



Centre Population
et Développement

WORKING **PAPER**

50

**La riposte nationale
contre la COVID-19 au Sénégal :
de la formulation à sa mise en œuvre**

Valéry Ridde et Adama Faye

Contact Corresponding Author

Valéry Ridde

valery.ridde@ird.fr

Valéry Ridde est directeur de recherche au Ceped, une unité de recherche commune à l'Université de Paris et à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et labellisée Inserm. 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 santé universelle, le financement des services de santé, l'évaluation des interventions, les politiques de santé publique et la promotion de la santé (<https://orcid.org/0000-0001-9299-8266>).

Adama Faye

adama.faye@ised.sn

Adama Faye est médecin de santé publique à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, au Sénégal. Il a une maîtrise en santé publique à Nancy 1, un master statistique et méthodologie de la recherche biomédicale à Paris 11 et un Ph.D. de l'Université de Montréal. Il enseigne les méthodes de recherche et la statistique à l'UCAD. Il est actuellement Directeur de l'Institut de santé et développement (ISED) (<https://orcid.org/0000-0002-8797-6887>).

Citation recommandée Recommended citation

Ridde V., Faye A., « La riposte nationale contre la COVID-19 au Sénégal : de la formulation à sa mise en œuvre », *Working Paper du Ceped*, n°50, Ceped (UMR 196 Université de Paris, IRD), Paris, Août 2021.

Available at <http://www.ceped.org/wp>, DOI : 10.5281/zenodo.5094678

Ceped Centre Population et Développement

UMR 196 Université de Paris IRD

45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS, France

<http://www.ceped.org/> • contact@ceped.org

Les Working Papers du Ceped constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du Ceped ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture. **Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.**

Ceped Working Papers are **working papers** on current research conducted by Ceped-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals. **Copyrights are held by the authors.**

La riposte nationale contre la COVID-19 au Sénégal : de la formulation à sa mise en œuvre

Valéry Ridde^a et Adama Faye^b

Résumé

Face à l'arrivée de la pandémie de COVID-19, les gouvernements africains ont été contraints de réagir promptement et par anticipation pour protéger leurs populations. Au Sénégal, le plan national de riposte a été planifié avant que le pays ait connu son premier cas officiel de COVID-19, le 2 mars 2020. Alors que le pays subit une troisième vague épidémique depuis fin juin 2021, cette étude en méthodes mixtes, réalisée en mars et avril 2021, vise à comprendre comment la riposte nationale a été formulée et mise en œuvre dans les régions. L'étude montre que si la réaction a été rapide, le contenu (les instruments) de la riposte est resté classique, dominé par les solutions biomédicales et verticales influencées par le passé (lutte contre Ebola) et donnant lieu à des enjeux de pouvoir propres à la gestion de l'urgence. La mise en œuvre de la réponse à la pandémie a été influencée par de nombreux facteurs facilitants et contraignants et elle s'est confrontée à des contextes régionaux divers et spécifiques qui ont façonné son organisation. Le niveau central a également parfois utilisé de processus de réflexivité pour adapter sa riposte. Malgré la vague épidémique sans précédent qui déferle en ce mois de juillet 2021, les mesures drastiques prises en 2020 et étudiées dans ce texte ne sont pas encore revenues. Cohérence et confiance sont de nouveau questionnées par les citoyens qui voient les médias s'inquiéter des conséquences pour le système de santé et la santé des populations.

Mots clés : COVID-19, Sénégal, Riposte, Formulation, Mise en œuvre

Note : Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une évaluation financée par la Banque Mondiale. Elle a été autorisée par le Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Sénégal.

INTRODUCTION

En 2021, des études de séroprévalence du SARS-CoV-2 en Afrique ont commencé à être publiées. Ces dernières illustrent la façon dont le virus SARS-CoV-2 circule sur le continent, avec des résultats variant de 0,4% au Cap Vert en juin 2020 jusqu'à 49% pour les utilisatrices de soins prénataux au Kenya en décembre 2020 (Tessema et Nkengasong 2021), en passant par 16% en octobre 2020 à Kinshasa, en République démocratique du Congo (Nkuba et al. 2021). La circulation du virus s'est poursuivie malgré les mesures gouvernementales rapidement mises en place dans la plupart des pays africains (Van Damme et al. 2020). En Afrique de l'Ouest francophone, nos travaux concernant les débuts de la pandémie n'ont pas identifié de liens directs entre l'évolution des cas de COVID-19 et les mesures

formulées par les États. Mais nous n'avions pas encore analysé leur mise en œuvre sur le terrain (Bonnet et al. 2021). L'évolution de l'épidémie de COVID-19 et les actions publiques ne semblent pas vraiment corrélées, ou il est simplement impossible, en l'état actuel des connaissances et des méthodes, d'en vérifier l'hypothèse dans un contexte d'expérimentation naturelle, pour reprendre les termes de Petticrew et de ses collègues (2005).

Par exemple, la fermeture des frontières ne semble pas avoir eu d'effets flagrants sur la propagation du virus dans neuf pays, dont le Sénégal (Emeto, Alele, et Ilesanmi 2021).

Toujours est-il que la grande majorité des États africains ont très tôt pris la mesure de l'ampleur de la pandémie en observant ce qu'il se passait en

^a Valéry Ridde : IRD, Ceped, Université de Paris, Inserm, France.

^b Adama Faye : Institut de santé et de développement (ISED), Dakar, Sénégal.

Chine et en Europe. C'est notamment le cas du Sénégal qui a vu son premier cas de COVID-19 le 2 mars 2020, mais qui avait organisé des réunions pour planifier sa réponse dès le mois de janvier 2020 (I. Diouf, Bousso, et Sonko 2020; Sokhna et al. 2021). Cependant, les scénarios catastrophiques prédits par certains n'ont pas eu lieu. Des équipes de recherche avaient par exemple annoncé que le continent africain représenterait 22 % de la population mondiale infectée par le SARS-CoV-2 au cours de la première année de la pandémie, avec environ 150 000 décès, dont un peu plus de 2 200 au Sénégal (Cabore et al. 2020). Fin juin 2021, la région africaine de l'OMS rapporte 94 217 décès liés à COVID-19, dont 1 164 au Sénégal (WHO African Region 2021). Certains épidémiologistes ont expliqué le faible développement de l'épidémie par le fait que les populations africaines vivent surtout en milieu rural et soient majoritairement jeunes (Diop et al. 2020). D'autres ont ajouté à ces facteurs l'hypothèse du rôle du climat et de la géographie (Nguimkeu et Tadadjeu 2021). Pourtant, des études au Burkina Faso et en Guinée montrent que la situation reste cliniquement préoccupante dans la région et que le risque de décès des personnes hospitalisées est plus grand pour les hommes, les personnes âgées et les personnes hypertendues (Jaspard et al. 2021). Au Sénégal, les cas de COVID-19 ont plus touché les hommes que les femmes et, au 1er mars 2021, l'âge moyen des décès est de 65 ans (Sarr et al. 2021).

Ainsi, partout dans le monde, de multiples formes de réponses gouvernementales mises en œuvre pour faire face à la pandémie sont apparues. De nombreuses études ont préalablement modélisé leurs effets potentiels, puis la réalité de leur efficacité (Cabore et al. 2020; Lai et al. 2020; Li et al. 2020). D'autres études ont ensuite tenté de mesurer et de comprendre l'acceptabilité sociale de ces mesures dans le monde (Lazarus et al. 2020) et au Sénégal (Ridde et al. 2020). Les recherches en sciences politiques montrent depuis longtemps l'importance de la cohérence des mesures et des choix gouvernementaux pour favoriser leur acceptabilité et leur efficacité (Sandström et al. 2020). Mais comprendre l'efficacité et l'acceptabilité de ces mesures nécessite de comprendre comment elles ont été formulées et mises en œuvre. Ces deux moments, parfois concomitants,

sont des facteurs clés de l'étude des politiques publiques (Sabatier et Weible 2014), comme nous avons pu le montrer pour d'autres politiques de santé en Afrique de l'Ouest (Olivier de Sardan et Ridde 2015; Kadio et al. 2017). Dans le contexte de la lutte contre la pandémie de COVID-19, les travaux internationaux, mais aussi ceux menés en Afrique, ont rapidement montré que, dans l'urgence, l'approche a souvent été de formuler les politiques de manière directive, rapide, avec une rare participation de la société civile et parfois des scientifiques, et sans vouloir rompre avec les solutions du passé (Cairney et Wellstead 2020; Rajan et al. 2020; Cambon et al. 2021; Paul, Brown, et Ridde 2020; Loewenson et al. 2020). C'est ce qui semble s'être déroulé au début de la réponse à la pandémie au Sénégal.

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a suggéré une feuille de route pour la recherche relative à la pandémie et a rappelé combien il était essentiel de comprendre la mise en œuvre des actions publiques ainsi que la perspective des parties prenantes, et non uniquement leurs impacts (WHO et GOLPID-R 2020). Ce type de recherche proposé par l'OMS devrait notamment soutenir la prise de décision des gouvernements en Afrique (Jessani et al. 2020). En effet, l'histoire de l'étude des politiques publiques montre que, depuis des années, les acteurs de premières lignes, c'est-à-dire les agents à l'interface entre les décideurs et les bénéficiaires, sont les véritables faiseurs de politique (Lipsky 2010). Cela a été démontré en Afrique (Erasmus 2014) et plus récemment concernant, notamment, les mesures mises en place contre la pandémie de COVID-19 en Tanzanie (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021; Carlitz, Yamanis, et Mollel 2021). La prise en compte du point de vue de ces acteurs (sur le plan de leur compréhension, mais aussi de leur acceptation (Hill et Hupe 2014), notamment au niveau local, est donc un élément important permettant de comprendre et de planifier la riposte contre la pandémie (Semaan et al. 2020). Pourtant, à l'échelle mondiale, l'analyse de la mise en œuvre des politiques en Afrique reste un champ d'études encore trop souvent négligé (Saetren 2005; Ridde et Olivier de Sardan 2017), tout comme celui de l'analyse des instruments politiques (Philippe Lavigne Delville et Schlimmer 2020; Soriât 2020).

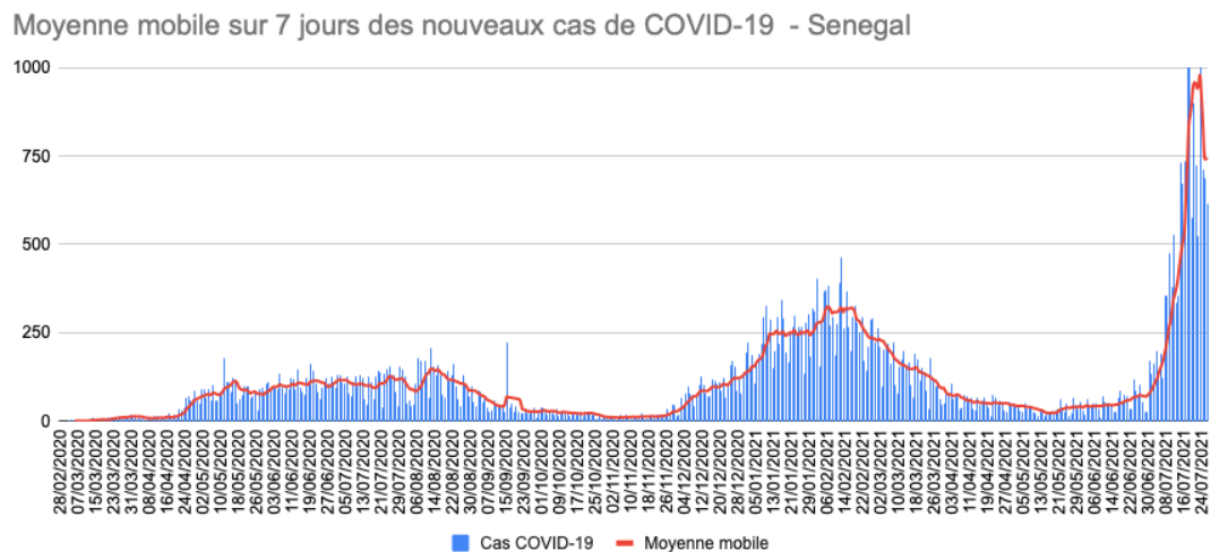
S'attarder à comprendre les processus et les

choix du contenu des politiques et la manière dont elles sont organisées par la suite apparaît essentiel à la construction de l'état des connaissances sur l'action publique en Afrique. Rares sont les études qui se sont penchées sur ces questions dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Sénégal.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de décrire et comprendre la manière dont la riposte nationale contre la pandémie de COVID-19 a été formulée puis mise en œuvre dans le pays.

CONTEXTE

Figure 1 : Évolution du nombre de cas de COVID-19 au Sénégal



Source : <https://www.covid19afrique.com/pays>

L'étude s'est déroulée en mars et avril 2021 au Sénégal. Le pays venait de subir une seconde vague de cas de COVID-19 (Figure 1) qui avait été plus sévère que la première, comme dans beaucoup d'autres pays du continent (Salyer et al. 2021).

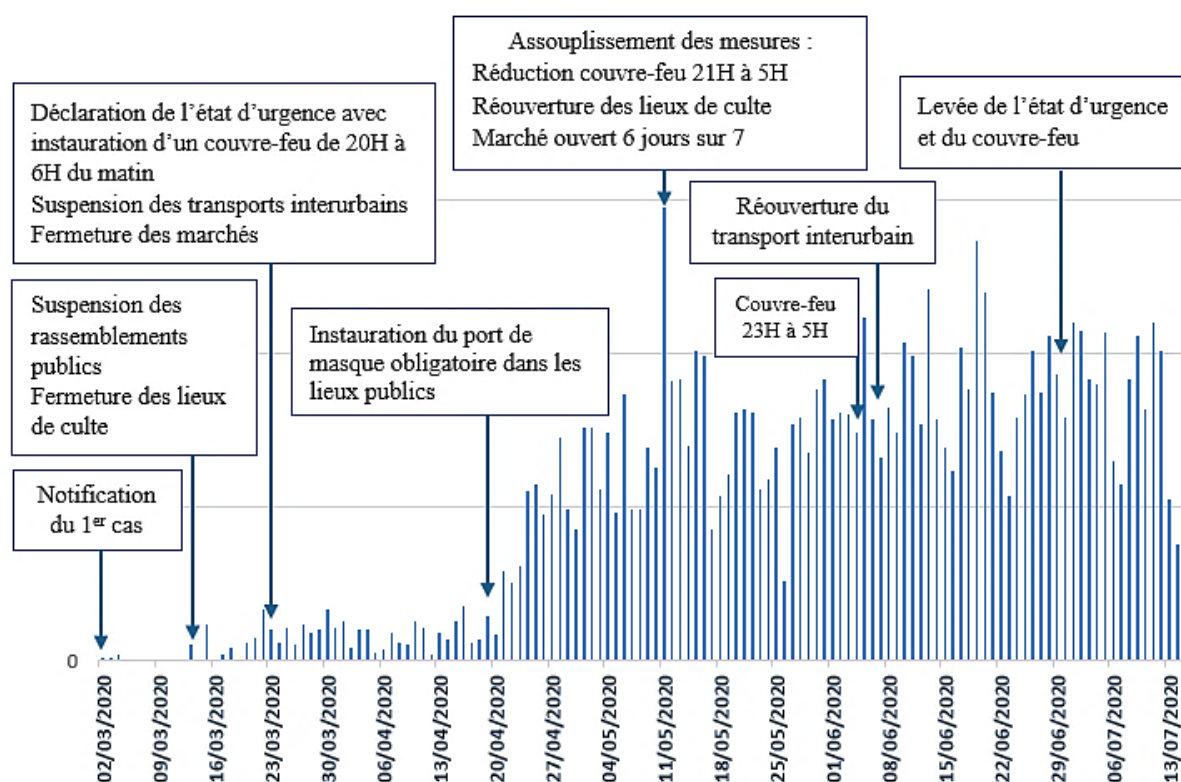
Dans notre étude, la riposte nationale est comprise comme l'ensemble des actions entreprises par le gouvernement pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Il ne s'agit pas d'analyser chacune des mesures individuellement, mais plutôt de comprendre comment l'État a formulé ses plans nationaux de préparation, de riposte et de contingence dans une perspective holistique. C'est

donc l'action publique dans sa globalité qui intéresse cette analyse et non pas chaque mesure prise individuellement. Dans ce texte, ces mesures équivalent au concept d'instruments politiques (Howlett 2011). D'autant que ces mesures ont été organisées de manière « tourbillonnaire », donc non linéaire (Monnier 1992), entre des temps de décision, d'application¹ et de suppression. Nous les représentons dans la figure 2 sans les détailler. Il faut remarquer qu'au Sénégal, comme ailleurs en Afrique, la levée des mesures gouvernementales ne semble pas cohérente avec l'évolution de la pandémie (Salyer et al. 2021; Bonnet et al. 2021).

¹ La question de l'application ne sera pas traitée dans notre analyse. Ainsi, l'analyse de ce que certains appellent

la fidélité d'implantation reste à faire, mais son étude rétrospective est difficile.

Figure 2 : Évolution des principales mesures étatiques de la riposte contre la COVID-19 au Sénégal



Au Sénégal, l'État octroie 4,3 % de son budget général au secteur de la santé en 2018 contre 9 % en 2004². En 2016, le Sénégal disposait de 1 083 médecins et 1 426 infirmiers diplômés d'État contre 1 813 médecins et 1 992 infirmiers en 2019 (MSAS 2021). Le pays dispose actuellement de 14 régions médicales et de 79 districts sanitaires. Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et opérationnel. L'offre de services est assurée au niveau des établissements publics de santé hospitaliers, des centres de santé (hôpital de district), des postes de santé (centre de santé primaire) et des cases de santé (soins communautaires dans quelques villages) pour le secteur public.

Les acteurs de la réponse à la pandémie au Sénégal sont représentés par la figure 3.

Avant l'avènement de la COVID-19, le Sénégal

disposait de structures de riposte face à des catastrophes sanitaires telles que le Comité National de Gestion des Épidémies (CNGE) et ses comités régionaux et locaux, et le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS).

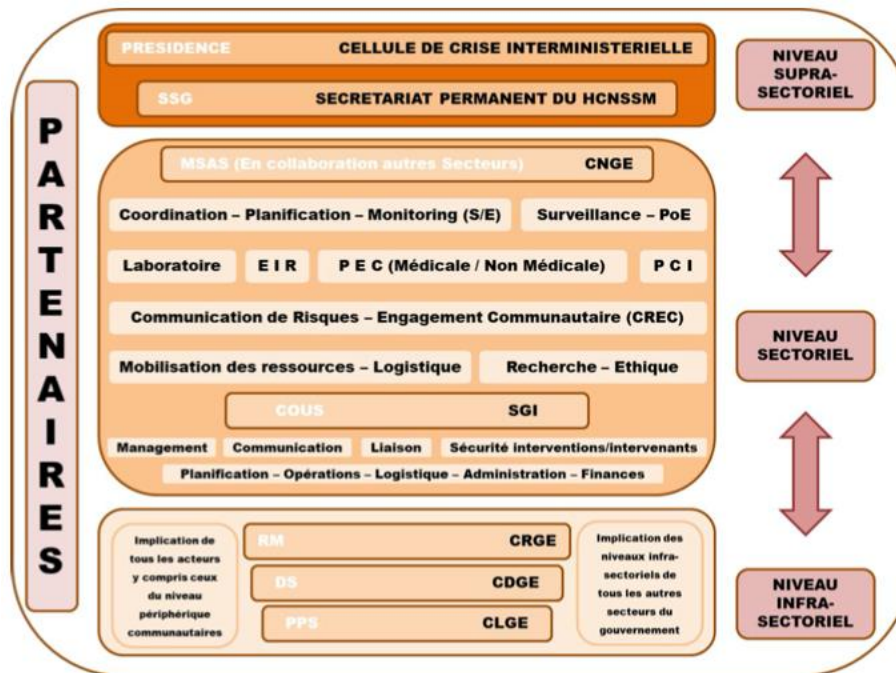
Le CNGE, mis en place en mai 2016, réalise les missions suivantes :

- assurer le suivi de l'évolution des tendances des maladies à potentiel épidémique sous surveillance,
- superviser l'exécution des activités de préparation de prévention et de réponse à toutes les épidémies,
- organiser l'évaluation de la réponse aux épidémies.

En plus d'assurer la coordination stratégique, ces missions lui ont été réitérées dans le plan de préparation de la riposte contre la COVID-19 de février 2020.

² <https://donnees.banquemondiale.org>

Figure 3 : les acteurs de la réponse au Sénégal



Source : CNGE 2020

Le COUS, mis en place en mars 2018, a, lui, connu une nouvelle orientation dans ses missions afin de :

- Coordonner la riposte de tout évènement de santé de portée nationale ou internationale,
- Coordonner l'utilisation des ressources pour la gestion des évènements et des situations d'urgence de santé publique,
- Coordonner l'action des différents acteurs impliqués dans la réponse aux urgences sanitaires,
- Assurer la liaison avec les institutions homologues, mais aussi entre les acteurs de la réponse, en étroite collaboration avec les différents organes du Haut Conseil de la Sécurité Sanitaire Mondiale "One Health",
- Définir les mesures à mettre en œuvre selon les situations d'urgence sanitaire en collaboration avec les parties prenantes,
- Superviser les opérations de terrain,
- Coordonner la réponse du ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) dans le cadre d'une riposte multisectorielle lors de catastrophes ou désastres.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, 6 430 personnels de santé ont été formés à la prévention, au dépistage et aux soins contre le SARS-CoV-2 selon les protocoles approuvés par le MSAS. À l'exception de Thiès et Kolda, les régions ont mis en place des systèmes communs de suivi et d'évaluation à l'appui de l'approche « une seule santé », pour soutenir la préparation et la réponse aux épidémies. Elles ont toutes mis en place un comité local, départemental et régional de gestion des épidémies et un système de gestion de l'incident (SGI). Par ailleurs, 44 % des réunions hebdomadaires prévues par le comité local de gestion de l'épidémie (CLGE) ont été effectuées, contre 69 % au niveau départemental et 63 % au niveau régional.

Le profil épidémiologique du pays est présenté dans le tableau 1. Il montre les variations existantes entre les régions. Cependant, rappelons qu'en 2013, selon le recensement général de la population, 65,2 % des décès n'ont pas été déclarés avec une différence importante entre le milieu urbain (31,7 %) et le milieu rural (85,8 %) (ANSD). Il faut donc être prudent quant à l'utilisation des statistiques relatives aux décès.

Tableau 1 : Profil épidémiologique de la COVID-19 de mars 2020 à mars 2021

	Test réalisés		Cas diagnosti- qués		Ratio	Cas graves		Décès		Décès dans les CTE		Décès à domi- cile		Décès au centre de santé		Cas suivi au CTE		Létalité hos- pitalière (%)
	N	(%)	N	(%)		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Dakar	94971	61,5	22071	62,5	23%	879	47,0	265	23,0	NA	NA	87	29,3	71	39,4	NA	NA	NA
Thiès	17454	11,3	3910	11,1	22%	NA	NA	235	20,4	73	14,8	108	36,3	54	30,0	1066	25,0	6,8
Diourbel	9815	6,3	1894	5,4	19%	200	10,7	149	12,9	125	25,4	12	4,0	12	6,7	636	14,9	19,6
Kaolack	3296	2,1	1521	4,3	46%	208	11,1	125	10,8	111	22,5	14	4,7	NA	NA	237	5,5	46,8
Saint-Louis	5038	3,3	1385	3,9	27%	90	4,8	41	3,5	7	1,4	0	0,0	34	18,9	367	8,6	1,9
Louga	4957	3,2	1090	3,1	22%	155	8,3	89	7,7	29	5,9	14	4,7	9	5,0	151	3,5	19,2
Fatick	5617	3,6	768	2,2	14%	29	1,5	62	5,4	22	4,5	25	8,4	NA	NA	560	13,1	3,9
Ziguinchor	2905	1,9	726	2,1	25%	98	5,2	61	5,3	33	6,7	21	7,1	NA	NA	339	7,9	9,7
Kédougou	2241	1,4	604	1,7	27%	13	0,7	18	1,5	12	2,4	6	2,0	0	0,0	13	0,3	92,3
Matam	1771	1,1	394	1,1	22%	15	0,8	54	4,7	36	7,3	2	0,7	0	0,0	161	3,8	22,4
Tambacounda	1628	1,0	380	1,1	23%	131	7,0	22	1,9	18	3,6	4	1,3	NA	NA	222	5,2	8,1
Kolda	1067	0,7	219	0,6	21%	25	1,3	18	1,6	18	3,6	0	0,0	NA	NA	200	4,7	9,00
Sédhiou	1661	1,1	183	0,5	11%	16	0,8	6	0,5	5	1,0	0	0,0	NA	NA	160	3,7	3,1
Kaffrine	2046	1,3	158	0,4	8%	11	0,6	7	0,6	3	0,6	4	1,3	NA	NA	158	3,7	1,9
Sénégal	154467	100,0	35303	100,0	23%	1870	100,0	1152	100,0	492	100,0	297	100,0	180	100,0	4270	100,0	11,5

MÉTHODES DE RECHERCHE

Notre étude s'inscrit dans une stratégie de recherche en méthodes mixtes où les données qualitatives et quantitatives ont été collectées de manière concomitante et leur intégration est réalisée dans l'analyse thématique des résultats présentés plus bas (Bujold et al. 2018; Greene 2007).

Devis de recherche quantitatif

Les données ont été collectées à trois niveaux : auprès des patients atteints de la COVID-19, dans des centres de santé au niveau des districts sanitaires et dans les 14 régions médicales du Sénégal.

Patients atteints de la COVID-19

L'enquête transversale sur l'évaluation de la satisfaction des patients traités a nécessité une taille d'échantillon d'au moins 384 individus pour avoir des estimations statistiques fiables selon la formule de Schwartz avec un risque alpha de 5% (risque raisonnable que l'on accepte de prendre), une précision de 5 % et une proportion sur la satisfaction estimée à 50 % (hypothèse de précaution maximale). Cette cible a été atteinte à partir des bases de données téléphoniques disponibles dans les Centres de Traitement des Épidémies (CTE) avec une demande d'autorisation d'accès préalable du ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Un questionnaire destiné aux patients a permis de collecter des informations sur leur perception des soins, leur satisfaction quant à la qualité de prise en charge et sur l'accompagnement psychosocial et financier. Ce questionnaire a été adapté à partir de Saphora-MCO version 2009 pour l'évaluation de la satisfaction des patients en médecine, en chirurgie et en obstétrique. Il comprend trois groupes (« Satisfaction du patient hospitalisé QUESTIONNAIRE SAPHORA MODIFIÉ - PDF Téléchargement Gratuit » s. d.; Yameogo et al. 2017; M. Diouf et al. 2010) :

- La qualité des soins avec 11 items ;
- Le confort avec 5 items ;
- L'organisation de la sortie avec 4 items.

Ces outils ont été ensuite enregistrés sur un terminal électronique grâce au logiciel ODK Collect (Open Data Kit ODK) qui a été synchronisé dans notre serveur. Chaque enquêteur avait à sa disposition une base préétablie après l'application des procédures d'entretien, dans laquelle sont

mentionnés les contacts téléphoniques de la cible et le CTE lui étant affilié. L'enquête s'est effectuée à distance via des appels téléphoniques. Les données ont été saisies instantanément et au fur et à mesure sur le terminal électronique. À la fin de l'entretien, les données ont été sauvegardées puis envoyées au niveau du serveur. La supervision a été assurée par une équipe de médecins expérimentés en matière de collecte sur le terrain et de suivi à distance des enquêtes. Des séances de suivi avec les enquêteurs ont été réalisées tous les jours afin de recueillir les remarques, les difficultés et l'état d'avancement des différentes équipes, mais également d'apporter des correctifs sur les données si nécessaires.

Centres de santé (districts sanitaires)

Il s'agissait d'une enquête transversale en ligne via un système informatisé qui a été réalisée auprès des Centres de Santé (CS) du Sénégal afin d'évaluer la continuité des services essentiels de santé dans le contexte de la COVID-19. L'échantillonnage était exhaustif. Au total, les données ont été collectées dans 70 districts sanitaires sur les 79 que compte le pays (88 %). Les données étaient collectées à l'aide d'un outil développé par l'OMS qui permet de mesurer les capacités des services en période de COVID-19. Ce module comporte 9 sections.

Régions médicales

Les données ont été collectées dans les 14 régions du Sénégal. La période d'étude allait de mars 2020 (début de l'épidémie) à mars 2021 (date de cette étude). Les données collectées portaient sur la situation épidémiologique, la riposte d'urgence (à travers la formation, l'équipement et la supervision au niveau des structures sanitaires), l'engagement communautaire et la coordination de la riposte.

Analyse des données

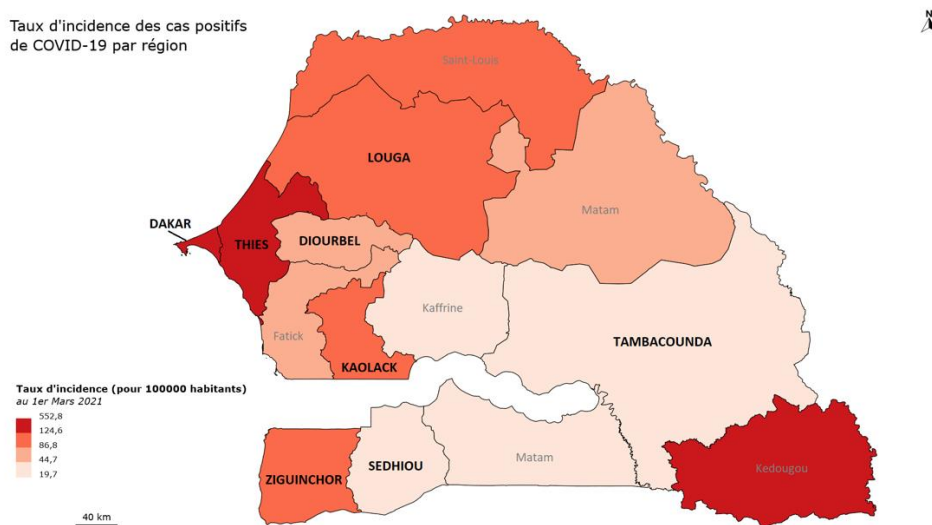
Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des données recueillies. Les variables quantitatives ont été décrites à travers la moyenne, l'écart type et les variables qualitatives par leurs fréquences (absolue et relative).

Devis de recherche qualitatif

Il s'agit d'une recherche qualitative au moyen d'une approche conceptuelle habituelle dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé (Gilson 2012; Ridde, Pérez, et Robert 2020). La stratégie méthodologique est une étude de cas multiples, recommandée pour la recherche dans ce domaine (Yin 2012). Les cas sont huit des 14 régions du Sénégal, soit Dakar et sept autres régions (en gras et majuscules sur la carte, figure 4) ;

étant entendu que le niveau central de la riposte est également pris en compte dans l'étude. Pour des raisons financières et logistiques, il n'a pas été possible de se rendre dans toutes les régions du pays. Aussi, 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 dans le pays de manière à disposer d'une variété de contextes épidémiques entre des régions très touchées et d'autres moins.

Figure 4 : Les régions sélectionnées pour l'étude



Source : <https://www.covid19afrique.com>

Cadres conceptuels

Notre étude s'inscrit dans le champ de l'analyse des politiques publiques et notamment de leur planification (formulation) et mise en œuvre, ces deux moments étant compris comme des sous-processus souvent concomitants plutôt que des étapes linéaires (Sabatier et Weible 2014). Ce rapport aborde donc spécifiquement ces deux moments.

L'analyse de la planification s'inscrit dans des démarches d'historicité des politiques publiques, mais aussi des enjeux de pouvoir (au cœur de l'étude des politiques de santé en Afrique depuis longtemps (Walt 1994) et du rôle de la science dans ce processus (Laborier et Trom 2003; Cairney 2012).

L'analyse de la mise en œuvre s'appuie, dans un premier temps, sur le cadre conceptuel de sa qualité (Meyers, Durlak, et Wandersman 2012). Ce cadre a récemment été utilisé au Nigéria (Eboreime et al. 2019), ce qui montre que son adaptation est possible en l'Afrique de l'Ouest. Au sein des quatre grandes phases de la mise en œuvre d'une intervention, les auteurs de ce cadre conceptuel proposent 14 étapes dont il faut tenir compte pour faire en sorte que la mise en œuvre de la riposte soit de qualité (Meyers, Durlak, et Wandersman 2012). Lors des entretiens auprès des personnes rencontrées pour l'étude, la formulation de chacune des étapes (en autant de questions) a été spécifiquement adaptée à la riposte contre la pandémie de COVID-19 au Sénégal. Dans un second temps, le guide d'entrevue a été organisé de manière à permettre aux

acteurs rencontrés de se positionner dans une perspective réflexive concernant la riposte (Alexander et al. 2020). Les réflexions préalables sur les dimensions de la qualité de la mise en œuvre, sur les facteurs favorables ou contraignants (comme cela est habituel dans l'étude des politiques en Afrique (Seward et al. 2021)), ont permis aux personnes rencontrées de réfléchir aux leçons à tirer de toutes les réponses qu'ils ont partagées aux enquêteurs et chercheurs. Dans le contexte de cette évaluation, une leçon apprise de qualité (LAQ) est définie comme une recommandation découlant d'informations analysées à la lumière d'expériences positives ou négatives (Milton 2010; Patton 2001). L'identification des LAQs découle d'une démarche itérative, en s'appuyant sur les données empiriques relatives à la qualité de la mise en œuvre recueillies et sur la réflexion des acteurs concernant ce qui a bien fonctionné ou moins bien fonctionné dans la mise en œuvre. L'objectif est de donner les moyens aux acteurs de mettre en avant des leçons opérationnelles tirées de leurs expériences dans le contexte de la pandémie COVID-19 afin de mieux répondre à une crise similaire à l'avenir.

Population à l'étude et échantillonnage

La population à l'étude du volet qualitatif est celle des personnes concernées et impliquées dans la mise en œuvre de la riposte, c'est-à-dire le personnel de santé et les responsables des organisations communautaires et des collectivités territoriales. Une liste *a priori* d'acteurs concernés a été constituée afin d'assurer une certaine comparaison entre les régions et une triangulation des données empiriques (Brugha et Varvasovszky 2000). Puis, sur le terrain et dans chacune des régions sélectionnées, nous avons procédé à un échantillonnage qualitatif par la recherche d'une diversité interne (Paillé et Mucchielli 2003) au sein des groupes concernés (formations sanitaires, collectivités territoriales, comités de gestion, etc.) de manière à disposer d'une pluralité de perspectives. La liste de départ a donc évolué en fonction des aléas du terrain, mais en respectant ce principe de diversité interne.

Collecte des données

La collecte des données a été réalisée en mars 2021 dans les régions hors Dakar et en

avril 2021 à Dakar (en tant que région et capitale) par un binôme d'assistants de recherche et sous la supervision des chercheurs. Ces binômes étaient composés de personnes disposant de connaissances sur le système de santé du Sénégal et d'une solide formation en recherche qualitative. Tous les assistants de recherche ont été formés durant une journée. Ils disposaient de 10 jours pour effectuer la collecte de données sur le terrain.

Les données qualitatives reposent sur des entretiens essentiellement individuelles, mais, parfois, des discussions en petits groupes ont été nécessaires pour s'adapter à la disponibilité des personnes. Les chercheurs ont effectué des entretiens à Dakar auprès de responsables du niveau central. L'ensemble des données empiriques ont été collectées selon le principe de saturation empirique avec un souci de triangulation des informations. La majorité des entretiens ont été enregistrés sur un support numérique, quelques personnes n'ayant pas souhaité un enregistrement.

Le tableau 2 présente le nombre d'entretiens effectué selon les catégories d'acteurs pour l'ensemble des régions.

Analyse des données

L'analyse des données empiriques a été réalisée en plusieurs temps selon l'approche analytique des études de cas multiples (Yin 2012). Au cours de la collecte des données, les rapports quotidiens et hebdomadaires des assistants de recherche et les échanges avec les chercheurs ont permis de faire émerger de premières analyses en temps réel pour chaque région. Le rapport préliminaire d'analyse des données de chaque cas par les assistants a donné lieu à des commentaires des chercheurs. Un plan du rapport commun à toutes les équipes devait être respecté afin de soutenir l'analyse par cas et faciliter l'analyse entre cas en s'appuyant sur les dimensions des cadres conceptuels de l'étude (Ritchie et Spenser 1994), tout en tenant compte des dimensions nouvelles et des informations émergentes dans une perspective inductive. Un atelier d'une demi-journée a réuni les chercheurs et les assistants de recherche afin de discuter des résultats de l'étude et des leçons apprises transversales à toutes les régions.

Tableau 2 : Nombre d'entretiens par catégorie d'acteurs

	Kaolack	Diourbel	Louga	Sédhiou	Tamba	Ziguin	Thiès	Dakar	TOTAL
ADMINISTRATION/MINISTÈRE									
Autorités administratives centrales								13	13
Autorités administratives régionales/départementales	4	6	6	4		2	2	4	28
HÔPITAL ET CTE									
Médecins chefs (régional, départemental)	5	6	4	5	3	7	4	7	41
Médecins, dentistes, etc.			6		3		4		13
Infirmiers, sages-femmes, etc	2	6		2	3	4	1	3	21
Personnel de soutien (manœuvres, etc.)	5	1	2	3	4	2	3	6	26
COMMUNAUTÉ									
Experts (universitaires, inspecteurs)					1	1		3	2
Membres d'organisations communautaires/ONGs	5	6	4	10	4	5	4	7	45
Total	21	25	22	24	18	21	18	40	189

C'est sur la base de ces trois processus analytiques qu'une synthèse générale a été réalisée par les chercheurs pour donner lieu à la rédaction d'un rapport préliminaire dans une perspective de généralisation analytique pour comprendre comment les données qualitatives des différents cas fourniraient une séquence logique de situations similaires dans d'autres endroits (Yin 2012). Nous avons tenté d'identifier les régularités dans

les processus. Le rapport préliminaire a été partagé aux principaux décideurs nationaux et a été présenté, en juin 2021, au cours d'un atelier organisé par le ministère de la Santé en présence d'une vingtaine de personnes du niveau central dont plusieurs avaient été rencontrées lors de l'étude. Les discussions ont permis de renforcer la validité du contenu des analyses et de finaliser le rapport.

RÉSULTATS

Nous commencerons par présenter les résultats relatifs à la planification de la riposte avant de développer ceux liés aux défis de sa mise en œuvre dans les régions étudiées.

La planification

La planification de la riposte a donné lieu à plusieurs plans (Tableau 3). Ces plans du secteur de la santé s'inscrivent dans le programme national de résilience économique et sociale lancé par le gouvernement en avril 2020, d'un budget prévisionnel de 1.000 milliards de Francs CFA avec un soutien au secteur de la santé s'élevant à 64,4 milliards, soit 6,44 %. En août 2020, la mobilisation des ressources s'élevait à 610 milliards dont 264 du Fonds monétaire international, 138 de la Banque Mondiale et 98 de la Banque islamique de développement. En janvier 2020, au début de l'épidémie, le pays s'est immédiatement lancé dans la rédaction d'un plan de préparation et de riposte.

Le 2 mars 2021, à l'apparition du premier cas de COVID-19, une nouvelle planification de la réponse (le plan de contingence) a dû être lancée, à hauteur de 20 milliards (document non publié, passé à 64 milliards, non publié également et transcrit en plan de contingence). Mais « à ce moment on ne parlait pas encore de plan de contingence » nous dit un haut responsable. Alors que le premier cas est apparu le 2 mars, le 4 mars « on a démarré la préparation d'un plan... quand il y a eu le premier cas on s'est dit qu'il nous fallait un plan... mais on a découvert que les fonds demandés aux partenaires pour la préparation n'allaient pas du tout suffire ». Le plan de préparation était coordonné par la Direction de la prévention (DP) avec le Conseil national de gestion des épidémies (CNGE). Mais « quand la maladie est arrivée, on a changé de responsable...

comme la riposte est gérée par le COUS, c'est le team leader » se souvient un médecin et donc « c'est là que la DPRS (direction de la planification, de la recherche et des statistiques) a pris la planification sur demande du ministre ». La DPRS devient donc chargée de la coordination de la formulation du plan de contingence alors qu'il est notoire que la DP et le COUS (depuis sa création après Ebola) ne se parlent pas. Ainsi, il y a eu « quelques soucis de coordination entre ces deux entités » se souvient une personne, le passage du relais entre la DP et le COUS n'a pas « bien été toléré, ce qui a créé le blocage », nécessitant ainsi l'entrée en scène de la DPRS. Globalement, on peut noter que les personnes rencontrées lors de notre étude semblent satisfaites du processus, la planification a été « faite dans les délais... et les gens sont venus en Direction », montrant combien ce processus a été considéré comme important au niveau central du MSAS.

La période concernée par le plan national de préparation s'étalait jusqu'en juillet 2020, car « on pensait qu'on avait la possibilité de limiter la propagation comme l'expérience d'Ébola, on avait un très bon système qui a fait que l'on n'avait pas eu de cas, c'est ce que l'histoire a retenu ». Pourtant, un médecin reprend l'exemple du laboratoire national public dont l'absence avait été soulignée lors d'Ébola et qui n'a toujours pas été réglée lors de la pandémie de COVID-19 puisque l'État dépend toujours de laboratoires privés (Institut Pasteur largement puis IRESEFF dans une moindre mesure), « le système est pris en otage, ça c'était sorti du temps d'Ébola et c'est ressorti avec COVID ».

Plusieurs manuels de procédures ont été élaborés. Le premier avec le soutien d'une compagnie privée (*Vital Stratégies*) dans sa première version pour la réponse à la pandémie (et ses procédures opératoires normalisées que le CNGE aurait tardé

à valider : sécurité sanitaire, décès communautaires, milieu carcéral, etc.). Et le second par le COUS sur la prise en charge des cas simples à domicile. En outre, des protocoles ont été rédigés sur les prélèvements, l'auto-isolément des sujets contacts, le transport des patients, etc. (Sarr et al.

2021). En août 2020, une autre entreprise de consultants américaine (*Abt Associates*) a facilité et financé, par la division de la recherche de la DPRS du MSAS, la production d'un guide de capitalisation des expériences.

Tableau 3 : Les plans nationaux de la riposte à la pandémie de COVID-19

	Objectifs spécifiques	Période	Montant (F CFA)
Plan national de préparation et de réponse	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la détection précoce des cas d'infection liée au CODIV-19 ; Assurer l'isolement rapide et la prise en charge des cas suspects et confirmés d'infection liée au CODIV-19 ; Renforcer les mesures de prévention et de contrôle de l'infection dans les structures sanitaires et en communauté ; Intensifier la communication de risque sur l'infection liée au CODIV-19 ainsi que la participation des communautés aux mesures de préparation et de riposte ; Assurer la coordination des interventions de préparation à la riposte à une éventuelle épidémie d'infection liée au CODIV-19. 	Février – Juillet 2020	1 440 584 650
Plan de contingence multisectoriel. Phase 1	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la détection précoce des cas d'infection liés au COVID-19 ; Assurer l'isolement rapide et la prise en charge des cas suspects et confirmés d'infection liée au COVID-19 ; Assurer un accompagnement psycho-social aux patients et personnes affectées le plus tôt possible en tenant compte des besoins spécifiques des personnes à risque (enfants, femmes enceintes, personnes âgées) ; Renforcer les mesures de prévention et de contrôle de l'infection dans les structures sanitaires et la communauté ; Intensifier la communication sur les risques de l'infection liée au COVID-19 et la participation communautaire aux mesures de riposte ; Assurer la coordination des interventions de riposte à l'épidémie de COVID-19. 	Mars – août 2020	96 331 215 444
Plan de contingence multisectoriel. Phase 2	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la surveillance pour la détection précoce des cas de Covid-19 ; Assurer la prise en charge adéquate des cas simples et graves de Covid-19 ; Assurer un accompagnement psycho-social aux patients, aux personnes affectées et groupes vulnérables ; Intensifier la communication sur les risques et l'engagement communautaire ; Assurer la continuité des services de santé et d'action sociale dans un contexte de Covid-19 ; Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions. 	Sep-tembre 2020 – Février 2021	13 679 383 879
Plan d'action face à la 2ème vague de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Non énoncés 	Dé-cembre 2020 – Février 2021	2 891 647 600

Enfin, fin décembre 2020, un atelier a été organisé pour faire le point sur la situation épidémiologique et la riposte afin de mieux l'adapter au contexte de la seconde vague. Cet atelier a donné lieu à la rédaction d'un plan d'action spécifique qui décline et adapte les démarches prévues dans la phase 2 du plan de contingence. Aucun objectif spécifique n'est précisé dans le plan, mais une liste d'activités et de coûts est annoncée ainsi que des indicateurs (d'activités) de suivi. La communication sur les risques et l'engagement communautaire disposent de 9,1 % du budget présenté, tandis que la logistique et la mobilisation des ressources disposent de 46 % du budget (CTE, oxygène, respirateurs, etc.). La seule activité de recherche prévue par ce plan concerne une étude sur la « *perception des communautés sur les mesures sociales de santé publique liées à la Covid19 à Dakar, Tambacounda, Diourbel, Kolda et Matam* » d'un montant de 20 millions. La recherche-action dont nous parlerons plus loin a été financée par l'*Open Society Initiative for West Africa* (OSIWA, 10 millions) et le soutien financier national du MSAS pour ce projet n'est jamais venu (Niang et al. 2020).

Au niveau central, l'organisation de la revue inter action (CNGE 2020) et les acteurs rencontrés ont permis de mettre en avant, au début de la riposte, le manque de coordination, d'approche intersectorielle ainsi que la verticalisation des processus. En effet, dans l'élaboration des plans « *la limite c'est la participation des autres acteurs, la collaboration multisectorielle et la non-participation des autres acteurs One Health* » nous dit une personne. La raison est peut-être à trouver dans le fait que cela a été « *élaboré dans l'urgence* », en effet « *dans la précipitation nous avons oublié l'approche multisectorielle, cela ne nous a même pas effleuré l'esprit* » dit un responsable. Un autre cadre nous rappelle les défis de l'implication intersectorielle dans le contexte de cette planification où « *le Président nous a demandé un plan dans les 48 heures* ».

« Le premier cas est apparu un mardi ou un mercredi, le jeudi on nous a dit il faut un plan, rapidement. Il y avait même pas de convocation, on a appelé tous les directeurs autour d'une table pour dire que nous devons produire un plan pour le Président de la République qui nous demande un plan en urgence. On a travaillé

vendredi, samedi, dimanche, en interne au ministère. Et c'est vrai que là, vu que ce n'était pas officiel, on était dans une approche ministère de la Santé. On a même traversé, on a passé la nuit au bureau pour pouvoir produire un plan. On a fini la nuit de dimanche à lundi, à 5 heures du matin et à 8 heures on était parti présenter le plan. Puisque c'était une activité interne, l'activité multisectorielle n'a pas été prise en compte. Quand on est parti, le Président a validé le plan et il fallait démarrer la mise en œuvre. On n'a pas planifié avec les secteurs, mais en interne au MSAS. Ensuite ce plan a été partagé pour que les partenaires puissent se déterminer ».

Lors de ces jours/nuits de planification du plan de contingence, chaque service était chargé d'élaborer, sous la forme de travaux de groupes, les activités à mener. Les partenaires classiques (OMS, etc.) de la santé ont soutenu le MSAS dans cette planification dont la base était le plan de préparation qui « *ne répondait pas à toutes les préoccupations, ce qui fait que l'on passe d'un plan de préparation à presque 1 milliard à un plan de 20 milliards* ». Ce sont les « *domaines de l'OMS* » qui ont inspiré l'écriture du plan. Un médecin ayant participé au processus affirme même que « *l'on avait pris les objectifs qui étaient dans le guide de l'OMS, ça a été plaqué* ». C'était du « *copier-coller* » se souvient-il, « *si c'est le guide de l'OMS qui le dit, ah, mettons-le* ».

La recherche n'a pas vraiment influencé les réflexions, mais « *chacun a mené sa science* », c'est-à-dire est venu avec ses propres connaissances tacites antérieures ou ses propres recherches individuelles (notamment les guides de l'OMS) relatives à son domaine d'expertise. Une analyse préliminaire, partagée par la Banque mondiale sur la riposte dans les autres pays qui faisaient face à la pandémie avant le Sénégal, aurait été partagée. Il faut aussi noter que le Conseil Scientifique créé pour soutenir les décisions n'a jamais été réuni, semble-t-il pour son rôle trop similaire au CNGE. De même, la place des organisations communautaires et de l'approche communautaire semble avoir été oubliée. En effet, la cellule de santé communautaire du MSAS n'a pas été invitée dans les processus de planification, pas plus que les universitaires spécialistes de ces questions « *je suis venu leur dire... mais je*

n'ai pas été associé à cela, malgré cette démarche » nous dit un de ces académiques.

Ainsi, il y avait *« beaucoup de composantes importantes dans la rédaction d'un plan de contingence qui étaient absentes »* nous dit un médecin longtemps impliqué dans le CNGE. Il nomme par exemple l'absence du COUS, la DP ou la DGS (qui dirige le CNGE) dans le processus de planification. Ces absences semblent moins s'expliquer par l'oubli de leur invitation à participer que par leur refus d'y participer pour des raisons de conflits de pouvoirs et de personnes. Mais finalement, contrairement à la DP, le COUS a été représenté lors de ces réunions jusqu'à la *« fin de la rédaction du plan de contingence »*.

Dans la planification, chaque service a parfois abusé de demandes et d'expressions d'activités au-delà de leurs besoins, ce qui a donné lieu à de *« longues discussions »*, par exemple entre les directions des hôpitaux et la direction générale des hôpitaux *« comme il y avait des fonds en vue, dès qu'on l'a dit, chacun est venu à amener ses vœux »* nous explique un médecin, un autre évoquant clairement le *« partage du gâteau »*. Chacun est venu avec *« ses problèmes »*, avec ses besoins en oxygène, en salle de réanimation, un scanner dans chapitre hôpital de niveau trois, des respirateurs pour un service de maladies infectieuses sans réanimateurs pour s'en servir, des centaines de respirateurs (*« on va les mettre où »* puisque les ressources humaines pour intuber les patients sont rares), etc. En effet, *« on s'attendait à de l'argent, on avait cru vraiment que la COVID se serait l'aide internationale, on allait éponger ces fonds...les gens étaient vraiment dans une optique de développement »* se souvient une personne ayant participé à la planification.

En outre, il faut noter *« l'absence des régions médicales lors de cette planification »* centrale, en dehors de la région de Dakar, c'est pourquoi, nous dit une autre personne *« l'appropriation n'était pas très... truc... au niveau des régions... elles ne se sentaient pas très impliquées, le plan était trop centralisé »*. Ce n'est que le samedi que les acteurs se sont rendu compte qu'ils auraient dû inviter les médecins-chefs des 14 régions, et non uniquement celui de Dakar, afin qu'ils puissent *« évaluer leurs besoins »*.

En compensation, chaque médecin-chef de région (MCR) a reçu un appel téléphonique pour qu'ils puissent envoyer leurs *« esquisses de plan »* nous dit une personne présente lors de ces débats. Ensuite, le plan d'un texte leur a été soumis pour que les MCR puissent envoyer leurs besoins, en suivant ce canevas, durant cette fin de semaine de planification. Ainsi, ils ont pu envoyer leurs propositions et *« leurs préoccupations ont été prises en compte même si c'était à la va-vite »* dit un médecin du ministère. Il se souvient même que la dernière région qui a envoyé son plan l'a fait à 4 heures du matin, la nuit du dimanche à lundi.

En parallèle, il a été demandé de rédiger un autre plan, un plan d'investissement. Un premier plan de relance des services d'urgences, présenté à hauteur 3 000 milliards, aurait été *« trop balaise »* et donc jamais diffusé. Cela a en effet été difficile de *« redresser la barre »* face à l'inflation du budget se souvient une personne impliquée. Puis un autre plan s'alignant sur la temporalité du Plan Sénégal Émergent (PSE) en 2035 a été formulé, mais lui aussi était *« beaucoup trop lourd, on s'est dit qu'il fallait prioriser »*. Un dernier plan d'investissement a donc été rédigé en s'alignant sur le plan d'investissement santé (PIS) dont la temporalité est sur cinq ans, 2020-2024. Une version de ce dernier plan propose un budget de 1 378 milliards, mais la version publique et partagée annonce un budget de 574 milliards F CFA, dont 64 % pour les infrastructures (MSAS 2020).

Les acteurs évoquent les défis de coordination entre les services du ministère au niveau central concernant les achats des équipements, par exemple pour les EPI au début de la pandémie : *« le COUS avait commandé ses EPI, la PNA avait ses EPI, on se savait plus qu'elle était la source... alors que normalement c'était la PNA qui devait commander... donc cela a créé des doublons dans les dépenses »*, dit un médecin, et des conflits qui ont créé un *« clash »* entre PNA et COUS. Ce qui s'est passé pour les EPI semble aussi s'être passé pour *« les véhicules entre le SNH qui a reçu deux dotations à la fois »*.

Mais ces soucis ne concernent évidemment pas uniquement les équipements et les commandes. Des enjeux importants de leadership entre les services se sont révélés, sans qu'ils ne soient nouveaux. Une personne prend les exemples des quatre acteurs essentiels de la lutte contre les épidémies (sans compter l'Institut Pasteur qui a une

relation « *directe avec la Présidence* ») que sont le COUS, la DP, la PNA et le SAMU. Entre ces services, les querelles ont été importantes (« *le SAMU et le COUS, catastrophe, ils ne se parlent pas* »), notamment depuis la création du COUS (qui n'est activé qu'en période de crise, donc à partir du 2 mars 2020 pour la COVID-19), qui a récupéré de nombreuses prérogatives précédemment sous la responsabilité de la DP (par exemple : la surveillance en période de crise ou encore la gestion des ripostes dans les épidémies internationales). Ces controverses ont concerné la gestion des achats et des équipements, l'intégration des activités, mais aussi le système d'information et de gestion des données : « *le COUS fait son système d'information avec les médecins dans les CTE... la DP au niveau des districts gère avec les MCD, deux systèmes d'informations parallèles qui se retrouvent au niveau central pour être fusionnés d'une certaine manière* ». Comment expliquer ces conflits et ses défis ? « *D'abord, il y a des problèmes de personnes, que tout le monde sait.. pré-existants à COVID... ils étaient chacun dans leurs coins avec une distance physique maintenant COVID les a rapprochés...du coup ça a explosé...ils avaient plus le choix de travailler ensemble et cela a créé un boom* » nous dit un médecin. Mais, au-delà de cela, il subsiste un problème d'organisation et de management, car « *une chefferie doit être organisée* ». Or, dans le contexte organisationnel, la situation faisait en sorte que « *chacun flotte* ». Les hautes autorités du Ministère ne semblent pas avoir voulu trancher pour rendre plus fluides et

organisés les processus de coordination entre les services en contexte épidémique. Un cadre du ministère est assez clair dans son analyse : « *Ce qui n'a pas bien marché, c'est dans le cadre de la coordination, les liens fonctionnels entre le CNGE, le COUS et le Cabinet dans la prise de décision. Nous avons vu des décisions qui étaient prises, sans que ce lien hiérarchique ne soit respecté. Par exemple, quand il y a eu les premiers cas, le Cabinet avait l'information alors que ceux qui étaient au niveau opérationnel et district, qui traitaient les malades n'avaient pas encore l'information.* »

Des questions politiques, mais aussi le désir de certains « *techniciens carriéristes* » de ne pas vouloir faire trop de vagues expliquent certainement les défis liés à la prise de décision. Ainsi, « *au Sénégal, la gestion de cette épidémie a plus montré des problèmes individuels, des problèmes relationnels que des problèmes techniques* », soutient un médecin, problèmes techniques qui pourtant, nous le verrons plus bas, ont bien été présents.

La mise en œuvre

L'analyse de la mise en œuvre de la riposte a permis d'identifier de nombreux facteurs favorables de son organisation, mais aussi plusieurs facteurs contraignants (Tableau 4). L'analyse montre qu'il existe peu de différences dans les facteurs de mise en œuvre selon les régions, mais, lorsque cela a été le cas, nous l'avons précisé de manière spécifique.

Tableau 4 : Exemples de facteurs favorables et contraignants de la riposte

FACTEURS FAVORABLES	FACTEURS CONTRAIGNANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Bonne préparation • Capacité d'anticipation et d'adaptation • Réactivité des acteurs • Engagement des autorités et des communautaires (civil et religieux) • Stratégies de communication • Renforcement des capacités des acteurs locaux • Mobilisation et motivation du personnel de santé • Prise en charge à domicile et suivi des cas contacts 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche coercitive • Incertitude, stigmatisation, déni de la maladie • Carences en matériel et personnel de certaines structures médicales • Problèmes de financement (retard, insuffisance, distribution) • Contextes géographiques particuliers (isolement, frontières) • Défis de coordination entre acteurs sociaux et bailleurs de fonds • Centralisation de la riposte et retards dans la décentralisation • Coordination et inter-sectorialisation

Les facteurs favorables

L'un des facteurs les plus mis en avant par les répondants est la préparation en amont de l'arrivée des cas et donc les capacités d'anticipation des acteurs. Comme au niveau national, où des réunions ont été organisées bien avant l'arrivée du premier cas (Bonnet et al. 2021; I. Diouf, Bouso, et Sonko 2020), les acteurs aux niveaux régional et local ont aussi anticipé, comme le dit ce responsable adjoint d'un CTE.

« Et très tôt la région s'est vue doter d'un comité régional dirigé, par le gouverneur et très tôt il y a eu des cellules techniques qui sont nées autour de ce comité. Et les spécialistes de la région se sont rencontrés parce qu'il y a eu une alerte forte, forte suspicion dite du premier cas. Ce qui nous a mis en alerte, à nous regrouper et à prendre des dispositions très tôt c'était à l'hôpital régional ».

Un médecin d'une autre région avance : *« Dès que la COVID a été déclarée en Chine, nous ne sommes pas restés les bras croisés. Sur instruction du MSAS, nous avons commencé à nous préparer ».* Quasiment partout, les acteurs racontent que des réunions ont été organisées, des comités (re)mis en place, avec, la plupart du temps, une grande pluralité d'acteurs autour de la table. Dans une région, on met en avant l'importance d'avoir créé un comité départemental très inclusif des acteurs locaux et de la communauté, comme les jeunes des quartiers. Un maire d'une commune de Dakar nous explique que des réunions de concertation étaient organisées chaque week-end.

Il a fallu souvent faire preuve d'innovation et de débrouillardise pour adapter les équipements, les personnels ou les infrastructures qui n'étaient pas toujours disponibles ou prêts à accueillir les premières victimes de la pandémie (voir les facteurs contraignants). Ici, c'est un bâtiment neuf qui avait été abandonné à cause d'un problème d'étanchéité qui a été réhabilité en urgence ; là c'est la transformation d'un centre de santé en CTE, ailleurs un CTE a été préparé et ouvert en un week-end, ailleurs encore un large hôpital qui n'était pas encore vraiment ouvert qui s'est transformé comme l'un des plus grands CTE du pays, ailleurs encore c'est un chef de service qui décide, sans en informer le directeur de son hôpital, d'envoyer son personnel de santé en renfort ailleurs. Cette adaptation s'explique aussi par l'incertitude autour

de la maladie (*« la COVID au début tout le monde savait tout, mais personne ne savait rien »* se souvient un médecin) et des modes de transmission du virus, cela faisant en sorte que les débuts de prise en charge étaient uniquement hospitalo-centrés tant les précautions et les moyens ne pouvaient être mobilisés que dans ce type de structures spécialisées. Cela explique en partie l'absence de recours à la décentralisation de la prise en charge au début de la pandémie (voir *supra*).

Cette préparation n'était bien sûr pas toujours parfaite, comme le révèle un MCD *« quand même au tout début on n'était pas préparé pour ça »*, et il a souvent été nécessaire de faire des adaptations.

Rapidement, les régions se sont organisées pour disposer d'un système de gestion des problèmes (*incidence management system*) et de comités régionaux de gestion des épidémies.

L'expérience passée a parfois été mise à profit, comme dans cette région du Sénégal où certains médecins avaient eu une expérience de lutte contre la maladie à virus Ébola en Guinée ou en République démocratique du Congo. Cette expérience semble aussi avoir été influente pour certaines autorités de gestion de l'épidémie au niveau national (Sow 2020) et pour les acteurs communautaires (Carillon et al. 2021). Un responsable région de CTE nous explique donc :

« Moi j'ai eu la chance... quand je suis arrivé ici quelques années après il y a eu l'épidémie à virus Ébola et au cours de cette épidémie à Ébola nous avons été impliqués dans la gestion. Et donc nous nous sommes basés sur cette expérience, la gestion de l'épidémie à virus Ébola pour réactiver et redynamiser très rapidement le dispositif qui a été mis en place ».

Cependant, dans des régions éloignées, certains ont déploré le fait que des professionnels formés à la prise en charge d'Ébola n'aient pas été maintenus en poste dans les structures hospitalières. Dans une région, un médecin évoque le fait de disposer encore de matériel utilisé pour lutter contre Ébola, facilitant ainsi l'anticipation et la capacité d'adaptation des acteurs pour lutter contre la pandémie de COVID-19.

« Dès l'instant que le COVID est apparu dans certains pays, heureusement que nous avions dans le district le matériel qu'on utilisait pour Ébola, parce que Ébola est apparu en 2014. Y'avait un matériel qui était là, qu'on n'avait

pas utilisé. C'est ce matériel qu'on a sorti »

Au niveau central, plusieurs évoquent l'engagement des hautes autorités, comme le Ministre de la santé qui participait à une réunion hebdomadaire pour suivre l'avancée du projet Banque mondiale COVID-19, « *tous les jeudis au début de la réponse* ». Cela a « *permis de lever beaucoup de goulots* ». Lors d'un entretien pour notre étude, un Maire d'une commune de Dakar avance avoir dépensé un budget de 100 millions en aide alimentaire au début de la pandémie. Dans certaines régions, ce sont les autorités régionales ou les collectivités locales qui se sont mobilisées de manière importante, comme cette Mairie qui a mobilisé 500 000 F CFA pour soutenir « *le renforcement de la capacité des acteurs communautaires* » nous dit un responsable municipal. D'ailleurs, les autorités municipales avec l'aide du préfet ont même organisé des cuisines pour les Daara (*wagnou daaras*) afin d'éviter que les talibés n'aient à sortir pour mendier. Ces soutiens locaux ont parfois pallié les défis d'approvisionnement rencontrés au niveau central :

« Le Ministère de la santé avait doté 3 EPI à chaque centre de santé, mais avons remis 20 à chacun de ces centres grâce à l'appui des bonnes volontés ».

Lorsque l'on évoque cette question avec plusieurs responsables du niveau central, ils évoquent très souvent la présidentialisation de la réponse à la pandémie. À plusieurs reprises, le Président de la République se serait clairement engagé, y compris dans des processus de micro-management, pour défendre la place d'un médecin en particulier dans les organes de coordination ou pour donner l'autorisation à un laboratoire privé de réaliser des tests. Il se trouve même que « *le premier cas a été diagnostiqué le jour où il y avait le premier Conseil présidentiel* » se souvient un médecin. Le rôle du Président semble avoir été important pour les personnes du niveau central, comme cette experte nous dit.

« Nous, dans la gestion COVID, nous avons lancé ce qu'on appelle le Haut Conseil, mais le Président a pris le relais en mettant en place ce qu'on appelle le Comité interministériel. C'est lui qui présidait les choses. Il était tellement conscient que c'est grave qu'il a pris (l'initiative) de gérer ces réunions de crise ».

D'autres parlent de l'intérêt des processus de réflexion sur la mise en œuvre de la riposte et notamment des analyses en cours de route, autrement nommées par l'OMS les revues inter-actions (RIA) dont un guide de 14 pages a été proposé par l'organisation internationale (OMS 2020). La RIA a eu lieu durant cinq jours en septembre 2020, réunissant une centaine de personnes représentant une grande diversité de parties prenantes. Le Sénégal serait le premier pays en Afrique de l'Ouest à avoir organisé une telle RIA. Elle a été cofinancée par le projet de la Banque mondiale à hauteur de 65 millions de F CFA. Les avis semblent affirmer que ce processus de capitalisation a été très utile pour comprendre la mise en œuvre de la riposte durant les six premiers mois, et notamment pour identifier les défis de coordination et d'intersectorialité dont nous parlerons plus bas (CNGE 2020). La RIA a notamment permis de dresser une liste de 15 activités à prioriser dans le cadre de la riposte (Encadré 1) et de mieux comprendre ses forces et faiblesses passées. Il était prévu que cette RIA nationale se nourrisse aussi de RIA régionales pour préciser son contenu, mais cela n'a pas été possible, *a priori*, faute de financement. Certains regrettent peut-être le caractère « *précipité* » de cette RIA nationale, sans réflexions préalables au niveau régional.

Fin décembre 2020, le groupe multisectoriel de coordination opérationnelle de la riposte contre la COVID-19, sous le leadership du COUS et à la demande du CNGE, a organisé un atelier de quatre jours dans un hôtel à la Somone pour réfléchir à l'adaptation des stratégies dans le contexte du début de la seconde vague. Cet atelier a regroupé plus de 50 personnes, dont la cellule communautaire cette fois-ci. L'appel était « *d'élaborer un plan d'action allégé, réaliste et efficace* » annonce le rapport de l'atelier. Il a été essentiel à la production d'un nouveau plan d'action adapté à cette deuxième vague et couvrant, théoriquement, la période allant de décembre 2020 à février 2021. De nombreuses recommandations opérationnelles ont été proposées pour chacun des thèmes relatifs à la riposte. L'analyse de ce rapport montre que les réflexions ont été approfondies, notamment la « *suggestion d'impliquer les acteurs communautaires dans la surveillance et la prise en charge à domicile (PEC) à domicile* ».

Encadré 1 : Les 15 activités à prioriser selon la RIA de 2020 (CNGE 2020)

1. Construire et équiper un service de maladies infectieuses, abritant un CTE aux normes, dans chaque région
2. Mettre aux normes les structures d'accueil des urgences et de réanimation
3. Renforcer le plateau technique dans toutes les régions
4. Mettre en place un mécanisme de suivi pour la mise en œuvre intégrale du plan de contingence multisectoriel
5. Aménager un site d'isolement dans chacun des 20 points d'entrées terrestres officiels, 3 ports secondaires et 2 aéroports secondaires selon les normes du RSI
6. Mettre en place un cadre multisectoriel et pluridisciplinaire de concertation des acteurs CREC
7. Mobiliser les ressources pour le financement complet des plans de contingence des régions
8. Doter les nouveaux laboratoires en équipement de biosécurité pour le diagnostic de la COVID-19 par RT-PCR dans les régions
9. Mettre en place une plateforme collaborative digitale du MSAS
10. Organiser des ateliers de renforcement des capacités des prestataires pour l'anticipation et la PEC des cas graves et formes spécifiques
11. Réaliser une enquête nationale de séroprévalence de la COVID-19
12. Mettre en place un stock de sécurité au niveau central et régional en matériel de protection (EPI, produit désinfectant et kits d'hygiène)
13. Mettre en place tous les équipements nécessaires pour une hygiène hospitalière aux normes (incinérateur, EPI, masques de qualité, etc.)
14. Organiser un atelier de 5 jours pour l'élaboration d'un manuel de procédures sur la CREC (PON/CREC)
15. Réaliser une enquête ciblée sur le portage de la COVID-19 chez les animaux domestiques et la faune sauvage dans les zones de forte transmission communautaire.

Par ailleurs, l'engagement communautaire (civil et religieux) a souvent été décisif à la qualité de la mise en œuvre de la riposte (Carillon et al. 2021). Dans une commune de la ville de Dakar, les délégués de quartier ont été mobilisés pour organiser des réunions d'information. Dans une région rurale, le président d'un réseau d'acteurs communautaires, comme la présidente des Badiagnou Gox, nous explique comment ils se sont mobilisés, même sans disposer de tous les moyens nécessaires. « *Malgré les manques de moyens, nous arrivons à mettre la main dans la pâte, car nous avons réalisé beaucoup d'activités sur le plan communicationnel, en faisant des visites à domicile, des mini caravanes, mais aussi comme nous sommes des personnes influentes, en menant des portes à portes pour expliquer davantage les mesures barrières à respecter* ».

Dans une autre région, où la présence religieuse est très importante, l'engagement des autorités religieuses a été un facteur essentiel de l'acceptabilité sociale des mesures. Cependant, ce n'était pas si évident au début de la pandémie. En effet, la population était relativement sceptique à

l'égard de la présence d'une épidémie, notamment car « *le discours de l'autorité religieuse (qui a valeur d'instruction (Ndigël) à exécuter par toute personne se réclamant de la confrérie mouride) n'était pas suffisamment explicite dans ce sens* » nous disent des anthropologues dans le rapport d'avril 2020 (Niang et al. 2020). En l'occurrence, les autorités religieuses de cette région ont aussi largement soutenu financièrement (200 millions au total (Niang et al. 2020) les familles en quarantaine, facilitant donc la riposte. Mais comme explicité plus bas, l'hypothèse d'un effet inattendu de ces mesures n'est pas écartée, comme le suggère un médecin :

« *Même moi je voulais être confiné, car les familles mises en quarantaine recevaient une enveloppe de 70 000, des sacs de riz, une bouteille d'huile. A un certain moment F CFA d'ailleurs, nous avons eu des problèmes, car beaucoup de personnes se disaient malades* ».

Dans une autre région, les haut-parleurs des mosquées ont été mobilisés pour sensibiliser le public. Un iman avance avoir utilisé ses prêches

pour convaincre les personnes à être plus attentives à la contagion :

« Nous nous sommes basés sur un hadith authentique où le prophète dit « que personne ne sorte ou ne rentre s'il y a une maladie contagieuse dans une localité jusqu'à ce que la maladie soit soignée parce que celui qui entre peut attraper la maladie et celui qui sort peut le transmettre ailleurs ».

Dans cette même région, l'implication communautaire a également été observée du fait du soutien de certains patients, qui, une fois guéris, voulait contribuer à la gestion de la crise. La responsable du service social se souvient :

« Il n'était pas rare qu'un ancien patient COVID décide de prendre en charge la nourriture de tout l'hôpital durant un week-end. Ils nous envoyaient des barquettes. C'est incroyable ».

Les stratégies de communication mises en place ont été très utiles et se sont souvent concrétisées sous forme d'activités de sensibilisation auprès de la population. Dans une région, les acteurs universitaires ont rapidement joué des rôles de médiateurs scientifiques en parlant de la maladie et du virus à la radio. Dès le mois d'avril 2020, une recherche-action a été entreprise, notamment sur les mesures de prévention (Niang et al. 2020). Les ONG et autres associations locales ont ainsi pu s'appuyer sur ces connaissances pour sensibiliser la communauté. Ailleurs, les radios communautaires ont largement été utilisées pour parler de la pandémie et des mesures à prendre. Néanmoins, les journalistes de cette même région ont affirmé que *« l'accès à l'information a été difficile »*. Par exemple, dans une région, on nous explique que la communication au début de la pandémie était centrée sur le besoin de cuire la viande et d'éviter de manger de la viande de brousse. Ailleurs, les acteurs locaux ont décidé d'innover, comme par exemple, selon un inspecteur d'éducation populaire, par la création de pièce de théâtre ciblant des groupes en particulier comme les conducteurs de motos et de calèches, *a priori*, réfractaires aux mesures, dit-on.

Les activités de renforcement des capacités des acteurs locaux ont été importantes et utiles, qu'elles concernent le personnel de santé ou les employés des collectivités locales et des organismes communautaires. Ces dernières se sont surtout concrétisées en sessions de formation sur

les protocoles venant du niveau central (prévention et contrôle de l'infection), avec un mode classique de formation pyramidale du central au local. Ces formations ont parfois bénéficié d'un soutien logistique ou financier de quelques partenaires au développement, comme par exemple cette ONG qui a formé 300 personnes au niveau de la région. D'autres formations, au moins dans deux régions où les institutions académiques sont présentes, ont bénéficié de la présence d'acteurs universitaires spécialistes en sciences de la santé ou sciences sociales. Des étudiants en sociologies se seraient aussi largement mobilisés dans une région. Notre enquête, menée dans 70 des 79 centres de santé du pays, montre que 90 % de ces centres ont vu leur personnel formé dans le cadre de la lutte contre la COVID-19. En revanche, seulement 40 % des centres de la région de Ziguinchor auraient bénéficié de cette formation. Ainsi, en moyenne 84,3 % des centres avancent avoir adopté des directives en matière de prise en charge des infections même si c'est moins le cas dans certaines régions comme Ziguinchor (60 %) ou Fatick (50 %). En outre, en mars 2021, tous les centres de santé annoncent disposer de la capacité de faire des prélèvements d'échantillon en vue de réaliser des tests, mais leurs pratiques restent très variables d'une région à l'autre. À l'échelle nationale, seulement 14,3 % des centres de santé déclarent pouvoir réaliser un test PCR et 30 % un test TDR pour détecter le SARS-CoV-2. Huit régions n'ont aucun centre pouvant effectuer un test PCR, cela démontrant la permanence des défis diagnostiques un an après le début de la pandémie.

En ce qui concerne la gestion des cas et leur prise en charge dans les centres de santé, la situation est, là encore, assez variable selon les régions avec une majorité d'entre elles ne disposant pas de salle spécifique pour la consultation des patients suspectés être infectés par le SARS-CoV-2 et certaines régions, comme Matam et Ziguinchor où la capacité à utiliser un oxymètre de pouls reste faible (Tableau 4). En outre, rares sont les régions qui disposent d'un GenExpert (machine pour effectuer les tests) dans les centres de santé (30 % en moyenne nationale) ou d'un dispositif d'imagerie médicale (30 %).

Tableau 4 : Les centres de santé réalisant de façon permanente chacune des actions suivantes

	Consultation des patients dans une salle distincte dans votre établissement		Vérification des symptômes de la COVID-19		Prendre la mesure de la saturation en O2 à l'aide d'un oxymètre de pouls des patients		Aiguillage du patient vers des soins spécialisés		Réalisation de test de diagnostic ou envoi d'un échantillon à un laboratoire externe pour analyse		Donner des instructions aux patients présentant des symptômes bénins de s'isoler chez eux	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dakar	9	55,6%	9	100,0%	9	100,0%	9	55,6%	9	88,9%	9	88,9%
Thiès	8	0,0%	8	87,5%	8	62,5%	8	25,0%	8	100,0%	8	87,5%
Louga	6	16,7%	6	83,3%	6	100,0%	6	33,3%	6	100,0%	6	83,3%
Diourbel	3	33,3%	3	100,0%	3	66,7%	3	0,0%	3	33,3%	3	66,7%
Fatick	6	50,0%	6	100,0%	6	83,3%	6	0,0%	6	100,0%	6	100,0%
Kaolack	4	25,0%	4	100,0%	4	100,0%	4	50,0%	4	100,0%	4	75,0%
Kaffrine	4	50,0%	4	100,0%	4	50,0%	4	25,0%	4	100,0%	4	100,0%
Tambacounda	7	14,3%	7	100,0%	7	71,4%	7	28,6%	7	85,7%	7	85,7%
Kédougou	3	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	3	0,0%	3	100,0%	3	100,0%
Sédhiou	3	33,3%	3	100,0%	3	66,7%	3	66,7%	3	100,0%	3	100,0%
Kolda	3	0,0%	3	100,0%	3	66,7%	3	33,3%	3	100,0%	3	100,0%
Matam	4	0,0%	4	100,0%	4	25,0%	4	0,0%	4	75,0%	4	50,0%
Ziguinchor	5	0,0%	5	60,0%	5	40,0%	5	60,0%	5	80,0%	5	60,0%
Saint-Louis	5	20,0%	5	100,0%	5	100,0%	5	20,0%	5	100,0%	5	100,0%
Total	70	22,9%	70	94,3%	70	75,7%	70	30,0%	70	91,4%	70	85,7%

Dans une région très touchée, mais ne disposant pas de capacité hôtelière, les acteurs rencontrés pensent que le suivi des cas contacts et la prise en charge à domicile ont été très utiles pour rendre la riposte efficace. Dans une autre région éloignée de Dakar, la prise en charge à domicile a été jugée comme un bon remède aux défis de la quarantaine en CTE et de ses processus de stigmatisation ou de déni. À Touba, une étude confirmait la stigmatisation des familles confinées et des quartiers présentant de nombreux cas (Niang et al. 2020). Cependant, cela peut aussi poser des limites dans la mesure où, comme le dit ce médecin d'un CTE :

« Il nous arrive d'appeler des fois un patient qui est pris en charge à domicile pour prendre des nouvelles et voir s'il respecte les mesures barrières. Mais au téléphone, on sait que ce patient n'a pas respecté les précautions prises par le CTE et cela peut causer une propagation du virus même s'il considère que c'est des cas asymptomatiques et qu'ils ne souffrent de rien ».

Les facteurs contraignants

Malgré la relative bonne préparation des structures dans plusieurs régions, certains professionnels de la santé ont dû faire face à des défis importants, prenant des risques et ne sachant pas forcément comment s'organiser, comme nous l'explique ce médecin.

« On avait mis un dispositif très important au niveau de l'hôpital pour les cas suspects, mais malheureusement le premier jour où j'ai vu le premier malade de COVID, ce dispositif avait des failles, ce qui faisait, j'avais reçu le malade sans dispositif et sans masque vraiment. On m'avait isolé et les gens avaient vraiment peur et moi j'avais décidé de ne pas rentrer chez moi avant que le test ne soit pas positif et j'étais obligé de passer la nuit à l'hôpital, j'avais vraiment peur et les gens ne voulaient même pas me toucher ou parler avec moi parce que j'étais un cas contact. ».

Malgré une préparation adéquate, beaucoup de régions ont été surprises par l'arrivée des premiers cas. Même au niveau national, un acteur au cœur de la planification centrale nous dit : *« on s'est préparé, mais j'ai eu l'impression que l'épidémie nous a surpris »*. Certains ont encore usé du vocabulaire militaire pour se souvenir de cette période,

comme ce MCD *« on s'est dit que l'ennemi vient de nous déclarer la guerre et par conséquent nous devons sortir vainqueur de cette guerre »*. Dans certains hôpitaux, les mesures attendues (distanciation sociale, masques, visites extérieures) n'ont pas été rapidement, ni totalement, mises en place. Les défis de la régulation des accompagnants sont présents presque partout.

Ailleurs, notamment dans les régions du Sud, mais pas seulement (à Dakar, à l'arrivée du premier cas, le CTE ne disposait que de 12 lits), les acteurs déplorent que les structures hospitalières manquent de personnels de santé et d'un plateau technique adéquat, pour la réanimation par exemple. Cette situation est récurrente et connue (justifiant un plan d'investissement réclamé par le Président à son ministre de la santé (MSAS 2020)). À certains endroits, aucun bâtiment ou salle ne pouvait être rapidement mobilisé pour se transformer en CTE. On se souviendra d'une tournée nationale au début de l'épidémie (largement reprise par les médias) mettant au jour, dans certains services éloignés de la capitale, le manque cruel de personnel qualifié et de matériel médical. Un médecin se souvient :

« Lors de supervisions, nous avons notifié qu'il n'y avait pas de réanimation à XX ; à XXX, il n'y avait qu'un seul réanimateur, de nationalité étrangère, et ce dernier officie entre deux hôpitaux. De plus, nous avons remarqué que les sites de réanimation qui s'y trouvent ne répondaient à aucune norme ».

En mars 2021, des recrutements de personnel médical ont été annoncés, notamment pour répondre à ces besoins, mais il semble que cela était prévu bien avant la pandémie, au même titre que le plan d'investissement (MSAS 2020) qui *« était en cours avant »*. Dans un CTE proche de Dakar, les médecins confirment le manque d'oxygène *« les structures de santé n'étaient pas bien équipées pour prendre en charge les cas graves. Il y avait un problème d'oxygénation »* nous dit une infirmière, obligeant les soignants à référer les patients à Dakar durant les trois premiers mois de l'épidémie alors qu'un service de réanimation et un médecin réanimateur étaient présents.

Au moment de notre enquête, un an après le début de la pandémie, la situation des formations sanitaires reste fragile, même si 91,4 % des centres de santé disposent d'un site d'isolement pour les

patients COVID-19. En effet, seulement 41,4 % des centres de santé (29/70) disposent d'un bloc opératoire, 60 % d'oxygène (42/70) et 44,3 % affirment avoir eu des difficultés à fournir certains services le mois précédent l'enquête à cause de ruptures de stock de médicaments. Si la plupart des centres de santé disposent aujourd'hui de mesures spécifiques pour assurer un environnement sécuritaire, cela n'est pas le cas partout (Tableau 5).

Selon de nombreux acteurs, la mise en œuvre de la riposte a été très centralisée à ses débuts, c'était même une « directive » se souvient un responsable. Si la « surveillance [des cas] a été décentralisée », la prise en charge ne l'était pas : « cette réflexion centralisée des choses où même si on avait un cas à Thiès on l'amenait à Dakar dans un centre de surveillance a posé un problème » nous dit un médecin du niveau central. Des CTE ont rapidement été mis en place, mais ils ont vite été « débordés », comme certains centres régionaux de formation (CRF), nous dit un médecin du niveau central. Un autre affirme « qu'on ne s'en sortait plus ». L'industrie hôtelière, faute de touristes, avait proposé son aide à l'État. Cela a permis de créer ce « link » dit ce même médecin, pour « surveiller les cas contacts, on les met dans des hôtels ».

Mais, la propagation de l'épidémie et la centralisation de sa gestion avec le débordement des structures, font dire à ce médecin « on ne peut plus centraliser la riposte... donc on décentralise la surveillance et permet aux régions de piloter leur surveillance, mais on centralise la prise en charge ». L'absence de diversité des structures a aussi été observée tout au long de l'épidémie comme, par exemple, dans les instituts autorisés à réaliser des tests dont l'Institut Pasteur a très longtemps eu le monopole.

La prise en charge a également été décentralisée. Une analyse du MSAS évoque même « le manque de courage des pouvoirs publics dans la prise de décisions au bon moment » (Sarr et al. 2021). L'une des raisons de cette hypercentralisation au début de l'épidémie est « qu'ils ne pensaient pas que cela allait être aussi long » nous dit un médecin, ce que confirmait une analyse du Ministère de l'économie qui affirmait, en avril 2020, que « Hypothèse générale : la pandémie dure trois mois, reprise timide pendant le 3e trimestre de 2020 et retour à la normale au 4e trimestre » (MEPC 2020). Ainsi, le « dispositif national qui existait au niveau central » allait être en

mesure de faire face, car « la gestion des épidémies a toujours été centralisée » précise un cadre du ministère de la santé. Il fallait donc s'inscrire dans la continuité. En effet, le « staff du COUS » est composé d'experts d'Ébola, raconte un expert, ils ont été formés par le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), on fait « des visites au Congo, en Guinée, ils étaient formés sur ce modèle... ils n'ont répliqué que ce qu'ils ont appris ». C'est donc le « modèle Ébola » qui aurait guidé les acteurs au début de la pandémie alors son lot « d'EPI cosmopolites parce que c'est ça qu'ils savaient faire... maintenant avec le temps, les gens ont appris » affirme un médecin du niveau central. Il faut cependant préciser que, contrairement à la riposte Ébola qui était, elle aussi, centralisée, mais appliquée uniquement à certaines localités, la riposte COVID-19 a été appliquée à l'échelle nationale. Certains défis de coordination centrale et de prise de décision sont apparus, comme par exemple le fait que le personnel des CTE soit géré par la DLM alors que la DPES s'occupe de ces aspects matériels, rappelant ainsi la difficile coordination lors de la formulation de la riposte comme nous l'avons vu plus haut.

En outre, certaines régions très éloignées de Dakar ont des carences évidentes en structures médicales, en personnels de santé (voir plus haut), mais aussi en structures hôtelières pour accueillir les cas contacts ou asymptomatiques comme cela devait être la stratégie au début de la pandémie. Un médecin de l'une des régions nous informe :

« Nous étions aussi confrontés à un problème d'hébergement des cas contacts. Il n'y avait que deux hôtels de capacité faible et on n'a pas tous les services, car le personnel n'était pas là à cause de la fermeture des hôtels. C'est avec beaucoup de peine qu'on a réussi à faire fonctionner ces hôtels pour le confinement des cas ».

L'enquête de satisfaction des patients montre que 71,53 % d'entre eux sont globalement satisfaits. Cependant, ce degré varie grandement selon les dimensions concernées et les âges (Tableau 6).

Tableau 5 : Mesures prises pour un environnement sûr dans le contexte de COVID-19

	Contrôle des patients et visiteurs		Système de triage isolant les cas suspects et les cas confirmés de COVID-19		Zones d'isolement COVID-19 clairement identifiées		Système de dépistage et triage des patients		Affichages de consignes sur les pratiques d'hygiène des mains et respiratoires		Postes d'hygiène des mains dans tous les points de soins		Nettoyage et désinfection de l'environnement	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dakar	9	100,0%	9	100,0%	9	100,0%	9	100,0%	9	88,9%	9	88,9%	9	100,0%
Thiès	8	87,5%	8	62,5%	8	75,0%	8	62,5%	8	87,5%	8	62,5%	8	100,0%
Louga	6	83,3%	6	66,7%	6	100,0%	6	83,3%	6	100,0%	6	100,0%	6	66,7%
Diourbel	3	66,7%	3	100,0%	3	100,0%	3	66,7%	3	100,0%	3	100,0%	3	100,0%
Fatick	6	83,3%	6	100,0%	6	83,3%	6	83,3%	6	100,0%	6	83,3%	6	100,0%
Kaolack	4	100,0%	4	100,0%	4	75,0%	4	50,0%	4	100,0%	4	100,0%	4	100,0%
Kaffrine	4	100,0%	4	75,0%	4	50,0%	4	75,0%	4	75,0%	4	75,0%	4	100,0%
Tambacounda	7	57,1%	7	71,4%	7	57,1%	7	57,1%	7	100,0%	7	100,0%	7	100,0%
Kédougou	3	66,7%	3	66,7%	3	66,7%	3	66,7%	3	100,0%	3	66,7%	3	100,0%
Sédhiou	3	66,7%	3	66,7%	3	33,3%	3	100,0%	3	100,0%	3	66,7%	3	100,0%
Kolda	3	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	3	100,0%	3	100,0%	3	100,0%	3	100,0%
Matam	4	100,0%	4	75,0%	4	100,0%	4	75,0%	4	100,0%	4	100,0%	4	100,0%
Ziguinchor	5	100,0%	5	60,0%	5	60,0%	5	100,0%	5	60,0%	5	60,0%	5	100,0%
Saint-Louis	5	100,0%	5	100,0%	5	100,0%	5	100,0%	5	100,0%	5	80,0%	5	100,0%
Total	70	84,1%	70	81,2%	70	79,7%	70	79,7%	70	92,8%	70	84,1%	70	97,1%

Tableau 6 : La qualité des soins selon l'âge et les dimensions

	Jeunes		Adultes		Personnes âgées		Total		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Accueil dans le service de soins	104	77,9%	495	82,4%	79	73,4%	678	80,7%	0,177
Temps d'attente	104	60,6%	495	66,8%	79	64,5%	678	65,6%	0,364
Identification des différentes personnes travaillant dans le service	104	50,0%	495	59,4%	79	67,1%	678	58,8%	0,190
Respect de l'intimité	104	92,3%	495	89,5%	79	81,0%	678	88,9%	0,000
Respect de la confidentialité	104	92,3%	495	87,3%	79	82,3%	678	87,5%	0,000
Information sur le traitement et l'état de santé	104	74,0%	495	78,6%	79	79,7%	678	78,0%	0,588
Amabilité et disponibilité du personnel	104	76,9%	495	79,4%	79	78,5%	678	78,9%	0,424
Délai d'attente aux examens	104	55,8%	495	64,0%	79	74,7%	678	64,0%	0,070
Prise en charge de la douleur	104	18,3%	495	34,1%	79	57,0%	678	34,4%	0,425
Prise en charge des comorbidités	104	9,6%	495	16,6%	79	27,0%	678	18,6%	0,000
Suivi du traitement	104	11,5%	495	25,4%	79	24,6%	678	27,0%	0,000
Satisfaction globale par rapport aux soins	104	64,4%	495	73,1%	79	11,5%	678	71,5%	0,192

Les personnes âgées sont moins satisfaites que les autres pour le respect de l'intimité et de la confidentialité, mais le sont plus pour la prise en charge des comorbidités et du suivi du traitement. Il existe peu de différences liées au genre et au niveau d'instruction des personnes.

Il est également intéressant de comparer la perception de la qualité des soins selon le type de prise en charge au Sénégal, car les patients ont été suivis à domicile, en structures extrahospitalières (hôtels) ou dans les hôpitaux (Tableau 7). On constate que les différences ne sont pas flagrantes entre ces trois formes. En revanche, lorsque l'on s'attarde à la perception du confort du séjour, curieusement, les patients sont plus satisfaits de leur séjour à l'hôpital que dans les structures extrahospitalières (Tableau 8). De même, ils sont plus satisfaits de l'organisation de la sortie par les centres de santé (Tableau 9).

La stratégie de prise en charge a évolué au cours du temps, notamment entre les deux premières vagues. Certaines personnes pensent que cela a rendu la riposte plus difficile, car les adaptations (le passage à la prise en charge à domicile) n'étaient pas faciles à comprendre. Au-delà de la perception des patients que nous venons d'évoquer quantitativement, la prise en charge à domicile est restée souvent controversée. Un acteur du niveau central se souvient que « le Ministre avait dit non, ça, ce n'est pas possible ». Un médecin se demande même si la stratégie de départ n'était pas trop drastique, cela renforçant le déni de la maladie :

« Au tout début, le Sénégal hospitalisait tous ses patients COVID. Vous soyez peu symptomatique ou pas, vous étiez hospitalisé. Ainsi, ce jeune, gros gaillard qui pour une « petite céphalée au gorge » était hospitalisé pour une à deux semaines, posait souvent problème. Ces genres de malades disaient qu'ils avaient d'autres choses à faire que d'être hospitalisés pour une toux ».

Pendant, en mars 2021, 77,1 % des centres de santé (54/70) affirmaient disposer d'une équipe mobile fonctionnelle pour la prise en charge à domicile de la COVID-19.

La présence de ce déni avait été rapportée en avril 2020 dans la région de Touba, ce qui se manifestait par un silence autour de la maladie, la

protection spirituelle de la ville à l'égard de l'épidémie, le soutien de la théorie des complots, la désinformation et la circulation de rumeurs non fondées (Niang et al. 2020). Le déni ne se limitait évidemment pas aux populations rurales et éloignées, tel ce médecin disposant d'un poste de très haut niveau, rencontré à Dakar et nous affirmant « *les gens créent des virus dans les laboratoires, en 24 heures ils peuvent anéantir le monde* ».

Lors de notre enquête, la responsable d'un réseau d'acteurs communautaires ajoute :

« Il y avait une mauvaise communication de la part de l'État depuis le début. C'est ce qui a causé les réticences. Ainsi, il y avait des patients COVID qui dissimulaient leur maladie. Ce qui a favorisé la propagation de la maladie. Cela s'explique par la manière dont les cas confirmés étaient acheminés vers les CTE. C'était atroce. Le personnel de santé portait des combinaisons et tenait les brancards, l'ambulance était garée à côté, les forces de l'ordre étaient présentes. C'était considéré comme une humiliation pour la population. C'est pour cette raison que les gens dissimulaient leur maladie et préféraient rester chez eux avec leur COVID. Il en résulte une stigmatisation ».

Dans plusieurs régions, nombreuses sont les personnes ayant trouvé les interventions menées auprès des communautés, et notamment pour la réalisation des dépistages ou des personnes suspectes (ou dénoncées), disproportionnées et beaucoup trop « musclées ». Dans une région, la responsable d'un service d'hygiène se souvient de la perception de ces interventions dans la communauté :

« Un jour, je déposais un patient guéri du COVID chez lui avec l'ambulance. Quand nous sommes arrivés chez la personne, je l'ai demandé de descendre et il m'a dit qu'il ne sait pas comment il va faire pour entrer sa maison parce qu'il a été stigmatisé et traumatisé par la manière dont on est venu la chercher. Il y avait une ambulance et des gens avaient des combinaisons. En plus, ils l'ont pulvérisé avant de l'embarquer dans une ambulance. Son honneur et sa dignité ont été atteints ».

Tableau 7 : La qualité des soins selon le lieu de prise en charge

	À domicile		Extrahospitalière		Structures hospitalières		Total		P-Value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Accueil dans le service de soins			256	78,5%	303	88,4%	678	80,5%	0,682
Temps d'attente			256	50,0%	303	81,5%	678	65,3%	0,190
Identification des travailleurs			256	39,1%	303	74,3%	678	58,5%	0,155
Respect de l'intimité			256	89,8%	303	90,4%	678	88,5%	0,392
Respect de la confidentialité			256	86,3%	303	88,8%	678	87,0%	0,320
Information sur le traitement et l'état de santé	115	72,2%	256	69,9%	303	87,1%	678	77,6%	0,135
Amabilité et disponibilité du personnel	115	66,9%	256	72,7%	303	89,1%	678	78,6%	0,757
Délai d'attente aux examens	115	59,1%	256	49,6%	303	78,2%	678	63,7%	0,528
Prise en charge de la douleur	115	51,3%	256	12,5%	303	46,5%	678	34,2%	0,088
Prise en charge des comorbidités	115	20,9%	256	8,2%	303	26,7%	678	18,6%	0,004
Suivi du traitement	115	52,2%	256	5,9%	303	58,8%	678	26,8%	0,131
Satisfaction globale par rapport aux soins	115	61,7%	256	61,73%	303	52,6%	678	71,2%	0,859

Tableau 8 : Le confort du séjour selon le lieu de prise en charge

	Extrahospitalière		Structures hospitalières		Total		P-value
	N	%	N	%	N	%	
Confort et propreté de la chambre	256	80,1%	303	79,2%	678	80,8%	0,000
Bruit dans le service	256	84,0%	303	86,5%	678	85,3%	0,000
L'horaire des repas	256	53,9%	303	74,3%	678	68,7%	0,000
Qualité et quantité des repas	256	55,9%	303	73,6%	678	69,8%	0,000
Respect des régimes	256	44,1%	303	59,1%	678	66,6%	0,000
Satisfaction globale	256	65,7%	303	79,6%	678	74,5%	0,000

Tableau 9 : L'organisation de la sortie selon le lieu de prise en charge

	À domicile		Extrahospitalière		Structures hospitalières		Total		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Préparation médico-psychologique à la sortie	115	66,0%	256	60,6%	303	75,6%	678	68,2%	0,000
Préparation à la reprise des activités courantes	115	63,4%	256	62,5%	303	75,5%	678	68,5%	0,000
Informations données sur la continuité des services	115	60,8%	256	51,9%	303	67,3%	678	60,4%	0,000
Les formalités administratives	115	53,0%	256	75,0%	303	79,6%	678	73,3%	0,000

Un maire d'une commune de Dakar nous explique que la mairie a payé des agents de sécurité pour qu'ils restent devant les maisons des individus mis en quarantaine. Dans une région, par exemple, la police ou la gendarmerie ont été mobilisées lorsque des violences verbales (ou physiques) étaient prononcées à l'encontre des forces de l'ordre et/ou du personnel de santé.

Ailleurs, un médecin évoque la « *violence médicale : cueillir les malades sous la contrainte devant tout le monde a été une très mauvaise idée* ». Des militaires ont été mobilisés pour « *accéder aux personnes qui étaient positives* » dans un village. Dans une autre région, un village entier s'est rebellé et a refusé l'intervention auprès des cas contacts. Selon un médecin :

« *On nous a sorti le "diambadon", qui est à niveau supérieur du "Kang-kurang" sur le plan mystique. Ce diambadon a menacé les équipes, qui se sont finalement retirées. On était obligé de les laisser avec leur cas contact* ».

Ainsi, plusieurs acteurs ont remis en cause la pertinence contextuelle des mesures mises en place dans le cadre de la riposte, reprochant à ces dernières de ne pas être suffisamment adaptées au contexte socio-culturel national et local, tel que souligné par un rapport du Ministère (Sarr et al. 2021). Certains ont même reproché le fait de vouloir « *faire comme les Occidentaux, alors que les contextes ne sont pas les mêmes* » en évoquant le couvre-feu et l'arrêt des déplacements interurbains. On se rappellera la critique (plus haut) de la formulation du contenu du plan de riposte qui a eu des difficultés à s'adapter au contexte national en s'appuyant, sans critique, sur le guide de l'OMS (la comparaison entre les moyens et le contexte différent entre la Chine et le Sénégal est utilisé comme exemple par une des personnes rencontrées). Dans un quartier populaire de Dakar, le suivi des personnes pris en charge à domicile a permis de constater les défis de l'isolement dans des maisons où il « *n'avait qu'une toilette pour tout le monde* ». D'autres évoquent le défi lié aux funérailles en déplorant les mesures de sécurité prises et en affirmant, comme ce responsable du service social rencontré, que :

« *Les Sénégalais aiment leurs morts, surtout l'assistance du bain et de la prière mortuaire du défunt par ses proches. Si on se lève d'un bon*

jour pour les interdire cela, il en résulte des difficultés. C'est pour cette raison que des ambulances ont été cassées et bastonnés les agents des services d'hygiène. C'est dû à cela ».

D'autres encore ont évoqué dans une région la réalisation de tests sous contraintes et l'isolement des familles sans accompagnement.

Dans une région, on a interdit aux jeunes taxis conducteurs de motos (Jakarta) de transporter des passagers en ville. Mais, face à la réduction de leur clientèle et de la pandémie, pour survivre, ils se sont transformés en transporteurs illégaux (la nuit) entre les villes, bravant ainsi les mesures et contribuant peut-être à la circulation du virus. Le manque de pertinence de la mesure a ainsi provoqué une stratégie d'adaptation des acteurs sociaux. Les personnes concernées en ont profité pour évoquer le manque d'implication des parties prenantes dans le processus de prise de décisions lié à ces mesures de riposte, comme le dit le Président d'une association de conducteur de motos :

« *A l'avenir je pense que si l'État veut prendre ce genre de mesures, il doit nous impliquer pour que l'on puisse trouver la meilleure solution* ».

L'emploi de la force et de la coercition a parfois été contre-productif (effets pervers), créant ou renforçant la peur et le déni à l'égard de la maladie et provoquant des stratégies de dissimulation de la part de certaines personnes craignant la perception des voisins et de la communauté. Le coordinateur d'un comité d'alerte se souvient :

« *Quand certains membres de la communauté étaient au courant d'un cas positif dans leur quartier, ces gens ne passaient même plus à côté de la maison qui a le cas positif et évitaient même de croiser les membres de l'entourage de ce dernier* ».

Ce déni est souvent reproché aux populations par les soignants, évoquant le fait que :

« *La population nous a beaucoup fatigués à cause du déni au départ, le fait que cette population ne croyait pas réellement à la maladie, il y avait beaucoup d'intoxication et ça je pense que c'est un élément nouveau à prendre en compte dans le cadre des luttes contre les épidémies* ».

Ailleurs, dans un CTE, la responsable du service social se souvient des démarches qu'elle entreprenait pour préparer les patients à leur sortie, évoquant la préparation à la stigmatisation :

« Les assistants sociaux convoquaient les patients guéris du COVID dans leur bureau pour leur faire un briefing de 15 min avant qu'ils sortent de l'hôpital. C'était une séance de préparation à la stigmatisation. Je les disais de faire comme s'ils revenaient de voyage. On les préparait à toutes les éventualités dehors (des bonnes et des mauvaises choses) ».

Bien sûr, cette peur n'était pas uniquement la résultante de ces stratégies musclées, mais aussi du manque de connaissances, notamment au début, de la maladie, du virus et de la pandémie, qui ont eu des impacts sur le fonctionnement des structures, comme nous le verrons plus loin. Ainsi, un MCD adjoint précise que cette peur était parfois partagée entre soignants et soignés :

« Il y avait ce sentiment de peur, il y avait cette peur qui était là aussi, aussi bien du côté de la population, mais également du côté des prestataires de santé parce qu'au tout début, bon il avait tellement de rumeurs, bon comme la maladie était présente au tout début tout le monde avait peur ».

Certains ont noté la mise à l'écart des groupes communautaires ou religieux, surtout au début de la pandémie, et les difficiles relations entre ces groupes et les représentants de l'État. Un universitaire expert de ces approches a tenté de convaincre les responsables du MSAS de l'importance d'impliquer son expertise en sciences sociales pour contrecarrer la vision biomédicale des plans de riposte, en vain :

« Par la suite j'ai reçu le plan d'action. Oh ! Il était, il était très biaisé, il était essentiellement biomédical ! Je leur ai dit vous ne pouvez pas vaincre une épidémie avec un plan comme ça ! Vous pouvez peut-être soigner des malades, prendre en charge quelques cas, mais une épidémie, c'est pas ça. L'épidémie, c'est dans la communauté. L'épidémie, c'est avant que le malade n'arrive à l'hôpital. C'est à ce niveau-là qu'il faut agir, au niveau de la prévention. Donc, là aussi, on ne nous a pas écoutés. Et, euh... nous avons travaillé de manière complètement isolée ».

La communication et l'engagement communautaire ne concernent que 10 % du budget du plan de préparation (Sarr et al. 2021). Dans une région, une *Bajen Gox* (BG : marraine communautaire) nous raconte avoir pris seule l'initiative de rencontrer l'équipe du district pour leur proposer d'agir : « Personne ne nous a impliqués [au début], honnêtement. C'est moi qui ai pris ma propre initiative ». Cependant, ce personnel de santé, à l'instar de cet adjoint au Maire, semble reconnaître que la pandémie a été révélatrice du besoin de mieux considérer ces acteurs communautaires :

« Nous savions que les BG, qui sont aujourd'hui des agents de prévention, de promotion dans le domaine de la santé, devaient être ..., parce qu'elles ont joué un rôle extrêmement important dans le cadre de la sensibilisation, parce qu'elles sont naturellement dans ça, malheureusement... Mais le covid nous a permis de comprendre véritablement le rôle qu'elles jouent. Les gens entendaient comme ça bajenu gox, c'est ... elles-mêmes qui étaient volontairement là, et nous avons compris qu'il fallait désormais compter avec elles ».

Dans une autre région, on nous explique que la Croix-Rouge n'avait pas été impliquée au niveau du CTE et qu'il avait fallu attendre l'arrivée d'un nouveau MCR pour que cela change. Preuve des défis d'aborder cette question au cours des entretiens que nous avons menés, les responsables communautaires ont refusé l'enregistrement et nous leur avons garanti l'anonymat. Il semble que la mise à l'écart de ces groupes au détriment d'une mise en avant des professionnels de la santé dans les activités de sensibilisation ait été néfaste à la riposte, comme l'évoque ce médecin :

« La décision d'envoyer des personnes qui ne maîtrisent pas le contexte était une erreur de communication, car elle a renforcé le sentiment de déni qui était déjà présent chez les populations ».

Dans plusieurs régions, la question de la « motivation », comprise comme motivation financière, a posé problème. Il semble que le plan de contingence du MSAS avait prévu la « motivation du personnel de santé en raison de 50 000 F CFA par mois et par agent » (Sarr et al. 2021). Les jeunes mobilisés pour assurer le contrôle à l'entrée des villes n'ont pas été payés après, provoquant démotivation et arrêt des activités. Le personnel de

santé n'a pas apprécié ne recevoir qu'une prime de 50 000 F alors que ceux dans les CTE recevaient 150 000 F, et cela que durant six mois. Un agent de santé confirme :

« La prise en charge des agents n'était pas équitable parce qu'il y avait une prime COVID qui était destinée aux agents préposés à la prise en charge et à ceux qui étaient dans les centres de traitement alors que ceux qui prenaient plus risque (les médecins de district et les équipes de traitement) n'avaient pas cette prime. Ceux qui sont dans les CTE ont moins de risque, car ils connaissent déjà les résultats des tests sérologiques des malades de COVID. Cela avait créé des frustrations. En plus, l'octroi de primes a été rapidement arrêté (6 mois). ».

Au sein d'un CTE, le personnel n'a pas du tout apprécié le fait que les différentes catégories de personnels ne reçoivent pas les mêmes montants, cela étant justifié par les différents niveaux de responsabilité et d'implication.

« Je pense que qu'il est inacceptable que le personnel, toute catégorie confondue, reçoit la même motivation. C'est incompréhensible. La charge de travail n'est pas la même ».

Sur ces questions financières, il faut rappeler qu'au niveau central « le financement qui était prévu pour le plan de contingence n'a pas été mobilisé... on a

eu beaucoup d'espoir sur la mobilisation des fonds, mais on a vu que cela manquait » nous dit un responsable. Le défi de mobilisation des fonds a aussi été présent lors de la phase 2 du plan de contingence qui, selon une personne « n'aurait pas été réalisée... ni mise en œuvre ». En outre, « si on prend le plan de contingence, l'argent que les gens espéraient recevoir, ils n'ont pas reçu » précise un autre responsable. Dans sa spécialité, cette personne estime qu'entre les besoins exprimés et ce qu'il a pu obtenir, cela correspond à « moins de 10%, donc les gens se sont débrouillés », autrement dit ont fait avec ce qu'ils avaient déjà à leur disposition en faisant preuve d'adaptation « il tire ici, il enlève, il met là-bas ». Sur le plan du financement, une région déplore le fait que l'apport de l'État n'est arrivé qu'un mois après le démarrage des activités de formations, d'information et de planification des commissions en place.

Leçons apprises de la mise en œuvre

L'analyse transversale entre les régions permet de proposer une liste de recommandations opérationnelles tirées des échanges avec les acteurs rencontrés sur la mise en œuvre de la riposte. Cette liste concerne le système de santé (Encadré 2) et les interventions de santé publique (Encadré 3).

Encadré 2 : Recommandations opérationnelles des acteurs concernant le système de santé

- Recruter massivement des ressources humaines qualifiées
- Relever le plateau technique médical, dont l'oxygène pour les soins intensifs
- Construire des CTE dans toutes les régions et les utiliser à d'autres fins hors épidémie
- Former de manière continue des prestataires de soins pour les maintenir dans ces structures
- Assurer la prise en charge psycho-sociale des patients et des soignants
- Rémunérer suffisamment et justement les prestataires
- Assurer l'appui du pouvoir central aux hôpitaux au-delà de la 1ère vague
- Étendre les primes COVID-19 aux équipes d'investigation du district
- Disposer d'une souveraineté nationale médicale (respirateurs artificiels, EPI) et pharmaceutique
- Améliorer la capacité de diagnostic au niveau des régions
- Fluidifier la communication entre l'EPS, les districts et les familles
- Fournir des vêtements aux malades dans les structures de santé
- Protéger les ambulanciers

Encadré 3 : Recommandations opérationnelles des acteurs concernant les interventions de santé publique

- Renforcer l'organisation et la planification avec une bonne coordination sectorielle et intersectorielle
- Renforcer la participation des collectivités territoriales
- Encadrer administrativement les activités (notes, directives) de la Police des frontières et de la Douane
- Bénéficier du dynamisme et de l'influence du leadership communautaire et religieux
- Revaloriser les acteurs communautaires et les rémunérer justement
- Accompagner les jeunes volontaires
- Revoir le mode de financement du plan de contingence pour éviter les doublons
- Donner une place importante à la communication
- Sensibiliser la population pour qu'elle respecte les mesures préventives
- Communiquer davantage avec la population avant de commencer les investigations
- Renforcer la collaboration entre techniciens de santé et journalistes
- Renforcer les appuis à la santé communautaire
- Impliquer les chercheurs en santé publique et en sciences sociales dans la riposte
- Réaliser des évaluations interdisciplinaires et partager les rapports à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

DISCUSSION

Cette étude montre combien la riposte nationale à la pandémie de COVID-19 au Sénégal a été rapide et d'une intensité importante, comme ailleurs en Afrique de l'Ouest (Bonnet et al. 2021), voire parfois d'une coercition forte. Mais en même temps, comme en Tanzanie au début de l'épidémie (Carlitz, Yamanis, et Mollel 2021), elle s'est rapidement diluée dans des contextes nationaux et locaux qui l'ont façonné au grès des enjeux de pouvoir, des défis organisationnels et des perceptions de la maladie par la population. Elle s'est donc rapidement confrontée à des contextes dont on sait toute l'importance dans la production des interventions de santé publique (Craig et al. 2018) et de développement (Olivier de Sardan 2021).

En effet, cette réponse à la pandémie confirme que les enjeux de pouvoirs sont au cœur des actions publiques et des politiques de santé (Walt 1994), notamment dans des contextes d'urgence et de réactions mondiales à des épidémies (Friel et al. 2021). Cela n'a évidemment rien de nouveau, tant la recherche sur les politiques et les systèmes de santé montre depuis longtemps (Walt 1994) combien il est essentiel d'analyser ces réactions aux épidémies au regard de ces questions de pouvoir (Cairney et Wellstead 2020). Ainsi, l'accent mis sur les acteurs et la distribution du pouvoir

dans les politiques publiques, explicité par Lemieux (1995) et d'autres politologues depuis bien longtemps, trouvent ici toute sa pertinence analytique (Harris et al. 2020; Friel et al. 2021). En l'occurrence, on a vu combien le pouvoir politique, mais aussi le pouvoir symbolique de la biomédicalisation de la santé publique toujours à l'œuvre en Afrique (Druetz, Zongo, et Ridde 2015) ont été largement présents dans la gestion de la crise. La politisation de la pandémie, dont nous parlerons plus loin, a été mis en exergue ailleurs en Afrique, comme par exemple au Malawi où on constate une « *popular perception that leaders are politicizing the pandemic* » (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021).

De plus, l'expérience sénégalaise confirme la tendance à l'intervention accrue des ONG et autres cabinets de consultants-conseils en santé depuis longtemps (Lee et Goodman 2002; Walt 1994) et notamment dans la lutte actuelle contre la pandémie de COVID-19 (Sturdy et al. 2021). On se rappellera qu'une société de consultants internationaux comme Dalberg travaille :

« *aux côtés du Dr Bouso³ depuis 2015, et ont soutenu la conception du premier plan stratégique qui a contribué à la création du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) du*

3 Le directeur du COUS au début de la pandémie COVID.

Sénégal financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. Depuis, les équipes de Dalberg ont collaboré avec le Dr Bousso et la Fondation Rockefeller sur le projet de renforcement de capacités des COUS en Afrique de l'Ouest» (Dayoung et Dia 2020).

Le rôle de l'OMS et son pouvoir normatif, parfois sans le temps du discernement et de l'adaptation des propositions, a aussi été mis en exergue dans cette étude. Dans ce contexte de reproduction de l'histoire du passé ou de solution proposée par l'international, l'étude rappelle les défis habituels et largement connus dans la région des processus de planification peu adaptés au contexte nationaux et reproduisant ce qui est proposé par les organisations ou les consultants internationaux (Erikson 2019).

Le rôle des réseaux ou des coalitions d'acteurs, notamment lors de la formulation (Béland et Howlett 2016), comme on l'a vu dans les luttes internes au sein du ministère de la santé pour être le chef de file de la riposte contre la pandémie de COVID-19, a largement été analysé dans les études de l'action publique (De Leeuw 2001; Sabatier et Weible 2014). L'épidémie n'est pas loin de révéler une organisation ministérielle disposant des caractéristiques de la très ancienne anarchie organisée, notamment des préférences incertaines, des objectifs ambigus, d'une participation fluctuante et d'une technologie floue (Cohen, March, et Olsen 1972). Ces caractéristiques sont évidemment au cœur des pandémies (Cairney 2021), notamment pour le SARS-CoV-2 dont on ne sait encore que très peu de choses en 2020 et 2021. De fait, la formulation de la riposte à parfois oscillé entre deux démarches au Sénégal.

D'une part, un processus d'apparence rationnelle (Friedberg 2009) où des acteurs formés essentiellement à l'approche biomédicale raisonnent sur la base de leurs formations et de leurs expériences passées ainsi qu'une organisation apprenante (e.g., Ébola au Sénégal), comme en Tanzanie (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021). Ces acteurs pourraient être compris comme formant une communauté épistémique (un sous-système

du courant des problèmes pour reprendre le concept de Kingdon) dont on sait qu'elle joue souvent un rôle dans l'émergence des politiques (Béland et Howlett 2016; Kingdon 1995). Mais ils pourraient aussi s'inscrire dans un groupe de personnes influençant le choix des solutions (le problème ici étant clair avec la COVID-19). Des chercheurs (Voss et Simons notamment) ont proposé d'explicitier ce processus au moyen du concept de « coalition/groupe pour des instruments spécifiques⁴ » (*instrument constituencies*), dont il faudra vérifier la portée heuristique au Sénégal, en précisant que :

« the members of instrument constituencies were distinct and stayed united because of their common "fidelity" not to a political agenda or problem definition but rather to their advocacy of a particular instrument or a particular combination of instruments as a superior technique of public governance » (Béland et Howlett 2016).

D'autre part, un processus moins rationnel et plus incrémental où le contexte des pays dépendants de l'aide (P. Lavigne Delville et Aghali, A. 2010; Walt 1994), comme cela a été dans le cas pour Ebola (Hubmann 2021), provoque une planification des activités sur la base de ressources attendues mais pas des besoins. Ainsi, on constate une inflation de requêtes, pas toujours pertinentes localement, dans un contexte connu « *The predominant influence of donor-driven development policy design* » (Brinkerhoff et Brinkerhoff 2013).

Mais ces écarts et ce relatif manque de préparation dans un contexte d'organisation ministérielle ne sont pas propres au Sénégal, comme le montrent la France (Or et al. 2021) et sa crise organisationnelle (Bergeron et al. 2020) ou d'autres pays africains (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021). Le Sénégal n'a cependant pas reproduit à l'identique l'histoire de la formulation de la politique de protection sociale du Burkina Faso proche où il a été constaté une situation de « *non design* » faisant en sorte que la politique est simplement composée de la somme des actions en

⁴ À défaut de meilleure traduction pour le moment

cours (Kadio, Dagenais, et Ridde 2018). La réponse à la pandémie au Sénégal a donné lieu à un véritable processus de formulation et de planification guidé par des médecins formés à ces processus depuis longtemps et inspirés par la lutte contre Ébola pour certains. Si les virus sont différents, les personnes rencontrées dans cette étude ont parfois eu le sentiment que les réponses ne l'étaient pas. Les solutions du passé (difficiles à changer) ont donc été beaucoup influencées par celles du présent, confirmant ainsi le concept de « *path dependancy* » des politiques publiques (Bardach 2000) et contrecarrant la critique du modèle de l'anarchie organisée qui ne tiendrait pas suffisamment compte des dimensions historiques (Mucciaroni 2013).

Nous sommes ici proche du débat actuel parmi les politologues de l'autonomie des instruments de politiques publiques (Vesely 2021). Il s'agirait de vérifier dans une recherche subséquente si les choix des actions sélectionnées pour lutter contre la pandémie de COVID-19 par les responsables sénégalais ne s'expliquent pas par leurs « *attitudes not only toward policy problems and policy goals but also toward the means by which these problems are to be solved and goals attained, and that these attitudes toward policy instruments are relatively stable over time and independent of particular policy issues* » (Vesely 2021). Les responsables ont-ils cette permanence de la conception des moyens par lesquels il faut agir pour lutter contre les épidémies ? Une prédisposition cognitive particulière (Hill et Hupe 2014) nourrie par une histoire spécifique, notamment liée à Ébola ? Une analyse politique en Corée suggère que les échecs liés à l'épidémie de MERS ont été pris en compte par le gouvernement dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, avec plus de transparence et d'ouverture (Moon 2020). On se souviendra que « *la sortie indemne du Sénégal de la crise d'Ébola est vécue comme une guérison ou une victoire nationale* » (Moulin 2021). Il ne faut cependant certainement pas surestimer cet apprentissage au regard de l'histoire d'Ébola au Sénégal (Desclaux, Diop, et Doyon 2017) comme en Tanzanie (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021), car, malgré les classements mondiaux dont la validité scientifique est

discutable, les données épidémiologiques ne semblent pas prouver que le pays ait été plus (in)efficace que les autres dans l'évolution naturelle de l'épidémie. Au 20 juin 2021, le « *case fatality ratio* » du Sénégal est de 2,7 %, donc au-dessus de la moyenne des 47 pays africains (2,4 %) et bien au-dessus de celui du Ghana (0,8 %) ou de la Guinée (0,7 %) voisine qui a vécu des défis bien plus grands avec Ébola (Hofman et Au 2017). Cette vision parfois surestimée avait même été diffusée par l'OMS « *Senegal's recent stamping out of Ebola was achieved not only through its rapid infectious disease control work, but also by using a novel SMS-driven platform* » (WHO 2014) » (Erikson 2019).

De plus, comme cela semble plus la norme que l'exception (Kadio, Dagenais, et Ridde 2018), la science n'a pas été d'un grand secours dans la formulation ou la mise en œuvre de la riposte au Sénégal, contrairement à la Corée qui a « *put science over policy* » (Moon 2020). Mais cela ne semble pas avoir été le cas en Afrique du Sud au début de la pandémie « *Over time, as more and more pressure built, a larger and larger schism developed between the administration and the scientists advising it.* » (Harris 2021). Lors de la riposte au Sénégal, la riposte s'est donc largement appuyée sur des savoir-faire et des expériences et assez peu sur l'état des connaissances scientifiques concernant les interventions de lutte contre les épidémies, même si la compréhension de ce nouveau virus a demandé, et demande encore, beaucoup de travail. On peut se demander pourquoi les multiples recherches au Sénégal sur la mobilisation des volontaires de la Croix-Rouge (Desclaux et Sow 2015), le besoin d'humanisation des soins lors des épidémies (Desclaux et Sow 2015), la prise en charge des cas suspects (Desclaux et al. 2018) durant l'épidémie d'Ébola ou encore l'expérience de la mobilisation de la société civile dans la lutte contre le VIH-Sida (Carillon et al. 2021) n'ont pas été mieux prises en compte alors qu'elles étaient disponibles, et souvent en français. Pourtant, plusieurs ateliers et moments de réflexions ont été organisés au cours du processus, dans une perspective réflexive, pour

comprendre ce qu'il fallait améliorer, à travers notamment une grande revue des actions durant plusieurs jours avec une centaine de personnes impliquées (CNGE 2020). Les scientifiques n'étaient pas vraiment présents dans ces ateliers. Doit-on interpréter cela comme une absence de volonté des décideurs de regarder du côté de la science (sociale ou de santé publique), une faible disposition des chercheurs à partager leurs études aux décideurs dans un format et un langage accessible et orienté vers l'action, une carence de stratégies interactives de transfert des connaissances comme la recherche le préconise (Langer et al. 2016), l'organisation d'ateliers de réflexions sans autres objectifs que d'être rémunérés (Jaffrè 2015) ou simplement un manque de confiance entre ces deux mondes (décideurs vs chercheurs) en temps de COVID-19 (Cairney et Wellstead 2020) ? Autant de questions que de prochaines études devront tenter d'aborder. Mais concernant le rôle de la recherche, on notera la mise à l'écart de la riposte nationale de certains universitaires sénégalais non médicaux ainsi que l'absence de mobilisation du conseil scientifique national, contrairement à la plupart des pays du monde (Rajan et al. 2020). Pourtant, l'infectiologue à la tête de ce conseil national a reçu en juillet 2021 le prix du meilleur scientifique de l'année (<https://caurisdor.com>). Si cela a été le cas au niveau national, parfois, nous avons constaté que certaines mobilisations locales d'universitaires ont été possibles et appréciées. L'interconnaissance locale facilite-t-elle les interactions entre chercheurs et décideurs ? Au Burkina Faso, une étude a montré que les enjeux de pouvoir internes au ministère de la santé et le peu d'intérêt et d'incitations des médecins aux postes de direction pour l'utilisation de la recherche dans les prises de décision ont empêché le fonctionnement d'une unité dédiée au transfert des connaissances (Dagenais 2021).

En ce qui concerne la mise en œuvre, contrairement à la Tanzanie et son fédéralisme qui a permis certaines adaptations locales de la riposte nationale (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021), ces adaptations sont restées relativement réduites au

Sénégal, notamment à cause d'une décentralisation encore peu effective. La délégation des moyens pose également des défis à l'adaptation locale lorsque cela est possible, situation constatée en Tanzanie « *Nearly all respondents stated that decentralization of authority should be accompanied by more resources for epidemic management* » (Carlitz, Yamanis, et Mollel 2021). Les quelques différences régionales que nous avons pu observer étaient surtout liées à la rencontre de la riposte nationale face aux contextes locaux, comme cela semble la norme dans l'étude de la mise en œuvre des politiques publiques en Afrique (Olivier de Sardan 2021; Belaid et Ridde 2015). Les principales dimensions du contexte qui semblent avoir le plus façonné la nature des réponses, mais peu la propagation de la pandémie (Bonnet et al. 2021), sont les enjeux politiques et religieux locaux ainsi que le niveau d'isolement des régions ou les carences des systèmes de santé locaux.

L'analyse de la riposte au Sénégal confirme l'approche relativement coercitive d'une santé publique francophone technocratique et biomédicale (Ridde, Ouedraogo, et Yaya 2021). Pourtant, les études, notamment concernant les récentes épidémies Ébola ou Lassa dans la région, ont mis l'accent sur l'absence de pertinence d'interventions faisant fi des interprétations locales de la maladie, des contextes locaux ou des démarches participatives (Hofman et Au 2017; N'koué Sambieni, Danko, et Ridde 2015; Raab et al. 2021). En outre, le Réseau d'anthropologie des épidémies émergentes (RAEE) a énoncé au début de la pandémie COVID-19 en Afrique qu'il était important d'avoir un débat social sur ces questions de gestion des morts, par exemple ; et de co-construire les solutions :

Les expériences de diverses institutions et les recherches en anthropologie montrent l'importance de renforcer la capacité des équipes d'intervention à co-construire en permanence des modalités d'adaptation et des pratiques de résilience, sans jamais transiger sur le respect des impératifs de biosécurité, de la dignité du défunt et des exigences culturelles ou religieuses (RAEE 2020).

En effet, l'histoire ancienne de la santé publique nous rappelle, sans oublier l'histoire récente d'Ébola (Hofman et Au 2017), combien la force et la coercition ont souvent été convoquées au Sénégal pour lutter contre la variole, la peste et autres maladies infectieuses durant la colonisation française (Bertram 2020). Dans le contexte de la lutte contre la pandémie de COVID-19, cette étude confirme donc toute l'importance, pour les équipes de recherche, d'analyser les effets inattendus des actions publiques (Turcotte-Tremblay, Gali Gali, et Ridde 2021). En outre, une étude qualitative de quelques cas suspectés Ébola au Sénégal avait déjà montré la quasi-absence de communication entre les soignants et ces personnes (Desclaux et al. 2018). Les chercheurs avaient même proposé une liste de recommandations opérationnelles pour adapter les dispositifs de prise en charge des cas suspects. La présente étude permet de douter de leur lecture lors de la phase de planification pour éclairer la mise en œuvre de la riposte à la pandémie de COVID-19, questionnant de nouveau les défis des relations entre le monde de la recherche et celui de l'action. Les « *violences (verbales et ici physiques) exercées sur des personnes souffrantes* » avaient déjà été relevées lors de l'épidémie d'Ébola au Sénégal, sans montrer l'existence de rébellion en particulier (Desclaux et al. 2018) contrairement à quelques épisodes de « résistances » en Guinée (Raab et al. 2021). On se souviendra des destructions de centres de traitement COVID-19 en Côte d'Ivoire (Bonnet et al. 2021), de la violence à l'égard des équipes internationales lors d'Ébola en Guinée en 2014 (W. Diouf et Faye 2020) ou de la résistance de la population face aux mesures perçues comme trop contraignantes au Malawi (Mzumara et al. 2021). Encore une fois, les enjeux de pouvoirs autour de l'approche biomédicale (Friel et al. 2021) participent à l'explication de ces démarches d'une santé publique autoritaire où la société civile et les organisations communautaires, au Sénégal comme ailleurs dans le monde (Cambon et al. 2021), ont été écartées de la mise en œuvre. En effet, « *malgré le succès de la réaction à l'épidémie, l'absence de dimension communautaire dans les opérations sanitaires a été très préjudiciable pour la*

population » (Carillon et al. 2021). Au Sénégal, les activités communautaires, notamment de vaccination, ont subi des retards importants au début de la pandémie (Dixit et al. 2021). Pourtant, une revue des écrits sur l'engagement communautaire dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 confirme toute l'importance de telles stratégies, notamment utiles pour rendre les interventions plus efficaces, pertinentes, et pour renforcer la confiance des populations à leur égard (Gilmore et al. 2020).

De plus, les experts en sciences sociales ou en santé communautaire ont aussi été oubliés lors de l'organisation de la riposte au Sénégal contre la pandémie de COVID-19 (Carillon et al. 2021), comme ailleurs pour d'autres épidémies (Carabali et al. 2020). Au Sénégal, certains semblent avoir essayé de participer au processus de réflexion, en vain. Pourtant, ces experts peuvent s'avérer d'un apport important, et pas seulement pour « faire accepter », « faire participer » ou comprendre la « culture » des populations, mais bien pour soutenir une co-construction et une adaptation des interventions de lutte contre les épidémies. Il faut donc certainement mieux former les experts en sciences sociales à la lutte contre les épidémies, mais aussi les médecins aux sciences sociales et à la promotion de la santé.

En outre, dans un pays comme le Sénégal où la religion dispose d'une place prépondérante dans l'espace public, l'engagement des autorités religieuses a été un facteur essentiel de l'acceptabilité sociale des mesures de la riposte (Ridde et al. 2020), comme la théorie l'explique bien (Sekhon, Cartwright, et Francis 2017). L'importance de la religion a été mise en avant ailleurs dans le monde pour lutter contre la pandémie de COVID-19 (Barmania et Reiss 2020).

De surcroît, la politisation de la formulation de la riposte n'a rien à envier à celle de la mise en œuvre où des leaders politiques et religieux ont parfois joué un rôle prépondérant dans certaines régions. En revanche, contrairement à la Tanzanie où la minimisation de la pandémie par le Président a rendu les processus d'information des communautés compliqués (Yamanis, Carlitz, et Mollel 2021), mais permis des adaptations locales

(Carlitz, Yamanis, et Mollel 2021), cela n'a pas été le cas du Président au Sénégal qui semble avoir été aux manettes. Le ministre de la Santé confirme cette perspective en affirmant, en juillet 2021, dans son discours où il a reçu un prix d'excellence (Cauris d'Or) pour sa lutte contre la pandémie :

« J'aimerais saisir aussi cette occasion pour remercier Son Excellence le Président de la République du Sénégal, Macky Sall, qui est en réalité est la personne primée dans la mesure où toute la riposte a été pilotée, organisée, coachée, managée à son niveau, remercier aussi le peuple sénégalais, parce que c'est une reconnaissance de tout un peuple »⁵.

Cette politisation n'est évidemment pas spécifique à la pandémie de COVID-19, car, dans le monde du développement, « *policy implementation is often highly political* » (Brinkerhoff et Brinkerhoff 2013). Un sondage international réalisé en mai 2020 montrait que les répondants d'Afrique du Sud affirmaient que les enjeux politiques étaient des facteurs favorables à la riposte contrairement à l'Europe où les personnes interrogées le qualifiaient de neutre (Ahmad et al. 2021).

La présidentialisation de la formulation, mais aussi sa centralisation comme en France (Rozenblum 2021) ou en Tanzanie (Carlitz, Yamanis, et Mollel 2021), a évidemment eu des impacts dans la perception des stratégies de mise en œuvre dans les régions du pays, notamment dans un contexte où la pandémie a été concomitante de mouvements sociaux contestataires du pouvoir en place. Cela a pu constituer un élément favorable dans certaines régions ou pour mobiliser certains acteurs. La politisation de certains médecins ou de l'administration de la santé a été confirmée durant la pandémie. Une étude sur le clientélisme scientifique et la starisation du corps médical reste donc à faire au Sénégal, comme ailleurs dans le monde. L'index Kardashian, qui a été proposé pour mesurer la popularité des scientifiques dans les médias sociaux, sera-t-il élevé au Sénégal (Hall 2014) ? Nous savons en effet que

« la guérison a besoin de héros dont l'Histoire commémore le souvenir, en dépit des ambiguïtés autour de la guérison » (Moulin 2021), ce qui s'avère d'autant plus vrai au regard du manque de traitement pour la COVID-19. Mais cette présence politique a aussi pu être un frein à l'adhésion de certains groupes sociaux et à la volonté, notamment des plus jeunes, de participer aux efforts demandés pour lutter contre une pandémie dont ils se sentaient éloignés (car peu/pas touchés) et dans un contexte d'inégalités croissantes et de contestations politiques. En effet, « *Such episodes of "resistance" should be understood against a background of historical and political inequality* » (Raab et al. 2021). D'autres auteurs ont en effet estimé que certaines mesures fortes (comme les restrictions) contre le COVID-19 avaient pu exacerber les conflits en Afrique, comme cela a été le cas pour d'autres épidémies (Berman et al. 2020).

Les défis dans la mise en œuvre ont été exacerbés, comme souvent dans le secteur du développement, par des questions financières qui concernent les enjeux micro (les fameux *perdiems*) ou macro (le financement international).

Sur le plan microscopique, ces enjeux de *perdiem* et autres indemnités des bénévoles ou des fonctionnaires sont largement connus en Afrique de l'Ouest (Ridde 2012) et au Sénégal en particulier (Bodson 2021). Il n'est donc pas surprenant qu'ils refassent surface au moment de la riposte nationale contre la pandémie de COVID-19, mais il est étonnant que ces enjeux n'aient pas été plus anticipés dans la formulation et la mise en œuvre de cette riposte. Cette question fait partie des problèmes publics connus, mais cachés (Geissler 2013) dont il est rarement facile de parler en public et encore moins d'en trouver une solution (Ridde et al. 2018). Tout le monde est complice dans ces défis de financement international de la riposte, les bailleurs de fonds tout comme le gouvernement ont évidemment une part de responsabilité. Encore une fois, personne n'a profité de cette fenêtre d'opportunité pour affronter ce problème qui va certainement resurgir

⁵ <https://www.bonjourdakar.com/cauris-dor-de-lexcellence-diouf-sarr-dedie-sa-distinction-a-tout-le->

personnel-de-sante

à la prochaine épidémie ou à la proche vague de COVID-19. Les enjeux sont pourtant importants, car le ministère de la Santé, dans une entrevue radiophonique du 25 juillet à Sud-FM affirmait que les primes au personnel de santé ont coûté 8 milliards de F CFA dans le cadre de la riposte.

Sur le plan macroscopique, la mobilisation nationale et internationale des fonds n'a pas été facilement abordée dans cette étude, car c'est un sujet délicat, mais aussi, car la visibilité et la traçabilité ne sont pas évidentes. Lors de cette même entrevue radiophonique, le ministre confirme les informations du comité de suivi des fonds COVID-19. Si 64,4 milliards étaient prévus pour le secteur de la santé parmi le budget prévisionnel de 1 000 milliards de Francs CFA pour Force COVID-19 (dont 740 ont été dépensés) c'est finalement à 105 milliards qui ont été réellement dépensés (fin mars 2021). Dans un contexte social tendu avec des débats réguliers sur la gouvernance au Sénégal, cette situation aurait aussi contribué à la diffusion de certaines théories suggérant une tentative de récupération des fonds par l'État ou de gabegie généralisée et autre tentative de maintenir les revendications des populations. Cela semble avoir aussi été largement le cas en Afrique du Sud où « *allegations of corruption and mismanagement dogged some money intended for coronavirus relief* » (Harris 2021) ainsi qu'au Nigéria (Ezeibe et al. 2020). La confiance entre l'État et les populations est pourtant centrale dans la lutte contre les épidémies (Baral 2021; Raab et al. 2021). Ce sentiment de défiance s'est notamment exacerbé au moment où des aides alimentaires massives ont été distribuées à la population générale sans ciblage particulier et dont on sait qu'elles peuvent donner lieu à de multiples stratégies d'accaparement (Olivier de Sardan 2008), comme cela a été vu dans plusieurs pays du Sud dans le contexte de la pandémie (Chackalackal et al. 2021). Personne ne sait vraiment précisément ce que les collectivités locales ont mobilisé au Sénégal, pas plus que l'on a communiqué publiquement que le soutien de la Banque mondiale, à hauteur de 138 milliards de F CFA (210 millions d'euros), était un prêt que les contribuables sénégalais devront probablement

rembourser un jour. Le rapport rendu public en juillet 2021 du comité de suivi de la mise en œuvre des opérations du fonds de riposte et de solidarité contre les effets de la covid-19 (FORCE COVID-19) en dit long sur la dépendance à l'aide internationale. En effet, sur les 773 milliards de F CFA (dont 112 pour le secteur de la santé, donc plus que prévu) dépensés au Sénégal dans la riposte, 84% ont été financés par les donateurs internationaux (dont des prêts), l'État a contribué à hauteur de 13% et les particuliers ou entreprises nationales pour 6%. La liste de ces particuliers et entreprises a été rendue publique où chacun peut trouver les sommes apportées précisément. Les montants des 372 donateurs privés varient de 2.000 F CFA en espèces à 15 milliards donnés par la Banque ouest-africaine de développement en passant par des dons de différentes entreprises sénégalaises, suisses ou chinoises. Le président de la République est le premier sur la liste avec un virement de 50 millions F CFA.

Cette question financière semble récurrente à l'échelle mondiale, notamment dans les pays du Nord, dans lesquels des milliards ont été mobilisés en urgence alors qu'ils rechignent à renforcer les services publics depuis des décennies dans des contextes de politiques d'austérité. Pour les pays du Sud, c'est une question de souveraineté, mais aussi de pérennité, de capacité à poursuivre les actions lorsque les financements externes se tarissent (Hubmann 2021). En effet, « *African nations must deliberately work on sustainability for these innovations so they remain valuable even after the pandemic* » (Ochu et al. 2021). En Afrique de l'Ouest, la Banque Mondiale a mobilisé deux fois plus de fonds que les États de la région dans la riposte contre la pandémie de COVID-19, dont la moitié pour le soutien à l'économie (Ahanhanzo et al. 2021). Au Ghana, l'annonce de la construction d'hôpitaux dans les 88 districts du pays en période de COVID-19, mais sans que le budget n'ait été voté, interroge les chercheurs (Antwi-Boasiako et al. 2021). On a vu au Sénégal que les mesures décidées, telle que la prise en charge extrahospitalière dans les hôtels, ont été levées plus par manque de moyens que par absence de pertinence épidémiologique. Comme certains

chercheurs le proposent, il reste donc beaucoup à faire pour comprendre les enjeux financiers de la riposte contre la pandémie de COVID-19 à l'échelle mondiale (Barasa et al. 2020).

Enfin, l'analyse de la formulation, mais aussi de la mise en œuvre de la riposte, ne montre pas une préoccupation particulière des décideurs et des acteurs de terrain pour les questions d'équité au Sénégal, comme ailleurs (Ndumbe-Eyoh et al. 2021; Marmot et Allen 2020). Dans l'ensemble, la riposte a été globale et les mesures prises n'ont que très peu pris en compte les besoins des régions ou des groupes sociaux. Nous sommes ici

CONCLUSIONS

Cette analyse illustre un processus relativement classique et attendu en santé publique dans un contexte d'urgence de formulation de la riposte contre la pandémie de COVID-19. Cette formulation a été très centralisée, biomédicale, peu participative ou intersectorielle et avec une faible influence du monde de la science. Des coalitions d'acteurs ont influencé largement la nature des instruments politiques choisis pour lutter contre la pandémie. Cependant, nous avons aussi pu identifier certaines formes d'adaptations de la formulation et de la mise en œuvre au cours du temps, en fonction d'un processus réflexif et de contextes et d'acteurs d'influence.

Pourtant, on peut se demander si l'ensemble des carences évoquées dans cette étude ne participe pas à l'explication de l'évolution de la pandémie dans le pays qui semble avoir une histoire naturelle non associée aux interventions gouvernementales. Une troisième vague a démarré au moment où nous écrivons cette conclusion, début juillet 2021. Le record du nombre de cas de COVID-19 par jour dépasse largement celui de la première et seconde vague, même si les nombres absolus sont loin de ceux de l'Europe ou de l'Amérique. La science a en effet montré, depuis longtemps, que la qualité de la

planification classique d'une approche universelle contrairement à l'universalisme proportionné proposé par Marmot depuis bien longtemps (Marmot 2015). Cette absence de préoccupation pour les inégalités dans la formulation d'interventions de lutte contre les épidémies n'est pas nouvelle (Mathevet et al. 2021). Il s'avère pourtant nécessaire et urgent de former les professionnels de la santé publique à cet égard pour que la question de l'équité soit au cœur des prochaines ripostes au Sénégal et ailleurs dans le monde (Guichard et al. 2019).

mise en œuvre et que l'acceptabilité des mesures influençaient l'efficacité des politiques (Meyers, Durlak, et Wandersman 2012; Sekhon, Cartwright, et Francis 2017; Ridde et al. 2020). Le manque d'approche participative, d'interdisciplinarité et d'intersectorialité de cette réponse d'une santé publique biomédicale, comme ailleurs dans le monde (Cambon et al. 2021), ne ferait-il pas aussi partie de l'explication aux réactions parfois virulentes, sinon violentes, des populations qui perdent confiance à l'égard de l'État et des mesures organisées ou qui simplement ne souhaitent pas les respecter ? Cela a été le cas ailleurs, dans certains pays de la région pour la pandémie de COVID-19 (Bonnet et al. 2021) mais aussi lors de l'épidémie d'Ébola en Guinée (Raab et al. 2021). Malgré la vague épidémique sans précédent qui déferle en ce mois de juillet 2021, les mesures drastiques prises en 2020 ne sont pas encore revenues. Cohérence et confiance sont de nouveau questionnées par les citoyens qui voient les médias s'inquiéter quotidiennement des conséquences pour le système de santé, d'autant que la stratégie vaccinale (dont il ne faut pas tout attendre (Paul et al. 2021)), faute de vaccins malgré une bonne acceptation des populations, peine à s'organiser.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tous les assistants de recherche : Diaw Amina, Samba Mbow, Omar Thiam, Antoine Raymond Ndiaye, Rahmatoula Gueye, Adams Diedhiou, Magor Dia, Awa Dieng, Malick Gaye, Souleymane Diol, Assane Sall, Mansour Sane, Aminata Diop, Babacar Kane. Un

grand merci à Lola Traverson pour sa relecture minutieuse du texte qui nous a permis de l'améliorer ainsi que les conseils et corrections du comité éditorial.

RÉFÉRENCES

- Ahanhanzo, Césaire, Ermel Ameswue Kpogbe Johnson, Ejemaï Amaize Eboeime, Sombié Issiaka, Ben Idrissa Traoré, Clétus C Y Adohinzin, Tosin Adesina, Ely Noel Diallo, Nanlop Obgureke, 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>.
- Ahmad, Raheelah, Rifat A Atun, Gabriel Birgand, Enrique Castro-Sánchez, Esmita Charani, Ewan B Ferlie, Izhar Hussain, et al. 2021. « Macro level influences on strategic responses to the COVID-19 pandemic – an international survey and tool for national assessments ». *Journal of Global Health* 11 (juillet): 05011. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.05011>.
- Alexander, Stephanie A., Catherine M. Jones, Marie-Claude Tremblay, Nicole Beaudet, Morten Hulvej Rod, et Michael T. Wright. 2020. « Reflexivity in Health Promotion: A Typology for Training ». *Health Promotion Practice* 21 (4): 499-509. <https://doi.org/10.1177/1524839920912407>.
- Antwi-Boasiako, Joseph, Charles Othniel A. Abbey, Patrick Ogbey, et Rita Amponsah Ofori. 2021. « Policy Responses to fight COVID-19; the case of Ghana ». *Revista de Administração Pública* 55 (1): 122-39. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200507>.
- Baral, Prativa. 2021. « Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery ». *International Journal of Health Services*, avril, 002073142199708. <https://doi.org/10.1177/0020731421997088>.
- Barasa, Edwine, S Bennett, K Rak, Catherine Goodman, I Gupta, P Hanvoravongchai, C James, D Maceira, Sophie Witter, et Kara Hanson. 2020. « Health financing in response to COVID-19: An agenda for research. Working Paper. » https://healthsystemsglobal.org/wp-content/uploads/2020/12/COVID-19-Health-financing-research-agenda_22-Nov-2020-final.pdf.
- Bardach, Eugene. 2000. *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*. New York: Chatham House Publishers Seven Bridges Press.
- Barmania, Sima, et Michael J. Reiss. 2020. « Health Promotion Perspectives on the COVID-19 Pandemic: The Importance of Religion ». *Global Health Promotion*, novembre, 175797592097299. <https://doi.org/10.1177/1757975920972992>.
- Belaïd, Loubna, et Valéry Ridde. 2015. « Contextual Factors as a Key to Understanding the Heterogeneity of Effects of a Maternal Health Policy in Burkina Faso? » *Health Policy and Planning* 30 (3): 309-21. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu012>.
- Béland, Daniel, et Michael Howlett. 2016. « How Solutions Chase Problems: Instrument Constituencies in the Policy Process: Instrument Constituencies in the Policy Process ». *Governance* 29 (3): 393-409. <https://doi.org/10.1111/gove.12179>.
- 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>.
- Berman, Nicolas, Mathieu Couttenier, Nathalie Monnet, et Rohit Ticku. 2020. « Conflict in times of COVID-19 ». In *COVID-19 in Developing Economies*, par Simeon Djankov et Ugo Panizza, CEPR/International Development Policy journal, VOX-EU, 147-55. London. <https://voxeu.org/content/covid-19-developing-economies>.
- Bertram, Sydney. 2020. « COVID-19 in Senegal: Exploring the Historical Context ». *The Journal of Global Health X* (11): 1-6.
- Bodson, Oriane. 2021. « Le financement basé sur les résultats au Bénin et au Sénégal: Un levier pérenne de changement de pratiques des agents de santé? » Liège, Belgique: Université de Liège, Sciences sociales.
- 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>.
- Brinkerhoff, Derick W., et Jennifer M. Brinkerhoff. 2013. « Development management and policy implementation. Relevance beyond the global South ». In *Routledge handbook of public policy*, édité par Eduardo Araral,

- Scott Fritzen, Michael Howlett, M. Ramesh, et Xun Wu, 274-383. Routledge handbooks. London ; New York: Routledge.
- Brugha, R., et Z. Varvasovszky. 2000. « Stakeholder analysis: a review ». *Health Policy and Planning* 15 (3): 239-46.
- Bujold, Mathieu, Nha Hong, Valéry Ridde, Claude Julie Bourque, Maman Joyce Dogba, Isabelle Vedel, et Pierre Pluye. 2018. *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé. Cahiers scientifiques de l'Acfas*; 117. Montreal, Canada: ACFAS.
- Cabore, Joseph Waogodo, Humphrey Cyprian Karamagi, Hillary Kipruto, James Avoka Asamani, Benson Droti, Aminata Binetou Wahebene Seydi, Regina Titi-Ofei, et al. 2020. « The Potential Effects of Widespread Community Transmission of SARS-CoV-2 Infection in the World Health Organization African Region: A Predictive Model ». *BMJ Global Health* 5 (5): e002647. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002647>.
- Cairney, Paul. 2012. *Understanding public policy: theories and issues*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan.
- . 2021. « The UK Government's COVID-19 Policy: Assessing Evidence-Informed Policy Analysis in Real Time ». *British Politics* 16 (1): 90-116. <https://doi.org/10.1057/s41293-020-00150-8>.
- Cairney, Paul, et Adam Wellstead. 2020. « COVID-19: Effective Policymaking Depends on Trust in Experts, Politicians, and the Public ». *Policy Design and Practice*, octobre, 1-14. <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1837466>.
- Cambon, Linda, Henri Bergeron, Patrick Castel, Valéry Ridde, et François Alla. 2021. « Quand La Réponse Mondiale à La Pandémie de COVID-19 Se Fait sans La Promotion de La Santé ». *Global Health Promotion*, mai, 175797592110151. <https://doi.org/10.1177/17579759211015131>.
- Carabali, Mabel, Dennis Pérez, Stephanie Degroote, Alicia Reyes, Jay S. Kaufman, et Valery Ridde. 2020. « Towards a Better Integration of Social Sciences in Arbovirus Research and Decision-Making: An Experience from Scientific Collaboration between Cuban and Quebec Institutions ». *Global Health Promotion*, août. <https://doi.org/10.1177/1757975920943859>.
- Carillon, Séverine, Fatoumata Hane, Ibrahima Bâ, Khoudia Sow, et Alice Desclaux. 2021. « La réponse communautaire à la pandémie de Covid-19 au Sénégal : un rendez-vous manqué ? ». *Mouvements* 105 (1): 92-103. <https://doi.org/10.3917/mouv.105.0092>.
- Carlitz, Ruth, Thespina Yamanis, et Henry Mollel. 2021. « Coping with Denialism: How Street-Level Bureaucrats Adapted and Responded to COVID-19 in Tanzania ». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, mai, 9349128. <https://doi.org/10.1215/03616878-9349128>.
- Chackalackal, Dhia Joseph, Ahmed Asa'Ad Al-Aghbari, Su Yeon Jang, Tatiana Rivera Ramirez, Jose Vincent, Anand Joshi, Megha Raj Banjara, et al. 2021. « The Covid-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries, Who Carries the Burden? Review of Mass Media and Publications from Six Countries ». *Pathogens and Global Health* 115 (3): 178-87. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1878446>.
- CNGE. 2020. « Rapport de la Revue Intra-Action (RIA) Nationale Multisectorielle de la lutte contre la pandémie liée au nouveau coronavirus (COVID-19) au Sénégal », Dakar: PFN-RSI.
- Cohen, M. D., J. G. March, et J. P. Olsen. 1972. « A garbage can model of organizational choice ». *Administrative Science Quarterly* 17 (1): 1-25.
- Craig, Peter, Erica Di Ruggiero, Katherine L Frohlich, Eric Mykhalovskiy, Martin White, on behalf of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)–National Institute for Health Research (NIHR) Context Guidance Authors Group (listed alphabetically), Rona Campbell, et al. 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>.
- Dagenais, Christian. 2021. « Research Use at the Ministry of Health in Burkina Faso: The Decision-Makers' Perspective ». *Implementation Science Communications* 2 (1): 22. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00126-9>.
- Dayoung, Lee, et Banerjee Dia. 2020. « Changer le paradigme de la gestion des urgences sanitaires. Entretien avec le Dr. Abdoulaye Bousso, Directeur du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire sénégalais », 2020. <https://dalberg.com/our-ideas/interview-with-dr-abdoulaye-bousso-french/>.
- De Leeuw, E. 2001. « Investigating policy networks for health: theory and method in a larger organizational perspective ». In *Evaluation in health promotion : principles and perspectives*, édité par I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, et E. Ziglio, 185-206. WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
- Desclaux, Alice, M. Diop, et S. Doyon. 2017. « Fear and Containment. Contact Follow-up Perceptions and Social Effects in Senegal and Guinea ». In *The politics of fear: Médecins sans Frontières and the West African ebola epidemic*, édité par Michiel Hofman et Sokhieng Au, 209-34. New York, NY, United States of America: Oxford University Press.
- Desclaux, Alice, Magne Sandrine Malan, Marc Egrot, Francis Akindès, et Khoudia Sow. 2018. « Patients négligés, effets imprévus. L'expérience des cas suspects de maladie à virus Ebola ». *Santé Publique* 30 (4): 565. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0565>.
- 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 et Santé*, no 11 (novembre).
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1751>.
- Diop, Binta Zahra, Marieme Ngom, Clémence Pougué Biyong, et John N Pougué Biyong. 2020. « The Relatively Young and Rural Population May Limit the Spread and Severity of COVID-19 in Africa: A Modeling Study ». *BMJ Global Health* 5 (5): e002699.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002699>.
- Diouf, Ibrahima, Abdoulaye Bousso, et Ibrahima Sonko. 2020. « Gestion de la pandémie COVID-19 au Sénégal ». *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives* 4 (3): 217-22. <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2020.08.009>.
- Diouf, M., Daouda Cisse, Lo Cmm, Faye D. Ginsburg, et Traoré R. 2010. « Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar ». *Pratiques et Organisation des Soins* Vol. 41 (3): 225-30.
- Diouf, Waly, et Sylvain Landry Faye. 2020. « Engagements citoyens et restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de l'épidémie d'Ébola en République de Guinée ». *Face à face* 16. <http://journals.openedition.org/faceaface/1703>.
- Dixit, Sameer M, Moussa Sarr, Daouda M Gueye, Kyle Muther, T Ruston Yarnko, Robert A Bednarczyk, Adolphus T Clarke, et al. 2021. « Addressing Disruptions in Childhood Routine Immunisation Services during the COVID-19 Pandemic: Perspectives from Nepal, Senegal and Liberia ». *BMJ Global Health* 6 (7): e005031. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005031>.
- Druetz, Thomas, Sylvie Zongo, et Valéry Ridde. 2015. « Le retour de la conception biomédicale du paludisme dans les institutions internationales », *Mondes en développement*, 2 (170): 41-58.
- Eboreime, Ejemai Amaize, John Eyles, Nonhlanhla Nxumalo, Oghenekome Lauretta Eboreime, et Rohit Ramaswamy. 2019. « Implementation Process and Quality of a Primary Health Care System Improvement Initiative in a Decentralized Context: A Retrospective Appraisal Using the Quality Implementation Framework ». *The International Journal of Health Planning and Management* 34 (1): e369-86. <https://doi.org/10.1002/hpm.2655>.
- Emeto, Theophilus I, Faith O Alele, et Olayinka S Ilesanmi. 2021. « Evaluation of the Effect of Border Closure on COVID-19 Incidence Rates across Nine African Countries: An Interrupted Time Series Study ». *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, mars, trab033. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trab033>.
- Erasmus, Ermin. 2014. « The Use of Street-Level Bureaucracy Theory in Health Policy Analysis in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Ethnographic Synthesis ». *Health Policy and Planning* 29 (suppl 3): iii70-78. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu112>.
- Erikson, Susan. 2019. « Faking Global Health ». *Critical Public Health* 29 (4): 508-16. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1601159>.
- Ezeibe, Christian C., Chukwudi Ilo, Ezinwanne N. Ezeibe, Chika N. Oguonu, Nnamdi A. Nwankwo, Chukwue-dozie K. Ajaero, et Nnabuike Osadebe. 2020. « Political Distrust and the Spread of COVID-19 in Nigeria ». *Global Public Health* 15 (12): 1753-66. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1828987>.
- Friedberg, Ehrard. 2009. « La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée », 271-89.
- Friel, Sharon, Belinda Townsend, Matthew Fisher, Patrick Harris, Toby Freeman, et Fran Baum. 2021. « Power and the People's Health ». *Social Science & Medicine* 282 (août): 114173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114173>.
- Geissler, P. W. 2013. « Public Secrets in Public Health: Knowing Not to Know While Making Scientific Knowledge ». *American Ethnologist* 40 (1): 13-34. <https://doi.org/10.1111/amet.12002>.
- Gilmore, Brynne, Rawlance Ndejjo, Adalbert Tchetchia, Vergil de Claro, Elizabeth Mago, Alpha A Diallo, Claudia Lopes, et Sanghita Bhattacharyya. 2020. « Community Engagement for COVID-19 Prevention and Control: A Rapid Evidence Synthesis ». *BMJ Global Health* 5 (10): e003188. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>.
- Gilson, L, éd. 2012. *Recherche sur les méthodologie et recherche sur politiques et les politiques et les systèmes de systèmes de santé santé et Manuel de Méthodologie. Manuel de méthodologie. Version abrégée. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.*
- Greene, Jennifer C. 2007. *Mixed Methods in Social Inquiry*. San Francisco: Wiley.
- Guichard, Anne, Tardieu Émilie, Nour Kareen, Lafontaine Ginette, 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>.
- Hall, Neil. 2014. « The Kardashian Index: A Measure of Discrepant Social Media Profile for Scientists ». *Genome Biology* 15 (7): 424. <https://doi.org/10.1186/s13059-014-0424-0>.
- Harris, Joseph. 2021. « The Politics of Coronavirus Response in South Africa ». In *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, par Scott Greer, Elizabeth King, Elize Massard da Fonseca, et Andre Peralta-Santos, 580-99. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>.
- Harris, Patrick, Fran Baum, Sharon Friel, Tamara Mackean, Ashley Schram, et Bel Townsend. 2020. « A Glossary of Theories for Understanding Power and Policy for Health Equity ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, mars, jech-2019-213692. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213692>.
- Hill, Michael J., et Peter L. Hupe. 2014. *Implementing public*

- policy: an introduction to the study of operational governance. 3rd ed. Los Angeles [i.e. Thousand Oaks, Calif.]: SAGE Publications.
- Hofman, Michiel, et Sokhieng Au, éd. 2017. *The politics of fear: Médecins sans Frontières and the West African ebola epidemic*. New York, NY, United States of America: Oxford University Press.
- Howlett, M. P. 2011. *Designing public policies: principles and instruments*. Routledge textbooks in policy studies. London ; New York: Routledge.
- Hubmann, Michaela. 2021. « Chronicity of Disruptive Project Rhythms: The Projectification of the 'post-Ebola' Health System Rebuilding in Sierra Leone ». *Time & Society* 30 (3): 379-401. <https://doi.org/10.1177/0961463X211005207>.
- Jaffrè, Yannick. 2015. « Les objectifs, les séminaires et les recommandations permettent d'améliorer la santé des populations ». In *Des idées reçues en santé mondiale*, par Valéry Ridde et Fatoumata Ouattara, 225-29. Montréal, Rennes: Presses de l'Université de Montréal; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Jaspard, Marie, Mamadou Saliou Sow, Sylvain Juchet, Eric Dienderé, Beatrice Serra, Richard Kojan, Billy Sivahera, et al. 2021. « Clinical Presentation, Outcomes and Factors Associated with Mortality: A Prospective Study from Three COVID-19 Referral Care Centres in West Africa ». *International Journal of Infectious Diseases* 108 (juillet): 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.05.024>.
- Jessani, N., L. Langer, C van Rooyen, et R. Stewart. 2020. « Evidence for decisions in the time of covid-19: eyes on africa ». *The Thinker*, 2020.
- Kadio, Kadidiatou, Christian Dagenais, et Valéry Ridde. 2018. « De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale: un cas de « non-design » au Burkina Faso ». *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, 2018.
- Kadio, Kadidiatou, Ouedrago, A., Yamba Kafando, et Valéry Ridde. 2017. « Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso ». *Sciences Sociales et Santé*, 2017, sect. 35 (2).
- Kingdon, J.W. 1995. *Agendas, Alternatives and Publics Policies*. 2nd éd. New York: Harper Collins.
- Laborier, Pascale, et Danny Trom, éd. 2003. *Historicités de l'action publique*. Publications du Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie. Paris: Presses Univ. de France.
- Lai, Shengjie, Nick W. Ruktanonchai, Liangcai Zhou, Olivia Prosper, Wei Luo, Jessica R. Floyd, Amy Wesolowski, et al. 2020. « Effect of Non-Pharmaceutical Interventions to Contain COVID-19 in China ». *Nature* 585 (7825): 410-13. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2293-x>.
- Langer, Laurenz, Janice Tripney, David Gough, University of London, Social Science Research Unit, et Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre. 2016. *The Science of Using Science: Researching the Use of Research Evidence in Decision-Making*.
- Lavigne Delville, P., et Aghali, A. 2010. « A cheval donné, on ne regarde pas les dents: les mécanismes et les impacts de l'aide vus par des praticiens nigériens ». *Etudes et Travaux du LASDEL* 83. Niamey: LASDEL.
- Lavigne Delville, Philippe, et Sina Schlimmer. 2020. « Saisir l'action publique en Afrique à travers les instruments. Avant-propos ». *Revue internationale de politique comparée* 27 (2-3): 9-32. <https://doi.org/10.3917/ripc.272.0009>.
- Lazarus, Jeffrey V., Scott Ratzan, Adam Palayew, Francesco C. Billari, Agnes Binagwaho, Spencer Kimball, Heidi J. Larson, et al. 2020. « COVID-SCORE: A Global Survey to Assess Public Perceptions of Government Responses to COVID-19 (COVID-SCORE-10) ». Édité par David Hotchkiss. *PLOS ONE* 15 (10): e0240011. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240011>.
- Lee, Kelley, et H. Goodman. 2002. « Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s ». In *Health policy in a globalising world*, édité par K. Lee, K. Buse, et S. Fustukian, 97-199. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lemieux, V. 1995. *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Li, You, Harry Campbell, Durga Kulkarni, Alice Harpur, Madhurima Nundy, Xin Wang, et Harish Nair. 2020. « The Temporal Association of Introducing and Lifting Non-Pharmaceutical Interventions with the Time-Varying Reproduction Number (R) of SARS-CoV-2: A Modelling Study across 131 Countries ». *The Lancet Infectious Diseases*, octobre, S1473309920307854. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30785-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30785-4).
- Lipsky, M. 2010. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Loewenson, Rene, Kirsten Accoe, Nitin Bajpai, Kent Buse, Thilagawathi Abi Deivanayagam, Leslie London, Claudio A Méndez, et al. 2020. « Reclaiming Comprehensive Public Health ». *BMJ Global Health* 5 (9): e003886. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003886>.
- 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>.
- 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*, mars, S1201971221002277.

- <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.010>.
- MEPC. 2020. « Programme de Résilience Economique et Sociale Mobilisation nationale et internationale pour abonder le Fonds de Riposte et de Solidarité face à la pandémie du COVID-19 ». Dakar: Ministère de l'économie, du plan et de la coopération.
https://www.ipar.sn/IMG/pdf/plan_re_silience_-_ministere_de_l_economie.pdf.
- Meyers, Duncan C., Joseph A. Durlak, et Abraham Wandersman. 2012. « The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process ». *American Journal of Community Psychology* 50 (3-4): 462-80. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>.
- Milton, N. J. 2010. *The lessons learned handbook: practical approaches to learning from experience*. Oxford, UK: Chandos Publishing.
- Monnier, E. 1992. *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris: Économica.
- Moon, M. Jae. 2020. « Fighting COVID-19 with Agility, Transparency, and Participation: Wicked Policy Problems and New Governance Challenges ». *Public Administration Review* 80 (4): 651-56.
<https://doi.org/10.1111/puar.13214>.
- Moulin, Anne-Marie. 2021. « Guérir en Afrique ou le silence qui parle ». In *Guérir en Afrique: promesses et transformations*, par Alice Desclaux, Aïssa Diarra, et Sandrine Musso.
- 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.
- . 2021. « Cartographie des interventions en Ressources Humaines en Santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 Etude de cas du Sénégal ». Dakar: MSAS.
- Mucciaroni, Gary. 2013. « The garbage can model and the study of the policy-making process ». In *Routledge handbook of public policy*, par Eduardo Araral, Scott Fritzen, Michael Howlett, M Ramesh, et Xun Wu, 320-28. Routledge handbooks. London; New York: Routledge.
- Mzumara, Grace W, Marlen Chawani, Melody Sakala, Lily Mwandira, Elias Phiri, Edith Milanzi, Mphatso Dennis Phiri, et al. 2021. « The Health Policy Response to COVID-19 in Malawi ». *BMJ Global Health* 6 (5): e006035. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006035>.
- 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* 28 (2): 7-16. <https://doi.org/10.1177/17579759211000975>.
- Nguimkeu, Pierre, et Sosson Tadadjeu. 2021. « Why is the number of COVID-19 cases lower than expected in Sub-Saharan Africa? A cross-sectional analysis of the role of demographic and geographic factors ». *World Development* 138 (février): 105251.
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105251>.
- Niang, Cheikh I., Ndack Diop, El Hadji Sy, Fatou Cissé, Abdou Gning, et Marène Thiam. 2020. « Recherche – Action sur l'épidémie de covid19 à Touba, Sénégal. Résultats préliminaires et Recommandations ». Dakar: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.
- 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 et Santé*, no 11 (novembre).
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1772>.
- Nkuba, Antoine N, Sheila M Makiala, Emilande Guichet, Paul M Tshiminyi, Yannick M Bazitama, Marc K Yambayamba, Benito M Kazenza, et al. 2021. « High Prevalence of Anti-SARS-CoV-2 Antibodies after the First Wave of COVID-19 in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo: Results of a Cross-Sectional Household-Based Survey ». *Clinical Infectious Diseases*, juin, ciab515. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab515>.
- Ochu, Chinwe Lucia, Oluwatosin Wuraola Akande, Oyeronke Oyebanji, Olaolu Aderinola, Oladipo Ogunbode, Rhoda Atteh, Tochi Okwor, et al. 2021. « 'Fighting a Global War Using a Local Strategy': Contextualism in COVID-19 Response in Africa ». *BMJ Innovations* 7 (2): 347-55. <https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2020-000637>.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2008. « La crise alimentaire de 2004-2005 au Niger en contexte ». *Afrique Contemporaine* 225 (1): 17-37.
- . 2021. *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Karthala. Paris.
- 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>.
- OMS. 2020. « Guide pour la conduite d'une revue intra-action (RIA) de la COVID-19 ». WHO/2019-nCoV/Country_IAR/2020.1. Geneve: OMS.
- Or, Zeynep, Coralie Gandré, Isabelle Durand Zaleski, et Monika Steffen. 2021. « France's Response to the Covid-19 Pandemic: Between a Rock and a Hard Place ». *Health Economics, Policy and Law*, mars, 1-13.
<https://doi.org/10.1017/S1744133121000165>.
- Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin.
- Patton, M.Q. 2001. « Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned ». *American Journal of Evaluation* 22 (3): 329-36.
- Paul, Elisabeth, Garrett W. Brown, Andreas Kalk, et Valéry Ridde. 2021. « Playing Vaccine Roulette: Why the Current Strategy of Staking Everything on Covid-19

- Vaccines Is a High-Stakes Wager ». *Vaccine*, juillet, S0264410X21009233. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.07.045>.
- Paul, Elisabeth, Garrett W Brown, et Valery Ridde. 2020. « COVID-19: Time for Paradigm Shift in the Nexus between Local, National and Global Health ». *BMJ Global Health* 5 (4): e002622. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002622>.
- Petticrew, M., S. Cummins, C. Ferrell, A. Findlay, C. Higgins, C. Hoy, A. Kearns, et L. Sparks. 2005. « Natural experiments: an underused tool for public health? » *Public Health* 119 (9): 751-57.
- Raab, Manuel, Emmanuelle Roth, Vinh-Kim Nguyen, et Guenter Froeschl. 2021. « The 2021 Ebola Virus Outbreak in Guinea: Mistrust and the Shortcomings of Outbreak Surveillance ». Édité par Carlos Franco-Paredes. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 15 (6): e0009487. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009487>.
- RAEE. 2020. « Accompagner les mourants et enterrer dignement en temps de Covid-19 : anticiper les mesures sanitaires en Afrique ». https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2225/files/2020/04/RAEE_recom_Traitement-des-corps_014042020_.pdf.
- 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, V. 2012. « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique ». *Bulletin APAD* 34-36: 81-113.
- Ridde, V., et J.-P. Olivier de Sardan. 2017. « La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé ». *Médecine et Santé Tropicales* 27 (1): 6-9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>.
- 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>.
- Ridde, Valéry, Samiratou Ouedraogo, et Sanni Yaya. 2021. « Closing the Diversity and Inclusion Gaps in Francophone Public Health: A Wake-up Call ». *BMJ Global Health* 6 (2): e005231. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005231>.
- Ridde, Valéry, Dennis Pérez, et Emilie Robert. 2020. « Using Implementation Science Theories and Frameworks in Global Health ». *BMJ Global Health* 5 (4): e002269. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002269>.
- Ridde, Valéry, N'koué Emmanuel Sambieni, Larissa Kojoue, et Oumar Mallé Samb. 2018. « Réformer les per diem par le dialogue ». *Notes Techniques - AFD* 40. Paris: AFD.
- Ritchie, J., et L. Spenser. 1994. « Qualitative data analysis for applied policy research ». In *Analyzing qualitative data*, édité par A. Bryman et R.G. Burgess, 173-94. London and New York: Routledge.
- Rozenblum, Sarah D. 2021. « France's multidimensional covid-19 response ». 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. <http://www.jstor.org/stable/10.3998/mpub.11927713.17>.
- Sabatier, Paul A., et Christopher M. Weible, éd. 2014. *Theories of the policy process*. Third edition. Boulder, CO: Westview Press, a member of the Persus Books Group.
- Saetren, H. 2005. « Facts and myths about research on public policy implementation: out-of-fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant ». *Policy Studies Journal* 33 (4): 559-82.
- Salyer, Stephanie J, Justin Maeda, Senga Sembuche, Yewew Kebede, Akhona Tshangela, Mohamed Moussif, Chikwe Ihekweazu, et al. 2021. « The First and Second Waves of the COVID-19 Pandemic in Africa: A Cross-Sectional Study ». *The Lancet*, mars, S0140673621006322. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00632-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00632-2).
- Sandström, Annica, Charlotta Söderberg, Carina Lundmark, Jens Nilsson, et Daniel Fjellborg. 2020. « Assessing and Explaining Policy Coherence: A Comparative Study of Water Governance and Large Carnivore Governance in Sweden ». *Environmental Policy and Governance* 30 (1): 3-13. <https://doi.org/10.1002/eet.1871>.
- Sarr, Samba Cor, Y. Ndiaye, Z Sy, A Diaw, I Sonko, et T Diaw. 2021. « Exploration et apprentissage des réponses, des preuves, politiques et systèmes nationaux et infranationaux de riposte contre la Covid-19 au Sénégal. *Projet Catalysze* ». Dakar: MSAS.
- « Satisfaction du patient hospitalisé QUESTIONNAIRE SAPHORA MODIFIE - PDF Téléchargement Gratuit ». s. d. Consulté le 27 janvier 2021. <https://doc-player.fr/36542547-Satisfaction-du-patient-hospitalise-questionnaire-saphora-modifie.html>.
- Sekhon, Mandeep, Martin Cartwright, et Jill J. Francis. 2017. « Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework ». *BMC Health Services Research* 17: 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>.
- Semaan, Aline, Constance Audet, Elise Huysmans, Bosede Afolabi, Bouchra Assarag, Aduragbemi Banke-Thomas, Hannah Blencowe, et al. 2020. « Voices from the Frontline: Findings from a Thematic Analysis of a Rapid Online Global Survey of Maternal and Newborn Health Professionals Facing the COVID-19 Pandemic ». *BMJ Global Health* 5 (6): e002967.

- <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>.
- Seward, Nadine, Jamie Murdoch, Charlotte Hanlon, Ricardo Araya, Wei Gao, Richard Harding, Crick Lund, et al. 2021. « Implementation Science Protocol for a Participatory, Theory-Informed Implementation Research Programme in the Context of Health System Strengthening in Sub-Saharan Africa (ASSET-ImplementER) ». *BMJ Open* 11 (7): e048742. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048742>.
- Sokhna, Cheikh, Ndiaw Goumballa, Van Thuan Hoang, Hubert Bassene, Philippe Parola, et Philippe Gautret. 2021. « The Grand Magal of Touba Was Spared by the COVID-19 Pandemic ». *International Journal of Infectious Diseases* 105 (avril): 470-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.006>.
- Soriat, Clément. 2020. « Bureaucratisation par le haut, bureaucratisation par le bas. Diffusion et réception d'un instrument managérial dans le contexte de la santé au Bénin ». *Revue internationale de politique comparée* 27 (2-3): 111-36. <https://doi.org/10.3917/ripc.272.0111>.
- Sow, Garmy. 2020. « Entretien avec Dr Abdoulaye BOUSSO », 2020. <https://www.uvs.sn/entretien-avec-dr-boussou-premiere-partie/>.
- Sturdy, Andrew J., Ian Kirkpatrick, Nuria Reguera, Antonio Blanco-Oliver, et Gianluca Veronesi. 2021. « The Management Consultancy Effect: Demand Inflation and Its Consequences in the Sourcing of External Knowledge ». *Public Administration*, janvier, padm.12712. <https://doi.org/10.1111/padm.12712>.
- Tessema, Sofonias K., et John N. Nkengasong. 2021. « Understanding COVID-19 in Africa ». *Nature Reviews Immunology*, juin. <https://doi.org/10.1038/s41577-021-00579-y>.
- Turcotte-Tremblay, Anne-Marie, Idriss Ali Gali Gali, et Valéry Ridde. 2021. « The unintended consequences of COVID-19 mitigation measures matter: practical guidance for investigating them ». *BMC Medical Research Methodology* 21 (1): 28. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01200-x>.
- Van Damme, Wim, Ritwik Dahake, Alexandre Délamou, Brecht Ingelbeen, Edwin Wouters, Guido Vanham, Remco van de Pas, et al. 2020. « The COVID-19 Pandemic: Diverse Contexts; Different Epidemics—How and Why? » *BMJ Global Health* 5:e003098. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003098>.
- Vesely, Arnošt. 2021. « Autonomy of Policy Instrument Attitudes: Concept, Theory and Evidence ». *Policy Sciences*, février. <https://doi.org/10.1007/s11077-021-09416-4>.
- Walt, G. 1994. *Health policy: an introduction to process and power*. London and Johannesburg: Zed Press and University of Witwaterstand.
- WHO African Region. 2021. « Outbreaks and Emergencies Bulletin, Week 26: 21-27 June 2021 ». WHO.
- WHO, et GOLPID-R. 2020. « 2019 Novel Coronavirus: Global Research and Innovation Forum: Towards a Research Roadmap/report ». Geneva: WHO-GOLPID-R.
- Yamanis, Thespina (Nina), Ruth Carlitz, et Henry A. Mollel. 2021. « Lessons from Tanzania ». In *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, par Scott Greer, Elizabeth King, Elize Massard da Fonseca, et Andre Peralta-Santos, 561-79. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>.
- Yameogo, Aristide Relwendé, Georges Rosario Christian Millogo, Arlette Flore Palm, Joel Bamouni, Germain Dakaboué Mandi, Jonas Koudougou Kologo, André Koudnoaga Samadoulougou, et Patrice Zabsonre. 2017. « Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo ». *The Pan African Medical Journal* 28 (novembre). <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.267.13288>.
- Yin, Robert K. 2012. *Applications of case study research*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif: SAGE.