

EXAMEN RAPIDE

Pratiques exemplaires pour la tenue de revues intra-action et de revues après action dans le cadre de la gestion des situations d'urgence en santé publique

01/18/2022

Principales constatations

- Une revue après action (RAA) est un examen qualitatif effectué *après* la fin d'une intervention d'urgence, qui vise à déterminer les pratiques exemplaires, les lacunes et les leçons apprises. La RAA permet aux intervenants de réfléchir à leurs expériences et perceptions communes d'une intervention, et de collaborer pour déterminer ce qui a bien fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné, pourquoi, et les aspects à améliorer.
- Une revue intra-action (RIA) est un examen qualitatif effectué *pendant* une intervention d'urgence pour dégager des possibilités d'apprentissage continu et permettre la mise en œuvre de mesures concrètes visant à améliorer les interventions. La RIA est un outil visant à favoriser l'agilité lors d'une intervention d'urgence à caractère itératif. La RIA et la RAA se déroulent selon un processus semblable; toutefois, la RIA est de plus faible envergure, comporte un échéancier plus court et peut éclairer des interventions à plus long terme.
- La RIA/RAA n'a pas pour but d'évaluer le rendement d'une équipe ou d'une organisation, mais plutôt de recueillir des renseignements afin d'améliorer l'état de préparation et les capacités d'intervention par l'apprentissage constructif et collectif.
- Il y a un consensus autour de certains principes communs à respecter lors de la réalisation d'une RIA/RAA :
 - La RAA devrait avoir lieu en temps opportun, peu après un événement, tout au plus dans les trois mois qui suivent. La RIA devrait avoir lieu tout au long de l'événement afin d'évaluer les interventions en cours.
 - La RIA/RAA nécessite une interaction ouverte et honnête entre des participants qui sont traités en égaux.
 - Les données aux fins de la RIA/RAA peuvent être recueillies au moyen de diverses méthodes.

- La RIA/RAA peut (et devrait) aboutir à une liste de principales difficultés, de pratiques exemplaires et de recommandations, et à un plan d'action aux fins de la planification de mesures d'urgence futures.

Objectif et portée

Alors que les organismes de santé publique se préparent à la prochaine étape de l'intervention et du rétablissement à la suite de la pandémie de COVID-19, le présent document vise à résumer les lignes directrices ou les outils pertinents relatifs aux pratiques exemplaires en matière de RAA, ainsi que quelques exemples de RAA/RIA utilisés lors d'événements réels de santé publique. Cet examen des pratiques pourrait se révéler pertinent et utile pour les organisations qui souhaitent soumettre leurs interventions d'urgence à une RAA.

- Santé publique Ontario (SPO), en collaboration avec le Bureau de santé de Timiskaming, a effectué un examen rapide pour recenser les pratiques exemplaires de RIA/RAA ainsi que des exemples de revues effectuées dans le cadre de situations d'urgence ou d'événements de santé publique réels.
- Des pratiques exemplaires et exemples de RAA (et de RIA) tirés de publications et de la documentation parallèle sont fournis.
- Le présent examen se veut une ressource, un guide ou un outil à l'intention des organismes de santé publique et d'autres organisations qui souhaitent soumettre une intervention d'urgence (p. ex., contre la COVID-19) à une RIA ou à une RAA.

Contexte

Revue après action

Il n'existe pas de définition standard de ce qu'est une RAA ni de la démarche à suivre pour la réaliser. Selon les forces armées américaines, qui ont conçu ce processus, une RAA est une « discussion professionnelle d'un événement, axée sur les normes de rendement, qui permettait aux soldats de découvrir par eux-mêmes ce qui s'était passé et pourquoi, et comment maintenir leurs points forts et améliorer leurs points faibles »¹. Après l'éclosion de la maladie à virus Ebola en Afrique occidentale (2014-2016), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que dans le cas des situations d'urgence en santé publique, les organisations passent « de la seule auto-évaluation à des approches combinant auto-évaluation, examen par les pairs et évaluations externes volontaires faisant intervenir des experts nationaux et indépendants »². Le guide pour les RAA de l'OMS définit cette approche comme étant un examen qualitatif des mesures prises jusqu'à présent pour répondre à une urgence afin d'identifier les pratiques exemplaires, les lacunes et les leçons apprises, en insistant sur la nécessité de mener une revue approfondie des éclosions importantes de maladies et des événements marquants de santé publique³. Se fondant sur ces principes, le secrétariat de l'OMS a élaboré un cadre de contrôle et d'évaluation du Règlement sanitaire international comportant quatre éléments complémentaires, dont la RAA⁴.

Depuis plus de dix ans, plusieurs organismes américains qui financent, supervisent ou réglementent des aspects de la préparation aux situations d'urgence et des interventions en santé publique (p. ex., Secrétaire adjoint pour la préparation et la réponse [*Assistant Secretary for Preparedness and Response*], Centres pour le contrôle et la prévention des maladies [*Centers for Disease Control and Prevention*], Commission mixte)⁵ exigent la tenue de RAA officielles. Le programme d'évaluation de la sécurité intérieure (*Homeland Security Exercise Evaluation Program*, HSEEP) de l'Agence fédérale des situations d'urgence (*Federal Emergency Management Agency*, FEMA) prévoit que les leçons apprises doivent être intégrées dans la mise en œuvre des mesures d'amélioration, afin que les erreurs commises ne soient pas répétées lors de futures interventions en situation d'urgence. Bien que les organisations puissent effectuer des RAA à de multiples fins, elles sont utiles surtout pour améliorer les processus⁶. La RAA se veut un outil clé d'amélioration des systèmes et d'apprentissage dans le domaine de la gestion des situations d'urgence, en permettant d'observer et d'examiner des mesures prises en réponse à un événement réel lié à la santé publique⁷.

Le processus de RAA de l'OMS représente « une discussion ou un partage d'expérience, structurés et encadrés par un facilitateur, visant à réaliser une évaluation critique et systématique des éléments en place avant la réponse, du déroulement lors de la réponse et des éléments ayant fonctionné ou non, en cherchant à comprendre pourquoi les choses se sont passées de cette manière et comment les améliorer »³. En déterminant leurs faiblesses (et en y remédiant par la suite), les organisations peuvent renforcer leurs capacités de préparation, d'intervention et de rétablissement afin d'améliorer les résultats et d'atténuer l'incidence des événements futurs⁸. Les RAA ont pour but de réunir les principaux intervenants qui ont participé à une intervention afin de permettre un apprentissage collectif, d'identifier et de documenter les leçons apprises et les difficultés, et d'institutionnaliser les pratiques exemplaires observées au cours de l'intervention^{3,9}.

La RAA a trois objectifs principaux : documenter, évaluer et améliorer. Pour atteindre ces objectifs, les discussions peuvent reposer sur les questions primordiales suivantes¹⁰ :

1. Qu'est-ce qui aurait dû se passer?
2. Que s'est-il réellement passé?
3. Qu'est-ce qui a bien fonctionné (et pourquoi)?
4. Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné (et pourquoi)?
5. Quelles mesures devrait-on prendre pour améliorer les capacités d'intervention?

Ces questions de la RAA sont conçues pour s'appuyer les unes sur les autres de manière itérative¹¹; cependant, elles devraient constituer uniquement un guide pour les organisations, car la mise en œuvre efficace d'une RAA et les questions qu'il y aura lieu de se poser seront probablement plus complexes¹².

Le processus de RAA est plus approfondi qu'un débriefage et répond à une question supplémentaire : « pourquoi » (c'est-à-dire pourquoi certains processus ont bien fonctionné, alors que d'autres non). Cependant, le terme « débriefage » peut être utilisé tout au long du présent document en lien avec des articles précis, afin de ne pas modifier la signification des données.

Avantages de la RAA

Les RAA sont décrits comme étant des outils utiles pour l'amélioration du système de préparation aux situations d'urgence en santé publique¹³. Recueillir les idées et les expériences des personnes qui ont participé à une intervention d'urgence par le biais de l'apprentissage collectif permet de relever les difficultés communes ou récurrentes au niveau du système. Les RAA permettent d'élaborer un mandat pour que les organisations puissent s'attaquer à ces difficultés et dresser des plans en vue d'améliorer le processus de planification d'urgence. Ainsi, Tannenbaum et Cerasolli (2013) ont constaté que les équipes se livrant à un débriefage, y compris dans le cadre d'une RAA, avaient tendance à présenter un rendement supérieur à celles qui n'en faisaient pas, une hausse d'efficacité des équipes de 25 % attribuable à l'apprentissage et à l'amélioration du rendement ayant été relevée¹⁴.

La planification et la réalisation des activités de RAA sont des processus décrits comme étant utiles aux organisations, car elles aident à faire prendre conscience des rôles et des responsabilités des personnes qui participent à une intervention d'urgence⁷. En créant et en rehaussant des possibilités de dialogue entre secteurs et parmi ceux qui sont nécessaires pour renforcer la préparation et les interventions en cas de situation d'urgence en santé publique, les RAA permettent de relever les lacunes, les pratiques exemplaires et les difficultés, tout en aidant à déterminer les causes profondes des lacunes en matière de préparation.

Revue intra-action dans le contexte de la COVID-19

La COVID-19 a entraîné une morbidité et une mortalité dévastatrices dans le monde entier, ainsi que de vastes bouleversements sociaux, éducatifs et économiques. Compte tenu de la pandémie actuelle de COVID-19, il est important que les pays et les organisations qui interviennent dans la lutte contre la pandémie réfléchissent constamment à leurs stratégies d'intervention⁷. Les RAA peuvent être utiles et importantes après les éclosions; cependant, cette méthodologie est généralement appliquée après la fin d'une intervention, et doit être adaptée aux urgences de plus longue durée, comme celles de la pandémie de COVID-19⁷. Le recours à une démarche adaptée de RAA (c.-à-d. la revue intra-action [RIA]) pendant une pandémie pourrait permettre de déterminer plus rapidement les réussites et les difficultés, et de relever les aspects à approfondir ou à améliorer. Compte tenu de la durée de la pandémie actuelle de COVID-19, il est important que les organisations prennent le temps de réfléchir à leurs stratégies d'intervention et se fondent sur les informations recueillies pour adapter leur approche en temps réel afin de renforcer leur préparation et leurs capacités d'intervention⁷.

L'OMS et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ont publié des guides et des outils pour réaliser une RIA en lien avec la COVID-19 afin de mieux juguler les éclosions, protéger les groupes à risque et atténuer les répercussions de la COVID-19 sur l'économie pendant la pandémie¹⁵. Les RIA peuvent offrir d'importantes possibilités d'apprentissage continu et permettre la mise en œuvre de mesures visant à améliorer les interventions. Elles peuvent servir d'outils aux décideurs et aux gestionnaires des situations d'urgence pour saisir, informer et communiquer clairement les progrès réalisés sur le plan des interventions et du rétablissement dans un large éventail de situations d'urgence sanitaires ou humanitaires. Les RIA visent à recueillir les réactions sincères des personnes impliquées dans une intervention, et à adopter une approche collective pour répondre à quatre grandes questions :

1. Que se passe-t-il ?
2. Quels sont les enjeux émergents à l'horizon?
3. Quelles leçons peut-on tirer?
4. Qu'est-ce qui devrait changer?

Les réponses à ces questions peuvent permettre de dégager rapidement des mesures faciles à mettre en œuvre pour résoudre des problèmes immédiats et urgents et améliorer les interventions actuelles. Une RIA ne saurait remplacer une évaluation postérieure à l'événement (RAA, débriefage postérieur à une écloison, etc.). Tant la RAA que la RIA peuvent contribuer à mettre en évidence les aspects techniques qui nécessitent une amélioration immédiate afin d'orienter les décisions à prendre lors de vagues subséquentes ou d'interventions futures en cas d'écloison.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la RIA est de plus faible portée qu'une RAA. Bien que celle-ci porte généralement sur de multiples « piliers » (c.-à-d. des catégories techniques assez larges qui regroupent plusieurs domaines ou fonctions techniques spécifiques et sont utilisées pour définir la structure de la revue; parmi les piliers courants, citons la surveillance, les laboratoires, la coordination et les interventions dans les situations d'urgence, la communication et la participation de la communauté, ainsi que la prise en charge des cas et les mesures de santé publique)³, la RIA porte sur un ou deux « piliers », et sa portée est donc facile à gérer¹⁵. Pour les questions clés associées à chaque pilier, consulter l'annexe de l'OMS³ et de l'ECDC¹⁶.

Méthodologie

Une recherche dans les publications évaluées par un comité de lecture et dans la documentation parallèle a été effectuée entre mai et juillet 2021 afin de recenser des exemples de revues intra-action ou après action spécifiques à une intervention d'urgence en santé publique ou à un système de gestion des situations d'urgence en santé publique ainsi que des pratiques exemplaires connexes. Soulignons que les articles qui traitent uniquement des débriefages n'ont pas été inclus dans le présent rapport, étant donné que les débriefages sont de plus haut niveau, nécessitent moins de temps que les RIA/RAA et font l'objet d'une publication distincte de SPO. Seuls les articles qui utilisent indifféremment les termes anglais « *debrief* » (débriefage) et « *AAR* » (RAA) ont été inclus, et cette absence de distinction est soulignée s'il y a lieu dans la section suivante sur les résultats.

La recherche documentaire s'est limitée à une base de données (MEDLINE) et aux articles publiés depuis 2015. Les termes de recherche pour la documentation indexée comprenaient (sans s'y limiter) : *debriefings* (débriefages), *after action review or report* (revue ou rapport après action), *civil defense* (protection civile), *COVID-19, disaster planning* (planification en cas de catastrophe) et *program evaluation* (évaluation des programmes). Cette recherche a donné 184 résultats. Sur ces 184 titres et résumés, 57 articles complets ont été examinés, et neuf ont été inclus dans le présent examen définitif. Trois autres articles ont été sélectionnés manuellement dans des listes de référence.

Pour la recherche dans la documentation parallèle, cinq moteurs de recherche personnalisés ont été consultés en juillet 2021 en utilisant des chaînes de recherche multiples. Il n’y avait aucune restriction de date pour cette recherche. La pertinence des 100 premiers résultats de chaque chaîne de recherche a été évaluée. Une méthodologie de recherche complète est disponible sur demande. Les données descriptives et méthodologiques ainsi que les principales constatations ont été extraites pour chaque document pertinent. Les auteurs ont examiné chaque document de manière indépendante et se sont mis d’accord sur les ressources à inclure après discussion.

Résultats

Pratiques exemplaires

Quatorze ressources de la documentation parallèle et neuf articles de la documentation indexée traitant des pratiques exemplaires pour la réalisation d’une RAA ou d’une RIA répondaient aux critères d’inclusion. En général, les ressources ont été publiées par des organisations de santé publique (p. ex., OMS, ECDC) dans l’hémisphère nord (p. ex., États-Unis, Canada, Suisse, Angleterre). La plupart (n = 19) portent uniquement sur les RAA^{3,5-9,11-13,17-26} et trois traitent seulement des RIA^{15,27,28}; les autres décrivent des pratiques exemplaires pour les RAA et les RIA¹⁶. Seize ressources traitent de pratiques exemplaires pour la tenue d’une RAA ou d’une RIA dans le contexte de la santé publique^{3,5-7,11-13,15-17,19,22-24,27,28}, et sept décrivent la tenue d’une RAA dans le cadre de la préparation générale aux situations d’urgence^{8,9,18,20,21,25,26}.

CALENDRIER DES RAA/RIA

Les ressources, pratiques exemplaires et documents d’orientation invitent les organisations à procéder à la RAA dès que possible^{7,11} ou dans les trois mois suivant la fin d’un événement^{3,7,9,16,24}. On a relevé deux exceptions à ce conseil : selon une ressource, la RAA avait été effectuée dans les deux semaines suivant la fin de l’événement; cependant, cette ressource utilise indifféremment les termes débriefage et RAA¹⁹, et les débriefages tendent à avoir lieu immédiatement, font l’objet de moins de planification et sont moins structurés. Une autre ressource évoque l’échéancier recommandé par l’OMS (trois mois suivant la fin déclarée d’une ^{situation} d’urgence), mais souligne la difficulté de déterminer exactement la date où l’événement prend fin et la complexité de certains événements, qui pourraient nécessiter une extension de cet échéancier¹³. Il est souhaitable d’entamer la revue le plus tôt possible pour que le déroulement de l’événement demeure frais à la mémoire des participants²⁴ et pour minimiser le biais de rappel.

Étant donné que la pandémie de COVID-19 n’est pas terminée, il est recommandé aux organisations d’effectuer des RIA pour apprendre tout au long du processus; il pourrait être utile d’effectuer plusieurs RIA au cours de l’événement pour évaluer les interventions^{15,27}. Par exemple, une ressource recommande la conduite d’une RIA lors de la mise à jour des plans d’intervention nationaux ou infranationaux¹⁵.

LE PROCESSUS DE RAA/RIA

Les différentes étapes du processus de RAA/RIA, y compris la planification et l'organisation, la tenue de la RAA (selon le format choisi), la rédaction du rapport ainsi que le suivi participent du calendrier général de la revue. Huit ressources^{3,9,15,16,19,20,24,27} donnent des conseils sur le temps à consacrer à la réalisation des différentes étapes du processus. L'étape de la planification et de la conception a lieu en premier, et doit commencer de deux à quatre semaines au moins avant la tenue de la RAA^{3,27}. Pour assurer le succès d'une RAA, il est important de définir clairement son objet, sa portée et ses objectifs à ce stade⁷. La préparation de la RAA pourrait nécessiter d'un à trois jours³. Le temps nécessaire à son exécution repose sur le type de situation d'urgence et l'envergure des interventions, mais d'après les recommandations, la RAA pourrait s'échelonner sur une période allant de 15 minutes à cinq jours^{3,9,19,20,24,27}. Enfin, les résultats devraient être résumés immédiatement ou dans les deux semaines suivant la revue³.

Les situations d'urgence en santé publique, telles que les éclosions de maladies infectieuses, sont souvent de plus longue durée et ne comportent pas de dates de début et de fin précises; il pourrait donc être irréaliste de tenir une RAA selon un échéancier bref et précis⁶. L'HSEEP recommande de produire le rapport de RAA dans les 60 jours, mais les organismes de santé publique pourraient avoir de la difficulté à effectuer une analyse approfondie de leurs interventions dans un délai aussi court. En outre, comme la pandémie de COVID-19 persiste, la tenue de RIA, qui sont de plus faible envergure et nécessitent donc moins de temps, pourrait se révéler utile pour les mesures de santé publique¹⁶. La RIA permet de tenir des examens périodiques réguliers visant à revoir continuellement et à modifier au besoin les stratégies d'intervention²⁸. Il faut franchir les mêmes étapes que l'on réalise une RIA ou une RAA, mais la RIA est mise en œuvre plus rapidement. La conception et la préparation ont lieu généralement une semaine avant le début de la RIA¹⁵, et celle-ci est exécutée en l'espace d'une demi-journée à deux jours^{15,27}; les résultats sont communiqués aussitôt ou dans un délai de deux semaines¹⁵. La RAA et la RIA prévoient un suivi continu au besoin en ce qui concerne les aspects à améliorer^{3,15}.

FORMATION D'UNE ÉQUIPE DE RAA/RIA

L'équipe de RAA/RIA est chargée de la planification, de l'organisation et de la rédaction du rapport final²⁴. Douze ressources comprennent des conseils sur la formation d'une équipe de RAA/RIA, en précisant les rôles, les responsabilités, les connaissances respectives et les types de postes occupés au sein de l'organisation^{3,9,15,16,19-22,24-27}, et sur l'importance de définir les rôles afin que la RAA/RIA soit fructueuse¹⁶. La taille de l'équipe chargée de la revue sera fonction du format et de la portée de la situation d'urgence en santé publique à examiner et de la revue elle-même^{3,16}, mais elle devrait comprendre :

- un chef d'équipe^{3,16,24,27};
- un facilitateur principal^{3,16,24,27};
- d'autres facilitateurs^{3,9,16,19-22,24,27};
- des rapporteurs^{15,16,21,22,24,26,27};
- un analyste connaissant les méthodes mixtes (c.-à-d. questionnaire et analyse quantitative)^{3,9,16,26,27};
- un rédacteur du rapport^{3,16,24,27}.

Un soutien virtuel pourrait devoir être fourni aux personnes qui effectuent leur RAA ou RIA virtuellement²⁷.

Le chef d'équipe est responsable de diverses activités, notamment le lancement du processus, la détermination de la portée de la revue, ainsi que la supervision et la coordination de toutes les activités et des membres de l'équipe^{3,24}. Le facilitateur principal élabore les questions clés et effectue le breffage des autres facilitateurs^{3,24}, lesquels doivent être impartiaux et en mesure d'orienter les discussions et de résumer les thèmes clés^{3,24}. Certaines pratiques exemplaires recommandent que le chef d'équipe et les autres facilitateurs connaissent le sujet^{9,25,26}, en précisant que cela n'est pas obligatoire, et que les facilitateurs aient contribué peu (ou pas du tout) aux interventions directes afin d'assurer leur neutralité^{3,9,16,19,21}. Certaines ressources suggèrent de ne pas confier le rôle de facilitateur aux membres de la haute direction⁹, ces derniers devant assurer la coordination et fournir du soutien tout au long du processus^{3,15,26} afin de démontrer à leur organisation l'importance de tenir des revues de ce genre. Le rapporteur est chargé de prendre note des discussions^{3,24} et le rédacteur prépare le rapport final^{16,24}. Une personne peut jouer divers rôles à la fois si elle est en mesure de le faire^{3,16,27}.

Deux ressources mentionnent qu'un expert en la matière pourrait être un ajout précieux à l'équipe, sans toutefois définir son rôle et ses fonctions au sein de l'équipe^{16,27}. Dans l'ensemble, les ressources soulignent l'importance pour l'équipe d'avoir de l'expérience dans la conduite de ces types de revues ou d'autres processus d'évaluation^{9,16}. Enfin, il a également été noté que des experts externes, tels que ceux de l'OMS et de l'ECDC, pouvaient être consultés lors de la planification et de la réalisation d'une RAA ou d'une RIA^{15,16}. En plus de fournir du personnel et des capacités, les consultants externes peuvent contribuer à apporter la neutralité nécessaire pour permettre au personnel de donner des réponses plus franches et de faire preuve d'honnêteté et d'ouverture, tout en proposant une analyse plus objective que le personnel interne qui a participé aux activités d'intervention ou a été touché par celles-ci⁶. Les évaluateurs externes sont parfois plus à même de faciliter des discussions plus approfondies afin d'identifier les causes profondes pour contribuer à distinguer ce qui a bien fonctionné des aspects à améliorer⁶.

Il semble qu'en règle générale, un processus structuré d'évaluation et de production de rapports puisse contribuer à garantir l'appropriation des résultats⁷.

PARTICIPATION DES INTERVENANTS À UNE RAA/RIA

Dix ressources donnent des conseils sur le nombre et le type d'intervenants à inviter à participer à une RAA/RIA^{3,9,13,15,16,20,22,24,25,27}. Bien qu'aucun nombre précis de participants ne soit prescrit, les ressources mentionnent de 10 à 20 participants¹⁵ et jusqu'à 20 à 50 participants²⁰ selon la portée de l'événement qui fait l'objet de la revue, la RAA/RIA elle-même et les interventions de l'organisation. Inclure moins de participants peut rehausser l'efficacité du processus en conciliant la diversité et l'expertise requises avec l'importance de maintenir la capacité d'intervention. Toutes les ressources, cependant, recommandent d'inclure et de reconnaître les contributions d'un large éventail d'intervenants qui participent aux interventions, sans égard à leur expertise ou à leur poste, afin de prendre en compte toutes les opinions tout au long du processus^{3,9,13,15,16,25}. Ces intervenants pourraient aller des personnes qui s'occupent des aspects plus techniques des interventions^{3,16} à celles qui occupent des postes de direction^{3,16}. Si un système de gestion des incidents (SGI) a été mis sur pied pour les interventions, il est particulièrement important que les personnes affectées au SGI participent à la revue³. Parmi les autres intervenants

importants qui sont mentionnés, soulignons ceux qui remplissent diverses fonctions dans le secteur de la santé³, des partenaires financiers³, des organisations externes participant aux activités de préparation²⁴, des travailleurs de première ligne²² ainsi que d'autres personnes concernées par les interventions qui peuvent faire part de points de vue utiles sur celles-ci, sur le rétablissement et sur d'autres activités connexes^{9,22}. Précisons que toutes les personnes invitées n'ont pas à participer à la discussion; certaines seront de simples observateurs³.

Selon le guide de l'OMS, il importe que les participants aient une expérience avérée et une connaissance approfondie des différents niveaux de responsabilité et des aspects à examiner¹⁵. Une matrice des intervenants est un outil pouvant servir à la sélection des intervenants éventuels; ceux-ci sont regroupés dans un tableau, avec une liste des domaines d'intervention dans la première colonne (p. ex., les systèmes de laboratoire et les stratégies de test, la recherche-développement) et une liste des organisations participant à ces interventions dans la ligne supérieure (p. ex., le ministère de la Santé, les services frontaliers et les aéroports)^{16,27}. Une telle matrice se révèle utile pour déterminer les groupes de personnes qui devraient participer, tout en rendant compte également du processus de sélection, contribuant ainsi à la validité méthodologique générale des RAA¹⁶.

MÉTHODES COURANTES DE RAA/RIA

Les ressources mentionnent un large éventail de méthodes qui peuvent être utilisées pour réaliser des RAA et des RIA, notamment des entretiens^{3,9,25,26}, des groupes de discussion, des discussions dirigées par un facilitateur, des ateliers^{3,9,15,16}, des questionnaires ou sondages^{3,9,16,25,26}, des séances de rétroaction immédiate (c.-à-d. qui ont lieu tout de suite après un événement)^{25,26}, des processus de collecte de données aux fins de l'analyse des tâches⁹, des ateliers de débriefage^{16,27}, des observations^{9,26}, des consultations publiques¹⁶ et l'examen de documents^{16,26}. D'après un article de Skryabina et coll. (2018), la méthode choisie devrait correspondre à l'objet et au contexte de la RAA¹⁸. Il importe également que tous les participants aient la possibilité de contribuer et de se faire entendre, quelle que soit la méthode choisie¹¹. Par exemple, les participants doivent disposer d'assez de temps pour réunir leurs idées et réfléchir à leurs points de vue tout au long de la discussion¹¹.

La méthode de la discussion dirigée par un facilitateur ou de l'atelier (c.-à-d., un groupe de discussion) a été décrite de deux façons : (1) une méthode d'examen rétrospectif, un facilitateur neutre aidant les intervenants à réfléchir à leurs expériences communes^{8,13,16,27} et (2) une évaluation par des pairs, où des personnes de l'extérieur sont appelées à examiner objectivement les interventions^{8,13}. Certains exercices pour contribuer à la facilitation des discussions sont l'analyse des causes profondes^{8,20,22}, la cartographie des points irritants²², l'évaluation réaliste⁸, la méthode d'analyse du noeud papillon⁸ et la cartographie des difficultés et des pratiques exemplaires²². Pour rehausser la validité de la RAA/RIA, il est également recommandé de faire appel à la triangulation, à l'analyse de cas négatifs, au débriefage par des pairs et à la validation par des répondants ou participants¹⁶.

L'analyse des causes profondes est l'exercice de RAA le plus courant, et elle fait partie des orientations et de la formation relatives à la RAA du HSEEP. Il s'agit d'un outil qualitatif et rétrospectif d'amélioration de la qualité, qui permet de mieux comprendre les causes sous-jacentes de problèmes relevés lors de la RAA afin de favoriser l'élaboration de solutions tangibles^{17,26}. Savoia et ses collègues (2012) décrivent l'importance d'adopter une approche fondée sur les leçons apprises dans le cadre d'une RAA pour éviter de répéter les erreurs commises sur le plan de la préparation aux situations d'urgence⁵. Après avoir

examiné 55 RAA portant sur les interventions contre le virus H1N1, ils ont conclu que les RAA devraient réunir plus d'exemples détaillés de difficultés associées aux interventions, que les processus devraient s'appuyer dans une plus grande mesure sur la méthodologie d'analyse des causes profondes, et qu'au lieu d'être trop génériques, les recommandations fournies devraient pouvoir donner lieu à des mesures concrètes. Singleton et coll. (2014) ont examiné 62 RAA et plans d'amélioration présentés par 50 États et huit territoires américains en regard du modèle du HSEEP, et ils ont établi que les RAA les plus complètes étaient celles qui abordaient les causes profondes, et qui étaient plus précises, mesurables et limitées dans le temps que les RAA partielles¹⁷.

RESSOURCES UTILES POUR LA TENUE D'UNE RAA/RIA

Cinq des documents présentant des pratiques exemplaires comprennent des recommandations sur les ressources nécessaires ou utiles pour effectuer une RAA/RIA^{3,16,19,20,24} qui varient selon le format de la revue (p. ex., virtuelle ou en présentiel)¹⁶. Par exemple, il pourrait être nécessaire d'obtenir des fonds pour les salaires de l'équipe de RAA/RIA (surtout si la RAA/RIA est dirigée par un consultant externe)^{3,16,24}, d'autres documents ou fournitures²⁴, les aliments ou boissons à servir pendant la RAA/RIA²⁴, la technologie (p. ex., un projecteur)²⁴, la venue des participants^{16,24} et les frais éventuels de location des locaux^{16,24}, par exemple, une salle de conférence¹⁶. Il importe d'établir le budget dès le début de la planification afin que la direction dispose d'assez de temps pour réunir les fonds requis^{3,16}. Une RAA/RIA qui a lieu en présentiel nécessite des locaux appropriés^{3,19}, qui sont assez grands pour accueillir tous les participants, ainsi que de l'espace mural pour afficher les résultats de la RAA en cas de discussion dirigée par un facilitateur comportant une participation active³. Encore une fois, selon le format de la RAA, diverses ressources pourraient être requises, p. ex., des tableaux à feuilles mobiles, des papillons adhésifs et des modèles imprimés^{20,24}. Un aide-mémoire énumérant les ressources requises peut faciliter l'organisation et la rationalisation du processus de RAA/RIA²⁴. Selon le contexte (p. ex., COVID-19), il pourrait être nécessaire d'adopter les méthodes et de tenir la RAA/RIA virtuellement²⁷.

ANALYSE ET DIFFUSION DES DONNÉES RECUEILLIES AU COURS DE LA RAA/RIA

Cinq des ressources suggèrent de procéder à une analyse thématique des données qualitatives recueillies au cours de la RAA/RIA afin de synthétiser les résultats dans un rapport final, avec un plan d'action comprenant des recommandations sur les activités clés et les mesures de suivi^{3,9,16,26,27}. Bien que la longueur d'un rapport de RAA varie, certaines des sections les plus courantes sont les suivantes : résumé, renseignements généraux, objectifs d'apprentissage/portée de la revue, méthodes, constatations, conclusions et plan d'action pour les prochaines étapes (à court et à long terme)^{22,24}. Parmi les éléments supplémentaires qui pourraient se révéler utiles lors de la synthèse des résultats, mentionnons un répertoire des principales difficultés, des pratiques exemplaires et des leçons apprises, afin de contribuer à la constitution d'une mémoire institutionnelle^{3,13}. Le rapport final doit être communiqué au plus grand nombre possible de partenaires, y compris ceux qui ont participé aux activités de RAA/RIA, afin de s'assurer que leurs opinions et leurs commentaires ont été correctement pris en compte^{11,15,19,21,27}. En particulier, il est pertinent de faire connaître les conclusions et de remettre le rapport final du RAA aux cadres supérieurs et aux hauts fonctionnaires afin de garantir l'affectation de ressources supplémentaires, la promotion et l'amélioration^{3,24}. Il est également utile de partager les activités de RAA/RIA entre organisations (ou pays) afin de favoriser la préparation d'autres territoires de

compétence aux situations d'urgence en santé publique^{3,9,15,16} et de tenir une liste des partenaires à qui les constatations du rapport ont été communiquées²¹.

Il est essentiel d'assurer un suivi après le partage des résultats afin de s'assurer que le plan d'action progresse^{3,11,16,20,24}. Le calendrier suggéré pour le suivi est de trois mois après l'achèvement du RAA et tous les trois mois par la suite, à des fins de responsabilisation et pour déterminer les progrès de la mise en œuvre des recommandations³.

Exemples concrets de RAA et de RIA

La recherche a permis de trouver 40 exemples, issus de la documentation parallèle, de RAA et de RIA réalisées à la suite d'événements réels de santé publique entre 2009 et 2021, la plupart aux États-Unis (n = 27). L'événement de santé publique le plus examiné a été la pandémie de COVID-19 (n = 28), suivie de la pandémie de virus H1N1 (n = 11) et de l'écllosion de maladie à virus Ebola (2014) (n = 1). Les deux principaux outils utilisés pour orienter les RAA et RIA provenaient du HSEEP et de l'OMS. La méthodologie employée pour ces revues variait, et s'appuyait sur des entretiens, des sondages ou questionnaires, des groupes de discussion, des débriefages et l'examen de documents.

Quatre grands cadres ont été abordés dans les 40 exemples : le HSEEP (n = 10)^{17,29-37}, le guide et les outils de RIA de l'OMS (n = 8)³⁸⁻⁴⁶, le cadre national d'intervention du département de la sécurité intérieure des États-Unis (n = 3)⁴⁷⁻⁴⁹, des documents publiés par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (n = 2)^{31,50} et d'autres cadres (n = 4)⁵¹⁻⁵⁴. Dans 13 de ces exemples, aucun cadre n'a été utilisé pour la revue ni n'a été mentionné^{6,48,54-64}. Les cadres ont été décrits comme ayant été utiles en procurant des ressources, en orientant le processus et en suggérant des méthodes de collecte de données. Selon une RAA, le HSEEP est un outil efficace pour les exercices, mais moins efficace pour les interventions en santé publique lors d'un événement complexe de longue durée, comme la pandémie de H1N1⁶. Les participants à cette RAA ont signalé que le HSEEP a pour avantage de comprendre une section sur les leçons apprises permettant une analyse plus approfondie, mais cette section est facultative et n'est pas nécessairement toujours utilisée⁶.

Dans les 40 exemples tirés de la documentation parallèle, différentes méthodes de tenue des RAA et des RIA sont mentionnées, y compris les sondages ou questionnaires (n = 19)^{6,29-32,48-52,54,55,57,58,60,61,63,65,66}, les entretiens (n = 13)^{6,30,40,43,48-50,52,54,55,60,65,66}, l'examen de documents (n = 9)^{6,48,49,52,59,60,62,65,66}, les groupes de discussion ou autres formes de discussion (n = 8)^{30,31,45,54,58,61,63,64}, les séances de débriefage ou de rétroaction (n = 5)^{6,29,30,56,61}, les conférences ou ateliers (n = 4)^{37,41,45,55}, les séances de rétroaction immédiate (n = 3)^{6,34,50} et les réunions (n = 2)^{41,44}. Huit de ces exemples ne précisent pas la méthode choisie^{17,33,35,36,39,42,46,47}, et 19 de ces exemples mentionnent plusieurs méthodes^{6,29-31,40,48-50,52-58,60,61,63,65} (p. ex., méthodes mixtes : examen de documents, questionnaire en ligne, entrevues auprès d'intervenants²), la plupart ayant utilisé jusqu'à quatre méthodes pour mieux rendre compte de l'expérience des participants. Dans la plupart des exemples, les entretiens et les questionnaires ou sondages sont les méthodes conjuguées le plus souvent. Ces constatations vont dans le sens de celles d'un examen de Copper et coll. (2020), dans le cadre duquel les auteurs ont rassemblé et examiné des RAA de l'OMS et relevé des incohérences sur le plan du format, de la structure et des méthodologies⁷. Ils ont également signalé que les RAA consécutives à une épidémie ou à une pandémie recourent le plus souvent à un groupe d'étude, à un débriefage ou à des méthodes mixtes pour tirer des conclusions sur les points forts, les difficultés et les recommandations⁷. Dans le cadre d'une évaluation méthodologique

Pratiques exemplaires pour la tenue de revues intra-action et de revues après action dans le cadre de la gestion des situations d'urgence en santé publique

visant à améliorer la communication des RAA après des situations d'urgence en santé publique, les auteurs ont constaté que les méthodes de collecte de données les plus couramment utilisées pour examiner la grippe ou les pandémies étaient l'examen de documents (plans de préparation, protocoles), les groupes de discussion, les entretiens approfondis, les forums de discussion publics, les questionnaires, les visites sur place et les ateliers⁸.

Dix des exemples comprennent des informations sur les types de questions posées au cours de la RAA^{37,40,41,44,52,54,58,60,61,64}. Les questions courantes énumérées dans les exemples correspondent à celles du processus de RAA dans son ensemble, se concentrant sur ce qui a bien fonctionné pendant l'intervention, ce qui n'a pas bien fonctionné, ce qui pourrait être fait différemment la prochaine fois, et les difficultés rencontrées. En outre, les questions portent également sur les expériences des participants, en se concentrant sur leurs commentaires concernant l'efficacité de leurs interventions au niveau local et leurs recommandations pour la planification et les interventions lors de situations d'urgence futures. D'autres types de questions énumérées dans les exemples concernent les préoccupations relatives à la conduite des activités, la façon dont la prestation des services aurait pu changer pendant les interventions d'urgence, les répercussions sur la prestation des services essentiels⁵² ainsi que les processus internes et les capacités d'intervention⁵⁴.

Les résultats des exemples de RAA ont été utilisés pour informer les intervenants^{30,57,58}, orienter les prochaines étapes^{40,41}, relever les points faibles et les difficultés^{37,49,53,58,64,66}, déterminer les points forts^{54,60}, recommander des améliorations^{6,43,45,46,50,54,58,61,64,65}, évaluer le processus^{17,37,50,53,54} et dresser un plan pour les prochaines étapes^{54,61}. Plus précisément, certaines des RAA ont été utilisées pour éliminer les goulots d'étranglement et introduire de nouvelles mesures pour surmonter les difficultés existantes et améliorer les interventions^{6,40,43,49,53,58,64,65}, dresser des plans d'amélioration fondés sur les points forts et les aspects à améliorer^{17,37,50,54,60,61} et contribuer à améliorer la préparation aux situations d'urgence et les plans d'intervention^{41,45,46}. Seuls quatre exemples précisent à qui le rapport final de RAA a été remis, qu'il s'agisse d'un commissaire local⁵⁵ ou de services d'urgence locaux⁵⁷, ou communiqué aux intervenants lors de réunions^{40,55}. Dans un examen des RAA réalisés à la suite de différents événements (attaques bioterroristes à l'anthrax, pandémie de H1N1, syndrome respiratoire aigu sévère, Ebola), les auteurs ont noté que les résultats des RAA révélaient des faiblesses et des échecs répétés, suggérant que les organisations n'avaient pas tiré la leçon des RAA. Ils soulignent l'importance de comprendre que les RAA ne sont pas des actions isolées, et que les leçons apprises doivent être intégrées dans les cycles de planification de la préparation afin d'améliorer les interventions futures¹².

Conclusion

Face à la pandémie actuelle de COVID-19, il est essentiel de toujours réfléchir aux stratégies d'intervention et d'adapter ses approches au besoin pour renforcer les capacités de préparation et d'intervention⁷. Lorsqu'elles sont effectuées tout au long d'une intervention, les RIA permettent d'apprendre et de mettre en œuvre des mesures pratiques pour rectifier ou améliorer immédiatement l'intervention en cours. En outre, à la fin d'un événement, il est important pour les organisations de recueillir les idées et les expériences de ceux qui ont participé à une intervention d'urgence par le biais d'activités collectives d'apprentissage et de discussion dans le cadre d'une RAA. La RAA permet de réfléchir aux succès et aux difficultés, de s'améliorer et de dresser des plans pour les interventions d'urgence et la planification futures. Il n'existe pas d'approche unique pour mener une RIA/RAA, et les méthodes ne seront probablement pas appliquées à la pandémie de COVID-19 comme elles l'ont été dans les situations d'urgence antérieures. Cependant, certaines des recommandations et des pratiques exemplaires décrites dans le présent examen rapide pourraient aider les organisations intéressées à effectuer une RIA/RAA dans le cadre de leurs interventions locales.

Bibliographie

1. Headquarters Department of the Army. *A leader's guide to after-action review*, Washington (DC), Headquarters Department of the Army, 1993 [cité le 15 octobre 2021]. Sur Internet : https://www.acq.osd.mil/dpap/ccap/cc/jcchb/Files/Topical/After_Action_Report/resources/tc25-20.pdf
2. Organisation mondiale de la Santé. *Implementation of the International Health Regulations (2005): report of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation: report by the Director-General*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 [cité le 10 octobre 2021]. Sur Internet : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251717>
3. Organisation mondiale de la Santé. *Guide pour les revues après action*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329387/WHO-WHE-CPI-2019.4-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. *IHR: monitoring and evaluation*, Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2021 [cité le 15 octobre 2021]. Sur Internet : <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation>
5. Savoia E, Agboola F, Biddinger PD. « Use of after action reports (AARs) to promote organizational and systems learning in emergency preparedness », *Int J Environ Res Public Health*, 2012, vol. 9, n° 8, p. 2949-2963. Sur Internet : <https://doi.org/10.3390/ijerph9082949>
6. Stoto MA, Nelson C, Higdon MA, Kraemer J, Singleton CM. « Learning about after action reporting from the 2009 H1N1 pandemic: a workshop summary », *J Public Health Manag Pract*, 2013, vol. 19, n° 5, p. 420-427. Sur Internet : <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e3182751d57>
7. Copper FA, Mayigane LN, Pei Y, Charles D, Nguyen TN, Vente C, et coll. « Simulation exercises and after action reviews—analysis of outputs during 2016–2019 to strengthen global health emergency preparedness and response », *Global Health*, 2020, vol. 16, n° 1, p. 115. Sur Internet : <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00632-w>
8. Davies R, Vaughan E, Fraser G, Cook R, Ciotti M, Suk JE. « Enhancing reporting of after action reviews of public health emergencies to strengthen preparedness: a literature review and methodology appraisal », *Disaster Med Public Health Prep*, 2019, vol. 13, n° 3, p. 618-625. Sur Internet : <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.82>
9. Organisation mondiale de la Santé. *The global practice of after action review: a systematic review of literature*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://api.healthsecuritynet.org/get/file/WHO_systemic%2520review_2019.pdf?id=34
10. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. *After action review*, Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2021 [cité le 15 octobre 2021]. Sur Internet : [https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation/after-action-review#:~:text=The%20After%20Action%20Review%20\(AAR,corrective%20actions%20for%20future%20responses](https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation/after-action-review#:~:text=The%20After%20Action%20Review%20(AAR,corrective%20actions%20for%20future%20responses)

11. Goodyear C. « After-action review: a critical tool for leaders to get to the next normal », *Nurs Manage*, 2020, vol. 51, n° 12, p. 44-48. Sur Internet : <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000724912.83093.c6>
12. Parker GW. « Best practices for after-action review: turning lessons observed into lessons learned for preparedness policy », *Rev Sci Tech*, 2020, vol. 39, n° 2, p. 579-590. Sur Internet : <https://doi.org/10.20506/rst.39.2.3108>
13. Stoto MA, Nelson C, Piltch-Loeb R, Mayigane LN, Copper F, Chungong S. « Getting the most from after action reviews to improve global health security », *Global Health*, 2019, vol. 15, n° 1, p. 58. Sur Internet : <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0500-z>
14. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. « Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis », *Hum Factors*, 2013, vol. 55, n° 1, p. 231-245. Sur Internet : <https://doi.org/10.1177/0018720812448394>
15. Organisation mondiale de la Santé. *Guide pour la conduite d'une revue intra-action (RIA) de la COVID-19*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 [modifié le 23 juillet 2020; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1290156/retrieve>
16. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19*, Stockholm, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf>
17. Singleton CM, Debastiani S, Rose D, Kahn EB. « An analysis of root cause identification and continuous quality improvement in public health H1N1 after-action reports », *J Public Health Manag Pract*, 2014, vol. 20, n° 2, p. 197-204. Sur Internet : <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e31829ddd21>
18. Skryabina E, Riley P, Reedy G, Amlôt R. « A scoping review of evaluation methods for health emergency preparedness exercises », *Am J Disaster Med*, 2018, vol. 13, n° 2, p. 107-127. Sur Internet : <https://doi.org/10.5055/ajdm.2018.0292>
19. NHS England. *Resource a; part 3 - check debrief template*, Redditch, Angleterre, NHS England, 2016 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/03/prt4-act-resrc-a-debrief-temp.pdf>
20. Organisation mondiale de la Santé. *Introduction to after action review (cours en ligne) [présentation PowerPoint]*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : http://terrance.who.int/mediacentre/data/ebola/AAR_Storyboard_Draft_v003.pptx
21. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Debrief after an emergency*, Victoria (Colombie-Britannique), Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2017 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/safety/emergency-management/local-emergency-programs/after-action-review>
22. Mathematica. *COVID-19 after action review toolkit*, Princeton (New Jersey), Mathematica, 2021 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.mathematica.org/features/covid-19-after-action-review-toolkit>

23. United States Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response Technical Resources, Assistance Center and Information Exchange. *COVID-19 after action review (AAR) elements, ASPR TRACIE technical assistance request*, Washington (DC), United States Department of Health and Human Services (HHS), 2021 [modifié le 22 mars 2021; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/aspr-tracie-ta---covid-19-ltc-aar-elements-3-22-21.pdf>
24. Inter Tribal Council of Arizona Inc. *After action review / improvement plan: strategic planning toolkit*, Phoenix (Arizona), Inter Tribal Council of Arizona Inc., 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://itcaonline.com/wp-content/uploads/2020/11/ITCA-AAR-Toolkit-Final-09.01.2020.pdf>
25. California Governor's Office of Emergency Services. *Part III. Supporting documents Standardized Emergency Management System (SEMS) guidelines after action reports*, Mather (Californie), California Governor's Office of Emergency Services, 2011 [modifié le 22 juin 2011; cité le 9 septembre 2021]. Sur Internet : https://www.caloes.ca.gov/PlanningPreparednessSite/Documents/01%202006-SEMSGdlnesAAR_Part%20III.pdf
26. United States Department of Homeland Security, Federal Emergency Management Agency. *Homeland Security Exercise and Evaluation Program (HSEEP)*, Hyattsville (Maryland), United States Department of Homeland Security, Federal Emergency Management Agency, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.fema.gov/sites/default/files/2020-04/Homeland-Security-Exercise-and-Evaluation-Program-Doctrine-2020-Revision-2-2-25.pdf>
27. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *One-day in-action review (IAR) protocol in the context of COVID-19*, Stockholm, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2021 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/One-day-in-action-review-protocol.pdf>
28. Mayigane LN, de Vázquez CC, Vente C, Charles D, Copper FA, Bell A, et coll. « The necessity for intra-action reviews during the COVID-19 pandemic », *Lancet Glob Health*, 2020, vol. 8, n° 12, p. e1451-1452. Sur Internet : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30414-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30414-9)
29. Fox Valley Healthcare Emergency Readiness Coalition. *After action report / improvement plan COVID 19 - phase 2 - October 2020-March 2021 testing>patient surge>vaccine*, Appleton (Wisconsin), Fox Valley Healthcare Emergency Readiness Coalition, 2021 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://fvherc.org/resource/resmgr/docs/2021/fvherc_aarip_final_2.docx
30. Litaker Group. *Final after action report Texas department of state health services response to the novel H1N1 pandemic influenza (2009 and 2010)*, Austin (Texas), The Litaker Group, 2010 [cité le 30 août 2010]. Sur Internet : https://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/php/566/566_aar.pdf
31. Northwest Wisconsin Healthcare Emergency Readiness Coalition. *Northwest WI Healthcare Emergency Readiness Coalition (NWWIHERC) multi-disciplinary COVID-19 response pandemic intervals framework 1-4*, Menomonie (Wisconsin), Northwest Wisconsin Healthcare Emergency Readiness Coalition, 2020 [cité le 21 septembre 2020]. Sur Internet : http://www.wiherc.org/webfiles/fnitools/documents/aar_covid_final_march-junej_2020.pdf
32. Region 3 Healthcare Coalition Alliance. *COVID-19 after-action report/improvement plan*, Jacksonville (Floride), Region 3 Healthcare Coalition Alliance, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.flregion3hcc.org/wp-content/uploads/2020/12/Final-Region-3-Alliance-COVID-19-AAR-IP-Dec-2020.pdf>

33. Vermont Healthcare Emergency Preparedness Coalition. *COVID-19 pandemic response after-action report/improvement plan*, Burlington (Vermont), Vermont Healthcare Emergency Preparedness Coalition, 2020 [modifié le 20 août 2020; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://static1.squarespace.com/static/5dbedd7dc94ab670239a0fb9/t/5f3aeae7685088745f23514e/1597696745556/VHEPC+COVID+19+Response+AAR+IP_DRAFT.pdf
34. Pima County Health Department. *2009 H1N1 flu response - after action report/improvement plan*, Pima County (Arizona), Pima County Health Department, 2010 [modifié en mars 2010; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://webcms.pima.gov/UserFiles/Servers/Server_6/File/Health/Health%20Data,%20Statistics%20and%20Reports/After%20Action%20Report-Improvement%20Plan%20%282009%20H1N1%20Flu%20Response%29.pdf
35. Regional Hospital Resource Center. *Metro Health & Medical Preparedness Coalition COVID-19 pandemic: phase 2*, St. Paul (Minnesota), Regional Hospital Resource Center, 2021 [modifié le 29 avril 2021; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.metrohealthready.org/wp-content/uploads/2021/05/Metro-Region-COVID-19-AAR-April-2021.pdf>
36. Health-ISAC Inc. *Capturing lessons learned: COVID-19 after-action report and improvement plan*, Ormond Beach (Floride), Health-ISAC Inc., 2020 [modifié le 17 avril 2020; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://h-isac.org/capturing-lessons-learned-covid-19-after-action-report/>
37. Mase WA, Bickford B, Thomas CL, Jones SD, Bisesi M. « After-action review of the 2009-10 H1N1 influenza outbreak response: Ohio's public health system's performance », *J Emerg Manag*, 2017, vol. 15, n° 5, p. 325-334. Sur Internet : <https://doi.org/10.5055/jem.2017.0340>
38. Talisuna AO, Iwu-Jaja CJ, Okeibunor J, Stephen M, Onuche EM, Herring BL, et coll. *Intra action review of the COVID-109 pandemic response in Africa: best practices, challenges, and perspectives for the future*, SSRN 3876269 [prépublication], 29 juin 2021 [cité le 19 novembre 2021]. Sur Internet : <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3876269>
39. Organisation mondiale de la Santé. *Intra-action review of Indonesia's response to COVID-19*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 [cité le 19 novembre 2021]. Sur Internet : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/intra-action-review-report-of-indonesia-s-response-to-covid-19.pdf?sfvrsn=d3756cbc_1&download=true
40. Sorbello S, Bossi E, Zandalasini C, Carioli G, Signorelli C, Ciceri F, et coll. « After action reviews of COVID-19 response: case study of a large tertiary care hospital in Italy », *Int J Health Plann Manage*, 2021, vol. 36, n° 5, p. 1758-1771. Sur Internet : <https://doi.org/10.1002/hpm.3258>
41. République du Rwanda. Ministère de la Santé, Organisation mondiale de la Santé. *Rwanda COVID-19 intra-action review (IAR)*, Kigali, Rwanda, République du Rwanda, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://www.rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/annoucement/Intra-Action%20Review.pdf
42. Gooding O. « Sierra Leone completes COVID-19 intra-action review », *Awoko Newspaper*, 24 novembre 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://awokonewspaper.sl/sierra-leone-completes-covid-19-intra-action-review/>
43. Organisation mondiale de la Santé – Thaïlande; Thaïlande. Ministry of Public Health. *Joint intra-action review of the public health response to COVID-19 in Thailand*, Nonthaburi, Thaïlande, Organisation mondiale de la Santé – Thaïlande, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <http://35.190.29.12/uploads/publish/1126020210329040752.pdf>

44. Zambia National Public Health Institute. *Intra action review (IAR) of the Zambia COVID-19 outbreak response*, Lusaka, Zambie, Zambia National Public Health Institute, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : http://znphi.co.zm/news/wp-content/uploads/2021/01/Zambia_IAR_Report.pdf
45. Bevera Bulk Limited. *COVID-19 response review in the Republic of Moldova informs next steps*, Cambridge (Ontario), Bevera Bulk Limited, 2021 [modifié le 23 février 2021; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://beverabulk.com/covid-19-response-review-in-the-republic-of-moldova-informs-next-steps/>
46. NDTV. « Gujarat one of the best performing states in covid vaccinations: WHO », *NDTV*, 12 février 2021 [cité le 8 septembre 2021], New Delhi. Sur Internet : <https://www.ndtv.com/india-news/who-hails-gujarat-for-responding-to-second-wave-of-covid-19-2368652>
47. US Department of Homeland Security. *DHS H1N1 after action report: executive summary*, Monterey (Californie), Department of Homeland Security, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.hsdl.org/?view&did=783079>
48. State of Oregon. *State of Oregon after-action review enterprise response to COVID-19*, Salem (Oregon), State of Oregon, 2020 [modifié en novembre 2020; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/201911/Downloads/CommitteeMeetingDocument/227575>
49. Organisation mondiale de la Santé. *Mini-COVID-19 vaccine post-introduction evaluation (mini-cPIE)*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 [modifié le 5 avril 2021; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : [https://www.technet-21.org/fr/library/main/7011-mini-cpie,-aka-covid-19-vaccination-intra-action-review-\(iar\)](https://www.technet-21.org/fr/library/main/7011-mini-cpie,-aka-covid-19-vaccination-intra-action-review-(iar))
50. Delaware Division of Public Health. *Novel H1N1 influenza Delaware response April 2009 to March 2010: after action report/improvement plan*, Smyrna (Delaware), Delaware Division of Public Health, 2010 [modifié le 1^{er} juin 2010; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://dhss.delaware.gov/dhss/dph/php/files/h1n1aar.pdf>
51. Camden and Islington NHS Foundation Trust. *After action review of C&Is response to COVID-19*, Londres, Camden and Islington NHS Foundation Trust, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://www.candi.nhs.uk/sites/default/files/Documents/Board%20papers/2.1%20After%20action%20review%20of%20C%26I%27s%20reponse%20to%20COVID-19_0.pdf
52. City of Kirkland, Washington. *First in the nation: COVID-19 initial response after action report (AAR)*, Kirkland (Washington), City of Kirkland, Washington, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.kirklandwa.gov/files/sharedassets/public/fire/emergency-mgmt/plans/kirkland-covid-19-initial-aar-11-2020.pdf>
53. Spokane Regional Health District. *COVID-19 interim after-action report*, Spokane (Washington), Spokane Regional Health District, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://srhd.org/media/images/07A-SRHD-AAR-Executive-Summary.pdf>
54. Oregon Department of Human Services, Public Health Division. *State of Oregon September 2009 to July 2010 H1N1 response after action report / improvement plan*, Portland (Oregon), State of Oregon, 2010 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.oregon.gov/oha/PH/PREVENTIONWELLNESS/VACCINESIMMUNIZATION/Documents/AAR.pdf>

55. National Homeland Security Consortium. *COVID-19 pandemic: after-action report*, Washington (DC), National Homeland Security Consortium, 2021 [cité le 19 novembre 2021]. Sur Internet : <https://www.astho.org/COVID-19/NHSC-COVID-19-Pandemic-After-Action-Report/?zs=OnnQc&zl=jgQe2>
56. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *2009 pandemic H1N1 immunization campaign: after action report*. Fredricton (Nouveau-Brunswick), Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2010 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/CDC/Epidemiology/H1N12009AfterActionReport.pdf>
57. City of Palo Alto. *COVID-19 emergency operations center after-action review, March 16 - June 30, 2020*, Palo Alto (Californie), City of Palo Alto, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.cityofpaloalto.org/files/assets/public/agendas-minutes-reports/reports/city-manager-reports-cmrs/year-archive/2020-2/id-11833.pdf>
58. Santé publique Sudbury et districts. *Board of health meeting 05-20*, Sudbury (Ontario), Santé publique Sudbury et districts, 2020 [modifié le 17 septembre 2020; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://www.phsd.ca/wp-content/uploads/2020/09/20-05_Full_BoardEffect_BOH_Meeting_Package_2020-09-17.pdf
59. City of Burlington. *COVID-19 pandemic response after action report*, Burlington (Vermont), City of Burlington, 2021 [modifié le 4 juin 2021; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.burlingtonvt.gov/sites/default/files/COVID19%20After%20Action%20Report%2006042021.pdf>
60. Regional Emergency and Disaster Healthcare Coalition. *COVID-19 REDi Healthcare Coalition gap analysis*, Spokane (Washington), Spokane Regional Health Districts, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://srhd.org/media/documents/Gap_Analysis_REDi_HCC_Final.pdf
61. Arizona Department of Health Services. *Ebola virus community preparedness forum after-action report/improvement plan*, Phoenix (Arizona), Arizona Department of Health Services, 2015 [modifié le 30 janvier 2015; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.azdhs.gov/documents/preparedness/emergency-preparedness/conferences/2014/evd-community-preparedness-forum-after-action-report-plan.pdf>
62. Maine Center for Disease Control and Prevention. *Maine CDC 2009 H1N1 pandemic influenza response after action report*, Augusta (Maine), Maine Center for Disease Control and Prevention, 2011 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/infectious-disease/epi/influenza/maineflu/documents/piop/AAR%20MECDC%202009%20H1N1%20Pandemic%20.11.pdf>
63. Safeguard Iowa Partnership. *After-action report: Iowa responds to H1N1 across the public and private sectors April-May 2009*, Pleasant Hill (Iowa), Safeguard Iowa Partnership, 2009 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : https://safeguardiowa.wildapricot.org/Resources/Documents/Response/Disasters/2009/iowa_responds_to_h1n1_across_the_public_and_private_sectors-after_action_2009.pdf
64. NAPSG Foundation. *COVID-19 tech & GIS after action report & improvement plan*, Washington (DC), NAPSG Foundation, 2021 [modifié le 8 janvier 2021; cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet : <https://www.napsgfoundation.org/resources/covid-19-tech-gis-after-action-report-improvement-plan/>

65. State of Oregon. *State of Oregon after-action review of the joint information center and communications in the COVID-19 response*, Salem (Oregon), State of Oregon, 2020 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet :

<https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2021R1/Downloads/CommitteeMeetingDocument/231482>

66. State of Oregon. *State of Oregon after-action review of the joint information center and communications in the COVID-19 response*, Salem (Oregon), State of Oregon, 2021 [cité le 8 septembre 2021]. Sur Internet :

<https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2021R1/Downloads/CommitteeMeetingDocument/231482>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Pratiques exemplaires pour la tenue de revues intra-action et de revues après action dans le cadre de la gestion des situations d'urgence en santé publique, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Pour en savoir plus

Courriel : epir@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.



© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022