



RAISONS DE SANTE 355 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Secteur Recherche & développement

Experience-based co-design toolkit : Un outil pour l'engagement des communautés dans la gestion de la crise sanitaire du COVID-19

Tiffany Martin, Cloé Rawlinson et Nolwenn Bühler

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil
UNIL | Université de Lausanne

Raisons de santé 355

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :

Fonds national suisse (FNS) - PNR 78



Citation suggérée :

Martin T, Rawlinson C, Bühler N. Experience-based co-design toolkit : Un outil pour l'engagement des communautés dans la gestion de la crise sanitaire du COVID-19. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2024 (Raisons de santé 355).

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/355>

Remerciements :

Nous remercions les financeurs du projet (FNS PNR78 projet n°4078P0-198464 / 1) ainsi que toutes et tous les participant·es pour leur temps, confiance et implication tout au long du projet Sociollement.

Relecture et contrôle de l'édition :

Aurélien Baud

Date d'édition :

Avril 2024

Table des matières

Résumé	5
1 Introduction	6
2 La méthode de l'EBCD	7
3 Contexte de l'utilisation de la méthode EBCD	9
3.1 SérocoViD et SociocoViD	9
3.2 SociImplement	10
4 Processus de recherche SociImplement	13
4.1 Adaptations de la méthode EBCD	13
4.2 Description des étapes de la méthode utilisée	14
4.2.1 Préparation du projet (étape 1)	14
4.2.2 Analyse préliminaire des entretiens (étape 2)	14
4.2.3 Focus Group 1 : discussion autour des expériences des participant·es et identification de problèmes (étape 3)	14
4.2.4 Focus Group 2 : analyse des problèmes et élaboration de propositions d'amélioration (étape 4)	16
4.2.5 Focus Group 3 : Présentation des recommandations et retour des participant·es (étape 5)	18
4.2.6 Finalisation et présentation des recommandations (étape 6)	19
4.2.7 Évènement final (étape 7)	19
5 Réflexions et enjeux autour du dispositif	21
5.1 Défi temporel dans l'adaptation de la méthode EBCD au contexte de crise	21
5.2 L'enjeu de transférabilité : d'un dispositif clinique à des contextes socio sanitaires	21
5.3 Inégalités, hiérarchies et asymétries	22
5.4 Socialité et collectivisation des expériences : bénéfice psycho-social de la recherche	23
5.5 Implémentation de changements à l'interne	23
6 Conclusion	24
7 Références	25
8 Annexes	26
8.1 Feuille de travail brainstorming	26
8.2 Feuille de travail propositions d'amélioration	27

Liste des tableaux

Tableau 1	Description des entretiens réalisés pour le projet SociocoViD et inclus dans le projet SociolImplement	10
Tableau 2	Caractéristiques des groupes et participant·es du projet SociolImplement	12
Tableau 3	Caractéristiques et spécificités de chaque contexte	22

Liste des figures

Figure 1	Étapes du processus de la méthode EBCD selon Donetto & collègues (3)	7
Figure 2	Objectifs, outputs et outcomes du projet SociolImplement	11
Figure 3	Étapes EBCD adaptées au projet SociolImplement	13
Figure 4	Exemples de posters de travail	16
Figure 5	Feuille d'analyse du problème	17
Figure 6	Consigne et exemples pour le brainstorming	18
Figure 7	Exemple de feuille de groupe durant le World Café	20

Résumé

La pandémie de Covid-19, et les résistances aux mesures qui ont émergé au fil du temps, ont démontré l'importance d'impliquer les populations concernées dans la réponse à la crise. Les sciences sociales avaient déjà mis en lumière la nécessité d'une telle implication dans le cadre d'épidémies précédentes comme celles d'Ebola de 2014 et 2016. Dans ce contexte, la communauté des anthropologues a été véritablement impliquée dans la mise en place de la réponse de santé globale aux épidémies en tant que « traducteur-trices culturel·les (cultural brokers) », s'engageant avec les communautés concernées¹. Pourtant, quand le virus du SARS-CoV-2 a commencé à circuler en Europe, l'importance de l'engagement des communautés concernées semble avoir été minimisée, notamment en Suisse.

Dans le but de pouvoir y remédier, nous avons développé le projet SociImplement - *Experience-based co-design Covid-19 recommendations : a tool for communities' engagement in public health crises*, financé dans le cadre du Programme National de Recherche (PNR) 78 – Covid 19. Il s'agit d'un projet collaboratif, réalisé dans le canton de Vaud, en Suisse, qui visait à co-construire avec les acteur-trices concerné-es des recommandations de gestion de crise sur la base de leurs expériences et réalités de terrain. Pour ce faire, nous avons mobilisé la méthode de *l'experience-based co-design*. Développée initialement dans le milieu des soins, nous l'avons transposée ici à un contexte de santé publique afin de tester ce dispositif de façon innovante.

Ce toolkit documente la mise en place du projet avec pour objectif de rendre compte de cette expérience et des apprentissages qui en ont été tirés. En rendant accessible ce dispositif à d'autres chercheur·euses ou acteur-trices du système de santé, il vise à leur permettre de s'en emparer pour promouvoir et développer les recherches participatives, collaboratives et communautaires en santé. Chaque étape adaptée du processus sera décrite, ainsi que les limitations et bénéfices liés à la mise en place d'un tel projet.

1 Introduction

Déployé dans le cadre du projet d'implémentation *SocioImplement*, le dispositif d'*experience-based co-design* (EBCD) cherchait à mettre en pratique, dans une visée opérationnelle, les résultats de l'enquête menée dans le projet SociocoVID. Cette approche communautaire visait à collaborer avec les acteur-trices de terrain pour construire ensemble des recommandations utiles aux décideur-euses politiques dans un esprit de préparation aux prochaines crises.

La méthode de l'EBCD rassemble des participant-es avec comme point de départ leurs expériences respectives, dans le but d'élaborer et de proposer, de manière collaborative, des améliorations des pratiques. Par exemple, dans le contexte des soins hospitaliers ou ambulatoires, elle vise à améliorer la qualité des soins sur la base d'observations et d'entretiens menés avec les patient-es, éventuellement leurs proches, et les soignant-es. Cette méthode est cependant de plus en plus utilisée dans des contextes divers en lien avec la santé, tels que des projets de prévention ou de promotion de comportements de santé. Son utilisation dans un contexte de crise sanitaire est novatrice.

Dans ce toolkit, nous proposons un guide pour l'utilisation de cette méthode dans un contexte de santé publique sur la base de notre expérience avec deux secteurs différents – le domaine de l'asile et celui des secteurs dits « essentiels ». Le but du projet *SocioImplement* était de partir de leurs expériences de la crise liées au COVID-19, de leurs difficultés, mais aussi de leurs ressources, pour travailler collectivement à améliorer la réponse en proposant des améliorations concrètes. Les étapes du dispositif EBCD seront présentées selon la méthodologie de base, puis nous expliquerons comment elles ont été adaptées aux terrains impliqués dans le projet *SocioImplement*. Tout le matériel nécessaire au dispositif implémenté sera également présenté, dans le but que celui-ci soit reproductible pour d'autres équipes de recherche. Les enjeux et difficultés liées à la mise en place d'un tel projet seront abordés, ainsi que certains résultats et effets inattendus du dispositif pour les participant-es.

2 La méthode de l'EBCD

La méthode de *l'experience-based co-design* allie approche participative et *design theory*, cette dernière s'appuyant sur 12 principes de base utiles pour une communication motivante et efficace². L'EBCD prend pour point de départ et met au centre de la démarche, les expériences des usager·ères, patient·es ou participant·es. Elle a initialement été développée et utilisée dans le contexte médical dans le but d'améliorer la qualité des soins et des prises en charge. Sur la base d'une analyse qualitative des pratiques et expériences d'un dispositif de soins, il s'agit de rassembler des patient·es et des soignant·es dans un processus collaboratif afin de proposer des idées de changements et co-crée des propositions d'améliorations. Cette méthode permet d'engager les acteur·trices à différents niveaux autour de problèmes communs, et les amène à participer activement au processus de co-construction des améliorations³. Dans cette approche, les patient·es sont considéré·es comme des acteur·trices à part entière capables de contribuer de manière active au design de leurs soins sur la base de leurs expériences. L'EBCD permet également aux participant·es de mieux s'approprier les changements et d'augmenter l'adhérence à ces derniers⁴.

Dans la littérature, 4 à 6 étapes peuvent être identifiées pour réaliser le processus complet de la méthode, selon les auteur·trices et les contextes (cf. figure 1).

Figure 1 Étapes du processus de la méthode EBCD selon Donetto & collègues³



Il s'agit des étapes suivantes (dans l'ordre chronologique) :

- **Mise en place du projet**
 - Créer le lien avec le terrain et les participant·es, instaurer la confiance et susciter l'envie/la motivation
- **Récolter les expériences des soignant·es**

- Récolte par des observations et des entretiens
- **Récolter les expériences des patient·es**
 - Récolte par des observations et des entretiens filmés
- **Première rencontre rassemblant patient·es et soignant·es**
 - Rassemblement des participant·es lors d'une première réunion, présentation d'un film édité des expériences des patient·es
 - Le film a pour fonction de *déclencheur* pour ouvrir et faciliter la discussion et le partage d'expériences, et ainsi d'identifier des priorités de changement de manière conjointe
- **Poursuite du processus de co-design en sous-groupes, formés à partir des priorités préalablement définies**
 - Les participant·es sont invité·es à co-construire des propositions d'améliorations ensemble sur plusieurs séances, sur la base des problèmes ou difficultés préalablement identifiées
- **Organisation d'un événement final**
 - Événement final qui permet de rassembler tous les acteur·trices ayant participé au processus et revenir sur ce qui a été accompli

3 Contexte de l'utilisation de la méthode EBCD

La méthode de l'EBCD a été utilisée dans le cadre de la crise sanitaire du COVID-19, dans un projet collaboratif nommé SociImplement. Financé dans le cadre d'un appel spécial du Programme National de Recherche (PNR) 78 – Covid-19^a visant à promouvoir l'implémentation des projets de recherche, SociImplement est tourné vers l'action et le changement. Il est né du besoin de pouvoir traduire les analyses qualitatives menées dans le projet d'anthropologie médicale SociocoViD en des recommandations concrètes et ancrées dans les réalités du terrain. SociocoViD a été développé dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire avec une équipe d'épidémiologistes et de spécialistes de la médecine sociale et communautaire en tant que volet qualitatif de l'étude cantonale sur la transmission et l'immunité au SARS-CoV-2 au sein de la population vaudoise, SérocoViD. Ces projets sont détaillés brièvement ci-dessous.

3.1 SérocoViD et SociocoViD

SérocoViD^b est une étude épidémiologique de séroprévalence lancée en 2020 lors du début de la pandémie du COVID-19 sur mandat des autorités cantonales. Elle avait pour but premier de renseigner sur l'immunisation de la population et l'utilisation des mesures de protection, ainsi que de comprendre les facteurs de transmission et d'immunité au COVID-19. Lors du premier volet de l'étude, les groupes d'intérêts incluaient la population générale, mais aussi des groupes spécifiques qui étaient exposés de manière différenciée au risque. Plus précisément, les groupes inclus étaient les suivants : les personnes ayant contracté le virus du SARS-CoV-2 au tout début de la pandémie, des personnes tirées au hasard parmi la population générale, les employé-es des secteurs dits « essentiels » qui ont continué à travailler pendant le premier confinement (transports publics, services de blanchisseries de l'hôpital cantonal du canton de Vaud (CHUV), les entreprises de distribution alimentaire et les services de la poste), ainsi que les requérant-es d'asile résidant dans les foyers cantonaux de l'Établissement vaudois de l'accueil des migrant-es (EVAM). Des sérologies ont été effectuées auprès des participant-es et des questionnaires administrés, regroupant des questions sur leur situation de vie, leur santé, ainsi que leur exposition au virus et usage des mesures de protection.

Le projet SociocoViD^c, financé par le PNR 78, a été développé comme le volet qualitatif de SérocoViD. SociocoViD part de la prémisse selon laquelle, au-delà de l'idée d'une exposition globalisée au virus à l'échelle planétaire véhiculée par le terme de pandémie, les individus ne sont pas exposés de la même manière, ne disposent pas des mêmes possibilités pour s'en protéger et les répercussions sur leur vie diffèrent largement. Afin d'éclairer comment ces différences et inégalités se (re)produisent durant la pandémie, le projet a fait le choix de se focaliser sur les

^a <https://www.nfp78.ch/fr>

^b <https://serocovid.unisante.ch/>

^c <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/etude-sociocovid>

conditions de vie des individus telles que définies par l'OMS c'est-à-dire « le produit de circonstances sociales et économiques et de l'environnement physique - qui peuvent toutes avoir un impact sur la santé - et échappent en grande partie au contrôle immédiat de l'individu ». [notre traduction]⁵ (p.16). Le projet SociocoViD s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médicale et de la santé. Il vise à éclairer en quoi les conditions de vie des individus modulent leurs expériences de la pandémie et notamment leur rapport au risque et aux mesures de protection mises en place pour contenir l'épidémie. Au travers de cette exploration, il cherche à mettre en lumière les processus de reconfiguration des inégalités – nouvelles ou préexistantes – telles qu'elles se (re)jouent dans l'ordinaire des vies quotidiennes. Les groupes de la population inclus dans SérocoViD ont été les mêmes dans SociocoViD : personnes de la population générale (sélectionnées de manière aléatoire), cas index (personnes ayant contracté le COVID-19 au tout début de la pandémie, les employé-es des secteurs essentiels (transports publics, magasins de distribution alimentaire et services postaux), et les requérant-es d'asile résidant dans les foyers EVAM. La répartition des entretiens analysés pour chaque secteur sont décrits dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 1). Les résultats concernant les personnes de la population générale et les cas index ne sont pas présentés ici. L'ensemble des résultats de SociocoViD sont disponibles sur la page internet du projet.

Tableau 1 Description des entretiens réalisés pour le projet SociocoViD et inclus dans le projet SociolImplement

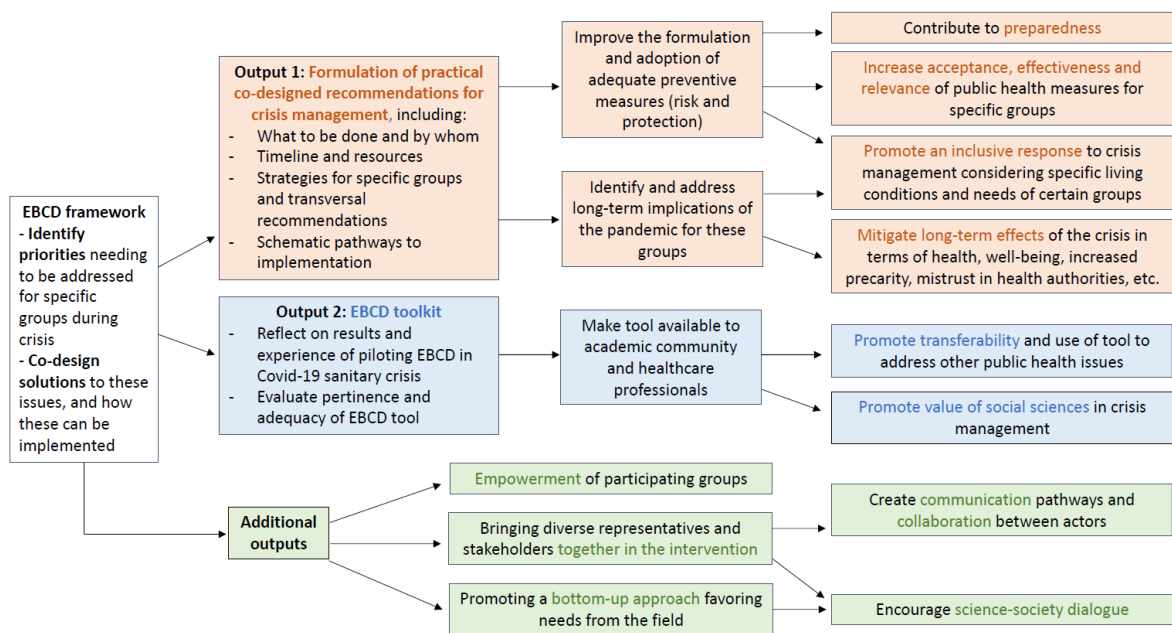
Institution d'accueil pour requérant-es d'asile	Services postaux	Entreprise de distribution alimentaire
13 entretiens réalisés avec des requérant-es d'asile	13 entretiens réalisés avec des employé-es de différents secteurs	11 entretiens réalisés avec des employé-es
3 entretiens réalisés avec différent-es professionnel·les/ responsables travaillant sur place	2 entretiens réalisés avec un responsable de secteur	2 entretiens avec des responsables de secteurs/ de magasins

3.2 SociolImplement

Le projet SociolImplement est basé sur les résultats des entretiens et observations réalisés dans le cadre de SociocoViD. Bien que les facteurs culturels et sociaux apparaissent essentiels pour renforcer la pertinence de la réponse à la crise, comme l'ont très bien montré les épidémies d'Ebola et l'anthropologie des épidémies⁶, ces derniers, souvent issus de données qualitatives, peinent à être intégrés dans les prises de décisions. De plus, l'approche peu différenciée des mesures populationnelles et leur application – sur le modèle « one size fits all » – a rapidement montré ses limites en Suisse. En effet, dans certains secteurs spécifiques tels que les établissements scolaires, les hébergements sociaux ou encore les prisons, les mesures de protection étaient complexes à mettre en place et à appliquer pour les résident-es. En outre, les différences de mesures entre cantons ont créé passablement de confusion pour les personnes dont le logement et le travail ne se situent pas dans le même canton. Finalement, alors que ces difficultés et les implications de la

pandémie ont été fortement ressenties dans certains secteurs d'activité ou certains groupes de la population, les acteur-trices n'ont pas toujours trouvé de moyens ou pu s'appuyer sur des mécanismes déjà établis pour faire remonter ces informations depuis le terrain vers les sphères décisionnelles et les autorités en charge de gérer la crise. Partant de ces observations, l'objectif de SociImplement était double : 1) objectif scientifique : co-construire des recommandations de réponse à la crise à partir des expériences, difficultés, besoins et réalités de trois terrains spécifiques, dans un idéal d'actionnabilité et de sens pour eux/elles, 2) objectif méthodologique : tester la pertinence de l'usage de l'outil d'*experience-based co-design* dans un contexte de crise sanitaire. Les objectifs et résultats attendus sont décrits en détails dans la figure 2.

Figure 2 Objectifs, outputs et outcomes du projet SociImplement



Le projet SociImplement est centré sur trois axes spécifiques en lien avec la gestion de la crise pandémique : risque et protection, implications de la pandémie (immédiates et à moyen/long terme), et tout autre problème émergent. Trois secteurs ont été inclus : deux secteurs essentiels, considérés comme d'utilité publique et nécessaires au fonctionnement minimal de la société, à savoir un secteur lié à l'entreprise de distribution alimentaire et un service postal, ainsi qu'une institution étatique hébergeant des requérant-es d'asile. Les participant-es de chaque secteur comprenaient des employé-es de différents niveaux hiérarchiques, professions et départements différents. Des employé-es responsables de la gestion de crise et/ou des départements de santé et sécurité, ainsi que des ressources humaines faisaient partie des participant-es du projet. L'objectif a été de regrouper des participant-es représentatifs/ves des différents secteurs et des réalités diverses des employé-es pendant la crise sanitaire (cf. Tableau 2).

Tableau 2 Caractéristiques des groupes et participant-es du projet SociImplement

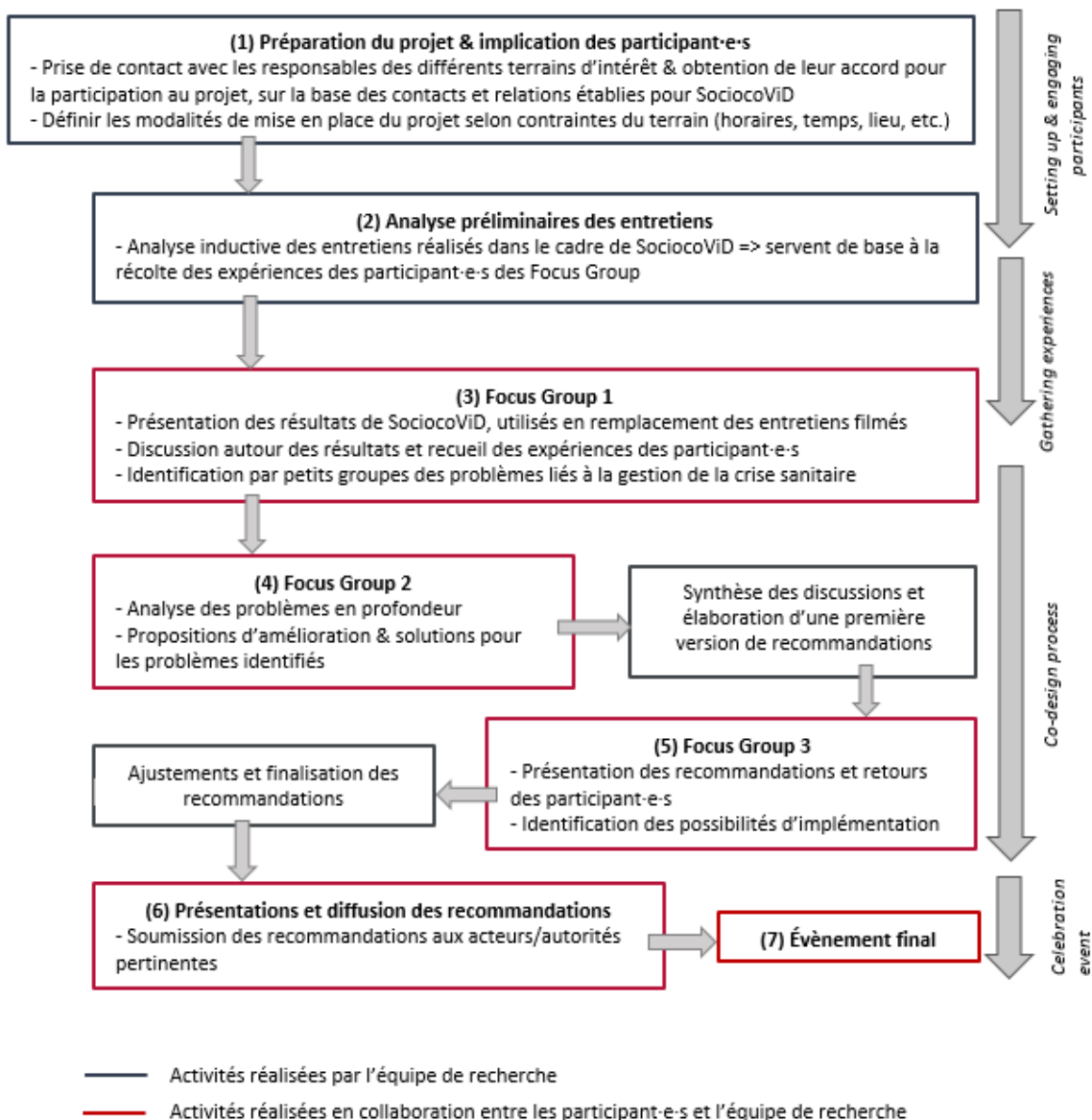
Institution d'accueil pour requérant-es d'asile	Services postaux	Entreprise de distribution alimentaire
7 à 12 participant-es	11 participant-es	7 participant-es
<ul style="list-style-type: none"> • Intendant-es • Professeur-es de français (adultes et enfants) • Personnel médical • Responsable du foyer • Assistant-es sociaux-ales • Personnel de la garderie 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables centre de tri des colis • Responsables centre de tri du courrier • Responsable sécurité et logistique de la poste • Chef d'équipe de facteur-trices • Responsable de la gestion de la santé • Responsable communication • Responsable RH 	<ul style="list-style-type: none"> • Gérant de magasin • Collaboratrice au service marketing/communication • Coordinateur de projet • Gestionnaire du commerce de détail/Présidente de la commission du personnel • Responsable de la gestion de la santé et de la sécurité en entreprise • Collaborateur du secteur Santé & sécurité travail • Spécialiste RH • Chargé de sécurité (a remplacé une personne absente pour le dernier Focus Group)

4 Processus de recherche SociImplement

4.1 Adaptations de la méthode EBCD

La méthode de l'EBCD permet une flexibilité dans son application pour s'adapter aux contraintes financières, temporelles et contextuelles propre à chaque secteur. Les étapes telles que réalisées pour chaque contexte dans le cadre du projet SociImplement sont décrites ci-dessous. Leur correspondance avec les étapes de l'EBCD telles que décrites par Donetto et collègues³, apparaissent sur le côté droit de la figure (cf. Figure 3). Les étapes, utilisées dans le cadre du projet SociImplement avec la méthode des Focus Groups, sont décrites en détails dans les sections suivantes.

Figure 3 Étapes EBCD adaptées au projet SociImplement



4.2 Description des étapes de la méthode utilisée

4.2.1 Préparation du projet (étape 1)

Le développement du projet a impliqué la mise en lien et l'établissement d'une relation de confiance entre les responsables des contextes professionnels concernés et l'équipe de recherche. Le but était de susciter leur intérêt pour le projet ainsi que leur implication dans ce dernier, en cherchant à être au plus près de leurs préoccupations et besoins. Cette première phase offrait également l'opportunité de discuter des détails concrets de la réalisation du projet, notamment le lieu, la disponibilité des participant-es, leur temps et horaires disponibles, etc. Notre priorité a été de nous adapter aux préférences des responsables de chaque contexte professionnel sur ces différents points, afin d'encourager et faciliter leur engagement dans le projet en prenant en compte les contraintes qu'ils/elles rencontraient sur le terrain. Les responsables de chaque contexte professionnel ont été invité-es à prendre part au projet comme participant-es, mais également sollicité-es pour identifier et proposer aux personnes qu'ils/elles jugeaient pertinentes de participer au projet. L'équipe de recherche a énoncé certains principes nécessaires à la bonne réalisation du projet, notamment de s'assurer de la diversité des participant-es (niveau hiérarchique et de responsabilité, représentativité des services et départements à l'interne, professions ou horizons variés) dans le but d'avoir une représentativité maximale des différents types de besoins, difficultés et réalités propres à un terrain. Le fait d'inclure des participant-es comme relai pour le processus de recrutement a représenté des avantages comme des inconvénients. L'équipe de recherche n'avait pas de contrôle sur la façon dont l'étude était présentée, ni si la participation était conditionnée, imposée ou libre. Néanmoins, faire confiance aux acteur-trices de terrain a facilité le travail de l'équipe de recherche en permettant l'identification des personnes considérées comme pertinentes et motivées à participer, initiant ainsi une première étape de co-construction collaborative. Cela a également contribué à l'engagement des acteur-trices du terrain, devenant des parties prenantes du projet et y contribuant de façon active. En effet, la présentation du projet et l'invitation par un-e collègue peuvent être facteurs de motivation et d'appropriation du projet par les participant-es, en réduisant l'écart entre les chercheur-euses et les participant-es et initiant une dynamique mobilisatrice collective au sein des organisations.

4.2.2 Analyse préliminaire des entretiens (étape 2)

Une analyse thématique ciblée des entretiens réalisés dans le cadre du projet SociocoViD a été réalisée. Cette analyse a été faite à partir des trois axes définis pour ce projet : risque et protection, les implications de la pandémie (immédiates et à moyen/long terme), et tout autre problème émergent. Les résultats de l'analyse ont été synthétisés sous forme de thèmes principaux pour chaque contexte professionnel et illustrés avec des citations extraites des entretiens.

4.2.3 Focus Group 1 : discussion autour des expériences des participant-es et identification de problèmes (étape 3)

- Objectifs : 1) Offrir un espace de discussion et d'échanges aux participant-es pour un retour d'expériences ; 2) Identifier de manière individuelle et collective les problèmes à adresser.

- Matériel : 1) Grandes feuilles format A0 ; 2) Post-it de deux couleurs différentes ; 3) Stylos

Présentation des résultats des entretiens

L'analyse des entretiens a servi de base à l'ouverture du processus de co-design et comme « déclencheur » pour ouvrir la discussion. La présentation de ces résultats a été réalisée en remplacement des entretiens filmés préconisés dans la méthode de l'EBCD.

Retour sur les résultats et ouverture de la discussion

Les participant-es ont été ensuite invité-es à s'exprimer sur les résultats présentés, notamment dans quelle mesure ces derniers faisaient écho à leurs expériences personnelles et si les éléments étaient toujours présents au moment de la discussion, ou en quoi ils avaient évolué. Ceci a permis à la fois d'enrichir notre compréhension des réalités du terrain, d'affiner nos analyses et d'engager les acteur-trices de terrain dans une forme de co-analyse interprétative des résultats.

Travail en groupe : identification des problèmes

Les participant-es se sont ensuite formés en petits groupes de deux à quatre personnes, de préférence en favorisant le mélange de personnes issues de différents secteurs et qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble.

Les participant-es ont été invité-es, de manière individuelle dans un premier temps, à réfléchir 1) aux éléments qui ont bien fonctionné durant la crise et ; 2) aux éléments problématiques qui pourraient être améliorés. Les participant-es étaient encouragé-es à utiliser les trois axes du projet pour guider leurs réflexions :

- Risque et protection
- Implications de la pandémie (immédiates ou à moyen/ long terme)
- Autres problèmes émergents

La consigne suivante était donnée : « Utiliser deux couleurs de post-it différents pour noter les éléments 1) et 2). Noter une idée par post-it ». Un élément important de la consigne était d'inclure tant les éléments problématiques que ceux qui ont bien fonctionné. Ceci permettait de ne pas se focaliser uniquement sur les points négatifs et ainsi de mettre en avant les ouvertures vers des possibles ressources.

Dans un deuxième temps, les participant-es ont été invité-es à réunir avec les autres membres de leur groupe les problèmes qu'ils/elles avaient identifié de manière individuelle. À partir de cette discussion, il leur était demandé de prioriser les problèmes identifiés au sein du groupe afin d'en choisir un sur lequel ils/elles voulaient travailler. La priorisation est guidée par trois critères :

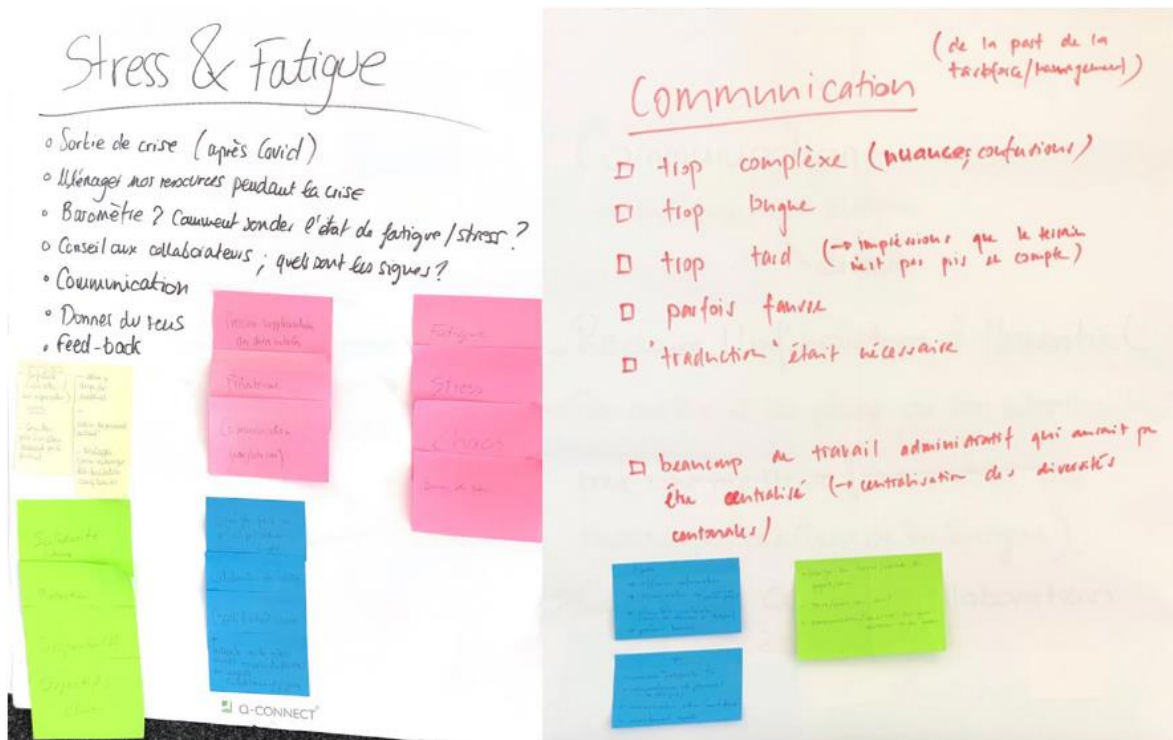
- L'importance (l'urgence) à adresser le problème, afin de s'assurer qu'il corresponde à des problématiques actuelles du terrain

- Le sens qu'il a pour les employé·es
- Adressable et réaliste : problème sur lequel il est possible d'agir et de proposer des améliorations (éviter dans la mesure du possible les problèmes qui dépendent de logiques structurelles ou externes).

La consigne suivante était donnée : « Mettre en commun les problèmes identifiés de manière individuelle avec le reste du groupe. Sur cette base, prioriser les problèmes pour en choisir un sur lequel vous aimeriez travailler ».

Une fois la priorisation des problèmes effectuée, il était demandé à chaque groupe de le noter en haut de la feuille en formulant un intitulé clair et en le détaillant si nécessaire. Sur la figure 4, deux exemples de posters sont imagés.

Figure 4 Exemples de posters de travail



À la fin de cette première session, chaque groupe a présenté aux autres participant·es le problème choisi. L'équipe de recherche a récupéré, photographié et transcrit les posters pour les séances de travail.

4.2.4 Focus Group 2 : analyse des problèmes et élaboration de propositions d'amélioration (étape 4)




- Objectifs : 1) Caractériser le problème le mieux possible ; 2) Réfléchir de manière commune à des solutions possibles aux problèmes identifiés.

- Matériel : 1) Feuille analyse des problèmes ; 2) Feuille brainstorming (individuelle et commune) ; 3) Feuille propositions d'améliorations ; 4) Stylos ; 5) Posters de la première séance

Analyse et approfondissement du problème

Le Focus Group a commencé par faire un tour de table pour évoquer les changements et nouveautés apparus depuis la dernière rencontre. Les participant-es ont été invité-es à se mettre de nouveau dans les mêmes groupes que la première fois. À l'aide de la feuille d'analyse du problème, il leur a été demandé de réfléchir plus en profondeur au problème identifié la fois précédente afin de le caractériser au mieux. Les éléments à préciser s'articulent autour de trois axes, décrit dans la figure 5.

Figure 5 Feuille d'analyse du problème

Personnes/ organisations 	Répercussions & implications 	Importance 
Qui est impliqué ? Qui est affecté ? (Si différent)	Quels sont les conséquences de ce problème ? (Considérer les différents groupes – employé-e-s, collaborateur-trice-s, responsables)	Pourquoi est-il urgent/important de l'adresser ? Quels sont les bénéfices à le résoudre ?

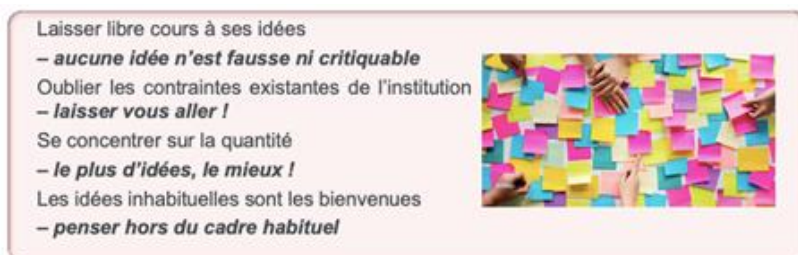
La consigne suivante leur était fournie : « À l'aide du support proposé, répondre aux questions posées pour définir au mieux le problème ».

Association libre d'idées (brainstorming) sur des propositions d'amélioration

Les participant-es ont ensuite été invité-es à un exercice d'association libre d'idées (brainstorming), en individuel dans un premier temps.

La consigne suivante leur était donnée : « Noter toutes les possibilités qui vous viennent à l'esprit pour améliorer le problème (durée : 5 minutes) » (cf. Figure 6).

Figure 6 Consigne et exemples pour le brainstorming



À noter que le fait de limiter le temps encourage à être actif/ve dans le processus et de ne pas se limiter dans les idées.

Puis, les participant-es ont été invité-es à se remettre en groupe et continuer cet exercice de brainstorming de manière collective. Le groupe devait retenir les 3 idées les plus pertinentes.

La consigne suivante était donnée : « En petit groupe, présentez-vous vos idées, combinez-les et continuez à brainstormer (durée : 15 minutes). Retenez les propositions les plus pertinentes (maximum 3) (si besoin, recourir au vote) ».

Lors de deux exercices de brainstorming, une feuille de travail était mise à disposition de chacun-e (cf. Annexe 1).

Tester les propositions d'amélioration : confrontation et critique constructive

Chaque groupe a présenté ses propositions d'amélioration, avec la consigne d'être convainquant-e auprès des autres participant-es et de montrer la pertinence de sa proposition. Le reste du groupe a évalué chaque proposition d'amélioration en demandant des précisions et en exprimant ses réserves, limites ou les incohérences perçues. Les participant-es pouvaient aussi être encouragé-es à se mettre dans la peau d'une partie prenante (employé-e, décideur-euse, responsable, etc.) pour se plonger davantage dans la démarche. L'objectif de cette étape était de favoriser la critique constructive afin d'améliorer la proposition de recommandation et de la rendre plus robuste. Le support de propositions d'améliorations (cf. Annexe 2) pouvait être utilisé comme guide à la réflexion.

4.2.5 Focus Group 3 : Présentation des recommandations et retour des participant-es (étape 5)

À partir des discussions et du travail effectué lors des deux premières sessions, l'équipe de recherche a fait une première proposition de recommandations. Cette dernière était présentée aux participant-es qui fournissaient ensuite un retour oralement, tant au niveau de la formulation que du contenu, afin de s'assurer que les recommandations soient alignées avec les pratiques de terrain et les préoccupations des participant-es.

Cette étape permettait aussi d'identifier les personnes clés et autorités correspondantes à qui ces recommandations devraient être présentées. Ces personnes pouvaient être internes (direction par exemple) ou externes (autorité référente en santé publique, relai au niveau cantonal, etc.).

4.2.6 Finalisation et présentation des recommandations (étape 6)

À partir des retours obtenus lors de l'étape 5, l'équipe de recherche a finalisé les recommandations. Ces dernières ont ensuite été présentées à l'interne et à l'externe des trois terrains, aux acteur·trices et autorités désignées de manière conjointe avec les participant·es. Ceci a permis de donner de la visibilité à ce travail et d'éprouver la pertinence et la faisabilité des recommandations au regard d'acteur·trices impliqué·es à des différents niveaux du système de santé, système social ou de sécurité.

4.2.7 Évènement final (étape 7)

La dernière étape du dispositif a consisté à organiser un évènement final permettant de présenter les résultats du travail effectué et regrouper différentes parties prenantes. Il visait à réunir les participant·es aux Focus Groups mais également de l'élargir en intégrant les personnes clés identifiées à l'étape 5 (p. ex. membres de direction d'institution) ainsi que d'autres acteur·trices travaillant avec des démarches similaires ou impliqué·es dans la gestion de crise (p. ex. employé·es de la direction générale de la santé, expert·es scientifiques). L'objectif était de valoriser les recommandations développées et de pouvoir créer des espaces de rencontre et de discussion entre les différentes personnes présentes. Ce dernier point était important car il a permis de créer des liens qui n'auraient pas forcément lieu d'être en dehors du processus de recherche. Cela a également été l'occasion de favoriser l'implémentation des recommandations en sensibilisant et intéressant les acteur·trices clé aux réalités du terrain.

Concrètement, lors de cet évènement, les résultats du projet, pour chaque contexte inclus dans la recherche, ont été présentés en binôme avec une membre de l'équipe de recherche et un acteur de terrain. Ceci a permis de donner une double perspective aux recommandations développées avec les équipes mais également d'offrir l'espace pour les groupes concernés de s'exprimer sur leurs expériences de participation à cette recherche. La parole était également donnée au public après chaque présentation pour des éventuelles questions ou réflexions sur la démarche expérimentée auprès d'un contexte spécifique.

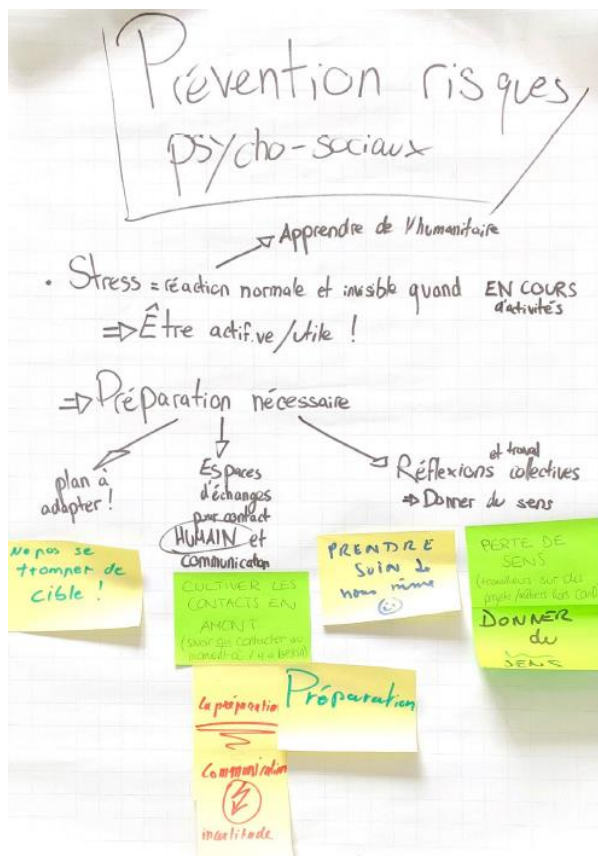
À la suite des présentations, l'équipe de recherche a divisé le public en quatre groupes pour les inviter à discuter autour d'une thématique prédéfinie par l'équipe de recherche. Les sous-groupes ont pris la forme de World Café dont le thème général était « comment renforcer le lien entre terrain et décideur·euses ? ». L'idée était de confronter les avis et expériences de chacun·e en fonction des différents secteurs d'intérêt et positions hiérarchiques, et permettant de faire un pas de plus dans le renforcement des recommandations et leur implémentation en sensibilisant des acteur·trices clé du système de santé.

La première thématique était la gestion de l'information et la communication. Il s'agissait notamment d'identifier les informations manquantes durant la crise COVID-19 et comment celles-

ci devaient circuler en cette période. Un second groupe était amené à réfléchir sur comment favoriser les relations de confiance et de collaboration entre les acteur-trices clé du système de santé et de la gestion de crise. L'objectif était d'échanger sur les obstacles et freins possibles dans les collaborations en temps de crise sanitaire. La troisième thématique proposée invitait les membres à identifier et prévenir les inégalités liées à la crise. Les participant-es pouvaient alors faire entendre leurs expériences à ce sujet et comment ils/elles ont pu y faire face. Finalement, le dernier groupe s'est focalisé sur comment prévenir les risques psycho-sociaux en temps de pandémie.

Chaque groupe était encadré par une membre de l'équipe de recherche pour gérer le temps à disposition, les temps de parole et s'assurer que la thématique était considérée dans son ensemble. Des post-it étaient à disposition des participant-es et la responsable du groupe était chargée de regrouper les idées sur une grande feuille blanche (cf. Figure 7). La membre responsable de chaque groupe a ensuite restitué brièvement les échanges internes à l'ensemble du public.

Figure 7 Exemple de feuille de groupe durant le World Café



Après une brève restitution des réflexions issues des groupes à l'ensemble du public, un apéritif dinatoire offert à tou-tes les participant-es a permis de créer un environnement propice pour prolonger les échanges et favoriser la prise de contact entre acteur-trices intéressé-es à collaborer.

5 Réflexions et enjeux autour du dispositif

L'implémentation d'un tel dispositif et sa transposition à un contexte de santé publique comprend divers défis, d'autant plus en temps de crise sanitaire. Cette méthode a été construite et adaptée de manière inductive, itérative et progressive. En effet, chaque étape a été affinée au fur et à mesure du projet afin d'ajuster le processus de recherche aux besoins et réalités de chaque terrain, ainsi qu'au climat de crise COVID-19 qui prédominait.

5.1 Défi temporel dans l'adaptation de la méthode EBCD au contexte de crise

Tout d'abord, le projet d'implémentation prévoyait de se dérouler dans une période relativement courte (12 mois). En effet, réunir trois groupes de personnes, dont certaines exerçant des responsabilités importantes dans leurs organisations, pour trois dates communes relevait déjà un défi majeur. De plus, outre les conséquences de la crise COVID-19 sur les participant-es (fatigue et absentéisme), ils/elles ont dû faire face à d'autres crises (guerre en Ukraine, crise énergétique) venant perturber à nouveau leurs activités et les poussant à faire face à de nouvelles difficultés sur le terrain. Cet enchaînement de crises a empêché un réel relâchement des équipes et leur a demandé un surplus d'efforts, entraînant un stress et une fatigue importante, mais renforçant aussi la pertinence de pouvoir collaborer autour d'un tel projet sur l'amélioration de la gestion de crise.

Pour des raisons de contraintes temporelles et de protection des données, nous avons fait le choix de renoncer aux entretiens filmés initialement prévus dans la méthode de l'EBCD. Nous avons en revanche utilisé et valorisé les entretiens comme base à partir de laquelle travailler.

5.2 L'enjeu de transférabilité : d'un dispositif clinique à des contextes socio sanitaires

Le dispositif EBCD a été élaboré initialement pour être utilisé dans un contexte clinique dans le but d'améliorer la qualité des soins. Bien que l'utilisation du dispositif commence à s'étendre à d'autres domaines de la santé, tels qu'un programme d'activité physique pour des familles dont un des membres a une maladie dégénérative⁷, une application de santé⁸ ou des soins de santé mentale et groupes de la populations considérés comme vulnérables^{9,10}, son utilisation reste le plus souvent limitée au domaine médical avec l'objectif d'améliorer les soins ou les prestations. Or, le projet SociImplement a prouvé qu'il est possible de transposer cette méthode à d'autres secteurs comme la santé publique dans un contexte de crise sanitaire. Il convient toutefois de prêter attention aux spécificités du terrain concerné pour y apporter les adaptations nécessaires et qu'ainsi la démarche d'EBCD prenne du sens selon le contexte (cf. Tableau 3).

Tableau 3 Caractéristiques et spécificités de chaque contexte

	Méthode originale EBCD	Institution d'accueil pour requérant·es d'asile	Secteurs essentiels
Contexte	Hôpitaux, services médicaux, prestations de santé	Santé-social	Entreprise (orienté profit), secteur d'utilité publique
Type de participant·es	Patient·es, professionnel·les de la santé, proches	Professionnel·les de la santé et du social, professionnel·les de domaines connexes (enseignant·es, éducateur·trices)	Responsables d'employé·es de différents secteurs
Temporalité de l'amélioration	Continue et itérative (prestations de soins)	Ponctuelle, spécifique à la crise	
Processus d'implémentation	Acteur·trices clés font partie des participant·es et peuvent prendre au processus	Autorités, organes de direction ou décideur·euses	

L'institution d'accueil pour requérant·es d'asile, en tant que domaine social, fait partie du service public. Ayant des services de santé spécifiquement dédiés aux personnes requérant·es d'asile ou en parcours migratoire, elle fait de la santé et de la prise en charge des requérant·es une préoccupation légitime. Le projet EBCD s'inscrivait ainsi très bien dans leurs objectifs institutionnels et prestations. Cependant, contrairement à un service de soins hospitaliers, la dimension systémique des changements à apporter, ainsi que les échelles impliquées, rendent particulièrement compliquée la mise en place de changements et d'améliorations.

Ces défis se sont fait ressentir de façon encore plus forte dans les secteurs essentiels. En effet, bien que reconnus d'utilité publique au début de la pandémie, ces entreprises sont soumises aux contraintes du marché et la santé ne fait partie que très périphériquement de leurs priorités, alors que les impératifs financiers et la pression sur les employé·es qu'ils induisent peuvent impacter d'une part, la santé au travail des employé·es, mais également augmenter la tensions entre collaborateur·trices et avec les responsables hiérarchiques. La pandémie a mis en lumière l'importance de la santé, mais également la faiblesse de la santé au travail dans ces secteurs. Néanmoins, elle a aussi créé un contexte propice à un véritable travail collaboratif avec une série d'acteur·trices concerné·es par ces questions, qui ont ensuite fait remonter les recommandations auprès de leurs directions.

5.3 Inégalités, hiérarchies et asymétries

Un autre enjeu était également de réunir des personnes issues de différents niveaux hiérarchiques. En effet, ceci pourrait représenter une barrière pour les participant·es par crainte de ne pouvoir exprimer pleinement des problématiques ou leurs ressentis face aux décisions prises dans l'institution. Néanmoins, l'équipe de recherche est restée attentive à créer un cadre clair, bienveillant, anonyme et inclusif. Lors de chaque séance, le projet et ses objectifs étaient rappelés, en plus des règles de fonctionnement à respecter (p. ex. tout le monde s'écoute et personne ne s'interrompt, le jugement envers les autres n'est pas accepté). Dans la mesure du possible et dans

le respect des envies des participant-es, la parole était donnée à tou-tes les membres présent-es afin de saisir les expériences de chacun-e et ainsi obtenir une plus large vision sur la gestion de la crise sanitaire. Ces échanges ont permis de créer le dialogue, mettre en lien et offrir un partage d'expériences entre employé-es n'ayant pas l'habitude de se côtoyer quotidiennement, bien que travaillant dans la même organisation.

5.4 Socialité et collectivisation des expériences : bénéfice psycho-social de la recherche

En outre, ce dispositif s'est révélé être bénéfique pour les équipes, notamment en termes de santé mentale. En effet, les échanges en groupe ont créé un espace-temps pour parler de leurs vécus pendant et après la pandémie, révélant ainsi l'important besoin de faire sens, de réflexivité, et de débriefing pour les acteur-trices de terrain. Cette opportunité d'échanges a également permis de créer des synergies à l'interne qui n'avaient pas lieu avant. Certaines personnes ont eu l'occasion de se rencontrer et auront à l'avenir un contact facilité pour de futurs échanges au sein de l'institution. Ainsi, de façon inattendue, il semblerait que ces Focus Groups aient joué un rôle bien plus large que la recherche, en permettant de reconnaître les acteur-trices dans leur vécu, leur offrant le temps du débriefing sur l'expérience de la crise sanitaire mais aussi en instillant un horizon de désirabilité pour une dynamique de changement et de *care* à l'intérieur des organisations. Ce dernier a permis aux personnes de partager leurs ressentis plus personnels d'expériences de la crise mais aussi leurs difficultés rencontrées lors de la crise et qui n'avaient pas nécessairement pu être abordées au vu des activités prioritaire liées à la pandémie.

5.5 Implémentation de changements à l'interne

Si les recommandations étaient initialement destinées aux décideur-euses politiques afin d'anticiper les prochaines crises, elles se sont également révélées comme pouvant être utiles aux directions des institutions, et plus directement d'être appropriables et implémentables par les personnes engagées dans le processus de recrutement. En ce sens, les recommandations, ainsi que la démarche de recherche, ont été présentées à une séance des cadres par la personne de contact des services postaux. Au-delà des recommandations à mettre en œuvre dans leur institution, l'acteur de terrain présentant les résultats a également pu mettre en avant les bénéfices d'une telle collaboration entre équipe de recherche et équipe de terrain.

6 Conclusion

L'objectif de ce toolkit était de présenter les différentes étapes du projet SociImplement, basé sur la méthodologie de l'expérience-based co-design (EBCD). Ce dernier, principalement utilisé dans le domaine des soins, permet d'engager et rassembler les communautés autour une problématique conjointe et ainsi apporter des améliorations concrètes au dispositif de soins. Le projet SociImplement a démontré qu'il est possible d'adapter l'EBCD au champ de la santé publique, dans le but de proposer des recommandations, issues d'une collaboration active avec les acteur·trices de terrain et à adresser aux décideur·euses politiques. En continuité du projet SociocoViD qui visait à comprendre comment les conditions de vie des différentes populations (services postaux, service de chaîne alimentaire et institution d'accueil pour requérant·es d'asile) ont impacté les expériences de la pandémie, des responsables et employé·es de ces trois groupes ont été invité·es à participer aux Focus Groups prévus dans le cadre de SociImplement. Au terme de ce processus, des recommandations ont pu être développées à partir des expériences des employé·es vu·es en entretiens (services postaux, d'une chaîne de distribution alimentaire et d'une institution d'accueil pour requérant·es d'asile) et de celles des personnes impliquées dans la recherche. Ces recommandations font l'objet d'articles à paraître dans le cadre d'un numéro thématique spécial de la Revue Médicale Suisse.

Au-delà des recommandations établies pour chaque terrain impliqué, le contexte sanitaire de la crise COVID-19 a mis en lumière de nombreuses disparités et la complexité des différents systèmes dans lesquels elle est imbriquée. Le dispositif de recherche a permis de partager ces vécus et sur la base des expériences de proposer des recommandations à destination des autorités politiques, mais également des directions internes aux organisations. En outre, ce projet a permis de rassembler différents professionnnnel·les – employé·es et responsables – n'ayant pas forcément l'habitude de travailler ensemble, autour de problématiques générées par la pandémie dans leurs organisations. L'EBCD a donc permis de créer à la fois un espace pour prendre soin des expériences parfois insécurisantes de la pandémie, et de soutenir la reconnaissance de l'importance de la santé dans ces organisations, comme un objet méritant attention et soins au sens du care¹¹, et générant une dynamique collective de co-construction commune.

7 Références

1. Abramowitz S. Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*. 2017;46(1):421-45.
2. Bate P, Robert G. Toward More User-Centric ODLessons From the Field of Experience-Based Design and a Case Study. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2007;43:41-66.
3. Donetto S, Pierri P, Tsianakas V, Robert G. Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector. *Design Journal, The*. 2015;18:227-48.
4. Robert G. Participatory action research: using experience-based co-design to improve the quality of healthcare services. In: Ziebland S, Coulter A, Calabrese JD, Lockett L, editors. *Understanding and Using Experiences of Health and Illness*. Oxford: Oxford Academic; 2013. p. 138-49..
5. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health promotion international*. 1998;13(4):349-64.
6. Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerg Infect Dis*. 1996;2(4):259-69.
7. Carr JJ, Lalara J, Lalara G, Daniels B, Clough AR, et al. Staying Strong Toolbox: Co-design of a physical activity and lifestyle program for Aboriginal families with Machado-Joseph disease in the Top End of Australia. *PLoS One*. 2021;16(2):e0244311.
8. Harrington CN, Wilcox L, Connelly K, Rogers W, Sanford J. Designing Health and Fitness Apps with Older Adults: Examining the Value of Experience-Based Co-Design. *Proceedings of the 12th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare; New York, NY, USA: Association for Computing Machinery; 2018*. p. 15–24.
9. Mulvale A, Miatello A, Hackett C, Mulvale G. Applying experience-based co-design with vulnerable populations: Lessons from a systematic review of methods to involve patients, families and service providers in child and youth mental health service improvement. *Patient Experience Journal*. 2016;3(1):117-29.
10. Tindall RM, Ferris M, Townsend M, Boschert G, Moylan S. A first-hand experience of co-design in mental health service design: Opportunities, challenges, and lessons. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(6):1693-702.
11. Laugier S. Le care comme critique et comme féminisme. *Travail, genre et sociétés*. 2011;26(2):183-8.

8 Annexes

8.1 Feuille de travail brainstorming





Brainstorming – mise en commun



Propositions d'améliorations retenues



8.2 Feuille de travail propositions d'amélioration

<p>(1) Proposition d'amélioration</p> 	<p>(2) Forces & avantages</p> 	<p>(3) Faiblesses & limites</p> 	<p>(4) Proposition d'amélioration modifiée</p> 
<p><i>(Définir la proposition de la manière la plus claire possible)</i></p>			

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne