

**Covid-19 : les hôpitaux militaires fortement mobilisés
pour aider les soignants et secourir les patients.
Une expérience inédite au Maroc**

**Covid-19: military hospitals heavily mobilized
to help caregivers and rescue the patients.
An unprecedented experience in Morocco**

LEMSAGUED Fadoua

Enseignante-chercheuse en Marketing

École Nationale de Commerce et de Gestion de Dakhla

Université Ibn Zohr d'Agadir

Laboratoire de recherche en Management et Aide à la Décision (LARMAD)

Équipe de recherche sur le Marketing, l'Innovation et les Territoires (ERMIT)

Dakhla, Maroc

ifadoua@yahoo.fr

ate de soumission : 04/09/2022

Date d'acceptation : 18/12/2022

Pour citer cet article :

LEMSAGUED F. (2023) «Covid-19 : les hôpitaux militaires fortement mobilisés pour aider les soignants et secourir les patients. Une expérience inédite au Maroc», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 6 : Numéro 1 » pp : 272 - 287

Résumé

La maladie de Coronavirus, apparue en Chine en décembre 2019, s'est propagée dans le monde entier à une grande vitesse, mettant à nu les systèmes sanitaires défaillants dans de nombreux pays, dont le Maroc. Cette pandémie, sans précédent, a plongé le monde dans une triple crise, humaine, sociale et économique. Devant l'ampleur de cette crise sanitaire et l'affluence de cas graves de Covid-19, de manière accrue, dans les établissements sanitaires publics et privés, Sa Majesté le Roi, Chef Suprême et Chef d'État-Major Général des Forces Armées Royales, a donné ses Hautes Instructions pour la création immédiate d'un fonds spécial destiné à la gestion de la pandémie et également à l'Armée pour le déploiement des hôpitaux de campagne dans plusieurs régions du Maroc, afin de renforcer le secteur sanitaire public. Mis sur pied dans un délai très court, ces hôpitaux militaires, forts de leur personnel médical et paramédical qualifié et de leurs matériels de dernière génération, ont contribué de manière efficace et exemplaire à maîtriser la propagation de la pandémie, du début jusqu'à la période de vaccination. Le présent article se propose d'exposer la participation active du service de santé militaire, en étroite collaboration avec le secteur public et privé, dans la gestion et la maîtrise de la pandémie, en mettant en exergue les enseignements tirés et les mesures à prendre à l'avenir en cas d'apparition d'autres fléaux. Pour y voir plus clair, nous avons réalisé une étude qualitative via des interviews structurées. La campagne d'entretiens nous a permis de faire un retour d'expériences sur la gestion de la crise. Dans notre cas l'échantillon est non statistique. Nous avons tenté de cibler une myriade d'acteurs : des cadres de santé, des médecins (civils et militaires), un chef de service des maladies infectieuses, mais aussi des représentants de patients. Notre enquête s'est également efforcée de couvrir la géographie différenciée des situations : régions particulièrement touchées par la crise (Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech et Hôpital Universitaire Ibn Tofail, Marrakech), régions un peu moins touchées mais ayant souvent reçu des transferts de patients (Hôpital Militaire Mohammed VI, Dakhla).

Mots clés : « covid-19 » ; « hôpitaux militaires » ; « résilience hospitalière » ; « expérience inédite » ; « Maroc ».

Abstract

The Coronavirus disease, which appeared in China in December 2019, has spread around the world at great speed, exposing failing health systems in many countries, including Morocco. This unprecedented pandemic has plunged the world into a triple crisis, human, social and economic. Faced with the magnitude of this health crisis and the increasing number of serious cases of Covid-19 in public and private health institutions, His Majesty the King, Supreme Leader and Chief of Staff of the Royal Armed Forces, has given his High Instructions for the immediate creation of a special fund for the management of the pandemic and also for the Army to deploy field hospitals in the regions of Casablanca, in order to strengthen the public health sector. These military hospitals were set up in a very short time, with their qualified medical and paramedical staff and their latest generation equipment, and contributed in an effective and exemplary way to controlling the spread of the pandemic, from the beginning until the vaccination period. This paper will present the active participation of the military health service, in close collaboration with the public and private sector, in the management and control of the pandemic, highlighting lessons learned and future actions to be taken in case of other outbreaks. To see more clearly, we carried out a qualitative study via structured interviews. The interview campaign allowed us to provide feedback on crisis management. The sample is not statistically valid. Our analysis has tried to cover the diversity of actors: health executives, doctors (civilian and military), heads of departments, heads of institutions, but also patient representatives. It also endeavoured to cover the different geography of situations: regions particularly affected by the crisis (Avicenne Military Hospital, Marrakech and Ibn Tofail University Hospital, Marrakech), areas slightly less affected but often receiving patient transfers (Mohammed VI Military Hospital, Dakhla).

Keywords : « covid-19 » ; « military hospitals » ; « hospital resilience » ; « unprecedented experience » ; « Morocco ».

Introduction

Selon le jargon utilisé par Nassim Nicholas Taleb, « Cygne noir », est le nom que l'on pourrait attribuer à la crise du Coronavirus (maladie infectieuse due au coronavirus SARS-CoV-2). Dans son ouvrage «Le Cygne noir : la puissance de l'imprévisible», l'auteur met l'accent sur cette notion qui signifie « un évènement improbable, dont l'impact est considérable mais qui apparaît rétrospectivement comme prévisible » (Taleb, 2020). Le fondateur de Microsoft, Bill Gates, avait pronostiqué, en 2015, le script d'une pandémie mondiale, potentiellement dramatique. Si, à l'époque, cela pouvait sembler futuriste voire irréel, ce scénario s'est intempestivement produit seulement cinq ans plus tard (Hizzir, 2020). Les citoyens ont alors découvert les mots « couvre-feu », « masque FFP2 » et prennent la triste habitude d'entendre journallement le décompte des décès liés à la Covid-19.

Étions-nous prêts ? Les États, en l'occurrence les systèmes de santé, avaient-ils anticipé un plan d'intervention d'urgence pour endiguer cette crise sanitaire ? Les structures hospitalières étaient-elles suffisamment armées pour y faire face ? Manifestement la réponse est négative. Malgré les fonds mobilisés et les mesures adoptées, la crise du Covid-19 avait pâti l'ensemble des systèmes de santé à l'échelle planétaire. Au Maroc, nous avons pu constater notamment la détresse des hôpitaux, les inégalités d'accès aux soins en fonction des territoires et les difficultés de lien ville/hôpital. Si cette crise a été une épreuve douloureuse à bien des égards, elle aura aussi permis d'insuffler une prise de conscience des difficultés et d'amorcer un vent de réforme pour pérenniser notre système de santé.

Ainsi, afin de participer à la lutte contre cette crise sans précédent, le 02 Avril 2020, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, Chef Suprême et Chef d'Etat-Major Général des Forces Armées Royales, que Dieu le glorifie a donné l'ordre de déployer des hôpitaux militaires de campagne dans plusieurs régions du Royaume Chérifien (MAP, 2021).

Réalisés en moins de six jours, ces sites modulaires, sous tentes militaires, étaient de nouveaux outils mis en place par le service de santé des armées nationales (SSA) dans le cadre de l'opération «Résilience». Ces chaînes hospitalières ont mobilisé leur personnel médical et infirmier et ont réorganisé leur offre de soins, pour assurer une gestion maîtrisée de l'afflux massif de malades infectés, au soutien de la santé publique.

Plus tard, des efforts supplémentaires de la part des forces armées ont été sollicités pour intensifier et accélérer la vaccination. L'objet de cet article consiste à exposer la participation active du service de santé militaire, en étroite collaboration avec le secteur public et privé, dans

la gestion et la maîtrise de la pandémie, en mettant en exergue les enseignements tirés et les mesures à prendre à l'avenir en cas d'apparition d'autres fléaux.

En effet, notre analyse a été réalisée selon deux approches méthodologiques : d'abord, une recherche bibliographique a permis d'analyser la littérature depuis le début de la crise jusqu'à septembre 2021. Les bases de données et ressources utilisées étaient principalement des rapports et articles. Ces ressources ont permis de mettre en évidence les leviers, freins et innovations observés dans notre pays. Ensuite, un guide d'entretien qualitatif semi-directif a été établi afin d'obtenir le retour du terrain sur des thématiques en lien avec la gestion de la crise du Covid-19. Les populations ciblées étaient principalement des médecins militaires/civils et des acteurs hospitaliers.

De manière plus précise, **la première partie** met en avant une conceptualisation de la notion de résilience et décrit une photographie de notre système de santé en période de crise, un état de l'art sur différentes thématiques a été réalisé : comment les services de santé militaires et les hôpitaux publics ont-ils collaboré ? Quelles actions communes de santé au sein de notre pays ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter ici d'apporter une réponse. Nous proposerons ainsi nos recommandations pour un système de santé résilient amené à se transformer dans le contexte post-crise ayant mis en avant ses atouts et ses lignes de faille.

La seconde partie constitue un retour de témoignages construit à partir d'une palette d'entretiens, choisis pour leur diversité de niveau (centres hospitaliers, directions d'établissements, corps soignants) et pour leur diversité régionale (métropole avec des régions fortement affectées par la crise et d'autres moins). Les interviews reviennent sur la manière dont les acteurs ont appréhendé la crise, sur la difficulté de ce processus massif générateur d'incertitudes et sur la résilience hospitalière. La crise a été brusque voire inopinée et s'est avérée être une épreuve rude pour les dispositifs sanitaires, notamment au niveau local.

Une troisième et dernière partie se focalise sur les enseignements à tirer de la pandémie Covid-19 pour planifier des crises futures. Comment profiter de la crise actuelle ? Et quelles leçons peut-on tirer pour se préparer aux prochaines crises qui, par définition, seront distinctes de celle qui a été traversée ? En vrai, la menace persiste encore. Indubitablement, il est prématuré de parler de post-Covid-19. Certainement, le coronavirus fera partie de nos vies pour toujours, et le mode alerte pourrait être la nouvelle norme au sein des structures sanitaires. Par conséquent, nous devrions développer de nouvelles formes de management pour vivre et travailler.

1. Synthèse des travaux

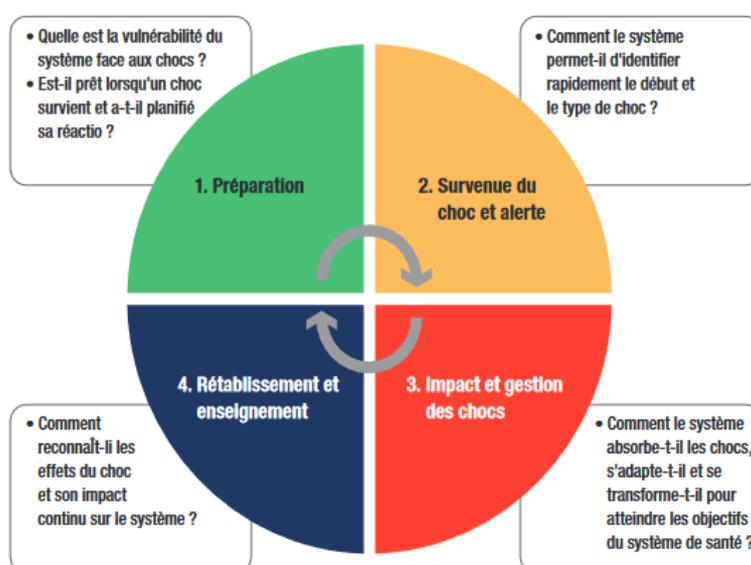
Dans le domaine de la santé, la notion de résilience a évolué depuis sa première version, tant dans son contenu, qu'en ce qui concerne sa finalité, passant d'une approche classique basée sur une gestion immédiate d'un choc, à une approche moderne fondée sur l'optimisation durable des capacités de prévention et de réaction des systèmes pour gérer mieux les crises (Nobre, 2020).

Une recension et une analyse sommaire et exhaustive de la littérature scientifique et grise nous ont permis de conceptualiser la résilience et d'offrir un synopsis sur les initiatives d'endiguement qui ont été prises par ces pays pour surmonter cette crise et préparer l'avenir.

1.1. Le concept de résilience en bref en milieu hospitalier

La résilience se traduit par l'aptitude d'un système de santé à anticiper, à gérer (absorber, ajuster et réformer) et à tirer parti d'une crise (Dumez & Minivielle, 2020). Lorsque une catastrophe surgit, que celle-ci soit naturelle ou d'origine humaine, les acteurs peuvent faire appel à plusieurs mécanismes de réaction afin de fournir une aide et y remédier. Ainsi, le schéma qui suit représente les quatre phases successives du cycle d'un choc (Illustration 1) (Thomas, et al., 2020).

Illustration 1 : Les quatre étapes du cycle de choc



Source : auteur

La première phase, la préparation, concerne la fragilité d'un système de santé face aux tensions. Elle consiste à dresser un état des lieux afin d'identifier et d'anticiper

les différents types de chocs dans le but de mettre en œuvre des mesures d'atténuation. En principe, cette étape de planification permet aux décideurs de disposer d'une vision globale des risques. Par exemple, le choc de la Covid-19 a entraîné des pénuries de médicaments d'intérêt vital. Pour cela, il s'agit d'élaborer un plan de gestion de crises sanitaires exceptionnelles, faisant ressortir les actions à entreprendre en matière de recensement des moyens humains et matériels, de constitution des équipes, de structuration des cellules de crises hospitalières et de préparation des interventions (Lemsagued, 2022).

L'intérêt de la seconde phase, le déclenchement de l'alerte, porte sur la détection rapide d'un choc. Afin d'établir un plan de réponse adapté et efficace, un contrôle drastique ainsi qu'un plan d'alerte rapide sont requis, sans quoi la réaction immédiate n'y peut avoir lieu. Lors de la gestion des événements extrêmes, la troisième phase du cycle, le système absorbe les répercussions négatives du choc et, si nécessaire, s'approprie et se transforme pour que les objectifs fixés puissent être atteints (ibidem).

Enfin, la quatrième phase, le retour à la normale, repose sur les mesures appropriées à prendre pour assurer une transition optimale (Ex : ralentissement de la propagation ou protection des personnes vulnérables). Par conséquent, indépendamment de l'incertitude liée aux crises sanitaires et leurs conséquences humaines dramatiques, il est indispensable de proposer des pistes d'action et de mettre en place des outils pour le suivi post-sinistre (Ex : Suivi de la santé mentale et du bien-être de la population) (id).

Or, les conclusions que l'on peut tirer de la crise actuelle semblent différentes. La préparation technique aux chocs ne peut se révéler être, à elle seule, une bouée de sauvetage. Le virus a démontré la fragilité de l'écosystème de la mondialisation. Il a paralysé les systèmes de santé dans certains des pays les plus riches du monde, tandis que d'autres, aux moyens plus modestes, ont mis en place une riposte réussie grâce à l'entraide. Cette crise montre combien les dispositifs de collaboration et de dialogue entre acteurs sont plus que jamais essentiels.

1.2. Le système de santé Marocain en période de crise

Avant la pandémie de Covid-19, le Maroc a fait de grands efforts pour améliorer la santé et la qualité des soins de la population. Mais, cette crise sanitaire, sans précédent, a démontré que d'avantages d'efforts sont encore requis pour sauver la vie des citoyens et résoudre les enjeux majeurs de la santé, en mettant l'action sur un financement plus efficace.

Le Maroc a adopté une nouvelle stratégie destinée à renforcer et à moderniser son système de santé. Ainsi, il a pris des mesures significatives pour la construction de nouveaux hôpitaux et

établissements sanitaires accrédités (Lefort, 2020). Ces nouvelles infrastructures pourront assurer l'équité, la flexibilité et la résilience, et améliorer le continuum de prise en charge des patients, couvrant à la fois la prévention, le dépistage, la thérapie et le suivi, aussi bien dans les zones urbaines que rurales.

Notre pays a également lancé, dans la région de Ben Slimane, le projet de construction d'un site industriel pour la fabrication de vaccins anti-covid-19 ainsi que d'autres substances médicamenteuses. Ce grand chantier structurant, qui place le Maroc comme leader de l'Afrique dans ce domaine, consiste à assurer, d'une part, l'autosuffisance du pays en matière de doses, en vue de riposter rapidement en cas d'apparition d'éventuelles pandémies, et d'autre part, d'exporter ces vaccins vers les pays d'Afrique. Il est également question d'étendre ce projet à la biotechnologie avancée, incluant la recherche clinique, le développement et la production de thérapies cellulaires et géniques et de technologie de pointe (Map business, 2022).

1.3. Renforcer la résilience des systèmes de santé aux niveaux africain et international

La pandémie de la COVID-19 a créé des difficultés notables dans les services hospitaliers : une hausse du nombre d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques, une mauvaise prise en charge due au nombre croissant d'infections, la déprogrammation de soins et la priorisation des patients « Covid » (Deveaux, 2002). Pour y remédier, de nombreux pays de l'UA (Union Africaine) comme le Maroc ont adopté des stratégies conventionnelles et des mesures exceptionnelles afin de juguler le risque sanitaire, à savoir la mise en place de la distanciation sociale afin d'atténuer la propagation du virus, la mobilisation des cliniques privées face à la saturation des hôpitaux publics pour soulager les services de réanimation, le lancement des campagnes massives de dépistage, l'accélération des campagnes de vaccination, etc.

Parallèlement à ces initiatives, il est également devenu essentiel d'actionner des leviers de gouvernance pour déployer des espaces favorables à la créativité, gérer les disparités et répondre aux défis en matière de santé et de prévoyance pour faire face aux futures urgences sanitaires (Kickbusch & Gleicher, 2012).

L'actuelle pandémie a constitué pour les pays africains un défi fatidique. Ils ont mis tout en œuvre pour relever ce challenge dans la durée. Il est plus important que jamais d'identifier des priorités claires et d'unir leurs forces, agir collectivement et de manière concertée, dans un esprit de solidarité africaine et sur la base des valeurs communes.

D'ailleurs, le Maroc, qui assure la Présidence du Bureau Exécutif de l'Union Africaine pour un mandat de 4 ans, porte un message fort, sollicitant l'engagement et la coopération de tous les

Etats membres en matière de santé, afin de renforcer la résilience de leurs dispositifs de santé et de garantir à tous les citoyens un accès égal à des soins de qualité et abordables.

In fine, comme l'a dit l'ancienne Présidente du Libéria (Sirleaf, 2022) : « le coronavirus, où qu'il soit, est une menace pour tous, partout dans le monde ». Aucun pays ne peut intégralement résoudre à lui seul une telle crise : la complémentarité et la synergie africaines s'imposent.

2. Méthodologie

Basées sur une approche empirique, nos interrogations se sont portées sur la manière avec laquelle les structures hospitalières civilo-militaires nationales, en valorisant leur coopération pluri-acteurs et leur résilience, se sont efforcées à ralentir la propagation du virus et à secourir les malades. À cet effet, une vingtaine d'entretiens libres ont été conduits. Les premiers ont été menés à partir du 02 mars 2021 et se sont succédés jusqu'à la mi-juillet. L'intérêt était d'apprécier la perception des acteurs et des praticiens, confrontés à une potentielle situation de crise sanitaire, à propos des thèmes majeurs liés au vécu, à l'anticipation, à la gestion du stress, à la résilience hospitalière et aux conséquences des événements qui se sont succédés.

Dans notre cas, l'échantillon est non statistique. Nous avons tenté de cibler une myriade d'acteurs : des cadres de santé, des médecins (civils et militaires), un chef de service des maladies infectieuses, mais aussi des représentants de patients. Notre enquête s'est efforcée également de couvrir la géographie différenciée des situations : régions particulièrement touchées par la crise (Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech et Hôpital Universitaire Ibn Tofail, Marrakech), régions un peu moins touchées mais ayant souvent reçu des transferts de patients (Hôpital Militaire Mohammed VI, Dakhla).

Bien évidemment, avec l'accord préalable des participants, la plupart des interviews se sont déroulées à distance, en audio-conférences, à la fois en raison des restrictions sanitaires et de la prolongation de l'état d'urgence, et ont duré environ de 15 min à une heure. Or, le recueil des témoignages a été complété par des échanges de mails afin de clarifier certains points.

Dans ce sens, la confidentialité des propos ayant été institué en règle, les enquêtés se sont exprimés librement. A priori, c'est à partir de ces données collectées que nous avons pu construire notre compte-rendu (synthèse/bilan des entretiens).

En gros, le rapport d'enquête qui a été retranscrit par nos soins, a mis en exergue l'ensemble des événements tels qu'ils ont été vécus et racontés par les enquêtés, en commençant par le deuil pandémique, la planification d'urgence, puis l'anticipation des risques (le détail de ces volets ont fait l'objet d'une parution publiée par nous même dans une revue du management

hospitalier). Ensuite, des questions d'exploration approfondies ont été abordées de manière interactive (vous trouverez ci-dessous un bref aperçu de nos principaux résultats).

3. Scoop sur les principaux résultats

D'après les personnes interviewées, au sein des structures hospitalières civilo-militaires qui font l'objet de notre étude, les premiers cas ont été bien contrôlés. Les patients qui ont été admis en soins critiques présentaient des signes de détresse respiratoire aiguë. Ils ont été mis sous respirateurs artificiels aux soins intensifs (un échange de propos vifs s'en est suivi sur la nécessité de recourir à l'intubation dans les formes les plus graves). Les réanimateurs-anesthésistes utilisaient la technique de curarisation (médicaments à base de curare) pour bloquer la multiplication de SARS-CoV-2 après contamination. Ces malades qui présentaient des formes très sévères de Covid-19 avec des atteintes cardiaques ou une insuffisance rénale restaient hospitalisés bien plus longtemps aux services de surveillance continue. D'après les répondants, ces unités ont connues un fort turnover de patients et présentaient une charge de travail importante pour les médecins spécialistes. Ainsi, face à la flambée des cas, pour soulager ces hôpitaux et traiter les patients (les services d'urgences médicales et les lits de de réanimation, bien que multipliés par deux, ont été rapidement saturés), sur Hautes Instructions Royales, l'Armée a mobilisé tous ses moyens humains et matériels médicaux pour venir en renfort. Ainsi, deux hôpitaux de campagnes, bien équipés, ont été déployés à Casablanca, Marrakech et leurs périphéries pour accueillir le maximum de patients touchés par la maladie dans de meilleures conditions.

Dans ce contexte, le Maroc a déclaré l'état d'urgence et le confinement afin de contenir la propagation de Covid-19. Les étudiants qui poursuivaient leurs études en Chine ont été rapatriés en raison de la situation critique qui sévissait dans ce pays. Également, les liaisons terrestres, aériennes et maritimes ont été fermées et les déplacements internes strictement contrôlés et conditionnés.

En outre, des équipes médicales, toutes spécialités confondues, ont été envoyées avec leurs propres matériels dans plusieurs villes du Royaume pour renforcer les effectifs de la santé publique. De même, les établissements privés ont été réquisitionnés, afin d'augmenter la capacité de prise en charge litière des patients. Chaque malade atteint de Covid-19 a été isolé et soigneusement traité à l'hôpital et son entourage de contact diagnostiqué et dépisté pour éviter la contagiosité de la maladie.

Plusieurs unités médicales de réanimation ont été progressivement engagées, permettant l'appropriation de la structure par du personnel issu des services de médecine générale et d'Anesthésie-Réanimation des hôpitaux d'instruction des armées. Cette montée en puissance progressive a également permis de vérifier l'absence d'impact énergétique sur le fonctionnement des hôpitaux civils. Dès les trois premières semaines de déploiement, ces structures de campagne ont accueilli plus de 30 patients atteints d'un syndrome de détresse respiratoire associé à la Covid-19.

En effet, selon les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues, au 1er mai 2020, l'effectif total cumulé des hôpitaux de campagne a été de plus de 100 militaires, en grande majorité issus du service de santé des armées. Cet effectif a constamment varié au cours de la mission. La collaboration avec les équipes civiles a été centrée sur la prise en charge des malades et s'est inscrite dans des liens forts de confraternité entre les équipes médicales et chirurgicales. Selon les personnes interviewées qui partageaient ce point de vue, la gestion du circuit patient a permis de favoriser, avec les structures de soins locales, les flux sortants de réanimation vers des filières post-réanimation et de soins de suite et de réadaptation. Afin d'améliorer la performance des équipes et leur bien-être en mission, un soutien psychologique et des séances de techniques d'optimisation du potentiel ont été proposées.

Côté vaccination, depuis fin décembre 2021, le service de santé des armées a mis à disposition son expertise logistique et sanitaire à des fins de vaccination de masse, alors que la 4e vague épidémique frappait de plein fouet.

Selon l'opinion des acteurs hospitaliers que nous avons interrogés, la stratégie adoptée par le Maroc en mettant le service de santé militaire sur le front pour la lutte contre la pandémie de Covid-19, renforce certes davantage son image à travers le monde, et de ce fait, il compte aujourd'hui parmi les pays ayant le mieux réussi à gérer cette pandémie, avec un faible taux de contamination et de décès. Actuellement, la situation épidémiologique dans notre pays est en baisse par rapport au reste du monde pour ne pas dire nulle, car la pandémie et ses variants persistent encore.

4. Discussion

Comme cela a été évoqué par nos interviewés, aussi tragique que soit la pandémie, c'est une leçon unique pour les structures de soins et une occasion inédite d'apprendre et d'améliorer nos systèmes de santé à tous les niveaux. Les relations nouées et les liens établis doivent être durables afin de repenser les modes organisationnelles, de décision et de communication au

sein de nos institutions et nos établissements hospitaliers : à titre d'illustration, entre les praticiens et l'administration hospitalière, entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, entre les services médicaux militaires et civils. Il doit y avoir un avant, un pendant et un après Covid-19. De nombreuses doctrines, pleinement consentis au début de la crise sanitaire (trachéotomie précoce, neuropathie aiguës, sédation profonde, traitements immunomodulateurs) ont été remises en question après les premiers témoignages et résultats des essais cliniques publiés sur la toile, sur les réseaux sociaux et dans des revues médicales. Il est crucial de rendre publiques les investigations cliniques et épidémiologiques, y compris les données d'observation et d'expérimentation, en respectant les cadrages scientifiques habituels. En sus, d'après les entrevues, le leadership, le contrôle et la communication à divers niveaux ont été très bénéfiques. Une des spécificités de toute situation catastrophique de grande ampleur (canicule, épidémie, etc.) est l'activation d'une cellule de crise, organisée (solution palliative, mode secours). Un plan de commandement et des stratégies de contrôle doivent être clairement définis et fonctionnels. Le caractère inédit de la pandémie de la Covid-19 a été l'incertitude quant à la période durant laquelle les établissements hospitaliers allaient devoir fonctionner en mode alerte. Dans un tel contexte, les hôpitaux militaires et civils, agiles et résilients, ont été contraints d'allier leurs forces et à refondre complètement leurs structures organisationnelles et déprogrammer leurs activités pour accueillir les patients Covid-19 et gérer leur prise en charge.

5. Enseignements tirés de la crise

Les crises révèlent les forces et les faiblesses des organisations. Le déploiement des hôpitaux de campagne, étant donné la mobilisation exceptionnelle d'acteurs de terrain du soutien médical, constitue une exceptionnelle source de retours d'expérience dans les domaines médicaux et organisationnels. Le partage d'expérience avec le plus grand nombre, militaires et civils, est à poursuivre.

La pandémie de Covid-19 qui sévit toujours depuis près de deux années successives à montrer des failles flagrantes au niveau mondial, en particulier sur le plan santé. Elle a permis, de ce fait, de tester les capacités des pays, même les plus développés, à contenir sinon à minimiser sa propagation et son impact sur l'économie.

Concernant le Maroc et malgré toutes les mesures prises et l'approche anticipative adoptée, il y a lieu de souligner que cette pandémie qui a été une épreuve jamais rencontrée dans l'histoire, a montré qu'il existe des dysfonctionnements dans le secteur de santé publique. Celle-ci est restée en deçà d'une couverture totale et proportionnellement équilibrée, surtout dans les zones

reculées et montagneuses. Le manque d'infrastructures hospitalières et le déficit dans les ressources humaines n'ont pas suffi pour répondre aux besoins en soins intensifs et en lits de réanimation.

En outre et malgré la mise sur pied d'un comité technique et scientifique de suivi, le secteur public et privé n'ont pas pu, du moins au départ, travailler de manière homogène et complémentaire pour réduire les risques de contamination et le nombre de décès. La participation du service de santé militaire a largement contribué à la gestion de la pandémie de manière efficace et efficiente.

D'autres parts, cette pandémie a eu un grand impact sur l'économie, en particulier le tourisme qui compte parmi les secteurs-clés du Maroc (Lemaire, 2021). Heureusement, l'État a pu venir en aide aux salariés, aux entreprises et aux citoyens défavorisés pendant la période de confinement. La technologie numérique a joué un rôle prépondérant qui a permis la continuité des services dans les établissements scolaires, bancaires et dans les entreprises.

Si le Maroc a réussi à réagir et à gérer convenablement cette pandémie de Covid-19, reconnu mondialement comme modèle à suivre, il n'en reste pas moins que des efforts considérables restent encore à consentir, en l'occurrence, la création de nouvelles infrastructures sanitaires et le renforcement des effectifs du personnel médical et paramédical ainsi que leur qualification. Ensuite, la promotion et la vulgarisation de la digitalisation à tous les niveaux et enfin la sensibilisation des citoyens au respect de consignes et de mesures barrières de manière ferme et spontanée, en prévision à d'autres crises sanitaires beaucoup plus graves.

Conclusion

En période de crise sanitaire, plusieurs tactiques ont permis d'étendre les capacités d'accueil en réanimation : la mise en place des unités de soins intensifs respiratoires, la création de nouvelles unités de surveillance continue, la transformation des blocs opératoires en services de soins de suppléance et la fluidification des hospitalisations conventionnelles.

Au niveau national, l'isolement rapide des cas suspects et les admissions en unités de réanimation médicale ont nécessité une coordination et une supervision intenses ; des acteurs publics et privés, académiciens et non universitaires ont conjugué leurs efforts pour sauver un maximum de vies, par voie terrestre, ferroviaire ou aérienne, des zones rouges (Grand Casablanca et Marrakech) vers des régions moins touchées (Nouaceur, Ben Guerir). Grâce à des brancards spéciaux, les patients ont fait l'objet d'évacuations sanitaires soit vers des centres

hospitaliers périphériques ou privés avec cellules de réa sous-utilisées soit vers des unités intensives nouvellement créées.

Les services d'urgence ont été en première ligne dans la gestion du flux des patients dans les salles d'attente : cellule de triage, unité de dépistage, unité de soins ambulatoire, unité de stabilisation des hospitalisations, unité de soins de suite et de réadaptation. L'échelle de temps de ce modèle de flux n'est pas mesurée en heures mais en jours, par rapport aux événements classiques et les situations d'urgences collectives (attaques terroristes, catastrophes naturelles, etc.). La réduction de la durée des séjours dans chaque zone ou unité est souhaitable. De même, l'anticipation de l'augmentation des capacités litières et l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation sont aussi requises.

In fine, la stratégie de traçage de contacts et le dépistage sont vivement recommandés par les autorités et les acteurs hospitaliers, tous statuts confondus, et permettent de mieux circonscrire la pandémie et ce de façon plus précoce.

Le retour de témoignages a fait ressortir de nombreuses illustrations de créativité organisationnelle, observables à tous les échelons : en effet, de multiples secteurs bénéficiaient du savoir-faire militaire. Les ingénieurs de la Direction Générale de l'Armée s'investissaient dans l'innovation médicale, tandis que des militaires contribuaient au développement de l'application mobile « Stop Covid » à destination du grand public. D'autres enfin, participaient à la distribution de colis alimentaires aux régions enclavées et isolées en soutien au secteur agroalimentaire qui souffrait de la perte de main d'œuvre. Mobilisés partout, les militaires apportaient le maximum de soutien à la nation durant la période de crise sanitaire. De même, afin de bénéficier de l'expérience militaire, les équipes de médecins professeurs et chercheurs ont travaillé, au sein des laboratoires, aux côtés de leurs homologues civils à des recherches liées au Covid-19.

Pourtant, aucune recherche n'est sans faille et ne couvre tous les angles possibles. En premier lieu, pour tirer enseignements d'une situation sans précédent, comme celle qu'a constituée la pandémie du coronavirus, il faut être en mesure de la cerner avec prudence. En deuxième lieu, le fait d'avoir réalisé notre enquête à chaud présente à la fois des atouts et des inconvénients. Par ailleurs, même si elle a tenté de rendre compte de la diversité des niveaux de gestion, des opinions, notre étude aurait dû être plus pragmatiques sur certains thèmes plus polémiques, comme les effets néfastes de la Covid-19 sur la santé psychologique des soignants, des patients et des personnes endeuillées (l'absence de rituels et de mise en lien suite au décès d'un proche) et dans une certaine mesure sur la question des hospitalisations à domicile (soins de

rééducation/réadaptation des patients ayant présentés des séquelles ou en convalescence après la Covid-19).

La menace persiste encore. Indubitablement, il est prématuré de parler de post-Covid-19. Certainement, le coronavirus fera partie de nos vies pour toujours, et le mode alerte pourrait être la nouvelle norme au sein des structures sanitaires. Par conséquent, nous devrions développer de nouvelles formes de management pour vivre et travailler. Certains challenges et questions sont déjà évidents : développement de la qualité dans le champ sanitaire, adoption d'une approche durable de gestion des ressources humaines et matérielles, dépistage ciblé et répété des professionnels de santé et du médico-social, protection à la fois des patients admis pour d'autres raisons que le virus, des malades atteints de pathologies chroniques, des personnes âgées et immunodéprimés, suivi des patients Covid-19 à domicile...

Bibliographie de base

Deveaux, J. (2020). "Maroc : des hôpitaux débordés face à la reprise du coronavirus", France Télévision. Rédaction Afrique.

Dumez, H., & Minivielle, E. (2020). "Voyage au cœur du système de santé", éditions ESKA.

Elwardi, K., & Bakkali, M. (2021), "Gestion de la crise covid-19 : cas d'un hôpital public marocain ", Revue Internationale des Sciences de Gestion, vol 2 N°2.

Hizzir, H. (2020), "Il avait prédit une pandémie : multimilliardaire philanthrope, Bill Gates donne des millions contre le Covid-19", article : focus, TF1 info.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012), "Governance for health in the 21st century". Genève :

Lemaire, J-M. (2021). "Covid-19 : au Maroc, le tourisme durement affecté par la fermeture des frontières", France 24, Afrique.

Lefort, J-S. (2020), "Un soulagement rapide, covid 19", banque européenne d'investissement.

Lemsagued, F. (2022), "La résilience des systèmes de santé post-Covid : Vers une plus grande coopération africaine", n° 615, Gestions Hospitalières.

MAP. (2021). "Covid-19 : L'hôpital de campagne de Benslimane prêt à entrer en action à tout moment", Activités Royales.

MAP Business, (2022), "Covid-19: L'usine de Benslimane, un projet pionnier, article : à la une. Organisation mondiale de la santé.

Nobre, T. (2020). "L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience. Policy Brief 36. Copenhague : OMS Bureau régional pour l'Europe au nom de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332441>.

Sirleaf, E-J (2022), "Equity and unity are key to ending COVID-19", Presidential Center For Woman and Development.

Taleb, N-N. (2020), "Pandémie covid-19 : Cygne blanc ou Cygne noir ? ", article : opinions, partageons l'économie, La Tribune.

Thomas, S. (2020). "Strengthening Health Systems Resilience : Key concepts and strategies", World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332441>.

Webographie :

Revue des FAR : Focus Contribution des FAR à la lutte contre la Covid-19. Consulté le : 13/01/2021.

<https://www.sante.gov.ma>. Consulté le : 16/01/2021.

<https://www.maroc.ma/fr/activites-royales/sm-le-roi-lance-la-campagne-nationale-de-vaccination-contre-la-covid-19>. Consulté le : 02/02/2021.

https://www.challenges.fr/societe/coronavirus-l-armee-marocaine-en-renfort-prete-a-un-afflux-de-patients_706272. Consulté le : 02/02/2021.

<https://www.jeuneafrique.com/913138/politique/coronavirus-larmee-marocaine-sur-le-pied-de-guerre/>. Consulté le : 12/02/2021.

[https://apps.who.int › iris › rest › bitstreams › retrieve](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/retrieve). Consulté le : 14/02/2021.