

Quand les pratiques des soignants « calment » ou « stressent » les malades : l'accompagnement psychosocial des malades infectés par le SARS-CoV-2 à Bamako

Abdourahmane Coulibaly, Laurence Touré, Fanny Chabrol, Kate Zinszer, Valéry Ridde

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2023/3 Vol. 41 , PAGES 69 À 94
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2023.0255

Date de mise en ligne : 12/02/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2023-3-page-69?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Quand les pratiques des soignants « calment » ou « stressent » les malades : l'accompagnement psychosocial des malades infectés par le SARS-CoV-2 à Bamako

Abdourahmane Coulibaly*, Laurence Touré**,
Fanny Chabrol***, Kate Zinszer****, Valéry Ridde*****

Résumé. L'épidémie de Covid-19 a mis en évidence le besoin de prise en charge psychologique des malades confinés à l'hôpital et infectés par le SARS-CoV-2. Cependant, peu de travaux ont exploré ce besoin d'un point de vue anthropologique. Notre étude vise à comprendre comment l'accompagnement psychosocial des malades infectés s'est déroulé dans un hôpital de référence de la capitale du Mali. Notre enquête ethnographique s'est déroulée lors des deux premières vagues de l'épidémie, d'avril à juin 2020 (vague 1) puis de décembre

* Anthropologue, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Mali ; IRL 3189 Santé, Environnement, Société, Bamako, Mali ; a67594541@gmail.com

** Anthropologue, Agence de recherche MISELI, Bamako, Mali ; chat@afribonemali.net

*** Sociologue, Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, 75006 Paris, France ; fanny.chabrol@ird.fr

**** Epidémiologue, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada ; Centre de recherche en santé publique, Montréal, Canada ; kate.zinszer@umontreal.ca

***** Directeur de recherche, Université de Paris, IRD, Inserm, Ceped, 75006 Paris, France ; Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal ; valery.ridde@ird.fr

2020 à janvier 2021 (vague 2), où 47 entretiens semi-structurés et 106 observations de situations ont été menés. Les malades font face à de multiples difficultés psychologiques, pouvant se cumuler. La peur de la maladie est souvent liée à un déficit d'information, un sentiment d'abandon par le personnel et une mauvaise qualité perçue des soins. Lors de la deuxième vague, l'arrivée massive de malades dépendants (détresse respiratoire) a démultiplié ce besoin d'accompagnement. L'accompagnement psychosocial s'est cependant résumé à de rares tentatives des soignants pour calmer la peur des malades. Les attitudes et pratiques du personnel soignant (médecins, infirmiers, personnel du service social) ont souvent eu tendance à aggraver les difficultés psychologiques des malades plutôt qu'à les atténuer. En contexte épidémique, pour atteindre l'efficacité thérapeutique et aider les malades à mieux supporter les mesures restrictives imposées aux malades par l'hôpital et source de stress récurrent, il est important de créer les conditions pour diminuer l'influence négative de certaines pratiques soignantes sur la santé mentale des malades.

Mots clés : support, psychosocial, coronavirus, hospitalier, Bamako.

Introduction

La pandémie de Covid-19 a été un choc pour les systèmes de santé qui étaient en général peu préparés à faire face à un tel événement, notamment en Afrique (Tessema *et al.*, 2021). La résilience des systèmes de santé dépend notamment de leur capacité à se réorganiser pour faire face au choc et à maintenir un accès aux soins (Barasa *et al.*, 2017).

En milieu de soins, la vulnérabilité psychologique des malades atteints de Covid-19 et des soignants est un défi récurrent (Sheraton *et al.*, 2020 ; Sanghera *et al.*, 2020). En outre, les stratégies d'adaptation utilisées par les agents de santé pour faire face à des problèmes de santé mentale qui les touchent ont été abordées par plusieurs travaux (Honda *et al.*, 2022 ; Chabrol *et al.*, 2023). Si, dans le domaine du VIH, beaucoup d'études ont exploré l'impact du soutien psychologique sur la vie des malades (Dow *et al.*, 2016 ; Okonji *et al.*, 2020), les recherches ont encore peu étudié la santé mentale des personnes atteintes de Covid-19 en contexte d'hospitalisation, et encore moins à travers une approche qualitative. S'appuyant sur l'épidémie d'Ébola, certains travaux ont souligné toute la difficulté à trouver une articulation entre le *cure* et le *care* (Desclaux et Sow, 2015). En effet, le *care* tient compte des besoins du malade et est mobilisé parallèlement au *cure* visant l'efficacité clinique (Helman, 2007).

La réduction des contacts sociaux et physiques avec l'extérieur crée de l'ennui, de la frustration et une coupure avec le reste du monde (Reynolds *et al.*, 2008 ; Wilken *et al.*, 2017). L'expérience de la maladie à virus Ébola (MVE) souligne qu'au-delà de leur mise en isolement, les personnes touchées par une épidémie sont susceptibles de subir des effets psychologiques dus à l'évolution traumatisante de l'infection, à la peur de la mort et à l'expérience de voir d'autres personnes mourir (Hall et Chapman, 2008 ; Desclaux *et al.*, 2018a). Dans ce contexte, les questions déontologiques ont émergé, notamment dans le suivi des cas contacts et des cas suspects (Desclaux *et al.*, 2018b).

D'anciens travaux ont montré que les relations entre les soignants et les soignés ont un impact sur la qualité des soins (Jaffré, 2003). Les constats restent d'actualité car les pratiques ont peu évolué (Jaffré et Guindo, 2013 ; Samb *et al.*, 2013 ; Schnitzler, 2014). Les contraintes structurelles que connaissent la plupart des hôpitaux publics en Afrique de l'Ouest en termes de manque de personnel, de moyens matériels et d'entretien des infrastructures contribuent à façonner un environnement très défavorable pour les soins médicaux. Au-delà même de l'épidémie de Covid-19, le séjour à l'hôpital représente un épisode bien souvent stressant, voire traumatique pour les personnes malades et leurs familles (Chabrol, 2018).

L'une des mesures prises par l'établissement hospitalier dans lequel les enquêtes se sont déroulées pendant la pandémie de Covid-19, en conformité avec les directives nationales, est la limitation drastique des contacts et des mouvements des malades en milieu de soins. Cela s'est traduit par l'évitement de tout contact des malades avec l'extérieur, notamment les personnes non infectées. Pendant la première vague survenue entre mars et juillet 2020 (reconnaissance officielle de la pénétration de l'épidémie au Mali), cette mesure était la condition imposée aux malades pour bénéficier de l'accès aux soins à l'hôpital. Lors de la deuxième vague (décembre 2020-janvier 2021), les mesures de limitation drastique des contacts et des mouvements ne concernaient que les malades gravement atteints (détresse respiratoire). Les autres malades n'étaient pas hospitalisés. Ils bénéficiaient d'un stock de traitement et de conseils et étaient encouragés à se confiner à domicile.

L'objectif de cet article est d'étudier les répercussions des pratiques institutionnelles et des pratiques du personnel sur la santé mentale des malades hospitalisés lors de la gestion de l'épidémie de Covid-19 à l'hôpital. L'étude s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste portant sur la résilience des hôpitaux et associant 5 pays y compris le Mali (Ridde *et al.*, 2021). Dans cette réflexion, nous mobilisons les approches d'ethnographie hospitalière. Elles ont permis d'analyser

les pratiques de soins grâce à la présence *in situ* des chercheurs, mais aussi de percevoir ces enjeux dans une compréhension plus large de la société et de l'économie dans laquelle ces institutions sont prises. Les anthropologues ont conçu l'hôpital comme un microcosme qui permet d'étudier le vaste monde biomédical contemporain, notamment la façon dont fonctionne cette institution de soins (Finkler *et al.*, 2008). Nous avons adopté l'approche de l'ethnographie hospitalière qui décrit l'hôpital comme miroir de la société et de sa culture (Van der Geest et Finkler, 2004 ; Sauvegrain, 2012 ; Kehr et Chabrol, 2018). Ainsi défini, l'hôpital est enraciné dans les valeurs qui circulent et se (re)définissent en permanence. Il est caractérisé par des qualificatifs binaires qui font qu'il est à la fois perméable et délimité, ordonné et ouvert, imprévisible et opaque, réel ou imaginé (Street et Coleman, 2012).

Méthodes de la recherche

Site de l'enquête

Pour des raisons d'anonymat, nous utilisons le sigle EHB (établissement hospitalier de Bamako) pour désigner le site choisi. Le choix de l'EHB se justifie par le fait que c'est l'un des plus grands sites de prise en charge des malades Covid-19 au Mali, avec près d'une centaine de lits leur étant réservés. L'hôpital offre des soins d'urgence, des soins généralistes et spécialisés. Le site Covid-19 se compose de : (1) l'unité de tri (les cas suspects y bénéficient de soins en attendant le résultat du dépistage), (2) l'unité de prise en charge des malades Covid-19, appelée « confinement » et (3) l'unité de réanimation (mise en service pendant la deuxième vague pour les cas de détresse respiratoire). L'ensemble des trois unités totalisaient 113 lits répartis comme suit : unité de tri = 10 lits, unité de prise en charge = 96 lits, unité de réanimation = 7 lits. De façon spécifique, l'unité d'hospitalisation des patients comptait 6 chambres à un lit, 12 chambres à 2 lits et 16 chambres à 4 lits.

Nous avons remarqué quelques différences entre les deux vagues de l'épidémie en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Largement sous-utilisées à la fin de la première vague à cause du sous-effectif des malades, les places disponibles manquaient au début de la deuxième vague. En mars 2020, la direction a fait un premier recrutement de personnel contractuel dont 15 médecins, 24 infirmiers et 6 hygiénistes. En juin 2020, le nombre de médecins atteignait 29 dont 22 contractuels. L'ouverture d'une unité de réanimation autonome lors de la seconde vague a nécessité le recrutement de réanimateurs qui travaillaient précédemment sur le site de prise en charge Covid-19 (10 infirmiers et 3 médecins).

Collecte des données

Notre analyse s'appuie sur les données collectées à travers une approche qualitative basée sur des entretiens semi-structurés et des observations. Une grille d'entretien et une grille d'observation ont été élaborées avec l'implication de tous les auteurs de cet article. La collecte des données s'est déroulée lors de la première et de la deuxième vagues. Pour ce qui est du personnel sanitaire, hormis 3 cas de refus et 2 cas d'indisponibilité, tous les répondants de la première séquence ont été entendus de nouveau lors de la deuxième séquence. Les données collectées ont concerné les relations entre les soignants et les malades, et entre les soignants et les accompagnants. Nous avons exploré les sentiments et les émotions qui animaient les malades pendant la durée de leur prise en charge, l'interprétation des sentiments et des émotions des malades par les soignants ainsi que les pratiques des soignants pour résoudre les difficultés psychologiques des malades.

L'équipe d'enquête était composée d'un chercheur sénior qui a conduit les entretiens semi-structurés avec le personnel et de deux assistants de recherche qui ont réalisé les observations dans les salles de soins, ainsi que quelques discussions avec les malades. Trois guides d'entretien (soignant, malade, accompagnant) avec des questionnements adaptés ont été élaborés, testés puis corrigés lors de la formation des enquêteurs. Une grille d'observation reprenant les principaux objets visés a été élaborée et mise à la disposition des assistants de recherche.

Les entretiens ont été menés en français ou en bambara selon le choix des participants. Les entretiens avec le personnel de santé ont été menés dans les bureaux, le plus souvent sur rendez-vous. Les personnes sollicitées étaient les membres du comité Covid-19 de l'hôpital et elles ont été sélectionnées avec l'appui d'un responsable de l'hôpital en raison de leur participation à cette instance de coordination des activités liées au Covid-19. Elles étaient donc considérées comme mieux informées sur le sujet que le reste du personnel de l'hôpital. Les entretiens avec les malades ont été menés avec ceux qui étaient guéris, s'appêtant à rentrer à la maison, ou avec ceux qui étaient encore hospitalisés. Ces entretiens ont souvent été plus sommaires en raison de l'état de santé de la personne enquêtée. Les enquêteurs s'adressaient à eux de façon spontanée lors des visites médicales pour leur poser quelques questions après une brève présentation de la recherche. Ces questions portaient sur les conditions d'hospitalisation, les relations avec les soignants, leur état psycho-affectif et les causes probables qui selon eux les provoquaient. Certains accompagnants ont également été sollicités par les enquêteurs pour participer à des entretiens portant sur des thématiques similaires. Les enquêteurs les sollicitaient au hasard des rencontres et s'entretenaient avec eux le plus souvent dans la cour de l'hôpital à l'abri des regards.

Une fiche de consentement portant sur le contenu de l'enquête (objectifs, méthodologie, conditions de participation) était préalablement soumise au répondant. L'accord de participation était matérialisé par une signature ou l'empreinte digitale. Des précautions ont été prises pour garantir la confidentialité des informations (pseudonymisation des enregistrements et des transcriptions, réalisation des entretiens dans des bureaux fermés ou dans des lieux à l'abri des regards). Chaque participant a été contacté individuellement, soit par contact direct, soit par téléphone interposé pour fixer un rendez-vous à sa convenance.

Les observations ont eu lieu à l'intérieur ou à l'extérieur des services, en fonction des opportunités offertes aux enquêteurs pour décrire les interactions entre le personnel et les malades ou les accompagnants, ou les interactions entre les membres de la famille et les malades. Pour observer les relations entre les soignants et les malades, telles qu'elles se donnent à voir dans les chambres, les enquêteurs ont été autorisés par les responsables de l'hôpital et par les chefs des équipes de soins à profiter des visites médicales pour se déplacer dans les salles d'hospitalisation avec les soignants. Certains objets d'observation étaient décidés selon les opportunités qui s'offraient aux enquêteurs.

Au total, 47 entretiens semi-structurés (*tableau 1*) et 106 séances d'observation (*tableau 2*) ont été réalisés. Cet ensemble d'entretiens a permis d'atteindre le seuil de saturation. L'implication dans les activités liées au Covid-19, la disponibilité et le consentement étaient les critères retenus dans la sélection du personnel soignant.

Les 4 malades interrogés (2 hommes et 2 femmes) étaient âgés de 23 à 46 ans. Les entretiens avec les 8 accompagnants entendus en entretien ont concerné 5 femmes et 3 hommes d'un âge compris entre 30 et 55 ans.

Tableau 1. Répartition des participants aux entretiens semi-structurés par profils

Profils des participants	Vague 1	Vague 2	Total
Médecins	6	4	10
Infirmiers	7	6	13
Agents du service social	2	0	2
Hygiénistes	2	4	6
Manœuvres	3	1	4
Malades	2	2	4
Accompagnants	4	4	8
Total	26	21	47

Tableau 2. Nombre d'observations effectuées dans les unités Covid-19

Unité Covid-19	Vague 1	Vague 2	Total
Unité de tri	20	20	40
Unité de réanimation	0	5	5
Unité de prise en charge	31	30	61
Total	51	55	106

Analyse des données

Toutes les données collectées ont été intégralement transcrites et codées manuellement par les deux assistants de recherche. Une liste des codes a été élaborée par les chercheurs seniors sur la base des questions issues des guides d'entretiens et complétées par les données empiriques. Une analyse thématique interprétative a ensuite été appliquée selon la démarche inductive.

Le rapport des malades à l'institution médicale

Les multiples « chocs » liés aux conditions d'évacuation du malade vers l'hôpital

Pendant les premiers mois de l'épidémie, les cas contacts recevaient à leur domicile la visite d'une équipe de l'hôpital du district (équipe d'intervention rapide : EIR) pour procéder au prélèvement et à la confirmation de leur contamination. En cas de positivité d'un test PCR, l'EIR revenait chercher la personne malade en ambulance pour l'amener à l'hôpital. Les gyrophares tournaient à plein régime et les soignants, à bord du véhicule, portaient des équipements de protection individuelle (EPI) : combinaisons, masques, visières, gants, sur-chaussures, blouses, etc. Les ambulanciers portaient des masques. Au début, les ambulances n'avaient pas d'oxygène à bord pour les cas de détresse respiratoire mais certaines d'entre elles ont été dotées en oxygène par MSF par la suite. Les patients transportés portaient des masques. Dans certains cas, la personne transportée ne recevait aucune explication sur le sens de cette évacuation. Cela aggravait le stress déjà provoqué par les mesures de protection appliquées par les membres de l'EIR.

À 12 h 50, une ambulance arrive dans la cour de l'hôpital avec un malade infecté par le SARS-CoV-2. Les agents qui accompagnent le malade à bord du véhicule lui demandent de descendre.

Les infirmiers chargés de l'accueil sont déjà là ; tout leur corps est enfermé dans une combinaison. Ils demandent au malade descendu du véhicule de rentrer dans la chambre d'hospitalisation. Le malade riposte : « pour quoi faire ? » Les infirmiers disent que c'est pour l'amener dans la chambre d'hospitalisation. Le malade dit non ! Les infirmiers demandent pourquoi il refuse de rentrer. Le malade dit que l'ambulance est allée le chercher dans sa famille parmi les siens. On ne lui a pas dit que c'est pour rester ici. Dans ces conditions, lui il ne reste pas ici. « Ça, jamais ! » déclare-t-il. Il faut qu'on le ramène chez lui ! Les infirmiers ont tout fait, le malade n'a pas accepté. Ils ont informé le médecin. Le médecin arrive. Après avoir ouvertement critiqué la méthode utilisée, il arrive à calmer le malade et à le convaincre d'accepter l'hospitalisation (Notes d'observation du 5/6/2020).

Cet enchaînement de chocs durant l'évacuation amenait les malades à se poser de multiples questions, sans oser les exprimer pour la plupart. Quand ces questions sont posées aux soignants, elles reçoivent peu de réponses. L'entrée dans les soins est marquée par la violence. Le traitement « musclé » réservé aux malades à leur arrivée finit par entraîner la révolte.

Restrictions des contacts : sentiment de solitude et stress

Un second type de « choc » pour les personnes malades était la restriction des contacts imposée par l'hôpital. Elle favorise le sentiment de solitude qui peut déboucher sur le stress. À l'hôpital, les malades de l'unité de tri connaissaient une restriction partielle des contacts, et ceux de l'unité de prise en charge Covid-19, une restriction beaucoup plus sévère. Dans le premier cas, ils avaient la possibilité de recevoir la visite des proches. Dans le second cas, les malades n'étaient en contact physique qu'avec le personnel soignant. Ils étaient répartis dans des chambres à un lit pour les patients souffrant d'une détresse respiratoire et dans des chambres à 2 ou 4 lits pour les autres. Ils étaient entre eux, sans possibilité de communiquer avec l'extérieur. La possibilité de communiquer entre malades hospitalisés n'a pas empêché les patients de parler de solitude parce que la coupure avec le monde extérieur a été particulièrement mal vécue.

Ils passaient au minimum une semaine dans cette situation sans même pouvoir accéder à la cour de l'hôpital. La faiblesse de la communication avec les soignants augmentait le sentiment de solitude et favorisait un état émotionnel que les répondants ont qualifié de « stress » lors des entretiens.

Ici, il n'y a pas de communication. On dirait qu'ils ont peur de nous. Cette situation augmente mon stress. Personnellement, je suis stressée, car, chaque fois, je ne parviens pas à discuter pendant un petit moment avec un soignant (Une malade hospitalisée à l'unité de prise en charge).

Les soignants étaient conscients de ces difficultés psycho-affectives liées aux restrictions de contacts et n'hésitaient pas à le souligner.

Quelqu'un qu'on coupe tout de suite, c'est-à-dire faire une rupture avec son milieu naturel, on le met entre quatre murs. C'est vrai, ce n'est pas une prison, donc ce n'est pas étonnant qu'il ait une pression énorme sur le plan psychologique qui peut conduire à la dépression (Un membre du personnel de l'unité Covid-19, médecin).

Les malades asymptomatiques ressentiaient d'autant plus durement cet événement qu'ils le vivaient comme une privation de liberté alors même qu'ils ne se sentaient pas malades.

La réduction drastique du nombre de malades à la fin de la première vague à partir du mois de juillet 2020 a donné lieu à une situation où beaucoup de places étaient disponibles. Le peu de malades restant devait affronter une plus grande solitude à cause de la multiplication des places vides. Une situation contraire s'est produite avec l'arrivée brutale de la seconde vague en décembre 2020 et la pénurie de places qui en a résulté.

Les effets secondaires des médicaments sur les malades

Le protocole thérapeutique au Mali prévoyait un traitement à base d'hydroxychloroquine (protocole du Dr Didier Raoult à l'IHU de Marseille) et composé de chloroquine, d'azithromycine et de vitamine C. Des effets secondaires considérés par les soignants comme sans gravité étaient imputés à ce traitement et présentés comme « bien connus » par le personnel qui en fait souvent mention : « *On sait que la chloroquine, c'est un traitement qui rend insomniaque. Plus de 70 % de nos malades se plaignent d'insomnie* » (un membre du personnel de l'unité Covid-19). La chloroquine peut avoir d'autres effets secondaires comme la diarrhée ou le vomissement. Une malade de l'unité de prise en charge explique : « *Vraiment ça va. Je suis bien traité. Je ne dors pas. C'est ça seulement mon problème* ». Un des malades interrogés sur le site de tri souligne une relation de cause à effet entre insomnie et un état émotionnel qualifié d'« anxiété » : « *L'insomnie est une situation pénible, je deviens anxieux quand je n'arrive pas à trouver le sommeil* » (Un malade, site de tri Covid-19).

Face à une telle situation, les médecins arrêtent de donner ces médicaments ou modifient le moment de sa prise. Les effets secondaires des médicaments étaient si mal vécus par les malades asymptomatiques qu'ils avaient le sentiment de subir le traitement et ses effets secondaires sans être malades : « *On ne sait même pas de quoi on souffre. Les médicaments qu'ils donnent aussi ont des effets, mais ils ne font rien.* » (Une malade asymptomatique, unité de prise en charge Covid-19)

L'empilement des « peurs » générées par l'hôpital

Le contexte de faible communication, de protection maximale du personnel (équipements personnels de protection), de mesures rigoureuses imposées aux malades hospitalisés (restrictions de contacts, port de masques), induisait un état émotionnel qualifié de « peur », voire de « panique » par les malades.

Imagine, c'est ma première fois que je parviens à discuter pendant 5 minutes avec quelqu'un depuis que je suis là. Vous êtes la première personne qui m'a approché. Les soignants sont toujours pressés. Je ne comprends pas. Tu es venu te faire soigner, mais tu ne sais même pas si tu vas mourir ou si tu as d'autres maladies. J'ai peur (Une malade, unité de prise en charge Covid-19).

Les combinaisons portées par le personnel visaient à faire face à un double risque : risque individuel (contamination individuelle des agents par le SARS-CoV-2) et risque institutionnel (diminution de la capacité d'offre à la suite d'une contamination massive du personnel). Ces combinaisons créaient un sentiment de peur du fait que les malades étaient peu habitués à voir des corps complètement enfermés dans ce genre de tenues : « *Moi, quand même, j'ai mis du temps pour pouvoir m'habituer à ça. J'avais peur* » (Une accompagnante, unité de tri).

Les malades hospitalisés vivaient dans un contexte de proximité particulière avec la mort. Le nombre de décès à l'hôpital dus au Covid-19 avait particulièrement augmenté lors de la deuxième vague de l'épidémie. Les propos d'un manœuvre soulignent cette tendance.

Les gens mouraient chaque fois. Il fut un moment où on pouvait enlever deux, voire 3 corps dans 24 heures et moi je me disais : « ah ! Cette question des urgences là, il y a un problème ». Et j'avais même peur des urgences... Moi, j'avais vraiment peur... Si les gens meurent comme ça, c'est quelque chose qui fait peur. Il fut un moment, on nous appelait chaque fois pour enlever un corps : on avait peur ! (Un manœuvre, unité de prise en charge)

L'enlèvement des corps était un moment particulièrement difficile à vivre. Nous avons assisté à une scène qui montre que les malades côtoyaient la mort au quotidien dans la chambre où ils étaient, avec la conscience que des personnes de leur voisinage immédiat étaient décédées de la maladie pour laquelle ils étaient actuellement traités. Les corps étaient évacués sous leurs yeux après pulvérisation.

Le manœuvre du service d'hygiène pulvérise le corps qui est couvert d'un drap. Après la pulvérisation, les malades qui se trouvent dans la salle commencent à tousser à cause du gaz que dégagent les produits mis dans le liquide pulvérisé (solution chlorée). C'est là que l'un des brancardiers dit : « Excusez-nous. Nous sommes désolés. C'est le liquide utilisé qui fait ça ». Les deux brancardiers emballent le corps dans le drap sur lequel il se trouve et le mettent sur le chariot. Pendant que les brancardiers sortent avec le corps, toutes les patientes se trouvant dans la chambre d'hospitalisation ferment les yeux (Notes d'observation du 30/12/2020 dans une chambre d'hospitalisation pour femmes).

Les peurs se manifestaient souvent par des réactions variables couramment observées lors des interactions (se détourner ou fermer les yeux pour ne pas voir les corps des personnes décédées) ou encore la focalisation sur une idée comme le souligne un des malades : « *quand on a peur, on n'a pas l'esprit tranquille. On n'a qu'une seule idée en tête : la maladie va-t-elle m'emporter ? Ça me coupe le sommeil.* » (Unité de tri). Pour le personnel, la peur et l'anxiété étaient confondues dans leurs manifestations : « *La personne est absente, perdue dans ses pensées, elle manifeste un peu de nervosité. C'est un peu comme l'anxiété* » (Un membre du personnel de l'Unité Covid-19).

Les états émotionnels, tels que vécus et décrits par les malades, recourent les interprétations de ces mêmes états émotionnels par les soignants que nous avons interrogés, notamment à travers leurs manifestations psychosomatiques.

Le relâchement dans le suivi médical

Le relâchement dans le suivi des malades a été un phénomène régulièrement observé durant la seconde vague de l'épidémie. Il ne s'agissait pas d'un phénomène nouveau dans les relations soignants-soignés. Mais en contexte épidémique, lorsque les cas d'urgence sont particulièrement nombreux, il prend une signification particulière. Ainsi, certains malades étaient restés sans soins parce que les soignants n'ont pas voulu se déplacer dans les chambres d'hospitalisation. C'est ce que souligne l'extrait ci-après :

Mon collègue risque de sortir sans toucher ses malades et sans appeler les réanimateurs. Étant à l'intérieur, il peut facilement communiquer les paramètres des malades aux réanimateurs. Il fait seulement la prise des paramètres des personnes confinées à domicile (CAD). Pendant qu'il s'occupe des CAD, les patients en mauvais état peuvent mourir (Un médecin réanimateur, unité de prise en charge).

La liste des attitudes qui traduisent le relâchement ne s'arrête pas là. Des malades également n'ont pas bénéficié du test de contrôle qui leur aurait permis de rentrer à la maison en cas de résultat négatif parce qu'ils ont été oubliés, faute d'un suivi des dossiers.

Les conditions de travail du personnel ne sont pas étrangères au relâchement constaté. En effet, l'épuisement du personnel dû à une sur-sollicitation de la part des malades en période de pic, les multiples mois d'arriérés de paiement des primes (jusqu'à six mois pour certains) ont pu expliquer une démotivation conduisant à une moindre implication dans le soin apporté aux malades.

Nous avons observé des situations où les malades étaient livrés à eux-mêmes sans bénéficier du *nursing* et des soins quand ils en avaient besoin. Cette attitude de la part de certains membres du personnel peut être la conséquence directe des difficiles conditions de travail du personnel. Un non-voyant malade déclare à l'enquêteur arrivant dans la pièce : « *vous êtes enfin là, vous m'aviez abandonné, personne n'est rentré ici depuis le matin* ». Il a poursuivi en disant qu'il avait très faim, qu'il y avait de la nourriture dans la salle, mais qu'il ne savait pas où la trouver. Il n'y avait personne pour la lui donner (unité de prise en charge). Il y a des malades qui ont passé plusieurs jours sans bénéficier de mesures d'hygiène appropriées.

Ça faisait plusieurs jours que notre malade ne s'était pas lavé parce qu'elle était inconsciente. Elle avait la couche. Tu sais, il faut que quelqu'un s'occupe des malades qui se trouvent dans ces situations. Ils ont dit que nous ne pouvons pas entrer. [...] Sinon, à un moment, elle ne faisait que nous appeler pour dire qu'elle ne trouve aucun soignant pour vider le pot contenant l'urine, sans parler du changement de la couche (Un accompagnant, unité de prise en charge).

L'histoire de cette femme montre qu'elle souffre non seulement de la négligence de certains soignants mais aussi du manque de contact avec ses proches qui auraient pu compenser cette négligence des soignants. Cette situation augmente le besoin de soutien psychologique des malades et le soutien en soins du *nursing*.

En dehors des conditions de travail, la négligence peut également découler du manque d'espoir du soignant concernant le sort

du malade. Dans l'unité de prise en charge Covid-19, pendant qu'une infirmière tentait d'aider une vieille femme qui n'arrivait pas à manger, une de ses collègues est arrivée et a déclaré : « *Laisse celle-là et vient ! C'est fini pour elle. Sa situation n'est pas bonne. Viens continuer ailleurs. Personne ne peut assurer pour celle-ci* » (Une infirmière, unité de prise en charge).

Les rares tentatives de certains soignants observées lors de nos enquêtes pour atténuer la peur de la maladie étaient des initiatives personnelles et non institutionnelles. Elles étaient articulées autour de trois stratégies : la banalisation de la maladie, le recours à la parenté à plaisanterie, des mots pour calmer la peur.

La banalisation de la maladie repose sur une rhétorique qui consiste à mettre en avant les cas de guérison, y compris les cas graves qui ont survécu : « *On demande au patient de rester calme en lui faisant comprendre qu'on a géré des cas plus graves que son cas* » (Un membre du personnel de l'unité Covid-19).

La banalisation de la maladie intervient surtout quand il s'agit de malades agités et peu rassurés quant à la possibilité de guérir. Les expressions qui reviennent souvent dans ce style rhétorique sont « c'est une maladie comme les autres », « on a géré des cas plus compliqués ici », « beaucoup sont guéris et sont déjà rentrés à la maison ».

La plaisanterie était une autre stratégie couramment utilisée pour rassurer le malade. Elle permet de parler à l'autre en mettant de côté la distinction sociale, les règles et les convenances sociales. Les relations totémiques qui existent entre les parents à plaisanterie sont souvent mobilisées pour montrer à l'autre que l'on ne violera jamais le caractère sacré d'une telle relation au risque de subir la colère et la punition du totem. La parenté à plaisanterie modèle les sensibilités et marque les relations avec les malades. Cette institution sociale fortement normée et ritualisée peut se révéler très efficace pour pousser l'autre à prendre au sérieux ce que l'on lui dit.

Je suis ton cousin, je ne peux pas te mentir. Vous, les peuls, vous êtes les plus peureux du monde. Vous n'êtes pas des guerriers. Garde espoir, il y a beaucoup de personnes qui sont sorties guéries de cet hôpital. Tu n'as donc aucune raison d'avoir peur (Un soignant, unité de prise en charge).

La troisième stratégie a consisté à créer un espace de sociabilité pour les malades. L'unité de prise en charge Covid-19 avait prévu, lors de la première vague, une salle où les malades se retrouvaient au moment des repas. Ils en profitaient pour discuter sur le vécu de la maladie et bien d'autres sujets. La salle était équipée d'un téléviseur. Au début de la première vague, des échanges étaient organisés par un

agent du service social pour permettre aux malades de se parler entre eux et de se soutenir. Ils y trouvaient le moyen de recréer un lien social affecté par les mesures de restrictions imposées aux malades. Ces retrouvailles et échanges entre malades ont connu une nette diminution après le pic de la première vague (mai 2020), et au fur et à mesure que le nombre de malades diminuait. Le téléviseur a été volé avant l'arrivée de la deuxième vague. La volonté d'aider à la resocialisation des malades était perceptible et certains membres du comité technique de l'hôpital ont même demandé le recrutement d'un psychologue : « *Nous avons fait la demande au Ministère de recruter un psychologue à plusieurs reprises mais jusque-là, nous n'avons reçu aucune réponse* » (Un membre du comité technique).

L'ensemble des mesures prises à l'hôpital pour atténuer les difficultés psychologiques des malades a permis aux soignants de créer des moments d'échanges avec les malades. Cependant, ces moments d'échange ne couvrent pas suffisamment les besoins de ces derniers en raison de la nature même du dispositif de prise en charge Covid-19 ainsi que les attitudes de certains soignants.

La sous-traitance du soutien psychologique par les soignants aux accompagnants

Dans ce contexte où l'accompagnement psychologique des soignants fait souvent défaut, les accompagnants des malades jouent un rôle crucial comme pour beaucoup de services dans les hôpitaux en Afrique. À l'hôpital, les accompagnants sont pleinement impliqués dans le *nursing* mais aussi le soutien psychologique pour aider le proche à mieux supporter sa maladie. Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, la présence physique de l'accompagnant auprès du proche hospitalisé était autorisée ou refusée en fonction du lieu de l'hospitalisation. Ainsi, l'unité de prise en charge où les visites familiales étaient interdites a largement favorisé les pratiques de sous-traitance du soutien psychologique par les accompagnants. En effet, le nettoyage et les soins du corps étaient considérés comme des tâches répugnantes par bon nombre de soignants bien que ceux-ci soient conscients de l'effet positif de ce type d'accompagnement et les conséquences psycho-affectives entraînées par sa privation : « *Les malades sans accompagnants, ça crée tous ces problèmes de stress et de psychologie.* » (Un médecin de l'unité Covid-19).

Malgré l'interdiction des visites familiales dans cette unité, la famille n'était jamais loin. Les proches recueillaient les plaintes des malades lors des échanges téléphoniques. Ces plaintes étaient ensuite

communiquées aux soignants dans l'espoir qu'ils apporteraient une solution. Les accompagnants guettaient régulièrement les allers-retours du personnel pour les interpeller et les pousser à intervenir. Contrairement à la première vague où l'affluence était moindre, le problème de gestion des accompagnants s'est largement posé pendant la deuxième vague, et notamment sur le site de prise en charge. L'interdiction des visites dans l'unité de prise en charge n'a pas empêché des dizaines d'accompagnants de camper à une trentaine de mètres du bâtiment sous un arbre. Chacun essayait d'en savoir davantage sur l'état de santé de son proche hospitalisé ou de négocier une faveur pour lui.

Ce jour, il y avait plus de 40 véhicules garés et plus de 100 personnes présentes devant la sortie de l'unité d'hospitalisation. Certains étaient assis à l'ombre des arbres le long de la route, d'autres étaient dans leur voiture, d'autres encore cherchaient à rencontrer le responsable du site. Ils appartenaient tous à la haute sphère de la société (belles voitures 4X4 garées, habillement coûteux). Aucun porteur de blouse n'a traversé cette foule sans être arrêté par deux ou trois personnes pour des questions (Notes d'observation du 9 décembre 2020).

Nos discussions ont permis d'écouter des confidences qui attestaient que certains proches des malades proposaient souvent de l'argent à certains soignants en contrepartie des faveurs : « *Je ne demande pas d'argent aux malades. Bien vrai que certains de mes collègues cherchent par tous les moyens, je me contente de ce que les malades ou leurs accompagnants me donnent* » (Un médecin, unité de prise en charge).

Encadré 1. L'arbre, un espace multifonctionnel.

Une rangée de quelques arbres situés au sud-ouest de l'établissement hospitalier faisait face à l'entrée principale du site de prise en charge Covid-19. Les deux lieux étaient séparés d'une dizaine de mètres environ par une des allées principales de l'hôpital. Dans cet univers hospitalier où le dispositif de soins réserve peu de place aux familles, l'arbre joue plusieurs fonctions. D'abord, il sert d'abri contre le soleil et d'observatoire à partir duquel on peut surveiller les va-et-vient des soignants travaillant dans le site de prise en charge des malades hospitalisés. Cet abri participe en même temps du dispositif d'appropriation de l'espace hospitalier par les familles qui ont tendance à « camper » dans la cour de l'hôpital. Ensuite, il sert d'espace discret et informel

d'échange d'informations, parfois contre rémunération, entre le personnel soignant et les familles. Plusieurs dizaines de personnes composées des proches des malades admis à l'hôpital, mais aussi de malades confinés à domicile et venus renouveler leur stock de traitements, s'y retrouvaient chaque jour dans l'espoir d'accéder plus facilement aux agents hospitaliers et de négocier une faveur pour soi (malades confinés à domicile) ou pour ses proches hospitalisés (accompagnants).

Ces différents constats montrent que l'interdiction des visites familiales a créé une nouvelle dépendance basée sur le « monnayage » des faveurs des soignants. Lors des deux vagues, l'accompagnement n'a pas été tout à fait absent malgré l'interdiction des visites, mais il était « sous-traité » avec les soignants ou les autres membres du personnel.

Si la visite des accompagnants à leurs proches a été interdite dans l'unité de prise en charge et le service de réanimation, ce n'était pas le cas pour le site de triage. Au contraire, elle y a été largement encouragée par les soignants. Dans ce site de triage, tout se passait comme d'habitude, illustration de la place effective des accompagnants, à laquelle les soignants sont habitués (comme dans la plupart des hôpitaux dans nombre de pays ayant de dispositifs de santé précaires et défaillants). Cette participation des familles est donc appréciée et encouragée car cela les décharge de certaines tâches considérées comme relevant des proches (hygiène corporelle des malades, alimentation, lavage de la vaisselle et du linge, évacuation des déchets, entretien du couchage). Ainsi, les accompagnants avaient la possibilité de se rendre dans les salles de soins du triage pour y voir leurs proches et effectuer toutes ces tâches de *nursing*. Malgré les multiples tentatives pour régler l'entrée des accompagnants (autoriser un seul accompagnant à la fois pour éviter la contagion), le personnel avait beaucoup de mal à les contenir. Il a plutôt adopté une posture de « laisser faire » qui arrangeait les accompagnants et les soignants.

Discussion

Dans le contexte spécifique de l'hôpital, nos résultats montrent que les malades hospitalisés dans l'unité de prise en charge exprimaient des états émotionnels souvent désignés comme étant la peur, le stress, l'anxiété. Les relations de causes à effets établies entre ces états émotionnels par les malades interrogés relèvent des procédures de l'attribution causale. Les procédures d'attribution ici à l'œuvre se basent plus sur les perceptions du sujet que sur des données cognitives

objectives (Apfelbaum et Herzlich, 1971). La peur face à la maladie est reliée à une multitude de situations qui rappellent le danger, notamment l'augmentation rapide du nombre de malades et de décès dans le monde, quotidiennement rapportée par les médias et les réseaux sociaux (Abuhammad *et al.*, 2021). Ces travaux ont également souligné le lien entre la peur, l'anxiété liée au Covid-19 et l'existence d'une maladie chronique (Al-Rahimi *et al.*, 2021) ainsi que le lien entre anxiété, milieu de résidence et antécédents de maladie psychiatrique (Özdin et Bayrak Özdin, 2020). Dans les discours que nous avons recueillis auprès des soignants, la peur et l'anxiété ont souvent été confondues, mais ces états émotionnels ont souvent été cités dans une relation de cause à effet avec un autre état émotionnel : le stress. Dans le domaine de la psychologie, « l'anxiété réactionnelle » est souvent reliée aux situations stressantes pour souligner cette relation de cause à effet entre anxiété et stress (Servant, 2004).

Ces divers états émotionnels vécus par les malades identifiés sur la base des discours des acteurs ont été largement favorisés par un dispositif de limitation des contacts et des mouvements d'isolement localement adapté, symbolisé par les infrastructures qui imposent des restrictions dans la liberté de mouvement des personnes malades. On pourrait le qualifier de « dispositif d'enfermement » au sens physique du terme. Cet enfermement est matérialisé par le fait d'être dans un espace clos, délimité par des barrières matérielles qui en défendent l'accès (Estangüi Gómez et Pasquier-Chambolle, 2008). De fait, le dispositif, en plus de sa fonction de soins, permet une « surveillance disciplinaire » (Foucault, 1975) dans un contexte de quasi-privation de liberté pour les malades. La configuration de soins comprend le dispositif d'enfermement (assimilable aux infrastructures) mais ne s'y limite pas. Les constats issus de cette étude montrent que les conditions de prise en charge qui ont suscité les états émotionnels vécus par les malades sont liées à la configuration de soins. Ils nous amènent à faire un parallèle avec l'épidémie d'Ébola, survenue en 2014 et qui menaçait de se répandre en Afrique de l'Ouest (Sambiéni *et al.*, 2015). Certaines recherches ont montré que la configuration de soins lors de cette épidémie d'Ébola était marquée par des besoins vitaux et des symptômes peu traités, l'absence d'écoute, d'explication et de considération pour l'entourage, la souffrance des malades du fait de mesures restrictives productrices de violences (Desclaux *et al.*, 2018a). Ce qui se joue là ne concerne pas que les enjeux de stress psychologique mais également des révoltes et de la colère politique et morale.

La recherche a confirmé que, dans le contexte malien, les accompagnants sont des acteurs majeurs des relations de soins même si leur rôle est souvent méconnu et peu exploré par la recherche (Schnitzler, 2014). L'attitude paradoxale des soignants envers ces acteurs, qui a consisté à

les tenir à distance en même temps qu'on les encourageait à s'occuper du *nursing*, montre que le fonctionnement de l'hôpital repose largement sur le travail de ces accompagnants qui sont incontournables.

Les résultats de certaines recherches ont souligné que la culture de l'apprentissage est une trame de l'efficacité des systèmes de santé (Sheikh et Abimbola, 2022). La gestion des épidémies, voire la gestion des vagues d'une même épidémie, donne l'impression que chaque contexte est nouveau et vécu sans faire le lien avec les précédents. Si les chocs psychologiques liés au Covid-19 rappellent Ebola dans la conscience collective, aucune disposition n'a été prise pour anticiper la prise en charge psychologique des malades. Les conditions n'étaient pas réunies pour que des leçons puissent émerger et être consolidées au sortir de la première vague de l'épidémie ; cela aurait pu permettre d'attirer l'attention des acteurs de l'hôpital sur la nécessité d'une prise en charge psychologique des malades, notamment à travers le recrutement d'un ou d'une psychologue. Les soins psychologiques se présentent comme un angle mort de la prise en charge des malades dans la plupart des hôpitaux publics au Mali et dans la région. Également, le risque d'une deuxième vague a été faiblement perçu par les acteurs de l'hôpital à cause de la diminution drastique du nombre de malades à la fin de la première vague.

Les relations de pouvoir sous-jacentes expriment pour les soignants une sorte de marquage des « territoires de soi » (Goffman, 1973). Ces rapports de pouvoir sont clairement asymétriques entre un médecin en position d'autorité et son malade (Gobatto et Traoré, 2011 ; Hane *et al.*, 2007). Certains travaux menés en Afrique de l'Ouest ont pu montrer que de nombreux dysfonctionnements trouvent leur origine dans les relations soignant-soigné (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jaffré et Guindo, 2013). L'hôpital offre de tels enchaînements où le plus lointain d'une cause s'exprime au plus proche de l'acte clinique (Jaffré *et al.*, 2009). Les dysfonctionnements constatés dans les soins trouvent notamment leur origine dans les conditions de travail très difficiles du personnel sur le plan matériel, des conditions salariales et des arriérés de salaire, ou bien plus généralement des environnements indignes sur le plan de l'hygiène et des infrastructures médicales (Andersen, 2004 ; Jaffré, 2009 ; Tantchou, 2017). Ces conditions contribuent à des formes d'indifférence vis-à-vis des malades qui soulignent à leur tour des enjeux éthiques liés à l'accès aux soins. On peut faire un parallèle avec l'Italie où, pendant les premiers mois de l'épidémie, il a fallu sélectionner les malades qui bénéficieraient en priorité des soins intensifs (Grasselli *et al.*, 2020). Ces différents constats montrent que les pratiques cliniques sont saturées d'affects, de valeurs et de normes implicites dont l'ensemble forme une économie morale du soin (Berenguer, 2018).

Les interventions d'ordre psychologique étaient des tentatives pour calmer la peur des malades. Pour faire ce travail, les personnels se sont appuyés sur diverses techniques bâties autour des savoirs expérimentiels. Ces savoirs ont l'avantage de rassurer le malade. Une recherche menée sur le diabète au Mali a montré que ces savoirs sont mis en jeu dans et pour l'action quotidienne et étayent les pratiques ordinaires des professionnels de santé et des malades face au diabète (Gobatto et Traoré, 2011). La parenté à plaisanterie est souvent évoquée comme un instrument de cohésion sociale. Au Mali, elle est particulièrement intense entre certains groupes ethniques dont les rapports sont marqués par l'alliance à plaisanterie (Smith, 2004). Son expression dans le microcosme hospitalier démontre cette capacité du personnel à s'appuyer sur les ressources locales pour recréer le lien social.

L'analyse des données recueillies permet de conclure que l'adaptation du point de vue psychologique et anthropologique sont deux formes liées. La faculté d'adaptation a été abordée par les psychologues comme l'aptitude d'un individu à modifier sa structure ou son comportement pour répondre harmonieusement à des situations nouvelles (Simonet, 2009). Cette adaptation repose sur des stratégies d'acteurs souvent abordées par les anthropologues et se traduisant par la manière dont les individus et les groupes s'adaptent à leur environnement. Ainsi, face aux souffrances psychologiques des malades Covid-19 hospitalisés à l'EHB et en l'absence d'un psychologue professionnel, le personnel a fait le choix d'utiliser ses propres savoirs expérimentiels. Le processus d'adaptation est ancré dans une variation comportementale qui repose largement sur la capacité des acteurs sociaux à faire des choix et à prendre des décisions (Bates, 2005). Ainsi, aux États-Unis par exemple, ce sont les soignants qui ont donné aux familles la possibilité de voir leurs proches hospitalisés dans les unités de soins intensifs Covid-19 grâce à des applications téléphoniques (Tessier, 2020).

Les stratégies adaptatives forment, avec les stratégies d'absorption et de transformation, le socle de la résilience (Bene *et al.*, 2012). À l'EHB, si les stratégies d'absorption et d'adaptation ont été visibles à travers leur mise en place pour parer au plus pressé (calmer les malades, diminuer la peur), les stratégies de transformation n'ont pas été au rendez-vous puisque le recrutement d'un psychologue n'a pas eu lieu. Une étude menée dans ce même hôpital pendant les premiers mois de l'épidémie avait montré que les stratégies de transformation étaient loin d'être amorcées (Coulibaly *et al.*, 2021). La formation des agents sur les fondamentaux de l'accompagnement psychosocial, qui pouvait être un plan alternatif, a été négligée. Dans le monde, l'épi-

démie de Covid-19 a révélé que les systèmes de santé ont besoin d'un changement radical pour améliorer leur préparation aux futures épidémies (Zaka *et al.*, 2020).

Les déclencheurs des difficultés psychologiques chez les acteurs de soins, que ce soient les soignants (Honda *et al.*, 2022 ; Chabrol *et al.*, 2023) ou les malades dans le cas du Mali sont une série d'enjeux structurels de prise en charge déshumanisante de l'hôpital (emploi de la force, confinement, négligence de certains soignants) qui ne seront pas résolus par une consultation avec un psychologue. Plusieurs travaux ont montré que la réponse au Covid-19 a engendré des formes de déshumanisation du soin, à l'œuvre notamment dans la prise en charge des malades décédés avec l'arrêt des soins mortuaires comme mesure de restriction sanitaire et logistique et qui a été moralement éprouvante tant pour les familles que pour le personnel soignant (Chotard *et al.*, 2022 ; Egrot *et al.*, 2022).

Il faut aussi stratégiquement agir sur d'autres leviers sociaux tels que i) l'informalité dans les interactions soignants/accompagnants, symbolisée par « l'arbre » et les dynamiques sociales qui s'y raccrochent, solliciter les soignants pour négocier des faveurs pour les proches confinés, ii) les conditions de travail des soignants avec l'épineuse question de la motivation financière dans la gestion d'une épidémie où ils risquent eux-mêmes leur vie, et iii) la question cruciale des précautions éthiques qui se pose avec plus d'acuité en contexte épidémique dans les relations de pouvoir entre le soignant et le soigné.

Le défi à relever sur le plan de la résilience reste le même : construire un espace relationnel affectivement stable et techniquement efficace qui permette aux malades une « prévisibilité générale des conduites des soignants » (Giddens, 1987 : 111). L'épidémie de Covid-19 a montré que les cliniciens ont besoin d'outils et de ressources pour faire face à la demande des malades sévèrement affectés sur le plan psychologique (Wallace *et al.*, 2020). La résilience dans ce domaine nécessite également d'apporter une réponse adaptée aux problèmes de santé mentale des soignants notamment l'anxiété, la peur et l'incertitude (Digby *et al.*, 2021).

Conclusion

Cette recherche a permis de comprendre que dans le contexte d'une nouvelle épidémie, les difficultés psycho-affectives des malades sont en partie le résultat des conditions d'hospitalisation, elles-mêmes prises dans un faisceau d'enjeux structurels liés à des décennies de manque d'investissement dans les hôpitaux publics. Certes, le contexte

épidémique a entraîné l'adoption de mesures restrictives dans l'accompagnement pour éviter la propagation de la maladie en milieu de soins. Mais ce vide laissé par l'absence des proches dans les chambres d'hospitalisation n'a pas été comblé par l'accompagnement du personnel. Malgré des tentatives profanes des soignants pour aider les malades, nous avons assisté à une permanence des pratiques qui portent en elles un potentiel de stress. Elles sont en rupture avec la définition de la santé qui insiste sur la dimension physique, psychique et sociale. Ainsi, le personnel est dans une posture contradictoire qui fait qu'il soigne tout en affectant la santé mentale des malades. Le défi à relever est de donner un sens partagé et un contenu acceptable, socialement et médicalement, à la relation de soins qui lie les soignants, les malades et les accompagnants.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

Remerciements

Nous tenons à remercier très sincèrement Jean Marc Goudet et Lola Traverson pour la relecture attentive de cet article. Nos remerciements s'adressent également à tout le personnel de l'EHB pour le temps qu'ils ont consacré à notre enquête, ainsi qu'à Yacouba Diarra et Seydou Diabaté, assistants de recherche à l'agence MISELI.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abuhammad S., Alzoubi K.H., Khabour O., 2021. Fear of covid-19 and stigmatization towards infected people among Jordanian people. *International Journal of Clinical Practice* 75(4) [<https://doi.org/10.1111/ijcp.13899>].
- Al-Rahimi J.-S., Nass N.-M., Hassoubah S.-A., Wazqar D.-Y., Alamoudi S.-A., 2021. Levels and predictors of fear and health anxiety during the current outbreak of covid-19 in immunocompromised and chronic disease patients in Saudi Arabia: A cross-sectional correlational study. *PLoS ONE* 16(4) [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250554>].
- Andersen H.M., 2004. "Villagers": differential treatment in a Ghanaian hospital *Social Science & Medicine* 59(10), 2003-2012 [<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.005>].

- Apfelbaum E., Herzlich C., 1971. La théorie de l'attribution en psychologie sociale. *Bulletin de psychologie* 24(293), 961-976.
- Barasa E.W., Cloete K., Gilson L., 2017. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan* 32(1), 91-94 [https://doi.org/10.1093/heapol/czx118].
- Bates D. G., 2005. *Human Adaptive Strategies: Ecology, Culture and Politics*. Toronto, Pearson.
- Bene C., Godfrey-Wood R., Newsham A., Davies M., 2012. Resilience: new utopia or new tyranny? Reflection about the potentials and limits of the concept of resilience in relation to vulnerability reduction programmes. *IDS Working Papers* 405(006), 1-61 [https://doi.org/10.1111/j.2040-0209.2012.00405.x].
- Berenguer E., 2018. La crise psychiatrique à l'hôpital. *Anthropologie & Santé* 16 [https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2895].
- Chabrol F., Traverson L., Hou R., Chotard L., Lucet J.-C., Peiffer-Smadja N. et al., 2023. Adaptation and response of a major parisian referral hospital to the Covid-19 surge: a qualitative study. *Health Systems & Reform* 9(1) [https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2165429].
- Chabrol F., 2018. Viral hepatitis and a hospital infrastructure in ruins in Cameroon. *Medical Anthropology* 37(8), 645-658 [https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1518981].
- Chotard L., Ridde V, Chabrol F., 2022. « Un sac blanc qu'on bouge » : le corps mort et les soignants à l'épreuve de la pandémie de Covid-19. *Frontières* 33(2) [https://doi.org/10.7202/1095220ar].
- Coulibaly A., Touré L., Zinszer K., Ridde V., 2021. La résilience de l'hôpital du Mali face à la Covid-19 dans un contexte de pénuries. *Santé Publique* 6(33), 935-945 [https://doi.org/10.3917/spub.216.0935].
- Desclaux A., Sow K., 2015. « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du *care* et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. *Anthropologie & Santé* 11 [https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1751].
- Desclaux A., Magne S. M., Egrot M., Akindès F., Sow K., 2018a. Patients négligés, effets imprévus. L'expérience des cas suspects de maladie à virus Ebola. *Santé Publique* 4(30), 565-574 [https://doi.org/10.3917/spub.185.0565].
- Desclaux A., Malan M.S., Egrot M., Sow K., Akindès F., 2018b. Surveillance in the field: Over-identification of Ebola suspect cases and its contributing factors in West African at-risk contexts. *Glob Public Health* 14(5), 709-721 [https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1534255].
- Digby R., Winton-Brown T., Finlayson F., Dobson H., Bucknall T., 2021. Hospital staff well-being during the first wave of Covid-19: Staff perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing* 30(2), 440-450 [https://doi.org/10.1111/inm.12804].

- Dow D., Turner E., Shavo A., Mmbaga B., Cunningham C., O'Donnell K., 2016. Evaluating mental health and associated difficulties among HIV positive adolescents in Tanzania. *AIDS Care* 28, 825-833 [<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1139043>].
- Egrot M., Akindès F., Kra F. (dir.) 2022. Les épidémies, la mort et les morts. *Frontières* 33(2), Numéro spécial.
- Estangüi Gómez R., Pasquier-Chambolle D., 2008. De l'enfermement et des lieux de réclusion. *Hypothèses* 11(1), 141-150 [<https://doi.org/10.3917/hyp.071.0141>].
- Finkler K., 2008. Can bioethics be global and local, or must it be both? *Journal of Contemporary Ethnography* 37(2), 155-179 [<https://doi.org/10.1177/0891241607312484>].
- Foucault M., 1975. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
- Giddens A., 1987 [1984]. *La Constitution de la société*. Paris, Puf.
- Gobatto I., Traoré A.T., 2011. Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali. *Revue d'anthropologie des connaissances* 5(3), 509-532 [<https://doi.org/10.3917/rac.014.0509>].
- Goffman E., 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris, Minuit.
- Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M., 2020. Critical care utilization for the Covid-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *JAMA* 323(16), 1545-1546 [<https://doi.org/10.1001/jama.2020.4031>].
- Hall R.C., Chapman M.J., 2008. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General Hospital Psychiatry* 30(5), 446-452. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.003>].
- Hane F., Thiam S., Fall A.S., Vidal L., Diop A.H., Ndir M. *et al.*, 2007. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 11(5), 539-543.
- Helman C.G., 2007 [1984]. *Culture, Health and Illness*. London, CRC Press.
- Honda A., Tamura T., Baba H., Kodoi H., Noda S., 2022. How should support for hospital staff during health shocks be improved? A discussion from Japan's experience during the Covid-19 pandemic. *Global Health & Medicine* 4(5), 285-288 [<https://doi.org/10.35772/ghm.2022.01020>].
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J-P. (dir.) 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, APAD, Karthala.
- Jaffré Y., 2009. Anthropologie, espaces techniques des soins et réduction de la mortalité maternelle. In Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C. (dir.) 2009. *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Éditions Faustroll, 13-44.

- Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C. (dir.) 2009. *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Éditions Faustroll.
- Jaffré, Y., Guindo A., 2013. « On ne s'occupe pas assez d'eux » : Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest, *Anthropologie et société* 37(3), 157-177 [https://doi.org/10.7202/1024084ar].
- Kehr J, Chabrol F., 2018. L'hôpital. Pour une nouvelle anthropologie des espaces cliniques. Introduction. *Anthropologie & Santé* 16 [https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2997].
- Okonji E.F., Mukumbang F. C., Orth Z., Vickerman-Delpont S.A., Van Wyk B., 2020. Psychosocial support interventions for improved adherence and retention in ART care for young people living with HIV (10-24 years): a scoping review. *BMC Public Health* 20(1), 1841 [https://doi.org/10.1186/s12889-020-09717-y].
- Özdin S., Bayrak Özdin Ş., 2020. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during Covid-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry* 66(5), 504-511 [https://doi.org/10.1177/0020764020927051].
- Reynolds D. L., Garay J. R., Deamond S. L., Moran M. K., Gold W., Styra R., 2008. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection* 136(7), 997-1007 [https://doi.org/10.1017/S0950268807009156].
- Ridde V., Gautier L., Dagenais C., Chabrol F., Hou R., Bonnet E. et al., 2021. Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic: protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems* 19(1) [https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z].
- Samb O.M., Belaid L., Ridde V., 2013. Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire* 35, 34-43 [http://journals.openedition.org/humanitaire/2256], consulté le 14 mars 2022.
- Sambiéni E.N., Danko N., Ridde V., 2015. La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire, *Anthropologie & Santé* 11, [https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1772].
- Sanghera J., Pattani N., Hashmi Y., Varley K.F., Cheruvu M.S., Bradley A., et al., 2020. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of health-care workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of Occupational Health* 62(1), e12175 [https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175].
- Sauvegrain P., 2012. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patients et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales* 28(2), 81-100 [https://doi.org/10.4000/remi.5902].
- Schnitzler M., 2014. Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? *Sciences Sociales et Santé* 32(1), 39-64 [https://doi.org/10.3917/sss.321.0039].

- Servant D., 2004. *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris, Elsevier Masson.
- Sheikh K, Abimbola S., 2022. Strong health systems are learning health systems. *PLOS Glob Public Health* 2(3), e0000229 [https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000229].
- Sheraton M., Deo N., Dutt T., Surani S., Hall-Flavin D., Kashyap R., 2020. Psychological effects of the Covid-19 pandemic on healthcare workers globally: A systematic review. *Psychiatry Research* 292,113360 [https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113360].
- Simonet G., 2009. Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques. *Natures Sciences Sociétés* 17(4), 392-401 [https://doi.org/10.1051/nss/2009061].
- Smith E., 2004. Les cousinages de plaisanterie en Afrique de l'Ouest, entre particularismes et universalismes. *Raisons politiques* 1(13), 157-169 [https://doi.org/10.3917/rai.013.0157].
- Street A., Coleman S., 2012. Introduction: Real and Imagined Spaces. *Space and Culture* 15(1), 4-17 [https://doi.org/10.1177/1206331211421852].
- Tantchou J., 2017. En Afrique, la matérialité du soin au cœur des tensions soignants-soignés ? *Sciences Sociales et Santé* 35(4), 69-95 [https://doi.org/10.3917/sss.354.0069].
- Tessema G. A., Kinfu Y., Dachew B. A., Tesema A. G., Assefa Y., Alene K.A. et al., 2021. The Covid-19 pandemic and healthcare systems in Africa : A scoping review of preparedness, impact and response. *BMJ Global Health* 6(12), e007179 [https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007179].
- Tessier L., 2020. Covid, la mort en FaceTime. *L'Homme* 2-3(234-235), 33-50 [https://doi.org/10.4000/lhomme.37072].
- Van Der Geest, S., Finkler, K., 2004. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine* 59(10), 19952001 [https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.004].
- Wallace C. L., Wladkowski S. P., Gibson A., White P., 2020. Grief during the Covid-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(1), e70-e76 [https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012].
- Wilken J.A, Pordell P., Goode B., Jarteh R., Miller Z., Saigar B. et al., 2017. Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola virus disease–Margibi County, Liberia: February–March 2015. *Prehospital and Disaster Medicine* 32(6), 673-678 [https://doi.org/10.1017/S1049023X17006720].
- Zaka A., Shamloo S.E., Fiorente P., Tafuri A., 2020. Covid-19 pandemic as a watershed moment: A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. *Journal of Health Psychology* 25(7), 883-887 [https://doi.org/10.1177/1359105320925148].

ABSTRACT

When caregivers' practices « calm » or « stress » patients: Psychosocial support for patients infected with SARS-CoV-2 in Bamako

The Covid-19 epidemic highlighted the need for psychological care of hospitalized patients infected with SARS-CoV-2. However, few studies have explored this need from an anthropological point of view. Our study aims to understand how the psychosocial support of infected patients was carried out in a referral hospital in the capital of Mali. Our ethnographic survey took place during the first two waves of the epidemic, from April to June 2020 (wave 1) and from December 2020 to January 2021 (wave 2), during which 47 semi-structured interviews and 106 observations of situations were conducted. Following the coding and transcription of the data, an inductive approach was used to analyze the material collected. We found multiple psychological difficulties among the patients, which could be cumulative. Fear of the disease is often linked to a lack of information, a feeling of abandonment by the staff and a poor quality of nursing. During the second wave, the massive arrival of dependent patients (cases of respiratory distress) increased the need for support. Psychosocial support was limited to rare attempts by caregivers to calm patients' fears. The attitudes and practices of health care personnel (doctors, nurses, social workers) also often tended to aggravate rather than alleviate the psychological difficulties of patients. In the context of an epidemic, in order to achieve therapeutic efficacy and to help patients better cope with isolation, which is a source of recurrent stress, it is important to create the conditions to reduce the negative influence of caregivers on the mental health of patients.

Key words: *support, psychosocial, coronavirus, hospital, Bamako.*