
Ce que la résilience nous aura fait

Fanny Chabrol et Pierre-Marie David

¹ Nous sommes heureux d'inaugurer cette section « Anthropolémiques »¹ de la revue *Anthropologie & Santé* par une réflexion sur la résilience en recherche qui nous tient à cœur au sortir de trois années de pandémie². Certains pourront penser que cette « anthropolémique » ne prend pas beaucoup de risques tant la critique de la résilience devient rétrospectivement évidente après la Covid-19. Ceci n'était cependant pas aussi évident au début de la pandémie, et encore moins au cours de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest qui a fait naître la question de la résilience des systèmes de santé (Kruk *et al.*, 2015). À de rares exceptions près (van de Pas *et al.*, 2017), la recherche en santé publique et sur les systèmes de santé internationaux et nationaux a embrassé la résilience des deux bras, sans vraiment penser où cette voie de recherche allait nous mener. Les organismes de financement s'en sont également saisie et ont fait de cette notion le cœur d'appels à projets, suivant ainsi tant un mot d'ordre politique (voir l'opération militaire « Résilience » lancée par le président Macron en mars 2020) qu'une vision de l'évolution des systèmes de santé rarement questionnée. Alors que la résilience est maintenant critiquée de toutes parts, nous souhaitons ici donner un aperçu de ce qu'elle fait concrètement à la recherche et comment elle affecte la perspective anthropologique.

² Comme son ombre, la résilience a accompagné la pandémie de Covid-19 et est devenue un mot d'ordre, et de mise en ordre, pour de nombreux gouvernements. Des conflits armés aux catastrophes climatiques et industrielles, comme l'ouragan Katrina aux États-Unis ou l'accident de Fukushima au Japon, la résilience s'inscrit dans le sillon des crises. Elle renvoie chez ses promoteurs à l'idée d'absorber un choc ou une crise et de rebondir. Depuis mars 2020, de nombreux observateurs politiques, médiatiques et autres ont tout « naturellement » ré-imaginé la santé publique et les systèmes hospitaliers sous le signe de la résilience, jugée nécessaire pour faire face à la gravité et à l'hostilité de la situation. L'épidémie de Covid-19 a ainsi encouragé des groupes de recherche dans plusieurs pays à construire des enquêtes empiriques basées sur la résilience comme concept multidimensionnel. Nous avons mis à profit notre participation à un tel projet multi-pays (Ridde *et al.*, 2021) et nos expériences de terrain auprès de professionnel·le·s de santé et dans des hôpitaux en France et au Québec pour

identifier les défis posés par l'application de cette approche. Tant dans la conception que dans la mise en œuvre opérationnelle de la recherche, la résilience apparaît comme un dérivatif aux enjeux essentiels des systèmes de santé. Nous remettons en question l'utilisation de la résilience en tant que cadre analytique en soulignant ses implications politiques, et nous arguons de la nécessité de s'en détourner pour mener des recherches critiques en sciences sociales et en santé publique.

La promesse des « leçons apprises »

- ³ Ces dernières années de nombreux appels à projets de recherche ont mis en avant la notion de résilience. En retour, son évocation, combinée à la valorisation des « leçons apprises » et des « bons coups », a facilité nos négociations pour accéder au terrain (c'est-à-dire entrer dans les hôpitaux) afin de mener nos recherches. En effet, la résilience intéressait autant les gestionnaires que les chefs de service des hôpitaux et les incitait à s'impliquer dans un projet de recherche intégré porté sur l'adaptation et promettant un « retour d'information » approfondi sur leur expérience de la Covid-19. Documenter les « leçons apprises » était en effet un aspect central de nos recherches, en ce sens qu'elles proposaient une analyse comparative incluant les *success stories* dans les expériences de gestion hospitalière pendant la pandémie. En acceptant de participer, au nom des « leçons apprises », les directeurs d'hôpitaux se sont mis en position de s'approprier la résilience au niveau local. Cette démarche contraste avec d'autres écrits critiques qui présentent la « résilience » comme un discours descendant favorisant les injonctions de la gouvernance internationale (Rushton *et al.*, 2022). Alors que ce discours descendant était illustré par les déclarations politiques et les recommandations des autorités sanitaires internationales (OMS, 2022) pendant la pandémie, notre expérience a révélé que le thème de la résilience avait également généré des attentes locales, qui ont ouvert des portes que d'autres questions de recherche n'auraient pas pu ouvrir, à un moment où la prise en charge hospitalière était plus qu'incertaine, sur fond de controverses sur l'usage de l'intubation au vu des taux de décès élevés sous respirateur (Chabrol *et al.*, 2020). La résilience dans le champ des recherches en santé publique sur les systèmes de santé est donc devenue le produit à la fois d'une perspective globale se traduisant par des opportunités de subventions et de perspectives locales de gestion intéressées par les « leçons apprises ».

Les affects de la résilience

- ⁴ Cette perspective de recherche nous a amenés à collecter un récit relativement uniforme des professionnel·les de santé centré sur les émotions et les défis psychologiques. L'intensification de la charge de travail a d'abord été vécue collectivement comme une phase totalement inédite et euphorique, suivie d'un décuagement absolu. Le désenchantement est aujourd'hui général chez les soignant·e·s, qui sont épuisés et critiquent la direction de leur hôpital. Les réponses de l'exécutif ont été soit psychologiques, mettant l'accent sur la solidarité des équipes et la gestion de la santé mentale, soit axées sur la reconnaissance de la vocation (applaudissements à heures fixes et afflux de dons en France, professionnel·les de santé appelé·e·s « nos anges gardiens » au Québec), mais notre enquête montre aussi que les personnels attendaient des changements plus structurels sur le long terme. Les études

sur la résilience des systèmes de santé n'ont pas vraiment abordé les questions de surcharge de travail, d'épuisement, de désespoir et de contestation des hôpitaux en crise.

- 5 Parler de résilience encourage la survalorisation de certaines émotions, au détriment d'autres (van de Pas *et al.*, 2017). Cela incite à faire valoir l'optimisme, la créativité et l'innovation de certains (souvent des chefs de service) qui proposent des idées novatrices pour réorganiser les flux de patients ou de services, au détriment d'autres émotions, plus pessimistes ou résignées, qui sont minimisées ou minorées dans les récits et rapports relatifs à la résilience. En effet, la perte de sens du travail hospitalier est une préoccupation récurrente et a été amplifiée par la pandémie. Le « ras-le-bol » du personnel a conduit à une vague de démissions et de révoltes contre ce mot commençant par « R » ! (Wasty, 2022, p. 25). Faire du malheur causé par la pandémie et sa gestion un motif d'adaptation, de flexibilité et d'agilité, c'est en quelque sorte le postulat des systèmes de santé fondés sur la résilience. Celle-ci opère comme un jugement moral entre l'optimisme de ceux qui seraient résilients (souvent les cadres dirigeants, même s'ils sont parfois également désabusés) et la résignation des autres qui ne parviendraient pas à revenir à la normale (souvent les personnels hospitaliers les moins anciens et les moins visibles). En effet, cette injonction à la résilience tend à ignorer les expériences profondément ancrées dans les dynamiques de pouvoir liées au genre, à la race et aux inégalités sociales. Ceci explique son efficacité politique à travers la valorisation des qualités morales et des effets normalisateurs qui masquent la réorganisation massive des hôpitaux en cours et les revendications politiques des personnels hospitaliers. En d'autres termes, la célébration de l'agilité masque la flexibilité forcée que les travailleuses et travailleurs dénoncent depuis longtemps, notamment au regard des normes du travail.

De l'agilité au dégradé

- 6 Une focalisation trop spécifique sur l'organisation des flux hospitaliers fait courir le risque d'un non-respect à grande échelle des normes du travail pour « s'adapter » et absorber les patients touchés. Les fermetures de services et le redéploiement des soignant·es ont certes permis de faire face à l'afflux de patients atteints de Covid-19 lors des vagues successives de la pandémie, mais c'est la nature même de ces réorganisations exceptionnelles qui doit être interrogée. Si la résilience est le but recherché, l'investigation de la manière dont cette adaptation affecte les travailleuses et travailleurs, et le travail lui-même est empêchée. Au Québec, une première phase de « délestage » (c'est-à-dire de réaffectation du personnel) s'est opérée sur une base « volontaire », mais il n'a pas fallu attendre longtemps pour que les décrets ministériels publiés en avril 2020 permettent aux directions et autorités hospitalières de réaffecter les membres de leur personnel, que ces derniers soient « consentants ou non ». En particulier, la réaffectation signifiait une suspension des congés. Comme en France, ce hiatus a duré longtemps après l'absorption de la première vague et a enfreint les règles du travail précédemment établies. Au lieu de susciter un dialogue entre les gestionnaires et les professionnel·le·s de santé, la suspension du droit du travail a généralement donné lieu à des décisions autoritaires et non concertées, dont l'efficacité peut être largement remise en question, tant en termes d'efficience sanitaire (par exemple, hôpital protégé au détriment des résidences pour personnes âgées) que de

droit du travail en milieu hospitalier, qui a été largement mis à mal. En conséquence, des travailleuses et travailleurs au Québec, en France et dans d'autres pays se sont résignés à quitter le système de santé. Le recours à des agences d'emploi privées y est devenu courant, favorisant une transformation fondamentale d'un service généralement public via la privatisation de la gestion des ressources humaines et, à moyen terme, la flexibilisation du travail ; un *leitmotiv* des politiques hospitalières françaises et québécoises avant la pandémie.

- ⁷ L'adaptation, autre mot d'ordre de la pandémie, a ouvert la voie à l'acceptation d'un « mode dégradé » pour les hôpitaux qui pratiquaient la médecine d'une manière que certains de nos participants ont qualifiée de « sous-optimale ». Le 18 janvier 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a présenté un protocole de priorisation des hospitalisations aiguës pendant la pandémie qui redéfinissait « la qualité minimale des soins en période de pandémie dans le but de soigner le plus grand nombre de personnes à une intensité moindre plutôt que de soigner moins de personnes à une qualité optimale ». Le protocole prévoyait même que les familles puissent être appelées à libérer des lits et à prendre en charge le maximum de patients à domicile pour « s'assurer en permanence du bien-fondé de l'hospitalisation » et à « assurer une prise en charge extrahospitalière lorsque les patients n'ont pas ou plus besoin d'une surveillance clinique ou de soins qui ne peuvent être dispensés à l'extérieur de l'hôpital ». Ces réflexions actent le passage possible à un mode de fonctionnement dégradé qui va de pair avec la résilience et l'acceptation, qui trie et qui s'adapte aux nouvelles conditions matérielles. De ce point de vue, la résilience conduit à une impasse analytique qui, à son tour, contribue à normaliser la dégradation des normes de travail et de la qualité des soins ainsi que les nouvelles formes de triage « infrastructurel » qu'elle produit (Gaudillière *et al.*, 2021).

Conclusion

- ⁸ La résilience des systèmes de santé apparaît comme un piège intellectuel qui empêche d'aborder les questions urgentes de vulnérabilité sociale et d'inégalités structurelles. Il y a quelques années, alors que cette notion commençait à séduire de nombreux chercheurs et chercheuses, Remco van de Pas et ses collègues mettaient en garde contre ses potentiels écueils (van de Pas *et al.*, 2017). Sous l'effet de la pandémie de Covid-19, l'appel à une meilleure conceptualisation de cette notion ou à des études plus empiriques sur la résilience a montré ses limites. La résilience est avant tout un concept politique non neutre et une aspiration institutionnelle qui ne peut être transformée en cadre analytique. La santé publique et les sciences sociales ont une longue histoire de collaboration productive et la recherche en santé publique a grandement bénéficié de l'incorporation de questions clés des sciences sociales pour mieux révéler les inégalités structurelles sous-jacentes, les relations de pouvoir et la vulnérabilité sociale. Or, l'épidémie de Covid-19 a montré à quel point la dynamique mondiale des inégalités est présente et comment une vision étroite de la résilience des systèmes de santé nationaux ou locaux tend à l'ignorer. Le besoin se fait sentir d'un contrepoint à une vision grandissante de la résilience avec des imaginaires alternatifs (en lien avec le nouveau régime climatique ou à la décroissance, par exemple) et leur traduction dans le domaine des services de santé pour favoriser des systèmes de santé plus justes et équitables.

BIBLIOGRAPHIE

- CHABROL F., DAVID P.-M., HUNSMANN M. et THIONGANE O., 2020. « Troubler le droit au respirateur. Une critique de la raison respiratoire », *Politique africaine*, Le carnet de la revue [en ligne], <https://polaf.hypotheses.org/6586> (page consultée le 2/05/2023).
- CHABROL F. et DAVID P.-M., 2023, « How resilience affected public health research during COVID-19 and why we should abandon it » *Global Public Health*, 18:1, DOI: 10.1080/17441692.2023.2212750
- GAUDILLIÈRE J. P., IZAMBERT C. et JUVEN P. A., 2021. *Pandémopolitique : réinventer la santé en commun*. Paris, La Découverte.
- KRUK M. E., MYERS M., VARPILAH S. T. et DAHN B. T., 2015. « What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola », *The Lancet*, 385, 9980 : 1910-1912. DOI : 10.1016/S0140-6736(15)60755-3
- OMS, 2022. « Health systems resilience toolkit : A WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts », [en ligne] www.who.int/publications/i/item/9789240048751 (page consultée le 11/05/2023).
- RIDDE V., GAUTIER L., DAGENAIS C., CHABROL F., HOU R., BONNET E. et ZINSZER K., 2021. Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 76. DOI : 10.1186/s12961-021-00707-z
- RUSHTON S., BALEN J., CRANE O., DEVKOTA B. et GHIMIRE S., 2022. « Re-examining Critiques of Resilience Policy: Evidence from Barpak after the 2015 Earthquake in Nepal », *Disasters*, 46, 3 : 768-790. DOI : <https://doi.org/10.1111/disa.12487>
- VAN DE PAS R., ASHOUR M., KAPILASHRAMI A. et FUSTUKIAN S., 2017. « Interrogating Resilience in Health Systems Development », *Health Policy and Planning*, 32, suppl. 3) : iii88-iii90. DOI : <https://doi.org/10.1093/heapol/czx110>
- WASTY M., 2022. « Stop Talking about Resilience! », *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 72, 714 : 25. DOI : <https://doi.org/10.3399/bjgp22X718133>

NOTES

1. Un grand merci à tout le comité de rédaction de la revue qui a fait une place à une telle section et trouvé cette heureuse expression « Anthropolémique ». La section est désormais ouverte à toutes et tous, suivant les instructions de la revue : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/81#tocto3n3>
2. Une partie de cette réflexion a été publiée dans la revue Global Public Health: Fanny Chabrol & Pierre-Marie David (2023) How resilience affected public health research during COVID-19 and why we should abandon it, *Global Public Health*, 18:1, DOI: 10.1080/17441692.2023.2212750

INDEX

Mots-clés : Résilience, adaptation, anthropologie, Covid-19

AUTEURS

FANNY CHABROL

Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, F-75006 Paris, France
Institute for Humanities in Africa, HUMA, University of Cape Town, South Africa,
fanny.chabrol@ird.fr

PIERRE-MARIE DAVID

Faculté de Pharmacie, Université de Montréal, Montréal, Canada, pierre-
marie.david@umontreal.ca