem.2017.0331>.
- Greiner, Ashley L., Laura Nguyen, Mays Shamout, Sharanya Krishnan, et Daniel Stowell. 2021. « COVID-19 Intra-Action Reviews: Potential for a Sustained Response Plan ». *The Lancet Global Health* 9(5): e594. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00078-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00078-4).
- Grantham, Hedley S, Michael Bode, Eve McDonald-Madden, Edward T Game, Andrew T Knight, et Hugh P Possingham. 2010. « Effective Conservation Planning Requires Learning and Adaptation ». *Frontiers in Ecology and the Environment* 8(8): 431-37. <https://doi.org/10.1890/080151>.
- Larivée, Serge, Carole Sénéchal, Zoé St-Onge, et Mathieu-Robert Sauvé. 2019. « Le biais de confirmation en recherche ». *Revue de psychoéducation* 48 (1): 245-63. <https://doi.org/10.7202/1060013ar>.
- Lo, T.K.M., et Patrick Fong. 2011. « Evaluation of knowledge quality of lessons learned by asking questions ». *Proceedings of the European Conference on Knowledge Management, ECKM 2 (janvier)*: 1049-57.
- Mansourian, Stephanie, et Daniel Vallauri. 2020. « How to Learn Lessons from Field Experience in Forest Landscape Restoration: A Tentative Framework. » *Environmental management*, no du2, 7703893. <https://doi.org/10.1007/s00267-020-01295-4>.



- McClory, Sue, Martin Read, et Ashraf Labib. 2017. « Conceptualising the lessons-learned process in project management: Towards a triple-loop learning framework ». *International Journal of Project Management* 35(7): 1322-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2017.05.006>.
- McDonald, Robert A. 2015. *A methodology for identifying lessons learned: an integration of case study techniques with general systems paradigm & congruence theory*. CSNR lessons learned series. Washington, DC: Center for the Study of National Reconnaissance. [http://catalog.gpo.gov/F/?func=direct&doc\\_number=001094857&format=999](http://catalog.gpo.gov/F/?func=direct&doc_number=001094857&format=999).
- McIntyre, Susan, et Kate Kaminska. 2011. « Capturing Lessons That Should Be Learned: An After Event Review for Whole-of-Government Security Planning and Operations ». Defence Research and Development Canada Ottawa (Ontario) Centre for Security Science. <https://apps.dtic.mil/sti/citations/ada568447>.
- Milton, N. J. 2010. *The lessons learned handbook: practical approaches to learning from experience*. Oxford, UK: Chandos Publishing.
- Nova Scotia (s. d.). « Debriefing and Lessons Learned Process ». Health Promotion and Protection Health.
- Organisation mondiale de la Santé. 2020. « Guidance for conducting a country COVID-19 intra-action review (IAR) ». [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country\\_IAR-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1).
- Organisation mondiale de la Santé. 2020. « Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) ». [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

- Patton, Michael Quinn. 2001. « Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned ». *American Journal of Evaluation* 22(3): 329-36. <https://doi.org/10.1177/109821400102200307>.
- Qatar National Project Management. s. d. « Lessons Learned Document Preparation Guidelines ». <https://www.psa.gov.qa/en/knowledge/qnpm/Documents/10%20Project%20Closeout/Lesson%20Learned%20Document%20Preparation%20Guidelines.PDF>.
- Ridde, Valéry, Lara Gautier, Christian Dagenais, Fanny Chabrol, Renyou Hou, Emmanuel Bonnet, Pierre-Marie David, et al. 2021. « Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali) ». *Health Research Policy and Systems* 19(1): 76. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>.
- Rowe, Sandra F., et Sharon Sikes. 2006. « Lessons learned: taking it to the next level ». Communion présentée au PMI® Global Congress 2006—North America, Seattle, WA. Newtown Square, PA: Project Management Institute. <https://www.pmi.org/learning/library/lessons-learned-next-level-communicating-7991>.
- White, Mark, et Alison Cohan. 2016. « A guide to capturing lessons learned. The Nature Conservancy ». [https://www.conservationgateway.org/ConservationPlanning/partnering/cpc/Documents/Capturing\\_Lessons\\_Learned\\_Final.pdf](https://www.conservationgateway.org/ConservationPlanning/partnering/cpc/Documents/Capturing_Lessons_Learned_Final.pdf).
- Williams, Patrick. 2007. « Lessons Learned Guidelines ». Vivace Consortium Members. [https://www.ltu.se/cms\\_fs/1.3418!/vivace-guideline-lessonslearned.pdf](https://www.ltu.se/cms_fs/1.3418!/vivace-guideline-lessonslearned.pdf).

# Présentation des auteur·rice·s

**Andréa Carla Reis Andrade** est titulaire d'un Master professionnel en Santé Publique de l'Institut Aggeu Magalhães de la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambouc (Brésil). Elle occupe actuellement le poste de responsable de la santé publique à la mairie de Recife (Brésil). Elle possède de l'expérience en planification, en suivi, en évaluation et en réglementation dans le domaine de la santé.

**Mouhamadou Faly Ba** est un pharmacien diplômé de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar au Sénégal, avec un Master en Santé Publique (option) épidémiologie. En tant que doctorant en santé publique à l'école doctorale de l'UCAD, il enseigne également à l'Institut de Santé et Développement (ISED). Il est auteur d'une dizaine d'articles scientifiques.

**Hiroko Baba** est directrice adjointe de la division du renforcement des capacités humaines au sein du département du développement des ressources humaines du National Center for Global Health and Medicine (NCGM) au Japon. Mme Baba a une grande expérience des soins infirmiers cliniques et a travaillé sur la coopération internationale en matière de santé dans les pays en développement. Elle est spécialisée dans la formation en soins infirmiers et le développement des ressources humaines et mène des recherches qualitatives sur le développement professionnel dans le domaine des soins infirmiers.

**Yvonne Beaugé** travaille à l'Institut de didactique médicale et de simulation clinique du centre hospitalier universitaire de Francfort. Elle est titulaire d'un doctorat en santé publique (Ph.D.) et possède une expérience en financement et économie de la santé. Son intérêt particulier réside dans l'accès aux soins de santé pour les populations les plus défavorisées.

**Camille Beaujoin** est étudiante au doctorat en santé publique à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal. Elle a également une expérience clinique en tant qu'infirmière en santé mentale au CHU de Nantes (France). Ses intérêts de recherche portent sur l'évaluation d'intervention de santé publique, les inégalités sociales, et les approches participatives et décoloniales dans la recherche en santé publique.

**Gisèle Bendjelloul** est cadre supérieur de santé en prévention du risque infectieux au sein de l'Équipe de Prévention du Risque Infectieux (EPRI) de l'hôpital Bichat Claude-Bernard. Ses recherches portent en particulier sur la prévention du risque infectieux parmi les patients et les professionnels de santé à l'hôpital.

**Pauline Boivin** est diplômée en anthropologie de la santé et psychomotricienne. Elle travaille au sein de l'équipe de recherche de l'association Miseli au Mali, sur des questions liées aux politiques publiques de santé ou à la couverture sanitaire universelle. Elle s'intéresse par ailleurs à la santé mentale et la santé maternelle et infantile.

**Emmanuel Bonnet** est directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) au sein d'Unité Mixte de Recherche PRODIG de l'IRD et du CNRS. Ses travaux de recherche et d'évaluation portent sur l'évaluation des populations vulnérables et l'efficacité des politiques de santé publique qui les concernent. Il mobilise des méthodes originales d'analyse spatiale pour analyser les effets des politiques à toutes les échelles géographiques et administratives. Il a dirigé l'Observatoire territorial de la gratuité des soins pour les indigent-e-s au Burkina Faso[1], un programme de recherche financé par l'Union Européenne.

**Gisele Cazarin** est docteure en santé internationale de l'Université nouvelle de Lisbonne (Portugal). Elle a effectué un post-doctorat à l'Institut Aggeu Magalhães de la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambouc (Brésil). Elle occupe actuellement le poste de professeure dans le programme de maîtrise en évaluation de la santé à l'Institut de Médecine Intégrale Professeur Fernando Figueira (Brésil) et assume la responsabilité

du suivi et de l'évaluation au sein du Département de la santé de la municipalité de Recife. Ses travaux principaux englobent la recherche, l'enseignement et la consultation dans le domaine de l'évaluation et du suivi de la santé.

**Fanny Chabrol** est socio-anthropologue, chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et au Centre Population et Développement (Ceped) et chercheuse associée à Huma, Institute for the Humanities in Africa à l'Université de Cape Town. Ses recherches portent sur les pratiques de soin et politiques de réforme des hôpitaux publics dans le Sud Global.

**Lisa Chotard** est diplômée d'un master en Sciences Sociales à l'Université Paris Cité. Ses travaux portent sur la santé et le milieu hospitalier, en particulier sur le travail mortuaire en temps de pandémie de Covid-19 en France et sur la prise en charge des maladies respiratoires au Ghana.

**Patrick Cloos** est professeur en sciences sociales et en santé publique à l'Université de Montréal. Avant de rejoindre le domaine académique, Patrick a pratiqué la médecine d'urgence et humanitaire dans plusieurs régions du monde. Il est actuellement impliqué dans plusieurs études en santé mondiale, notamment sur le changement climatique et la santé dans la Caraïbe.

**Abdourahmane Coulibaly** est titulaire d'un doctorat de l'EHESS en anthropologie sociale et ethnologie. Il est actuellement enseignant-chercheur à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali. Ses recherches portent entre autres sur la santé communautaire, la santé de la mère et de l'enfant, l'anthropologie hospitalière.

**Christian Dagenais** est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal. Depuis 2009, il est à la tête de l'Équipe RENARD, une équipe fortement investie dans la recherche sur le transfert de connaissances (TC). Au cours des 25 dernières années il a dirigé de nombreuses études portant sur le TC dans plusieurs domaines au Québec et à l'Étranger.

**Pierre-Marie David** est sociologue et pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal. Ses recherches questionnent les ambiguïtés des politiques pharmaceutiques et des logiques de santé mondiale.

**Manuela De Allegri** coordonne l'équipe de recherche en économie de la santé et financement à l'Institut de santé mondiale de Heidelberg. Sa recherche porte sur les systèmes de santé, particulièrement sur les effets des interventions en santé globale et l'interaction entre le financement des services de santé et les autres éléments du système.

**Arnaud Duhoux** est professeur agrégé à la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal et chercheur régulier au pôle 1 de recherche du CISSS de Laval. Ses travaux portent notamment sur l'implantation d'innovations en première ligne, la mesure et l'amélioration de la performance des services en santé, avec un focus particulier sur la contribution des infirmières à la réponse aux besoins populationnels.

**Raylson Emanuel Dutra da Nóbrega** est titulaire d'une maîtrise en santé publique de la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz-PE). Il est membre du Centre d'Activités Intégrées de l'Université Fédérale d'Amazonas et travaille actuellement comme dentiste auprès des populations indigènes.

**Boubacar Sidiki Ibrahim Drame** est Médecin biologiste, enseignant chercheur et Maître de Conférences en Biochimie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de l'université des sciences techniques et technologie de Bamako (USTTB).

**Fabrice Escot** a suivi un parcours universitaire pluridisciplinaire et est diplômé en histoire de l'Université Paris-I. Après avoir travaillé pendant quinze ans dans le secteur des études qualitatives internationales, il a rejoint en 2009 l'Association Miseli de recherche en anthropologie des dynamiques locales, basée à Bamako au Mali. Il s'intéresse particulièrement à l'économie des ménages dans les milieux ruraux et informels et aux programmes de protection sociale. Il a notamment mené

depuis 2010 plusieurs études sur l'évolution de la presse malienne et sa relation à la communication institutionnelle, notamment sur des politiques publiques de santé et de protection sociale.

**Adama Faye**, médecin, est professeur titulaire des universités. Il est spécialiste en Santé Publique, en épidémiologie et biostatistique. En tant que directeur de l'Institut de Santé et Développement (ISED) à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, il joue un rôle essentiel dans la formation et la recherche en santé. Il est auteur de plus d'une centaine d'articles scientifiques.

**Betise Mery Alencar Furtado** est titulaire d'un doctorat en Sciences et d'un master en Santé Publique, tous deux obtenus à la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambouc (Brésil). Elle occupe actuellement le poste de professeure et de membre permanent du programme de troisième cycle en expertise médico-légale à l'Université de Pernambouc, au Brésil. Ses recherches portent notamment sur la promotion de la santé au sein des populations vulnérables. Elle possède une vaste expérience en santé publique.

**Morgane Gabet** soutient prochainement sa thèse doctorale en santé publique (Université de Montréal, Canada), option systèmes organisations et politiques de santé, portant sur la qualité des soins après une visite aux urgences pour les personnes ayant des troubles mentaux. Prochainement stagiaire postdoctorale à l'Université Laval (Canada), elle s'intéresse plus particulièrement à l'organisation des services, avec un accent particulier sur l'accès équitable aux soins de santé mentale.

**Marie-Catherine Gagnon-Dufresne** est candidate au doctorat en santé mondiale à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle s'intéresse principalement à la participation authentique des communautés marginalisées dans la recherche en santé publique et mondiale, adoptant des approches participatives, féministes et décoloniales.

**Lara Gautier** est professeure adjointe au Département de Gestion, Évaluation et Politique de Santé de l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de Recherche en Santé Publique. Elle est aussi chercheuse associée au Centre Population et Développement (Ceped) à Paris. Ses intérêts de recherche se situent au croisement de la science de la mise en œuvre, de la recherche sur les politiques et systèmes de santé, et de la santé des migrant-e-s.

**Stéphanie Gomes de Medeiros** est candidate au doctorat dans le cadre du programme de troisième cycle en Sociologie de l'Université Fédérale de Pernambouc (Brésil). Ses principaux domaines de recherche incluent la sociologie de la communication, du genre, de la santé et la santé collective. Elle détient un diplôme de master en Sociologie de l'Université de Nantes (France). Parmi ses expériences professionnelles, elle a occupé le poste de professeure suppléante à l'Université de l'État de Paraíba, a travaillé en tant que consultante dans des cabinets de conseil et a été assistante de recherche à la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambouc (Brésil).

**Ayako Honda** est professeur au Centre de recherche sur les politiques et l'économie de la santé de l'Institut d'études avancées Hitotsubashi, Université Hitotsubashi, Tokyo, Japon. Elle possède une vaste expérience de l'application des sciences sociales à la recherche sur les systèmes de santé en Asie et en Afrique. Ses travaux de recherche portent sur la manière dont les différents groupes d'acteurs interagissent et réagissent dans la mise en œuvre de la politique de santé. Le professeur Honda est titulaire d'un doctorat en économie de la santé de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

**Renyou Hou** est anthropologue, chargé de recherche au CNRS, au LISST-Centre d'Anthropologie Sociale (UMR 5193). Ses thématiques de recherche portent sur l'anthropologie du genre et de la parenté, la santé, la procréation médicament assistée et la grossesse pour autrui, en Chine rurale et urbaine.



**Roch Hounghinin** est professeur d'anthropologie de la santé à l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin). Il dirige actuellement le Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA). Depuis une vingtaine d'années, il mène des recherches sur les politiques publiques et les systèmes de santé en Afrique : accès aux soins, logique des soignants, politiques d'exemption, santé maternelle, épidémies émergentes, éthique des politiques de santé, etc.

**Aurélié Hot** est conseillère principale de recherche pour l'Équipe RENARD depuis avril 2021 (<https://www.equiperenard.org/>), une équipe de recherche en partenariat œuvrant en « science du transfert de connaissances ». Elle a été spécialiste en mobilisation des connaissances pour le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans le milieu des organismes communautaires québécois. Elle est rédactrice adjointe de la revue TUC sur le transfert et l'utilisation des connaissances et membre collaboratrice de l'Observatoire international sur les impacts sociétaux de l'IA et du Numérique.

**Muriel Kielende** est médecin de formation, diplômée en santé publique de l'Université Catholique de Louvain et de l'Université de Montréal. Elle s'intéresse à l'évaluation des services, organisations et systèmes de santé. Elle collabore actuellement avec l'équipe RENARD (Unité de recherche spécialisée en transfert des connaissances de l'université de Montréal) sur divers projets de recherche.

**Haruka Kodoi** est infirmière diplômée et agent technique à la division de la politique et de la recherche en matière de santé mondiale au sein du département de la planification et de la gestion de la santé du Centre national pour la santé et la médecine mondiales (NCGM) au Japon. Elle s'intéresse à la qualité des soins médicaux et à la lutte contre les infections, en particulier au Viêt Nam et au Myanmar.

**Xavier Lescure** est professeur d'infectiologie et chef de service adjoint du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Bichat Claude-Bernard. Ses recherches au sein de l'unité UMRS IAME (Infections-

Antimicrobials-Modelling-Evolution) portent sur les risques épidémique et le bon usage antibiotique. Durant l'épidémie de Covid-19 il a endossé des responsabilités de coordination opérationnelle de la réponse nationale en France et a assuré des fonctions de conseiller ministériel.

**Jean-Christophe Lucet** est professeur de microbiologie à l'université Paris Cité, chef de l'unité de prévention de l'infection (EPRI) de l'hôpital Bichat Claude-Bernard et chercheur à IAME (Infections-Antimicrobials-Modelling-Evolution). Ses travaux portent sur la prévention des maladies infectieuses et des infections liées aux soins et l'hygiène hospitalière.

**Isadora Mathevet** est diplômée d'un Master en économie du développement de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Ses recherches portent sur l'assurance santé, l'accès aux soins, les inégalités sociales de santé ainsi que sur les politiques de santé.

**Esther McSween-Cadieux** est professeure associée au Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Elle est diplômée d'un doctorat (Ph.D.) en psychologie recherche et intervention de l'Université de Montréal en 2019. Ses intérêts de recherche portent sur l'évaluation des processus et des effets des stratégies de transfert de connaissances ainsi que sur la mise en œuvre de mécanismes d'intermédiation tels que le courtage de connaissance.

**Rachel Mikanagu** détient une maîtrise en affaires internationales de l'Université Columbia et en voie de compléter une maîtrise en santé mondiale à l'Université de Montréal. Elle a plus de 10 années d'expérience dans la défense des droits de santé des femmes et des enfants en Haïti et en Afrique subsaharienne. Elle a travaillé avec la Direction de la santé publique de Montréal pendant la Covid-19, aidant à assurer la santé et la sécurité de la population itinérante.

**Karla Myrelle Paz de Sousa** est titulaire d'un master en santé publique de l'Institut Aggeu Magalhães de la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambouc (Brésil). Elle a également effectué une résidence en santé publique dans

le cadre du programme multiprofessionnel du Département de la santé de la municipalité de Recife (Pernambouc, Brésil), où elle occupe le poste de conférencière invitée. Elle possède une expérience en recherche qualitative dans les domaines des soins de santé, de la gestion et de la santé collective.

**Shinichiro Noda** est directeur de la division des programmes de santé mondiale du Bureau de la coopération internationale en matière de santé au Centre national de santé et de médecine mondiale (NCGM) au Japon. Après avoir commencé sa vie professionnelle en tant que pédiatre, le Dr Noda a entrepris des études de troisième cycle à l'école de santé publique et de médecine tropicale de l'université de Tulane, aux États-Unis. Il a travaillé comme conseiller technique sur des projets d'aide publique au développement (APD) dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment au Bureau provincial de la santé du Honduras et au ministère de la santé de la République démocratique populaire lao (Laos). Depuis 2021, il travaille en tant que conseiller technique du ministère de la santé de la République du Sénégal. Le Dr Noda a mené d'importantes recherches sur les systèmes de prestation de services de santé au Laos, au Kenya et au Japon.

**Katarina Ost** est candidate au doctorat à l'Université d'Ottawa où elle étudie les méthodes de contrôle de la maladie de Lyme. Elle est titulaire d'un MPH en services de santé de l'Université de Washington et s'intéresse à l'étude du changement climatique et de la santé, ainsi qu'aux maladies infectieuses.

**Nathan Peiffer-Smadja** est maître de conférence en maladies infectieuses à l'Université Paris Cité et praticien hospitalier dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Bichat Claude-Bernard. Ses recherches portent sur la prise en charge des maladies infectieuses et tropicales, la lutte contre les maladies émergentes notamment en s'appuyant sur l'utilisation et l'adoption d'outils électroniques d'aide à la décision. Elles sont réalisées au sein de l'unité UMRS IAME (Infection-Antimicrobials-Modelling-Evolution) et à l'Imperial College à Londres.

**Helena Pinto** est titulaire d'un master en Sciences de la Santé de l'Université de Pernambouc (Brésil). Elle travaille actuellement comme orthophoniste à l'Hôpital Universitaire Oswaldo Cruz (Brésil), comme professeure à l'Université Catholique de Pernambouc (Brésil) et comme tutrice pour la résidence en soins palliatifs à l'Institut des sciences biologiques.

**Michelle Proulx** détient un doctorat en santé publique de l'Université de Montréal (option promotion de la santé) de même qu'une formation postdoctorale à l'équipe MéOS (Médication comme objet social et culturel) de cette même université. Elle effectue, depuis près de 15 ans, divers travaux de recherche en santé et en éducation à titre de travailleuse autonome dont des mandats de recherche en transfert des connaissances.

**Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos** est docteure en Sciences de la Santé de l'Université de Brasília (Brésil). Elle est professeure et chercheuse à Institut Aggeu Magalhães de la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambouc (Brésil). Elle travaille également comme gynécologue pour le Département de la Santé de l'État du Pernambouc.

**Zoé Richard** est diplômée de Sciences Po Toulouse et d'un master en promotion de la santé et prévention (École des Hautes Études en Santé Publique). En tant que chargée d'études au sein du projet HoSPiCOVID (2020-2022), elle a conduit des enquêtes qualitatives dans des services de santé et hôpitaux français durant la pandémie de Covid-19. Doctorante en anthropologie et sociologie au Centre Population et Développement (Ceped – Université Paris Cité, IRD, INSERM), ses travaux s'intéressent à la réponse hospitalière aux maladies infectieuses déployée par le Système Unique de Santé brésilien dans le contexte post-pandémique.

**Valéry Ridde** est directeur de recherche au Ceped (<http://www.ceped.org>), une unité de recherche commune à l'Université de Paris et à l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Il a été professeur agrégé à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

et titulaire d'une Chaire de recherche en santé publique appliquée des IRSC. Il est actuellement basé à l'Institut de la santé et du développement (ISED) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal). Ses travaux de recherche et d'évaluation portent sur la couverture maladie universelle, le financement des services de santé, l'évaluation des programmes, les politiques de santé publique et le transfert des connaissances.

**Sydia Rosana de Araújo Oliveira** est docteure en Santé Publique de l'Université Fédérale de Bahia (Brésil). Pendant son doctorat, elle a effectué une période d'alternance à l'Université de Montréal en 2011. Actuellement, elle est professeure et coordinatrice adjointe du programme professionnel en santé collective à l'Institut Aggeu Magalhães de la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambuco.

**Ashley Savard Lamothe** est titulaire d'une maîtrise en santé publique, option santé mondiale, de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle s'intéresse aux enjeux de santé mondiale, en particulier aux inégalités sociales et aux populations vulnérables.

**Aletheia Soares Sampaio** est docteure en Santé Publique de la Fondation Oswaldo Cruz à Pernambuco (Brésil). Elle travaille en tant que chercheuse à la même Fondation et en tant que médecin infectiologue à l'Université de Pernambuco. Ses travaux incluent principalement la recherche clinique, notamment l'étude des maladies infectieuses telles que les arboviroses, la Covid-19, le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles. Elle se consacre principalement à la prise en charge de la santé des populations vulnérables.

**Sidibé Souleymane** est docteur en santé publique, option analyse des politiques et systèmes de santé de l'Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou. Ses travaux portent spécifiquement sur l'accès aux soins des indigent-e-s, les inégalités sociales et l'équité en santé.

**Toyomitsu Tamura** est un infirmier diplômé, titulaire d'une licence en ingénierie et d'un master en sciences de la santé. Il est directeur de la division des relations publiques et de la communication au sein du

département du développement des ressources humaines, bureau de la coopération internationale en matière de santé au Centre national pour la santé et la médecine mondiales (NCGM) au Japon. M. Tamura a une expérience significative dans les études sur le développement des ressources humaines pour la santé, en particulier en Afrique francophone.

**Laurence Touré** est anthropologue, chercheuse à Miseli, l'association de recherche et de formation en anthropologie des dynamiques locales, à Bamako au Mali. Ses recherches portent sur les politiques publiques de santé et de protection sociale et sur la couverture universelle santé.

**Lola Traverson** est ingénieure d'études au Ceped, une unité de recherche sous tutelle de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et de l'Université Paris Cité (UPC). Elle travaille notamment sur les impacts de la pandémie de Covid-19 sur les hôpitaux et leurs personnels ainsi que sur le transfert de connaissances.

**Romane Villemin** est doctorante en psychologie du développement à l'UQÀM. Précédemment, elle a effectué une maîtrise à l'UdeM sous la direction de Christian Dagenais. Cette expérience lui a permis de découvrir et d'être sensibilisée à la science du transfert de connaissances. C'est pourquoi elle continuera à promouvoir son utilisation tout au long de son doctorat et de sa future carrière professionnelle.

**Yazdan Yazdanpanah** est professeur d'infectiologie, chef de service du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'hôpital Bichat Claude-Bernard, doyen en infectiologie de l'Université Paris Cité et directeur de l'Agence nationale de recherche sur le sida, les hépatites virales et les maladies infectieuses et réémergentes (ANRS-MIE).

**Kate Zinszer** est professeure agrégée à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche en santé publique. Elle est également boursière FRQS (Fonds de recherche du Québec – Santé) Junior 2 et rédactrice académique pour les revues PLOS Neglected Tropical Diseases et PLOS Global Health. Ses recherches

portent sur l'évaluation de l'efficacité des interventions de santé publique et sur la compréhension de l'épidémiologie et de l'évolution des maladies infectieuses.





# À propos des Éditions science et bien commun

Les Éditions science et bien commun sont une branche de l'Association science et bien commun (ASBC), un organisme sans but lucratif enregistré au Québec depuis juillet 2011.

## L'Association science et bien commun

L'Association science et bien commun se donne comme mission d'appuyer et de diffuser des travaux de recherche transuniversitaire favorisant l'essor d'une science pluriverselle, ouverte, juste, plurilingue, non sexiste, non raciste, socialement responsable, au service du bien commun.

Pour plus d'information, écrire à [info@scienceetbiencommun.org](mailto:info@scienceetbiencommun.org), s'abonner à son compte Twitter [@ScienceBienComm](https://twitter.com/ScienceBienComm) ou à sa page Facebook : <https://www.facebook.com/scienceetbiencommun>

## Les Éditions science et bien commun

**Un projet éditorial novateur dont les principales valeurs sont les suivantes.**

- la publication numérique en libre accès, en plus des autres formats
- la pluridisciplinarité, dans la mesure du possible
- le plurilinguisme qui encourage à publier en plusieurs langues, notamment dans des langues nationales africaines ou en créole, en plus du français

- l'internationalisation, qui conduit à vouloir rassembler des auteurs et autrices de différents pays ou à écrire en ayant à l'esprit un public issu de différents pays, de différentes cultures
- mais surtout la justice cognitive :
  - chaque livre collectif, même s'il s'agit des actes d'un colloque, devrait aspirer à la parité entre femmes et hommes, entre juniors et seniors, entre auteurs et autrices issues du Nord et issues du Sud (des Suds); en tout cas, tous les livres devront éviter un déséquilibre flagrant entre ces points de vue;
  - chaque livre, même rédigé par une seule personne, devrait s'efforcer d'inclure des références à la fois aux pays du Nord et aux pays des Suds, dans ses thèmes ou dans sa bibliographie;
  - chaque livre devrait viser l'accessibilité et la « lisibilité », réduisant au maximum le jargon, même s'il est à vocation scientifique et évalué par les pairs.

## **Le catalogue**

Le catalogue des Éditions science et bien commun (ESBC) est composé de livres qui respectent les valeurs et principes des ÉSBC énoncés ci-dessus.

- Des ouvrages scientifiques (livres collectifs de toutes sortes ou monographies) qui peuvent être des manuscrits inédits originaux, issus de thèses, de mémoires, de colloques, de séminaires ou de projets de recherche, des rééditions numériques ou des manuels universitaires. Les manuscrits inédits seront évalués par les pairs de manière ouverte, sauf si les auteurs ne le souhaitent pas (voir le point de l'évaluation ci-dessus).
- Des ouvrages de science citoyenne ou participative, de vulgarisation scientifique ou qui présentent des savoirs locaux et patrimoniaux, dont le but est de rendre des savoirs accessibles au plus grand nombre.
- Des essais portant sur les sciences et les politiques scientifiques (en études sociales des sciences ou en éthique des sciences, par

exemple).

- Des anthologies de textes déjà publiés, mais non accessibles sur le web, dans une langue autre que le français ou qui ne sont pas en libre accès, mais d'un intérêt scientifique, intellectuel ou patrimonial démontré.
- Des manuels scolaires ou des livres éducatifs pour enfants

**Pour l'accès libre et universel, par le biais du numérique, à des livres scientifiques publiés par des autrices et auteurs de pays des Suds et du Nord**

Pour plus d'information : écrire à [info@editionscienceetbiencommun.org](mailto:info@editionscienceetbiencommun.org)