



Couverture Universelle en Santé au Sahel

L'accès aux soins au Mali dans un centre hospitalier universitaire en contexte COVID-19 : entre continuité et discontinuité

Abdourahmane Coulibaly, Laurence Touré, Fanny Chabrol, Boubacar Dramé, Kate Zinszer, Valéry Ridde

Octobre 2022

Auteurs

Abdourahmane Coulibaly^{1,2,3}, Laurence Touré³, Fanny Chabrol⁴, Boubacar Dramé⁵, Kate Zinszer⁶, Valéry Ridde⁴.

¹ Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, Mali

² IRL 3189 « Environnement, Santé, Sociétés »

³ Agence de recherche MISELI, Bamako, Mali

⁴ Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, F-75006 Paris, France

⁵ Hôpital du Mali, Bamako, Mali

⁶ École de Santé Publique de l'Université de Montréal – Montréal – Canada ; Centre de recherche en santé publique – Montréal

Auteur correspondant

Abdourahmane COULIBALY

MISELI, BP E5448, coulibalyabdourahmane@gmail.com

Citation recommandée : Coulibaly A., Touré L., Chabrol F., Dramé B., Zinszer K. & Ridde V. (2022). *L'accès aux soins au Mali dans un centre hospitalier universitaire en contexte COVID-19 : entre continuité et discontinuité*. Document de travail Unissahel n°5, Septembre 2022. Paris : Ceped. Disponible sur : <https://www.unissahel.org/publications/documents-de-travail> , DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7125289>

Unissahel

L'objectif du programme UNISSAHEL est d'étudier les actions entreprises pour parvenir à la couverture universelle en santé (CUS) dans trois pays (Mali, Sénégal, Tchad) afin de soutenir les décisions politiques. Il est financé par l'Agence Française de Développement (AFD), porté par l'institut de recherche pour le développement (IRD) et le travail dans les pays se fait en partenariat avec le Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRCF) au Sénégal, l'ONG MISELI au Mali et l'ONG BASE au Tchad.

Les documents de travail UNISSAHEL portent sur des recherches menées par des chercheurs du projet. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs selon les normes usuelles. Les propos tenus n'engagent que leurs auteurs. Les droits sont détenus par les auteurs.

Déclarations

Financement : Cette recherche fait partie du programme HoSPICOV1D-19 co-financé par les Instituts de recherche en science de la santé du Canada (IRSC) ainsi que l'Agence nationale de la recherche (ANR – France). Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas la position officielle de ces deux organismes de financement.

Remerciements : Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette enquête (personnel de l'hôpital, patients) ainsi que les assistants de recherche Seydou Diabaté et Yacouba Diarra qui ont conduit les observations. Nos remerciements s'adressent également aux Instituts de recherche en science de la santé du Canada (IRSC) ainsi qu'à l'Agence nationale de la recherche (ANR – France) qui ont financé le programme de recherche HoSPICOV1D-19.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont participé à la définition des questions de recherche et de la stratégie analytique. A.C a effectué l'analyse, avec le soutien de tous les auteurs. A.C a rédigé le manuscrit avec le soutien de tous les auteurs. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Déclaration de conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêt.

Déclaration éthique : Le protocole de recherche a reçu l'approbation éthique du comité national d'éthique pour les sciences de la santé et de la vie (Décision n° 120/MSAS/CNESS du 07 Mai 2020). Une fiche de consentement éclairé a été signée par chaque participant consentant avant le début de chaque entretien. Les enregistrements audios ainsi que les retranscriptions d'entretiens ont été anonymisés à travers l'utilisation des codes.

Disponibilité des données et du programme : Les données sont disponibles sur demande auprès des auteurs (contact : Abdourahmane Coulibaly MISELI, BP E5448, coulibalyabdourahmane@gmail.com)

L'accès aux soins au Mali dans un centre hospitalier universitaire en contexte COVID-19 : entre continuité et discontinuité

Abdourahmane COULIBALY, Laurence TOURÉ, Fanny CHABROL, Boubacar DRAMÉ, Kate ZINSZER, Valéry RIDDE

RÉSUMÉ

Contexte : Au Mali, les pénuries fréquentes de ressources matérielles et humaines rendent difficile l'accès aux soins. Cette situation s'est aggravée avec l'épidémie de COVID-19 qui a engendré une augmentation croissante des besoins. L'objectif de cette étude est de décrire la façon dont un hôpital universitaire de la capitale, Bamako, a maintenu l'accès aux soins des patients lors des deux premières vagues de l'épidémie de COVID-19 entre avril 2020 et janvier 2021.

Méthodes : Notre recherche qualitative a été réalisée avec des entretiens semi-directifs (n = 28) et des observations (n=229). Les personnes rencontrées travaillaient dans les différents services de l'hôpital et dans le site de prise en charge des patients infectés par le Sars-Cov2. Les données ont été analysées à travers une approche déductive en suivant le cadre conceptuel de Levesque et al. (Int J Equity Health. 2013 Mar 11 ; 12 :18) sur l'accès aux soins.

Résultats : L'accessibilité des services a été affectée par les nombreuses restrictions du personnel pour se protéger des risques de contamination. L'acceptabilité des soins a été caractérisée par la mise en place de mesures tenant compte des préférences dans le domaine alimentaire (acceptation des repas apportés par la famille) ou de l'état sanitaire dans l'attribution des chambres d'hospitalisation. La disponibilité des services a été soutenue dans les services COVID-19 au détriment des services non COVID-19. Le coût abordable lié à la gratuité des soins liés au COVID-19 cache de nombreuses dépenses parallèles effectuées par les familles. Les soignants ont constamment adapté leurs approches thérapeutiques pour assurer la pertinence des soins.

Conclusions : Cette recherche a démontré l'importance d'analyser l'accès aux soins en s'intéressant aussi bien aux patients des services COVID-19 que non COVID-19. Le rôle du contexte est capital pour comprendre la capacité à faire face à la pandémie.

Mots clés : Accès aux soins, centre hospitalier, Mali, COVID-19

INTRODUCTION

La pandémie de coronavirus a perturbé les systèmes de soins en les mettant au défi de maintenir un niveau acceptable d'accès aux soins. Cela a été en partie compensé par la faible fréquentation des établissements de soins par des patients ayant décidé de ne pas s'y rendre, par peur de contracter le coronavirus (1). La progression rapide du virus dès son apparition en Chine a été une source de préoccupations. La situation de l'Afrique a vite inquiété, essentiellement à cause de la faiblesse des systèmes de soins (2) et de la pénurie d'infrastructures et des ressources humaines formées pour les soins intensifs (3).

Les études menées sur le sujet ont montré que la pandémie a affecté l'accès du public aux services de santé essentiels (4,5). Ces études ont exploré l'impact de la pandémie sur la santé maternelle et périnatale (6), l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (7) avec une baisse significative de l'utilisation des services (planning familial, soins prénatals) (4,8,9). Dans plusieurs pays africains, ce sont les consultations externes et les vaccinations des enfants qui ont été négativement impactées et ont connu les baisses de fréquentation les plus importantes (10). Le respect des principes éthiques exige de s'assurer que les patients non infectés par le Sars-Cov2 continuent à avoir accès aux soins de santé et que les services dont ils ont besoin continuent à être financés. Cela devrait être le cas dans le domaine des soins d'urgence, les interventions obstétricales ou néonatales, les interventions chirurgicales ou les interventions de santé mentale (11).

La diminution de l'utilisation des services dans les établissements sanitaires a été bien étudiée d'un point de vue statistique (12). Mais encore peu d'études qualitatives ont exploré cette question, notamment en Afrique de l'Ouest. Or, ce type d'études

qualitatives rendent compte des pratiques des acteurs et permettent de comprendre les processus à l'œuvre. Ainsi, l'ambition de cette recherche est de comprendre les stratégies mises en place par les acteurs d'un hôpital universitaire de la capitale du Mali afin de maintenir l'accès aux soins dans les services COVID-19 et non COVID-19.

Méthode de la recherche

Cadre théorique

L'étude s'inscrit dans une analyse de la résilience des hôpitaux face à la pandémie (13). L'accès aux soins est un « concept multidimensionnel » (15) et dans cette étude, nous nous concentrons sur ses déterminants du côté de l'offre de soins, celle d'un hôpital universitaire de la capitale du Mali, Bamako. Ainsi, le cadre théorique est celui de l'évaluation du maintien de l'accès aux soins compris selon les cinq dimensions de l'offre de soins : l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, le caractère abordable, la pertinence (14).

Nous analysons l'accès aux soins en contexte de crise épidémique et dans une perspective comparative, en étudiant à la fois ce qui s'est passé dans les services COVID-19 et dans les services non COVID-19 au cours des deux premières vagues épidémiques. Pour étudier les répercussions sur le recours aux soins, nous nous sommes rendus dans les deux types de services afin d'observer et de discuter avec les soignants et les patients sur les changements positifs et négatifs qu'ils avaient observés. Les discussions étaient orientées par les cinq dimensions de l'offre de soins (Tableau 1) (16).

Dimension	Domaines explorés lors de l'enquête
Accessibilité	Restrictions des soins, refus de soins, négligence des patients, qualité du suivi, etc
Acceptabilité	Négligence des soignants, satisfaction ou non des patients, attentes culturelles, Spirituelles, qualité des infrastructures et des équipements
Disponibilité	Les offres de soins disponibles, suspendues, manquantes
Coût abordable	Exemption de paiement, paiement malgré les exemptions
Pertinence	Prise en compte des préférences du patient, adaptations, contexte socio-culturel

Source : adapté de Levesque et al. (Int J Equity Health. 2013 Mar 11; 12:18)

Tableau 1 : Contenus explorés lors des discussions selon les dimensions du cadre conceptuel

Site de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un hôpital de 3^{ème} référence de Bamako (« EHB » : Établissement hospitalier de Bamako). Le choix de ce site a été motivé car il s'agit d'un des plus grands établissements du Mali qui offre des soins d'urgence, des soins généralistes et des soins spécialisés. Il est composé de 24 services couvrant 18 spécialités médicales et chirurgicales. Au début de la riposte contre l'épidémie de COVID-19, l'hôpital disposait de plus d'une centaine de lits et plus de deux cents membres du personnel dont des médecins, infirmiers avec le statut d'assistants médicaux, infirmiers d'État et infirmiers du premier cycle. Les problèmes récurrents de l'hôpital étaient le déficit du personnel au niveau des urgences, de la réanimation, des hospitalisations et la diminution des subventions de l'État.

L'EHB a été choisi par le Ministère comme site COVID-19 à cause de ses infrastructures. Un personnel contractuel a été recruté pour travailler avec les fonctionnaires affectés au site COVID-19. Un site a été isolé pour accueillir les cas

suspects (unité de triage) et les patients confirmés positifs au test PCR (unité de prise en charge). Pour améliorer ses capacités opérationnelles, il a fallu y effectuer divers travaux (approvisionnement en eau et électricité) et l'équiper (climatiseurs et lits).

Une enquête en deux séquences

La collecte des données s'est déroulée en deux étapes selon les deux premières vagues de l'épidémie : avril-juillet 2020 (vague 1) et décembre 2020-janvier 2021 (vague 2). La première vague a permis aux acteurs de l'hôpital de tester le dispositif de prise en charge avant la mise en place d'un format organisationnel plus stabilisé lors de la deuxième.

Collecte des données et échantillons

Les entretiens semi-directifs auprès d'un public varié (Tableau 2) et les observations d'une myriade de situations (Tableau 3) ont été utilisés pour collecter les données de l'étude.

Profils des répondants	Vague 1	Vague 2	Total
Médecins	6	4	10
Infirmiers	3	3	6
Agents du service social	2	2	4
Hygiénistes	2	2	4
Manœuvres	2	2	4
Patients/accompagnants COVID-19	2	2	4
Patients/accompagnants non - COVID-19	5	5	10
Total	22	20	42

Tableau 2 : Répartition des personnes interrogées selon leurs profils

Les observations de situations ont été menées pendant plusieurs semaines. Les enquêteurs n'avaient pas un planning pré établi pour les visites des lieux mais décidaient en fonction des sujets qu'ils comptaient explorer. Les patients et accompagnants étaient également

interrogés lors de ces séquences d'observation. Des comptes-rendus étaient organisés au début de chaque semaine pour permettre aux assistants d'échanger avec deux chercheurs seniors sur les activités menées dans la semaine écoulée et les difficultés rencontrées.

Unité COVID-19	Vague 1	Vague 2	Total
Unité de tri	20	20	40
Unité de réanimation	0	5	5
Unité de prise en charge	31	30	61
Total	51	65	106

Tableau 3 : Nombre d'observations réalisées selon les lieux de l'enquête (COVID-19 et hors COVID-19)

Analyse des données

Les entretiens semi-directifs ainsi que les notes d'observation ont été transcrits puis codés manuellement selon une approche articulée autour des cinq dimensions du cadre conceptuel de Levesque (14). Une

synthèse a permis de rendre compte de chaque dimension du cadre conceptuel de façon empirique.

Approbation éthique

Le protocole de recherche a reçu l'approbation éthique du comité national d'éthique pour les sciences de la santé et de la vie (Décision n° 120/MSAS/CNESS).

Une fiche de consentement éclairé a été signée par chaque participant consentant avant le début de chaque entretien. Les enregistrements audios ainsi que les retranscriptions d'entretiens ont été anonymisés à travers l'utilisation des codes.

RESULTATS

Les évènements perturbateurs

Après le déclenchement de l'épidémie, l'EHB a été le théâtre de plusieurs chocs

dans différents domaines selon la chronologie présentée à la Figure 1

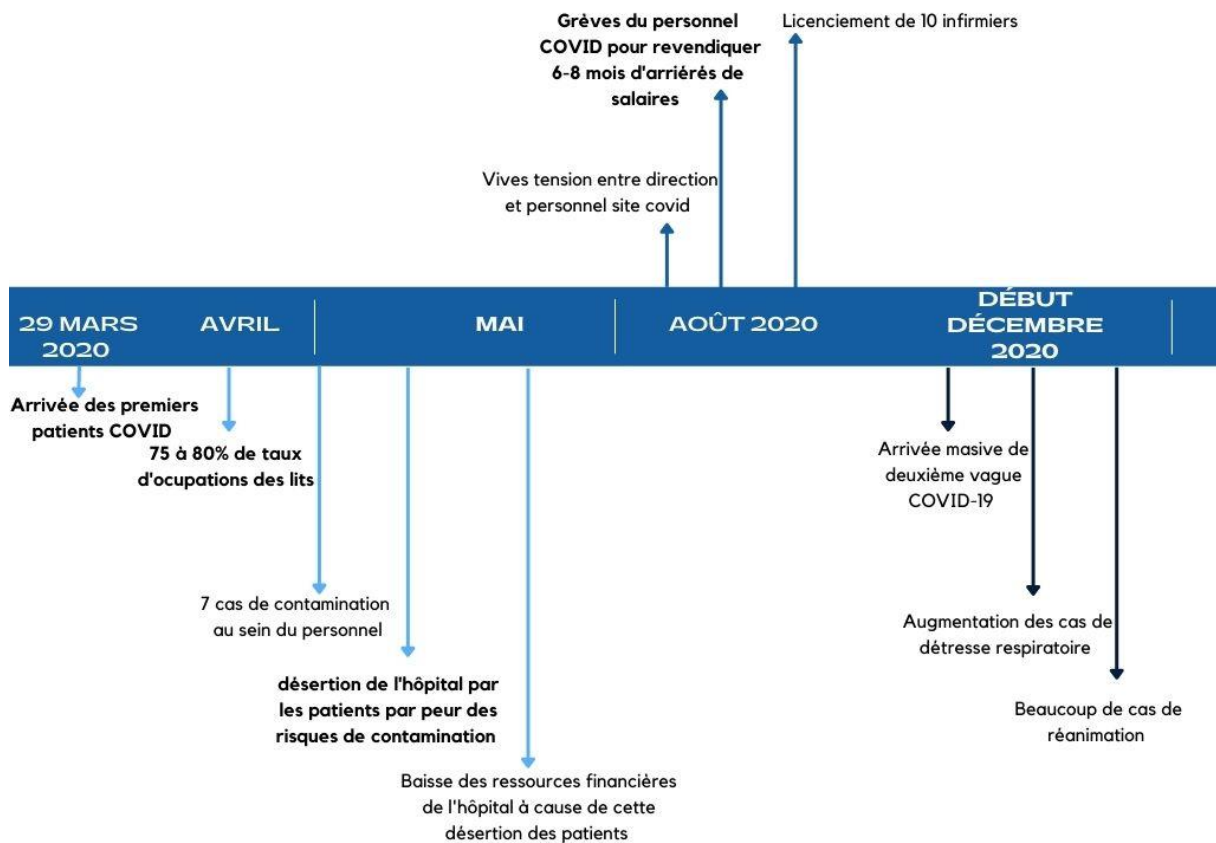


Figure 1 : Chronologie des événements perturbateurs de l'EHB lors des deux vagues de la COVID-19

La complexité de l'accès aux soins

Nous présentons maintenant les données empiriques au regard des cinq déterminants

de l'offre de soins concernant l'accès aux soins à l'EHB.

Accessibilité

L'accès aux soins n'a jamais été impossible mais il a été variable d'un lieu à l'autre et en fonction des vagues de l'épidémie. Cette variabilité renvoie à des attitudes et des pratiques spécifiques constatées chez les personnels de soins. Elles ont été adaptées selon les contextes.

Évitement des contacts avec les patients

Pour éviter la prise de risque au début de la première vague, certains agents ont eu tendance à réduire leur temps de présence auprès des patients hospitalisés dans l'unité de prise en charge COVID-19 : « *On agit comme ça et on sort rapidement avant de perdre du temps à l'intérieur.* » (Infirmier, équipe soignant). Pendant ce temps, dans le service d'endocrinologie et de médecine par exemple, la peur de la contamination a incité les médecins à réduire de moitié le nombre de consultations journalières. La désertion de l'hôpital par les patients par peur des risques de contamination ont considérablement réduit par la suite le nombre de consultations à l'hôpital.

Le temps de présence des agents de certains services, surtout ceux qui souffrent des pathologies pouvant entraîner des complications du COVID-19 comme le diabète, a aussi été réduit avec un agenda hebdomadaire réaménagé. « *On a des éléments qui viennent uniquement le lundi et le mardi et le mercredi et jeudi ils vont se reposer.* » (T.C., Membre cellule technique). La durée d'hospitalisation des patients diabétiques a été écourtée pour diminuer le temps d'exposition du personnel au risque de contamination. On a assisté à une multiplication des cas de transferts de patients suspects vers l'unité de tri COVID-19 pour y être dépistés parce qu'ils étaient refusés par les autres services de l'hôpital avant d'être testés. Le manque de places est souvent le prétexte avancé pour ne pas s'occuper de ces patients.

« Chacun avance le problème de place, mais la vraie raison est que tout le monde a peur de ce malade. Son pronostic n'est pas bon. Donc j'ai pris le patient. » (responsable de l'unité de tri COVID-19).

Un résultat de test PCR négatif ne suffisait pas toujours à lever la suspicion. La persistance des signes de suspicion continuait à alimenter la méfiance des soignants vis-à-vis des patients concernés au détriment de la prise en charge des pathologies dont ils souffraient. « *Il a fait le test trois fois, mais c'est toujours négatif. Au fait, on a fait le scanner, il a des lésions au niveau des poumons. On a appelé le cardiologue pour qu'il soit transféré dans son service mais il refuse. Les urgences aussi refusent pour les risques encourus au cas où il serait atteint du COVID-19. Nous ne pouvons pas le garder ici pour toujours. Nous allons le remettre à ses parents. Au cas où il trouve un infirmier, celui-ci s'occupera de lui à domicile. C'est mieux. Sa famille l'avait même réclamé. Aujourd'hui comme il est vraiment stable selon moi, nous allons appeler le cardiologue. Au cas où il accepte de le prendre, c'est bien sinon nous allons le remettre à sa famille.* » (Médecin, Unité de tri COVID-19).

Cette forte suspicion rendait difficile le transfert des patients en détresse, testés négatifs à partir de l'unité de tri COVID-19 vers les services non COVID-19 pour recevoir des traitements appropriés. Les rapports entre l'unité tri COVID-19 et les urgences ordinaires de l'hôpital sont édifiants à ce sujet. Comme dans tous les autres services de l'hôpital, le personnel des urgences avait peur de recevoir les cas suspects à cause des risques de contamination. Le refus de recevoir les patients envoyés par l'unité de triage COVID-19 ont commencé à se multiplier, créant des tensions entre les deux lieux de soins. « *Elle avait un peu de toux à son*

arrivée. Les urgences ont refusé de la prendre en disant qu'elle est peut-être atteinte du corona. Les responsables des urgences ont exigé qu'elle fasse d'abord le test avant qu'ils ne la prennent pour les soins. Elle a fait le test et est resté sous la tente. Le lendemain elle est décédée. Après le résultat du test a montré qu'elle était négative au COVID-19. Elle n'avait pas le COVID-19, mais elle n'a pas bénéficié de soins sous prétexte qu'elle pourrait être positive au COVID-19 » (infirmier, unité COVID-19). La circulation des patients entre les espaces techniques de soins à l'intérieur de l'hôpital est devenue peu fluide durant cette période avec des cas de refus d'admission, ou des admissions avec refus de soins.

Dans les services non COVID-19, le nombre de patients restés sans soins ne cessait de se multiplier durant la première vague. Cela a eu des conséquences souvent dramatiques comme par exemple le cas de cet enfant de neuf ans admis dans le service de pédiatrie et resté sans soins pendant 24 heures parce qu'il manifestait des signes proches de la COVID-19. Il a été testé négatif par la suite.

Tous ces constats montrent que la peur du risque de contamination prime sur la prise en charge en charge des urgences. La perception de l'urgence intègre désormais les signes de suspicions de l'infection par le SARS-Cov2

Démotivation du personnel des unités COVID-19

Les difficultés d'accès aux soins ont changé de nature pendant la deuxième vague. Ces difficultés n'étaient plus liées à la peur qui a largement diminué après la première vague. Les entraves à l'accès aux soins durant cette deuxième vague ont été en partie liées au manque de motivation du personnel après plusieurs mois d'arriérés de

salaires et de primes. Les cas de restriction dans l'accès aux soins des patients COVID-19 se sont multipliés pendant le mois de décembre 2020. Cette situation a suscité de nombreuses réactions des accompagnants faiblement prises en compte, bien qu'ils attirent l'attention sur la situation difficile de leurs proches. « *Il faut demander aux laborantines de prélever le monsieur qui se trouve sur le lit n°3. Je viens de voir à partir de son dossier qu'il est là depuis 8 jours. Il faut qu'on fasse son prélèvement aujourd'hui.* (Médecin, unité de prise en charge).

Flux et reflux des patients

Tout comme les soignants, les patients non COVID-19 ont commencé à retourner à l'hôpital vers la fin de la première vague après une période d'abandon liée à la peur de la maladie. Beaucoup de personnes pensent que le flux de patients a atteint son niveau pré épidémique. Tous les services ont été concernés par cette normalisation. Le flux créé par la reprise de la fréquentation de l'hôpital par les patients non COVID-19 a été rapidement maîtrisé grâce au retour du personnel fonctionnaire et la levée des différentes restrictions comme la limitation des consultations journalières. L'arrivée massive des patients pendant la seconde vague a provoqué une crise de places. Les lits étaient occupés en permanence. Lorsqu'une place se libérait, elle était aussitôt occupée par un nouveau patient. Les patients avec un besoin de réanimation étaient particulièrement nombreux. Cette situation a fini par provoquer une crise de places disponibles pour cette catégorie de patients.

Le manque de places est devenu tel que les soignants encourageaient souvent les patients à se tourner vers d'autres hôpitaux pour leur prise en charge. La seconde vague a marqué un changement de paradigme dans

les procédures de prise en charge des patients.

Acceptabilité

Certaines pratiques ont l'avantage de favoriser l'acceptation des soins par les patients et traduisent souvent des formes de compromis. Elles se retrouvent dans des domaines variés comme l'alimentation (autorisation des repas provenant de la maison, offre de trois repas/jour mais inadaptés pour certains types de patients notamment diabétiques, HTA), l'hygiène corporelle (*nursing* par les infirmiers), les sensibilités relatives au genre ou à d'autres considérations sociales (salle des hommes/salles des femmes, salles de 2 lits/salles de 4 lits). Divers autres constats relèvent de l'acceptabilité. Par exemple, durant la première vague, pour suppléer l'hôpital, une équipe de prélèvement pour les tests de COVID-19 venait de l'extérieur mais prenait malgré tout beaucoup de retard. Cette situation induisait un délai d'attente plus long pour les personnes devant bénéficier des prélèvements. L'hôpital a fini par reprendre les choses en mains avec une réduction du temps d'attente des prélèvements. « *On nous dit de venir à 8h30 mn. Voilà, il est 11h passé, ils n'ont toujours rien fait. C'est ce qui décourage les gens* » (Accompagnant d'un cas suspect).

Selon les agents rencontrés, la chloroquine utilisée dans le traitement du COVID-19 peut avoir des effets secondaires comme l'insomnie, la diarrhée, le vomissement, etc. Face à une telle situation, les médecins arrêtent de donner ces médicaments ou modifient le moment de sa prise.

Les conditions de transport des patients COVID-19 de la maison vers l'hôpital ont été souvent choquantes lors de la première vague de l'épidémie : « *On l'embarque comme un prisonnier et on l'amène sans lui dire qu'on l'amène dans une structure de prise en charge. Un vieux ne va jamais*

accepter cela ». (Médecin, Unité de soins COVID-19).

Toutes ces insatisfactions des patients interviennent dans un contexte où les accumulations des arriérées de salaire ont fini par créer un sentiment de frustration généralisée qui a entamé la motivation du personnel COVID-19 : « *Certains fonctionnaires ont arrêté de venir ici par ce qu'ils estiment être mal payés. Souvent il y a des arriérés de salaire.* » (Médecin, unité de prise en charge). Les agents sont devenus de plus en plus nombreux à exercer un travail parallèle. Les pratiques de monnayage des services se sont intensifiées. Elles se traduisaient par des rétributions octroyées par les familles à certains soignants pour qu'en retour, ils s'occupent mieux de leurs proches malades « *Les parents ou (accompagnants) de certains malades confinés sur le site demandent des services à certains médecins. J'observe deux médecins qui ne sont pas en service aujourd'hui. Après avoir aidé un homme à donner des affaires à son père (malade) qui se trouve dans la zone rouge, l'homme glisse dans l'arrière poche du médecin un billet d'argent* » (Observation du 08/12/2020, unité de prise en charge).

Disponibilité

La mise en place d'un dispositif dédié à la prise en charge des patients COVID-19

Le dispositif de prise en charge des patients infectés par le SARS-Cov 2 a été rendu opérationnel à la fin du mois de mars 2020 avant l'arrivée des premiers patients. Il comprend une unité de tri des patients COVID-19 chargée d'hospitaliser ceux dont l'état le nécessite, procéder au prélèvement en vue du test, transférer les patients vers l'unité de prise en charge en cas de résultat positif au test PCR. Au total, 64 agents (22 médecins, 36 infirmiers et 6 agents d'hygiène) ont initialement été recrutés pour cette unité. Les capacités de réanimation du site COVID-19 ont été

considérablement améliorées pendant la deuxième vague avec l'équipement et la mise en service de l'unité de réanimation. L'ouverture de cette unité a permis de travailler dans un espace plus adapté à ce type de soin. A côté de cette disponibilité des services, il y a eu malheureusement des défis qui ont entraîné une situation dramatique (cas de décès). « *Le problème des interventions sur le site COVID-19 est le fait qu'il n'y a pas de matériels. Tous les gens qui meurent sur le site ne meurent pas du COVID-19. Pendant la première phase il y avait ECG. Mais c'est abîmé depuis ils n'ont plus acheté un autre. Cet appareil permet de connaître l'évolution des battements cardiaques d'un malade. Je pense qu'avec un tel nombre malades graves maintenant, cet appareil ne devait pas manquer* » (Médecin spécialiste intervenant sur le site COVID-19).

La suspension des opérations programmées au bloc pendant la première vague

Lors de la première vague, on assiste à une forte anticipation et surestimation des besoins et de la gravité de l'épidémie avec mobilisation de différents personnels au détriment des autres services. Les anesthésistes de l'hôpital ont été massivement mobilisés pour intervenir sur le site COVID-19 parce que tout le monde s'attendait à une multiplication des cas de détresse respiratoire qui est une des particularités de la contamination par le SARs-Cov2. Malgré qu'ils soient en sursaturation au regard de la faible affluence durant la première vague, les effectifs affectés ont été maintenus. Les opérations programmées au bloc opératoire ont été suspendues à cause de cette situation. Les affectations ont concerné tous les médecins anesthésistes au nombre de trois et 10 infirmiers sur les 14 que compte le service de réanimation. Cette ponction sur les effectifs de ce service a vite créé un vide dans leur service d'origine.

Vers la fin de la première vague, on assiste à un climat de confiance généré par la faible ampleur et gravité de l'épidémie au Mali, relâchement général, les soignants circulent entre unités COVID-19 et non COVID-19. C'est dans ce contexte qu'a débuté la deuxième vague avec plusieurs cas graves, une certaine saturation du service d'hospitalisation et réanimation, et un manque de spécialistes.

Une santé mentale affectée chez les patients mais des soins manquants

L'isolement des patients hospitalisés dans l'unité de prise en charge COVID-19 associés à un *nursing* largement déficient et la rupture de la communication avec les soignants ont créé un environnement de stress permanent pour les patients. L'interdiction des visites familiales dans l'unité de prise en charge complète cette série de situations peu propices à l'équilibre psychologique des patients et la disponibilité des soins. « *Quelqu'un qu'on coupe tout de suite, c'est-à-dire faire une rupture avec son milieu naturel, on le met entre quatre murs. C'est vrai, ce n'est pas une prison, donc ce n'est pas étonnant qu'il ait une pression énorme sur le plan psychologique qui peut conduire à la dépression* » (membre du personnel de l'unité COVID-19, médecin).

Le besoin de prise en charge psychologique a été d'autant plus important lors de la deuxième vague au vu du nombre de patients dépendants qui a considérablement augmenté. Les tentatives pour calmer les patients agités, constatées çà et là, ou encore les visites de courtoisie organisées par le service social de l'hôpital pour saluer les patients hospitalisés étaient en centre des approches humaines de la maladie. Elles se sont révélées largement insuffisantes. Les données issues de nos observations ont plutôt souligné une dégradation constante de la qualité de la relation thérapeutique entre les soignants, les patients et/ou

accompagnants. Le recrutement d'un spécialiste en psychologie a été réclamé par les soignants mais il ne s'est jamais concrétisé malgré le plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès du ministère.

Caractère abordable

Le dépistage (hormis le cas des voyageurs) et les soins reçus par les patients infectés par le SARS-Cov2 ont été déclarés gratuits depuis le début de l'épidémie. Les patients infectés bénéficient également de la gratuité des soins pour les pathologies parallèles et les bilans biologiques associés. Cependant, il faut souligner que les patients en détresse respiratoire, hospitalisés dans l'unité de tri, payent pour les médicaments utilisés pour leur traitement le temps que les résultats du test COVID-19 soient disponibles. Les ordonnances à payer sont souvent délivrées en cascade et le coût peut être particulièrement élevé : *« Nous avons dépensé beaucoup d'argent dans les médicaments. Il y a encore l'ordonnance du matin qui n'est pas encore venue »* (Accompagnante, unité de tri).

La gratuité du scanner pour les patients suspectés de COVID-19 a bénéficié à beaucoup de patients hospitalisés à l'unité de tri. Cependant, il y a des cas où le patient a été orienté vers une clinique privée alors même que le scanner de l'hôpital est opérationnel. Même s'ils ne l'affirment pas de façon explicite, les patients suspectent les soignants à la base de ces tractations de recevoir en retour des dessous de table de la part la clinique.

Pertinence

Au sein de l'EHB, la diversité des profils et des compétences techniques des soignants (endocrinologues, cardiologues, pédiatres), ainsi que la disponibilité des infrastructures adaptées, garantissent une prise en charge

des patients selon leurs besoins (HTA, diabète, etc.).

L'adaptation des doses de traitements a été pratiquée dans la gestion du COVID-19 à l'hôpital particulièrement dans la phase de démarrage des activités de prise en charge. Ces mesures ont souvent été prises à la suite de simples constats empiriques. *« Au début il y'avait un débat parce qu'on allait avec 600mg de chloroquine par jour. Mais on a constaté à 400mg il y'a certains qui étaient guéris mais à 600mg certains sont positifs. Donc ça veut dire que si on dépasse les 400mg ce n'est pas efficace. Donc 400 mg était la dose à respecter »*. La technique de prélèvement a également évolué au fil du temps. Le prélèvement oropharyngé s'est ajouté au prélèvement nasopharyngé qui était la première technique appliquée. Elle est en général considérée comme plus facile d'utilisation et beaucoup moins contraignante. *« Au début on prélevait les sécrétions nasales, nous avons vu que le prélèvement des sécrétions de la gorge est plus viable en termes de résultats. »* (Technicien laboratoire).

La deuxième vague a été marquée par la multiplication des mesures prises localement par le personnel COVID-19 de l'hôpital pour s'adapter à des situations concrètes. Ces mesures sont souvent rentrées en contradiction avec les normes nationales officielles. Elles sont considérées comme correspondant mieux aux besoins des patients. Ainsi, le dépistage à partir de l'imagerie médicale a été vite perçu comme une alternative face au retard de plus en plus croissant des tests PCR qui étaient le moyen de dépistage officiellement pratiqué : *« De toute façon une détresse respiratoire avec des images COVID-19 c'est scientifique ; maintenant si la commission scientifique n'a pas vu l'intérêt de le mettre comme critères d'hospitalisation en tout cas nous on hospitalise d'emblée et on prend en charge. »* (Membre Cellule technique).

L'avantage comparatif du dépistage via l'imagerie médicale est qu'il est plus rapide et qu'il se fait sur place à l'hôpital, permettant ainsi d'éviter les longues procédures administratives. Bien avant le recours à l'imagerie médicale, l'hôpital avait demandé et obtenu la livraison d'un

stock de TDR dont l'utilisation a permis de dépister rapidement les patients et d'anticiper la prise en charge avant la mise à disposition du test PCR. Dans le Tableau 4, nous présentons une synthèse des résultats selon les cinq dimensions du cadre conceptuel.

Dimension	Domaines explorés lors de l'enquête	Résultats	
		Première vague	Deuxième vague
Accessibilité	Restrictions des soins, refus de soins, négligence des patients, qualité du suivi, etc.	Réduction du temps de présence des soignants auprès des patients COVID-19, réduction drastique du nombre de consultations des patients non – COVID-19, réduction de la durée d'hospitalisation des patients diabétiques, refus des patients suspects COVID-19 (non testés et testés négatifs) par urgences de l'hôpital	Manque de place avec afflux de patients,
Acceptabilité	Négligence des soignants, satisfaction ou non des patients, attentes culturelles, Spirituelles, qualité des infrastructures et des équipements	Alimentation (autorisation des plats provenant de la maison), transport des patients (manu militari), hébergement (chambres des hommes/chambres des femmes, chambres de 2 lits/ chambres de 4 lits), longue attente pour bénéficier du prélèvement, inconforts liés aux traitements (chloroquine).	Multiplication des retards de paiement des salaires et primes, paiements informels
Disponibilité	Les offres de soins disponibles, suspendues, manquantes	Augmentation progressive des capacités de prise en charge des patients COVID-19 y compris réanimation, soins psychologiques manquants, suspension des opérations programmées au bloc, panne de l'appareil ECG, service de	Opérationnalisation d'une unité de réanimation autonome, soins psychologiques manquants,

		réanimation en sous-effectif	
Cout abordable	Exemption de paiement, paiement malgré les exemptions	Gratuité des soins COVID-19 y compris les pathologies de comorbidité et les bilans biologiques, certains coûts à charge et paiements informels malgré gratuité	Multiplication des paiements informels, gratuité du dépistage via le scanner au lieu de PCR
Pertinence	Prise en compte des préférences du patient, contexte socio-culturel	Changement des techniques de traitement (adaptation des doses des molécules) et de techniques de prélèvement (technique oropharyngée en plus nasopharyngée)	Multiplication du dépistage par scanner au détriment du PCR, utilisation des TDR

Adapté de Levesque et al. (Int J Equity Health. 2013 Mar 11; 12:18)

Tableau 4 : Récapitulatif des résultats selon les dimensions du cadre conceptuel

DISCUSSION

L'accès aux soins est un phénomène complexe indissociable de la question de la résilience. La résilience des systèmes de santé dépend de leur capacité à se réorganiser pour faire face à un choc et dans le cas d'une pandémie, à maintenir un accès aux soins (17). L'articulation entre les cinq dimensions du cadre conceptuel a permis d'explorer cette complexité, du côté de l'offre, qui va au-delà de l'accessibilité et de la disponibilité des services pour s'intéresser aux dimensions moins techniques comme le coût ou encore l'acceptabilité. Il restera à explorer les cinq autres dimensions du côté de la demande afin de disposer d'une vision globale de l'accès aux soins.

Une étude de l'OMS a montré que l'épidémie de la COVID-19 a entraîné des perturbations sur les services de santé essentiels dans presque tous les pays du monde, et plus encore dans les pays à faible

revenu (18). Dans certains contextes africains, la priorité donnée au COVID-19 a remis en cause la disponibilité des soins dans les services non COVID-19 (19,20), pendant que dans d'autres, aucun impact sur les services n'a été observé (4,21,22). Il s'agit donc de situations très variables en fonction des contextes. Dans notre cas, la disponibilité des services n'a généralement pas fait défaut, à quelques exceptions près comme les opérations chirurgicales ou les soins en santé mentale et palliatifs. Lors des deux vagues de l'épidémie, les soins ont continué dans les différents services de l'hôpital, à des degrés variables. Cela montre que les acteurs qui interviennent à l'hôpital ont pris un minimum de mesures pour que la structure puisse continuer à assurer sa mission de service public. Il est même arrivé que l'offre soit supérieure à la demande de soins quand les patients ont déserté l'hôpital par peur de la contamination. Ce déséquilibre entre l'offre et la demande s'est aussi produit quand les

soignants du site COVID-19 se sont retrouvés en sureffectif à la suite de la diminution drastique du nombre des admissions entre les deux vagues.

Cependant, les données ont montré que la disponibilité des services n'est pas la seule condition pour que les patients accèdent aux soins. L'offre de soins a été souvent disponible dans les unités COVID-19 et les services non COVID-19 mais son accès a été fortement limité par la peur de la maladie et les mesures de protection associées. La gestion de l'épidémie de la COVID-19 est apparue avant tout comme une gestion du risque avec des questions sans réponses, des peurs faisant apparaître l'hôpital dans sa dimension affective, en plus de son déploiement socio-technique (ex. mise en place des ressources humaines, équipements, hospitalisation) (23). Plusieurs situations de restriction des soins reliés aux attitudes et pratiques des soignants ont limité cet accès aux soins. Par exemple, le refus de soins dans certains services, la limitation du nombre de consultations dans d'autres ont constitué les cas de figures les plus répandus. Pour les patients non-COVID-19, la peur d'être diagnostiqués positifs a découragé la recherche de soins à l'hôpital sans qu'aucune solution alternative ne soit appliquée. Ailleurs en Afrique, les téléphones portables ont été utilisés comme moyen de mitigation quand une telle situation s'est produite (24). L'accès aux soins débouche sur les liens entre technique médicale, déontologie spécifique à un corps professionnel et réflexion éthique. L'éthique traduit ici « un mode de régulation fabriquée entre professionnels s'efforçant de s'autocontrôler, grâce à des règles collectivement consenties. » (25). En contexte épidémique, le refus de soins correspond à une attitude collective en vigueur chez le personnel du service des urgences ordinaires de l'hôpital sans

qu'aucune décision officielle n'ait été prise dans ce sens.

Les soignants et les responsables de l'hôpital ont parfois agi contre l'accès aux soins en transgressant les principes éthiques et déontologiques, révélant ainsi les tensions qui peuvent exister entre éthique et politiques de la vie (26). L'évocation de ces contextes vécus vient questionner les comportements sanitaires les plus habituels. En prenant l'exemple sur l'épidémie d'Ebola survenue quelques années plus tôt, la peur de la contagion, qui a influencé les réponses des institutions sanitaires à l'épidémie (27) les a conduits à isoler les malades davantage qu'à les soigner (28).

Certains travaux ont montré à ce sujet que le débordement des urgences, comme cela a été observé pendant la seconde vague au Mali, a des conséquences sur l'ensemble des processus de soins. Par exemple, un grand nombre de patients qui quittent les lieux sans une prise en charge médicale et une durée moyenne de séjours prolongés, augmentant ainsi les coûts hospitaliers, le taux de mortalité et l'insatisfaction des patients (29,30).

Dans notre démarche analytique, nous avons abordé le caractère multidimensionnel de l'accès aux soins, en articulant le point de vue du système de santé ou du prestataire de soins et le point de vue du patient sur les déterminants de l'offre de soins, agissant sur l'accès aux soins (31). Cette double perspective rend l'analyse plus complète en croisant le point de vue des divers acteurs (32).

L'acceptabilité traduit la réalité de l'utilisation des services par les patients et recouvre : (i) une multitude de situations qui interviennent dans la décision de recourir aux soins, (ii) la manière dont est organisée l'offre de services, (iii) l'organisation des services (33). Dans ce travail, nous l'avons souvent reliée à ces

trois domaines. Puisqu'on est dans un contexte hospitalier, nous n'avons pas analysé le premier domaine de « situations » qui interviennent dans la prise de décision mais simplement de situations où les problèmes déontologiques et éthiques se posent (ex. négligence thérapeutique ou refus de soins).

La gratuité totale des soins COVID-19 proclamée par le gouvernement devient une gratuité relative dans les pratiques de l'hôpital à cause des coûts parallèles associés au traitement. Les difficultés de mise en œuvre des politiques d'exemption des paiements en Afrique ont été largement étudiées, notamment au Mali (34,35). Dans le cours de leur mise en œuvre, ces politiques engendrent des dysfonctionnements y compris en favorisant pratiques allant à l'encontre des règles déontologiques et éthiques (34).

L'analyse de la pertinence des soins tient compte de la capacité de produire des résultats attendus par un patient pour optimiser les conditions de prise en charge des patients (36). La collaboration entre divers profils de soignants pour répondre aux besoins de prise en charge des patients COVID-19 vise le même objectif. L'organisation des soins pour les patients COVID-19 avait pour ambition première de s'adapter aux besoins de ces patients. Mais dans le même temps, nous avons remarqué que pendant la première vague, l'affectation des spécialistes (anesthésistes, interniste, infectiologue) au site COVID-19 a négativement impacté la satisfaction des besoins des patients non COVID-19.

CONCLUSION

L'accès aux soins des patients de l'hôpital a été assuré malgré les nombreuses restrictions. Les interventions des soignants

ont été de nature et d'intensité variables selon qu'il s'agisse du site COVID-19 ou non, du service des urgences ordinaires ou du service de médecine interne. Les pratiques des soignants et les affects qui caractérisent les relations de soins ont constitué la trame d'une construction sociale des formes de *cure* et de *care*. Il ne s'agit pas d'une nouvelle situation dans l'étude des relations de soins, mais l'analyse des différents événements qui se sont déroulés à l'hôpital pendant l'épidémie de la COVID-19 permet de tirer deux enseignements. Le premier est qu'en période épidémique, il est important d'assurer la continuité des soins dans les services COVID-19, tout en faisant attention à ne pas créer de vide dans les services non COVID-19. La focalisation sur l'épidémie se fait souvent aux dépens des autres patients. Les répercussions qui en découlent sur le plan sanitaire et tout simplement éthique sont non négligeables. Le deuxième enseignement est que la qualité des réponses face aux patients COVID-19 et non COVID-19 est largement tributaire de la motivation du personnel. Les promesses non tenues ont des effets particulièrement ravageurs. Enfin, il est important de ne pas perdre de vue que l'accès aux soins n'est pas déterminé seulement par la nature du dispositif sanitaire mis en place mais aussi, et surtout, par les multiples contextes qui fabriquent les raisons d'agir des acteurs au quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marron L, Burke S, Kavanagh P. Changes in the utilisation of acute hospital care in Ireland during the first wave of COVID-19 . *European Journal of Public Health*. 2021;31(Supplement_3):ckab164-133.
2. El-Sadr WM, Justman J. Africa in the path of COVID-19-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(3):e11.
3. Hopman J, Allegranzi B, Mehtar S. Managing COVID-19 in low-and middle-income countries. *Jama*. 2020;323(16):1549-50.
4. Abdela SG, Berhanu AB, Ferede LM, van Griensven J. Essential healthcare services in the face of COVID-19 prevention: experiences from a referral hospital in Ethiopia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020;103(3):1198.
5. Lassi ZS, Naseem R, Salam RA, Siddiqui F, Das JK. The impact of the COVID-19 pandemic on immunization campaigns and programs: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(3):988.
6. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping. 2021;
7. Bolarinwa OA, Ahinkorah BO, Seidu AA, Ameyaw EK, Saeed BQ, Hagan JE, et al. Mapping evidence of impacts of COVID-19 outbreak on sexual and reproductive health: a scoping review. In: *Healthcare*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2021. p. 436.
8. Shuka Z, Mebratie A, Alemu G, Rieger M, Bedi AS. Use of healthcare services during the COVID-19 pandemic in urban Ethiopia: evidence from retrospective health facility survey data. *BMJ open*. 2022;12(2):e056745.
9. Assefa N, Sié A, Wang D, Korte ML, Hemler EC, Abdullahi YY, et al. 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*. 2021;105(2):323.
10. Shapira G, Ahmed T, Drouard SHP, Amor Fernandez P, Kandpal E, Nzelu C, et al. Disruptions in maternal and child health service utilization during COVID-19 : analysis from eight sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning* [Internet]. 1 août 2021 [cité 30 mai 2022];36(7):1140-51. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/heapol/czab064>
11. Blanchet K, Alwan A, Antoine C, Cros MJ, Feroz F, Guracha TA, et al. Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic. *BMJ global health*. 2020;5(10):e003675.
12. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open*. 16 mars 2021;11(3):e045343.
13. Ridde V, Gautier L, Dagenais C, Chabrol F, Hou R, Bonnet E, et al. 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*. 2021;19(1):1-10.
14. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013 [cité 12 août 2022];12(1):18. Disponible sur: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

15. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res.* 1983;18(1):49-74.
16. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care.* 1986;2(1):53-63.
17. Barasa EW, Cloete K, Gilson L. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan.* 1 nov 2017;32(suppl_3):iii91-4.
18. WHO. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report. 2020 août.
19. Gichuna S, Hassan R, Sanders T, Campbell R, Mutonyi M, Mwangi P. Access to Healthcare in a time of COVID-19 : Sex Workers in Crisis in Nairobi, Kenya. *Global Public Health.* 2020;15(10):1430-42.
20. Jensen C, McKerrow NH. Child health services during a COVID-19 outbreak in KwaZulu-Natal Province, South Africa. *South African Medical Journal.* 2021;111(2):114-9.
21. Miss JFB, Ouma J, Lubyayi L, Ms LA. Indirect Effects of COVID-19 on Maternal, Neonatal, Child, Sexual and Reproductive Health Services in Kampala, Uganda. 2021;
22. Shikuku DN, Nyaoke IK, Nyaga LN, Ameh CA. Early indirect impact of COVID-19 pandemic on utilisation and outcomes of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health services in Kenya: A cross-sectional study. *African Journal of Reproductive Health.* 2021 ; 25(6):76-87.
23. Bonah, Filliquet. Ouverture. In : *Silence hôpital Regards sur la vie d'un centre hospitalo-universitaire au XXè siècle.* Strasbourg : MESASO;
24. Ahmed SAS, Ajisola M, Azeem K, Bakibinga P, Chen YF, Choudhury NN, et al. Impact of the societal response to COVID-19-19 on access to healthcare for non-COVID-19 health issues in slum communities of Bangladesh, Kenya, Nigeria and Pakistan: results of pre-COVID-19 and COVID-19 lockdown stakeholder engagements. *BMJ global health.* 2020;5(8):e003042.
25. Memmi D. *Faire vivre et laisser mourir : Legouvernement contemporain de la naissance et de la mort.* La découverte ; 2003.
26. Pierru F. Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes. *Revue française d'administration publique [Internet].* 5 nov 2020 [cité 30 mai 2022] ;174(2):301-15. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-301.htm>
27. Hofman. *La politique de la peur.* Médecins Sans Frontières et l'épidémie d'Ebola. Waterloo.
28. Kra KW, Zran A. *L'éthique médicale à l'épreuve de l'urgence sanitaire : une analyse de gestion de « cas suspects » de la Maladie à Virus Ebola dans le contexte pré-épidémique ivoirien.* Paris, France: KARTHALA Editions;
29. Doetzel CM, Rankin JA, Then KL. Nurse Practitioners in the Emergency Department: Barriers and Facilitators for Role Implementation. *Adv Emerg Nurs J.* mars 2016;38(1):43-55.
30. Gill SD, Lane SE, Sheridan M, Ellis E, Smith D, Stella J. Why do « fast track » patients stay more than four hours in the emergency department? An investigation of factors that predict length of stay. *Emerg Med Australas.* oct 2018;30(5):641-7.
31. Levesque JF, Harris MF, Russell G. *Int J Equity Health.* 2013;
32. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Breton M, Sutherland K, Weenink JW, et al. Barriers to accessing primary health care: comparing Australian experiences internationally. *Australian journal of primary health.* 2017;23(3):223-8.

33. Chambaud L. Accès aux soins : éléments de cadrage. Regards [Internet]. 2018 [cité 21 juin 2022];53(1):19-28. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>
34. Touré L. Les politiques d'exemption du paiement des soins au Mali. MISELI;
35. Olivier de Sardan JP, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques. Afrique contemporaine [Internet]. 2012 [cité 21 juin 2022];243(3):11-32. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine1-2012-3-page-11.htm>
36. What do we mean by appropriate health care? Report of a working group prepared for the Director of Research and Development of the NHS Management Executive. Quality in health care : QHC. 1993.



<u>Investigateurs principaux</u>	<u>Responsables pays</u>	<u>Responsables des axes de recherches transversales</u>
Fanny CHABROL (CEPED (IRD)), Annabel DESGREES DU LOU (CEPED (IRD)), Valéry RIDDE (CEPED (IRD))	Mali : Laurence TOURE (MISELI), Sénégal : Khoudia SOW (CRCF), Tchad : Alexandre DUMONT (CEPED (IRD))	Analyses économétriques : Bruno VENTELOU (CNRS/AMSE), Analyses épidémiologiques : Alexandre DUMONT (CEPED (IRD)), Analyse de la gouvernance : Fred EBOKO (CEPED (IRD)) et Mame Penda BA (UGB), Analyse de la résilience : Valéry RIDDE (CEPED (IRD)), Analyses spatiales : Emmanuel BONNET (RESILIANCES (IRD))

Equipe Mali (par ordre alphabétique)

Pauline BOIVIN (MISELI),
Emmanuel BONNET (RESILIANCES (IRD)),
Fanny CHABROL (CEPED (IRD)), Alexandre DUMONT (CEPED (IRD)), Lara GAUTIER (UDEM),
Wendyam Charles Paulin Didier KABORE (CEPED (IRD)), Yamba, KAFANDO (consultant indépendant),
Valéry RIDDE (CEPED (IRD)), Mathieu SEPPEY (UDEM),
Laurence TOURE (MISELI)

Equipe Sénégal (par ordre alphabétique)

« **Work package 1** » (**Démographie, santé publique quantitative et géographie**) : El Hadj BA (VITROME (IRD)), Valérie DELAUNAY (LPED (IRD)), Laurence FLEURY (LPED (IRD)), Richard LALOU (MERIT (IRD)), Cheikh SOKHNA (VITROME (IRD)), Cheikh TINE (MERIT(IRD)), Grâce à Dieu TOULAO (IRD), Mamadou YATOUDEME (IRD))
« **Work package 2** » (**Anthropologie et approches micro-sociales qualitatives**) : Gabrièle LABORDE-BALEN (TRANSVIHMI (IRD)), Mariama DIEDHIOU(CRCF), Fatou DIOP (CRCF), Khady Seck NGOM (CRCF), Bernard TAVERNE (TRANSVIHMI (IRD)), Bintou RASSOUL TOP (CRCF), Khoudia SOW (CRCF), Souleymane SOW (CRCF)
« **Work package 3** » (**Sciences, politiques, gouvernance**) : Mame Penda BA (UGB), Rama Sao DIOP (UGB), Fred EBOKO (CEPED (IRD)), Cheikh Mouhamadou Falilou Mb. FALL (UGB), El Hadji Ibrahima Kady SARR (UGB), Fatou Bintou NIANG (UGB)
« **Work package 4** » (**Économie (macro-économie, micro-économétrie et économie comportementale)**) :
Mohammad ABU ZAINEH (AMSE(IRD)), Sameera AWAWDA (AMSE (IRD)), Emmanuel BONNET (RESILIANCES (IRD)), Marwân-al-Qays BOUSMAH (SESSTIM (IRD)), Sylvie BOYER (SESSTIM (IRD)), Bruno VENTELOU (CNRS / AMSE)

Equipe ISED: Adama Faye, Babacar Kane

Equipe Tchad (par ordre alphabétique)

Malick Ousman AHMAT (BASE), Emmanuel BONNET (RESILIANCES (IRD)),
Fanny CHABROL (CEPED (IRD)), Alexandre DUMONT (CEPED (IRD)), Fred EBOKO (CEPED (IRD)),
Idriss Ali Zakaria GALI GALI (BASE),
Wendyam Charles Paulin Didier KABORE (CEPED (IRD)),
Ramadan KAGONTA (BASE), Dahab MANOUFI (BASE),
Ratnan NGADOUM (Université de N'Djamena),
Valéry RIDDE (CEPED (IRD))

Coordinatrice scientifique : Mounia Baidai (CEPED (IRD))

AMSE (France): Aix-Marseille School of Economics, CEPED (France) : Centre population et développement, CNRS (France): Centre national de la recherche scientifique, CRCF (Sénégal) : Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann, ISED (Sénégal) : Institut de santé et de développement, LPED (France): Laboratoire Population Environnement Développement, SESSTIM (France) : Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale, UDEM (Canada): Université de Montréal, UGB (Sénégal): Université Gaston Berger de Saint Louis