



HAL
open science

L'expérience du confinement à la Réunion : étude qualitative

Margot Roche

► **To cite this version:**

Margot Roche. L'expérience du confinement à la Réunion : étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03327208

HAL Id: dumas-03327208

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03327208>

Submitted on 27 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2021 N° :

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE**

**L'EXPÉRIENCE DU CONFINEMENT A LA REUNION : ETUDE
QUALITATIVE**

Présentée et soutenue le 31/03/2020 en visio-conférence
Par Margot ROCHE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Président

Assesseurs :

Madame le Professeur Catherine MARIMOUTOU

Monsieur le Docteur Jonathan LACHAL

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I : CONTEXTUALISATION

1. Aspects historiques	3
1.1 Concepts de quarantaine et de confinement	3
1.2 La quarantaine et le confinement sanitaire de ses débuts à nos jours (Gensini et al. 2004)	3
2. La notion de pandémie	4
2.1. Théorisation des risques et Anthropocène (O'Callaghan-Gordo et al. 2020)	5
3. Contexte	6
3.1. Caractéristiques du virus SRAS-CoV (données Inserm)	6
3.1. Chronologie et mise en place du confinement	6
4. Revue de la littérature	7
4.1 Revue de la littérature The Lancet (Brooks et al. 2020)	7
4.2. Études sur le SRAS-CoV 2	8

PARTIE II : ETUDE QUALITATIVE INTITULÉE "CONFINAOU QUALI"

1. Objectifs de l'étude	12
1.1 Objectif principal	12
1.2 Objectifs secondaires	12
2. Matériel et méthode	12
2.1 Protocole de l'étude	12
2.2 Le guide d'entretien	13
2.3. Instruments de mesure et recueil des données	13
3. Analyse des données	14

PARTIE III : PRESENTATION DES RESULTATS

1. Description et taille de l'échantillon	16
2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens	18
I) Réorganisation des relations interpersonnelles avec repli autour de la cellule familiale	19
1. Le lien à l'autre, du danger au soutien	19
2. Virtualisation des liens sociaux	21
3. Questionnements éthiques et polarisation d'attitudes entre égoïsme et civisme	22
II) Vécu émotionnel négatif et rupture dans l'expérience du monde	23
1. Rupture existentielle avec sensation de déréalisation	24
2. Perception acutisée de la vulnérabilité de la condition humaine avec un futur vécu comme incertain et angoissant	25
3. Angoisse générée par l'exposition aux médias et le sentiment de privation de liberté	26
III) Le rapport à l'action, à soi et au temps comme mécanismes d'adaptation	29
1. L'activité comme support du quotidien	29
2. Relativisation de l'expérience du confinement et introspection	30
3. Un rapport au temps privilégiant l'instant et la ritualisation	31

PARTIE IV : DISCUSSION

1. Analyse des échelles d'évaluation du stress perçu	33
2. Confinement symptomatique	34
1. Les particularités du confinement à La Réunion	34

2. Les retentissements psychiques du confinement	34
3. Les difficultés spécifiques au confinement	37
3.1 Le temps désocialisant	38
3.2 L'ignorance crée la peur	39
3.3 L'accès aux ressources, du confort à la nécessité	40
4. Prédispositions aux risques psychosociaux : pas tous égaux	41
4.1 Pas de limite d'âge au confinement	41
4.2 Jamais trop jeune pour être confiné	412
4.3 Les troubles psychiatriques marginalisent	433
4.4 Prendre soin des soignants	44
5. Perspectives de santé publique : que peut-on faire ?	45
6. Perspectives de recherche	47
7. Perspectives éthiques : quand la morale n'a pas le moral	477
8. Limites de l'étude	49
CONCLUSION	50
ANNEXES	51
BIBLIOGRAPHIE	51

“ Les autres voient notre présence, nos gestes, la façon dont les mots se forment sur nos lèvres ; seuls, nous voyons notre vie. Cela est étrange : nous la voyons, nous nous étonnons qu'elle soit ainsi, et nous ne pouvons la changer. Même lorsque nous la jugeons, nous lui appartenons encore ; notre approbation ou notre blâme en fait partie ; c'est toujours elle qui se reflète elle-même. Car il n'y a rien d'autre ; le monde, pour chacun de nous, n'existe que dans la mesure où il confine à notre vie. ”

Margueritte Yourcenar - Alexis ou le traité du vain combat (1929)



PARTIE I : CONTEXTE

Entre le 17 mars et le 11 mai, nous avons fait face à une situation unique en France et plus largement au niveau mondial, sans comparaison avec les crises sanitaires antérieures.

En effet, jamais une si vaste population n'avait été confinée simultanément dans l'histoire, quasiment la moitié de la population mondiale, soit 3 milliards d'habitants, a été confinée sur au moins plusieurs jours entre mars et mai 2020. Il s'agit d'une situation sans précédent, faisant du vécu individuel du confinement une expérience collective historique.

Notre travail a pris naissance dans ce contexte de confinement, avec une interrogation, celle de se demander comment cette mesure sanitaire a été vécue par la population, pour mieux en saisir les retentissements, sous l'angle de la santé psychique des individus, et son impact potentiel à court et long terme.

Les circonstances particulières, la durée, les conditions de confinement étant sans précédent, il nous a paru intéressant de récolter des témoignages originaux afin de mieux appréhender le sens donné, à l'échelle individuelle, à cette situation nouvelle, et comment chacun s'est adapté à sa parenthèse de vie confinée. Pour ce faire, nous avons choisi comme terrain de recherche l'île de la Réunion avec les particularités du contexte insulaire réunionnais.

Après un bref historique de la pratique du confinement à travers l'histoire, nous avons contextualisé la situation et fait un état de la littérature scientifique récemment parue. S'agissant d'une situation inédite, l'approche phénoménologique de l'étude avec l'étude de témoignages d'expériences, nous a permis de mettre en avant les ressentis perçus et partagés dans la richesse de leur subjectivité, dans lesquels chacun de nous pourra, de par l'universalité de cette expérience, se reconnaître. Nous avons développé les différentes thématiques que les échanges nous ont permis de retrouver, puis discuté l'influence de différents facteurs sur le vécu du confinement avant d'envisager des perspectives quant aux mesures de santé publique possibles permettant de mieux vivre le confinement.

1. Aspects historiques

La situation de confinement est complexe, et l'on peut dire qu'elle entre en contradiction avec la nature fondamentale de l'être humain qui est d'exister au sein de communautés humaines, et se construit à travers les échanges sociaux.

L'isolement des autres, la mise à l'écart volontaire de la communauté est plus volontiers associée à un état pathologique, lorsque la volonté ou la possibilité d'entrer en relation avec autrui est mise à mal (syndrome dépressif, symptomatologie négative de la schizophrénie, concept du hikikomori au Japon). (Beutel et al. 2017)

Il existe des exemples de confinement humain choisi, dans des situations particulières dont les exemples sont variés (vie des sous-marinières, voyage en solitaire en bateau ou sur terre et autres choix de vie en autarcie...), mais cette réduction des activités en extérieur et des interactions sociales peut être source de troubles psychologiques ou psychiatriques. La situation de confinement et d'isolement social s'oppose à la tendance spontanée de l'humain, être de relation par excellence. (Palinkas et al. 2003)

Il peut être d'autant plus fragilisant lorsqu'il s'intègre dans un contexte de crise sanitaire globale, dont les conséquences sont encore peu connues.

Le confinement à visée sanitaire n'est cependant pas une pratique nouvelle, il a été utilisé à plusieurs reprises dans l'histoire et à travers le monde, pour diminuer la propagation d'agents infectieux. Un rapide récapitulatif de la pratique du confinement dans l'histoire va nous permettre une mise en perspective.

1.1 Concepts de quarantaine et de confinement

On utilise en France le mot confinement, pour parler de l'isolement rendu obligatoire à l'ensemble de la population du 17 mars au 11 mai 2020, concernant aussi bien les individus à risque direct qu'indirect de contamination. En langue anglophone, l'acception employée est « lockdown » ou « quarantine » traduction directe de quarantaine en français. Nous avons dans la langue française cette distinction avec le mot confinement, qui suggère un isolement à domicile, sans durée préétablie.

Le concept associé au terme confinement a un sens plus large que celui de quarantaine. Il vient du mot confins. Tiré du latin *confinis*, venant du préfixe « cum » même, identique, et « finis » fin, frontière, et signifiant qui a la même limite. Il est employé pour parler des extrémités d'un territoire, ses limites, ses frontières (ex « aux confins de la Terre ») puis a dérivé vers le mot confiné au XV^{ème} siècle, avec le sens qu'on lui connaît aujourd'hui, associé à la notion d'isolement choisi ou subi. Il est associé dans l'imaginaire collectif à la restriction de liberté et à l'idée d'enfermement dans un espace exigü.

La quarantaine est le terme le plus couramment employé pour évoquer les pratiques d'isolement sanitaire, et consiste à mettre à l'écart un ou plusieurs individus suspects d'une maladie contagieuse pour une durée déterminée, afin de prévenir sa propagation.

1.2 La quarantaine et le confinement sanitaires de ses débuts à nos jours (Gensini et al. 2004)

La pratique de l'isolement social dans un contexte d'infection visible est déjà décrite dans la Bible, avec les mises à l'écart des malades de la communauté, la maladie étant associée à l'impureté de l'esprit

(lèpre). La lèpre était alors fortement stigmatisée et synonyme de mort, réelle et symbolique, conduisant à l'exclusion sociale. Les personnes atteintes de lèpre devaient partir s'isoler dans des lieux dédiés, les léproseries.

Au Moyen Age, la notion de contagion se développe, lors des épidémies comme celle de la peste noire, les personnes atteintes sont enfermées à leur domicile ou expulsées de la ville. Plus tard, les « pestiférés » sont tolérés, mais doivent porter des signes distinctifs pour être repérés.

La quarantaine au sens où elle est utilisée actuellement prend naissance dans le contexte des conquêtes européennes et le développement des flottes d'expéditions marines. Elle tire sa durée de quarante jours des écrits d'Hippocrate, pour qui les maladies aiguës se développent dans les quarante jours. On trouve aussi le chiffre quarante dans les écrits sacrés, notamment associé au carême.

Elle est utilisée à visée préventive pour les bateaux qui reviennent de zones infectées par la peste. Les premières quarantaines ont eu lieu en Croatie lors de la pandémie de peste noire au milieu du douzième siècle, puis cette pratique est adoptée par différents ports d'Europe avec la création de lazarets, espaces dédiés à la mise en quarantaine des matelots. Un réseau d'informations sanitaires se déploie entre les grands ports d'Europe et du monde. On en trouve des traces en Amérique (épidémie de variole, fièvre jaune).

Ainsi, le développement des échanges internationaux allant de pair avec le développement des connaissances en infectiologie, s'accompagne d'une vigilance sanitaire accrue avec des principes d'isolement préventif lors de retour de voyages, permettant de protéger les peuples d'agents infectieux nouveaux et de transmissions interhumaines. La prise en charge sanitaire devient progressivement le rôle des gouvernements et des États, les premières lois édictées sur la quarantaine sont retrouvées en Angleterre en 1663, puis en Europe.

La quarantaine actuelle est une mesure adaptable, mise en place sur mesure selon l'ampleur de la maladie et les facteurs spécifiques infectieux, mieux connus grâce aux progrès médicaux et biotechnologiques.

Depuis le début des années 2000, plusieurs épidémies et pandémies ont nécessité une mise en quarantaine de populations, comme nous allons le voir.

2. La notion de pandémie

Une pandémie est une maladie infectieuse dont l'incidence augmente rapidement, elle se caractérise par l'étendue de la zone géographique atteinte et le nombre de personnes touchées, significativement important, à travers plusieurs pays dans le monde.

On en retrouve divers exemples à travers l'histoire depuis l'Antiquité. La pandémie la plus ancienne connue est la pandémie de peste en l'an 165 connue sous le nom de « peste antonine » qui aurait fait 5 millions de morts. (Haas, 2006)

Les pandémies ont émaillé l'histoire, on peut citer en exemple les nombreuses pandémies de peste, dont la peste noire au milieu du XIIème siècle, pandémie la plus meurtrière de l'histoire avec une estimation à 200 millions de morts à travers le globe, soit près de la moitié de la population mondiale de l'époque. (Barry et al. 2016)

La grippe est un des virus les plus pourvoyeurs de pandémies dans la mesure où il s'agit d'un virus qui mute et crée des protéines inconnues au système immunitaire humain, avec un taux de multiplication rapide et important qui le rend contagieux. (Russel et al. 2005) La célèbre "grippe espagnole" a sévi à la fin de la première guerre mondiale et fait plus de morts que celle-ci, tuant entre 25 et 40 millions de personnes entre 1918 et 1919.

Plus récemment, la pandémie de VIH a déferlé sur le monde ; en 2016, 36,7 millions vivaient avec le VIH selon l'OMS. Dans la mesure où il n'y a pas encore de traitement curatif, la pandémie est toujours actuelle.

Enfin, le premier coronavirus générateur d'une pandémie a émergé sous le nom de SARS-CoV, zoonose apparue en Chine fin 2002 et responsable d'un syndrome respiratoire aigu sévère en 2003, qualifié de « première urgence mondiale de santé publique du XXIème siècle », première pandémie du nouveau millénaire. Le SARS-CoV s'est propagé dans une trentaine de pays, essentiellement en Asie du Sud-Est, faisant 774 morts. (Jahangir et al, 2020)

En 2012, c'est un autre type de coronavirus, le MERS-CoV, qui est responsable d'une épidémie au Moyen-Orient, avec une létalité très importante d'environ 30% de personnes décédées sur le nombre de personnes atteintes par le virus.

L'épidémie de 2014 par le virus Ebola s'est étendue en Afrique de l'Ouest faisant 11 000 morts avec une létalité estimée à près de 40%, mais cette flambée n'a pas le statut de pandémie en raison de la faible étendue géographique et l'impact épidémiologique limité.

2020 est l'année de la seconde pandémie liée au coronavirus de type SRAS-CoV2.

2.1. Théorisation des risques et Anthropocène (O'Callaghan-Gordo et al. 2020)

Avec la mondialisation et l'augmentation des flux d'informations, de marchandises et de personnes à l'échelle transcontinentale, le risque d'émergence et de transmissions de maladies à travers le monde est devenu croissant.

De par les modifications sur son environnement et l'utilisation des ressources, l'humanité a transformé la nature de manière irréversible, avec un impact climatique et écologique qui a conduit à une rupture des équilibres naturels de la Terre, et la création d'une nouvelle ère géologique, l'Anthropocène, qui se caractérise par l'empreinte indélébile de l'Homme sur la planète.

L'augmentation de la fréquence des zoonoses est attribuée aux activités humaines. L'exploitation de la nature et des ressources naturelles (déforestation, agriculture, élevage...) entraîne une perte de la biodiversité et une pression spatiale sur la biosphère, générant déplacement des populations animales et migration des animaux sauvages, ainsi qu'une augmentation des contacts avec les Hommes qui est propice à la transmission d'agents infectieux.

3. Contextualisation

3.1. Caractéristiques du virus SRAS-CoV (données Inserm)



L'acteur, soit le virus SRAS-CoV, est une zoonose : une maladie qui se transmet de l'animal à l'homme. Il a un réservoir animal habituel (la chauve-souris), et peut se transmettre à l'homme directement, mais le plus souvent par l'intermédiaire d'une espèce dite « relais » plus proche de l'homme par la domestication ou le rapprochement phylogénétique. Dans le cas du SRAS-CoV, l'hôte intermédiaire est le pangolin, vendu sur les marchés en Chine. Des mutations génétiques ont pu faciliter la transmission inter-espèces, qui se fait via les sécrétions animales.

Les premiers symptômes sont peu spécifiques : fatigue, céphalée, douleurs musculaires, fièvre, puis apparaissent des symptômes respiratoires comme une toux, des difficultés à respirer ainsi que des troubles du transit. Dans les cas sévères, on retrouve une détresse respiratoire nécessitant une assistance ventilatoire ou une oxygénothérapie.

De manière logique, les personnes présentant des maladies chroniques (diabète, broncho-pneumopathie chronique, insuffisance rénale...) et les personnes immunodéprimées sont plus vulnérables au virus.

Le diagnostic se fait sur une culture à partir de sécrétions du malade, via la détection du matériel génétique du virus (RT-PCR) ou par un titrage des anticorps spécifiques du malade.

Jusqu'à il y a peu, il n'existait pas de traitement curatif. Cependant fin 2020, des vaccins ont vu le jour avec un développement en un temps record.

3.1. Chronologie et mise en place du confinement

Le règlement sanitaire international (RSI) est un réseau d'alerte qui a pour mission de « prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, la maîtriser par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce international » .

D'après sa définition, la quarantaine s'entend comme « restriction des activités et/ou mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades [...] de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination »

Le 29 février 2020, l'OMS publie le document "Considérations Relatives Au Placement En Quarantaine de Personnes Dans Le Cadre de l'endiguement de La Maladie à Coronavirus 2019," afin d'orienter les décisions pour lutter contre l'épidémie de COVID-19. Il s'appuie sur les données actuelles et l'étude des mesures sanitaires pour les pandémies antérieures.

Fin février, la stratégie est celle d'une quarantaine sélective de la population : « L'OMS recommande de placer en quarantaine les contacts de cas confirmés en laboratoire pendant 14 jours à compter de la dernière fois où ils ont été exposés à un patient atteint de la COVID-19. »

Il y est reprécisé le rôle de la quarantaine : « retarder l'apparition de la maladie dans un pays ou une zone et/ou retarder le pic de l'épidémie dans une zone où il y a une transmission locale » et des recommandations sont édictées sur les informations et dispositions nécessaires pour garantir aux personnes une quarantaine dans les meilleures conditions

Malgré les stratégies de quarantaine sélective, les mesures de distanciation sociale, le port du masque et les gestes barrières, la pandémie prenant de l'ampleur en France, le gouvernement décide d'instaurer une quarantaine à l'échelle nationale, une semaine et demie après son voisin italien. Ainsi, le 17 mars, la population entre dans un confinement sanitaire national.

Très vite, l'OMS fait montre d'un souci pour le bien être psychosocial de la population et dispense des conseils adressés à tous et ciblés aux différentes populations : professionnels de santé, personnes s'occupant d'enfants, personnes âgées et personnes isolées. Ces conseils fleurissent à travers les médias et les campagnes de prévention des risques psycho-sociaux du confinement.

4. Revue de la littérature

La nouveauté et la rareté du phénomène du confinement donnent peu de recul à la science pour évaluer ses conséquences ; la période que nous avons traversée et son ampleur unique rend les comparaisons avec les situations antérieures complexes. Cependant la littérature internationale ainsi que les études françaises relatives au COVID-19 sont en plein essor.

4.1 Revue de la littérature *The Lancet* (Brooks et al. 2020)

Une revue de la littérature publiée dans la revue britannique *The Lancet* (Brooks et al. 2020) fin février 2020 s'est saisie des recherches liées aux situations sanitaires exceptionnelles de ces dernières années, répertoriant des études dans 10 pays, en essayant d'en faire ressortir les similarités et d'en tirer des recommandations pour le confinement de 2020. Elle recense 24 études, dont 9 études utilisant une méthode qualitative, sur des périodes de quarantaine sanitaire pendant les pandémies qui ont touché le monde dans les années 2000, du SRAS en 2003, H1N1 en 2008, à Ebola en 2015. Il s'agit de la revue de la littérature la plus commentée pendant la crise COVID 19.

Les facteurs de stress les plus récurrents lors des quarantaines retrouvés dans les études se regroupent au travers des thématiques suivantes : la durée de la quarantaine, la peur de l'infection, le manque d'approvisionnement, l'isolement et l'ennui, le manque d'informations claires et les préoccupations économiques.

La durée de la quarantaine est reconnue comme anxiogène, en particulier lorsque sa durée s'étend sur plus de 10 jours. L'incertitude de la durée est également un facteur de stress.

La peur d'être infecté est une manifestation systématique dans les études, et se traduit par un évitement des autres, en particulier lorsqu'ils ont des symptômes évocateurs de la maladie épidémique. Les personnes les plus sensibles à cette peur sont les personnels soignants, mais également les personnes vulnérables comme les femmes enceintes, personnes à comorbidités (Braunack-Meyer et al. 2013).

L'inadéquation entre besoins et approvisionnement est repérée comme une problématique importante pendant la quarantaine. Cela fut le cas en particulier dans les villages lors de l'épidémie d'Ebola (Wilken et al. 2017), où les personnes confinées n'avaient pas d'accès aux ressources élémentaires (provisions alimentaires, matériel médical,...)

L'isolement est également un facteur impactant sévèrement l'expérience du confinement. Il est source de répercussions psychologiques importantes dans les différentes études (anxiété, dépression). Ce stress est d'autant plus présent lorsque la quarantaine se déroule dans un autre lieu que son domicile habituel.

L'inoccupation et l'inactivité, la passivité et la dépendance aux autres qu'engendre la quarantaine stricte avec l'impossibilité de sortir de chez soi, sont génératrices de frustration et d'ennui, d'autant plus quand les possibilités d'avoir des contacts avec ses proches sont réduites, sans accès internet (Jeong et al. 2016).

L'information en temps de crise apparaît essentielle. Or, les études antérieures montrent des lacunes dans la dispensation d'informations adéquates en temps de crise sanitaire, et les possibles contradictions lors de la médiatisation de ces informations (Braunack-Meyer et al. 2013).

Par ailleurs, l'incidence sur les finances peut être considérable, avec une majoration de l'instabilité financière pendant les périodes de quarantaine, certaines professions étant plus touchées, ce qui est inévitablement un facteur de stress supplémentaire, d'autant plus lorsque les compensations financières ne sont pas possibles ou tardives. (Pellecchia et al. 2015)

Ainsi, les différentes études recensées mettent en évidence l'impact psychologique d'une période d'isolement sanitaire sur les individus sous forme de symptomatologie à prédominance anxieuse, apparaissant généralement rapidement, les premiers signes étant objectivés après seulement quelques jours de quarantaine.

A posteriori, les personnes ayant été en quarantaine rapportent plus de symptômes de souffrance psychique, et ce avec un impact retrouvé même sur le long terme (3 ans dans les études sur le SRAS). Il est retrouvé un niveau d'anxiété et de dépression moyen plus élevé, une dysrégulation émotionnelle, des troubles du sommeil et une plus grande vulnérabilité au stress post-traumatique.

La conclusion des études met en avant que la quarantaine, méthode préventive de contagion dans les pandémies, est à utiliser lorsqu'il n'existe pas d'alternative, en raison des conséquences non négligeables sur le bien être psychique des personnes confinées.

4.2. Études sur le SRAS-CoV 2

A. Première étude chinoise (Qiu et al. 2020)

La première étude mise en place pour évaluer la dimension psychologique pendant le confinement lié au COVID-19 a eu lieu en Chine, premier pays à avoir été confiné. À compter du 31 janvier, les habitants de plusieurs régions de Chine ont été soumis à un confinement strict.

L'article "*A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations*" paru le 6 mars 2020, évalue l'état psychologique des personnes confinées en s'intéressant aux différents symptômes du stress par un autoquestionnaire disponible en ligne, à partir duquel les personnes interrogées pouvaient coter la fréquence de symptômes psychologiques (anxiété, dépression, conduites d'évitement) à travers l'index CPDI « COVID-19 peritraumatic distress index ».

Les résultats mettent en évidence un lien entre le profil psycho-social et niveau de stress. D'une part, on y apprend que le stress est généré : les femmes apparaissent plus sensibles au stress, ce qui est en accord avec les études antérieures. Ensuite, l'âge est un facteur d'influence : les catégories d'âge les plus sujettes au stress sont les personnes entre 18 et 30 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans. Ceci peut être expliqué par plusieurs facteurs. Les plus jeunes ont un faible risque de morbi-mortalité et restent pour la plupart confinés. Les personnes entre 18 et 30 ans sont soumises à une grande

densité d'informations par les réseaux sociaux, ce qui peut être source d'anxiété. Enfin, les personnes âgées étant les plus vulnérables au virus, cela explique le niveau de stress plus important.

Concernant la catégorie socioprofessionnelle, les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé tendent à être plus stressées, ce qui est mis en lien avec une vigilance accrue à leur état de santé, mais la catégorie expérimentant le plus haut niveau de stress est celle des travailleurs migrants, l'hypothèse étant liée à la majoration réelle ou potentielle de leur précarité financière.

Le niveau de stress moyen a aussi une variation régionale, et dépend du degré d'infection de la population, la région centrale de Chine incluant le centre épidémique est la région où le niveau de stress est le plus élevé. Le niveau de ressources médicales et de modernité du système de santé régional influençait également le niveau de stress, comme à Shanghai où malgré le taux élevé de travailleurs migrants et de probabilité de contamination, le système de santé étant considéré comme un des meilleurs de Chine, le niveau de stress a été évalué comme moyen.

L'article recense 3 causes principales de l'état de « panique » de la population, à savoir : la confirmation d'une transmission interhumaine, le statut de menace de la maladie à l'échelle internationale, et les mesures de confinement strict de la population.

Le stress s'est ensuite vu diminuer en intensité avec le temps grâce à la gestion de la crise par le gouvernement et la diminution du danger perçu du virus.

B. Études en France

Diverses initiatives de recherche se sont déployées en France pour étudier les retentissements psychologiques du confinement, dont les résultats ne sont pas encore tous parus à l'heure où ces lignes sont écrites. Nous pouvons en citer quelques-unes :

L'étude du laboratoire de neuropsychologie cognitive et physiopathologie de l'université de Strasbourg dirigé par Anne Giersch "Conséquences psychopathologiques du confinement" fait l'état des lieux des symptômes liés au confinement en s'appuyant sur les études chinoises : ennui, isolement social, stress, manque de sommeil, syndrome de stress post-traumatique, conduites addictives, dépression et conduites suicidaires, violences familiales, troubles des conduites alimentaires et hallucinations. Elle pose la question de l'émergence de certains des symptômes; puis s'intéresse ensuite aux stratégies adoptées comme les téléconsultations.

L'étude de Y. Auxemery "Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes, et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques létaux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes) " compare la littérature antérieure à la clinique de terrain pendant le confinement. Dans cette étude, le vécu et les répercussions psychologiques du confinement sont conditionnés par les conditions de vie des individus, la médiatisation de la mort, et les mesures de santé publique mises en place.

Une étude du Dr G. Abgrall et son équipe de la CUMP de Paris "Propositions pour une prise en charge médico-psychologique tirées d'une synthèse des premiers articles sur l'impact de l'épidémie COVID-19 et du confinement" résume les différents facteurs de stress et symptômes liés au confinement afin de proposer des mesures concrètes et soulignent la nécessité d'une attention particulière aux enfants et aux soignants.

Une autre étude publiée dans l'Encéphale en juin (El-Hage et al.) s'intéresse plus précisément à l'expérience des soignants, et met en avant leurs capacités d'adaptation à la situation et la nécessité d'une vigilance quant aux répercussions possibles à distance, et leur prévention par un soutien psychologique spécifique et une formation aux enjeux du soin pour l'ensemble des professionnels de santé.

Le réseau PSYCOVID-19, ligne d'écoute mise en place le 27 mars avec le soutien de l'ARS, par des professionnels psychologues ou psychiatres, partage ses premiers retours dans un article "PSYCOVID-19 dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social". Ce sont surtout des personnes déjà familières de la psychiatrie ou ayant déjà eu un suivi psychologique qui sont représentées dans les appels, avec l'hypothèse d'une plus grande facilité d'approche, tandis que les soignants semblent peu demandeurs.

PARTIE II : ETUDE QUALITATIVE « CONFINAOU QUALI »

INTRODUCTION

Le terme de confinement utilisé dans notre étude définit la période d'isolement sanitaire préventif à domicile de l'ensemble de la population française ayant eu lieu entre le 17 mars et le 11 mai 2020, décrété par le gouvernement afin d'éviter la dissémination de l'agent infectieux circulant activement à cette période sur le territoire, le COVID-19.



Il s'agit d'une expérience nouvelle et paradoxale pour chacun : à la fois éminemment personnelle et subjective, en même temps qu'un événement vécu par un pays entier dans une même période, l'enracinant dans l'histoire et la mémoire collective.

Il existe une grande diversité des représentations du confinement et des origines de stress, fonction de facteurs multiples à la fois individuels et situationnels dont, en premier lieu, les facteurs psychosociaux (à noter les facteurs innés tels que les éléments de personnalité qui ne sont pas l'objet d'une exploration ici, Bruchon-Schweitzer, 2003). En revanche, les facteurs psychosociaux tels que l'insertion sociale dans l'espace public et privé, la présence de soutien ou de personnes à charge, sa situation personnelle et professionnelle, sa mobilisation pendant cette période, et ses conditions de vie pratique (se retrouver confinés à plusieurs dans un studio sans balcon ou seul dans une grande maison avec jardin) influencent indéniablement l'expérience intime du confinement.

Des travaux récents se sont intéressés au vécu du confinement dans une perspective plutôt quantitative en montrant l'impact sur la santé mentale par une augmentation du niveau d'anxiété et de dépression (Aga et al. 2020). En revanche, nous disposons de moins d'études sur le vécu du confinement en population générale en France.

Notre étude a consisté en une série d'entretiens auprès de personnes volontaires, habitant à la Réunion, à qui nous avons proposé un échange autour du confinement par l'exploration de différentes thématiques, autour de la vie quotidienne et du vécu du confinement. En effet, la démarche d'une recherche qualitative est de prendre en considération l'impact du contexte, et notamment du contexte social, et d'étudier les relations entre plusieurs facteurs. Elle semble donc indispensable à la recherche en santé publique et complémentaire aux recherches quantitatives (Goldney 2002 ; Hjelmeland & Knizek 2010 ; Leenaars 2002) en générant des hypothèses comme des facteurs déterminants qui dans un deuxième temps peuvent être testés de façon plus quantitative (études de cohorte,...).

Une des particularités de cette étude est sa temporalité. En effet, elle a été menée au décours du confinement. Parler d'un sujet auquel on est soi-même confronté et ce en même temps que les personnes que l'on interroge, et avec le peu de recul que l'on a sur l'événement, donne à cette recherche une dimension originale par rapport à d'autres travaux s'étant intéressés au vécu du confinement de manière rétrospective.

Il existe de fait une subjectivité des chercheurs, ayant un point de vue personnel de la situation, avec des a priori, des idées reçues et des jugements de valeur que la démarche qualitative s'efforce de questionner, afin de faire de ces réflexions des outils de travail pour l'étude menée.

1. Objectifs de l'étude

1.1 Objectif principal

Le premier objectif de l'étude est de décrire l'expérience du confinement de personnes résidant à la Réunion en s'attachant à questionner leur vécu subjectif et leurs ressentis sur cette période. Il s'agit d'observer les facteurs influençant le vécu du confinement, à la fois ceux qui apparaissent comme protecteurs, et les difficultés rencontrées pendant cette période.

1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires consistent à identifier l'impact du confinement sur la santé mentale avec les répercussions induites sur l'état émotionnel, l'état de stress et l'humeur. Nous nous intéresserons aux stratégies d'adaptation mises en place par notre échantillon pour faire face au stress afin de mieux comprendre la réalité des besoins et préoccupations.

Enfin, approfondir la connaissance des facteurs d'influence et des conséquences psychologiques et psychiatriques du confinement pourrait permettre d'apporter une guidance en matière de santé publique, afin de prévenir et limiter ces répercussions par une optimisation de l'information et des mesures sanitaires mises en place.

2. Matériel et méthode

2.1 Protocole de l'étude

L'étude CONFINAOU est une étude observationnelle transversale mixte dont l'objectif visait à décrire le vécu et le niveau de stress général lié aux mesures de confinement en population générale sur l'île de la Réunion. Elle se présentait sous forme d'un auto-questionnaire, créé par l'équipe du Centre d'Investigation Clinique de La Réunion. Le questionnaire était disponible en ligne et réalisable par toute personne possédant un accès internet. Le recueil des données s'est effectué entre le 20 avril et le 11 mai 2020. A la fin du questionnaire, les personnes volontaires pouvaient laisser leurs coordonnées pour être appelées et participer au volet qualitatif de l'étude.

Les critères d'inclusion sont énumérés comme suit :

- Personne résidant sur l'île de la Réunion
- Âgée d'au moins 18 ans
- Ayant répondu au questionnaire CONFINAOU

Les entretiens se sont déroulés entre le 8 et le 13 mai, soit dans la période de la fin du confinement (qui a pris fin le 11 mai).

Le protocole d'une étude qualitative laisse ouvert le nombre de personnes à inclure (Smith et al. 2009). Nous avons choisi d'inclure un minimum de 10 participants, nombre souhaité retrouvé dans les études qualitatives, en visant comme critère de fin du recrutement le seuil de saturation et suffisance théorique des données qui est atteint lorsque les entretiens ne permettent plus de recueillir de nouvelles informations.

Tous les participants volontaires laissent leurs coordonnées après avoir rempli le questionnaire CONFINAOU. Ils étaient alors contactés par voie électronique afin de communiquer leurs disponibilités et les créneaux pendant lesquels ils souhaitaient être appelés.

Ils étaient ensuite contactés par téléphone pour un échange avec l'investigateur principal, en favorisant au maximum un temps et un lieu qui leur convenait. Les entretiens duraient de 15 à 45 minutes et étaient enregistrés par un dictaphone pour être retranscrits.

Chaque entretien commençait par un temps d'introduction présentant le contexte de l'étude et ses objectifs.

Les modalités de l'entretien y étaient expliquées, à savoir sa durée estimée à une trentaine de minutes, l'enregistrement audio de l'entretien dans le but d'une analyse anonyme des données recueillies et leur stricte confidentialité, ainsi que la possibilité d'être informé et d'avoir accès au résultat une fois l'étude terminée.

Chaque participant était invité à donner son consentement oral et à s'installer dans un lieu où il se sentait à l'aise pour échanger.

2.2 Le guide d'entretien

Après une question d'ouverture invitant à décrire son lieu et ses conditions d'habitation, différentes questions ouvertes étaient posées sous la forme d'un entretien semi-directif, c'est-à-dire en s'appuyant sur des thématiques à aborder sans ordre prédéfini, laissant les participants s'exprimer librement, sur des thématiques co-construites préalablement par l'équipe de chercheurs impliqués dans l'étude CONFINAOU :

- L'expérience du confinement
- La vie quotidienne
- La relation aux autres
- Le recours à l'information et au soutien
- Les perspectives pour l'avenir

2.3. Instruments de mesure et recueil des données

Le recueil des données était réalisé au cours et après l'entretien avec l'investigateur. Il se divisait en 3 temps, avec dans un premier temps, un entretien semi-directif explorant différentes thématiques, laissant libre cours à la parole du participant.

Nous avons ensuite inclus deux échelles de mesure de l'anxiété à visée descriptive, la GAD 7 (*Generalised Anxiety Disorder scale*) (Spitzer et al. 2006) pour apprécier les symptômes anxieux sur les deux dernières semaines, et l'échelle numérique du niveau de stress évalué au moment de l'entretien

La GAD-7 (Annexe 1) est un questionnaire d'évaluation de l'état d'anxiété. Il a été défini pour repérer le trouble anxieux généralisé, mais permet également de dépister une diversité de troubles anxieux tels que le trouble panique, l'anxiété sociale et l'état de stress post-traumatique (Beard et al. 2014). Il s'agit, à partir d'une auto-évaluation de la fréquence de sept symptômes de stress, de repérer le niveau d'anxiété d'une personne, avec un score chiffré de 0 à 21. L'anxiété est gradée en trois niveaux : faible si inférieure à 5, modérée pour un score compris entre 5 et 10, et sévère lorsqu'elle est supérieure à 10.

L'échelle numérique de stress consiste à demander au participant de donner un chiffre entre 0 et 10 représentant son niveau de stress actuel, zéro étant l'absence de stress et 10 étant le stress maximal imaginable.

Des questions sociodémographiques à savoir l'âge, le niveau d'études et le lieu de vie en fin d'entretien permettaient de mieux connaître la composition de l'échantillon et sa représentativité par rapport à la population réunionnaise.

3. Analyse des données

Alors que la recherche quantitative analyse les données en faisant parler les chiffres (par le biais de statistiques, de pourcentages, de moyennes) en essayant d'objectiver les résultats trouvés, la recherche qualitative fait le pari de la subjectivité du témoignage, de la donnée brute recueillie auprès de la personne que l'on interroge (Kohn et al. 2014). Nous avons donc choisi une méthode qualitative pour cette recherche, nous permettant un retour d'expérience original et au plus proche du vécu singulier du confinement.

L'analyse des données est systématisée en se référant aux critères de qualité en recherche qualitative COREQ (Tong et al. 2009).

La méthodologie utilisée a été celle de l'analyse phénoménologique interprétative (Biggerstaff et al. 2008, Smith et al. 2009). Elle consiste à analyser le contenu des entretiens pour en faire émerger les différents thèmes abordés. Pour ce faire, les entretiens ont été analysés dans leur totalité, afin d'en faire ressortir des concepts qui soient représentatifs de l'ensemble.

Le matériel de recherche et d'analyse repose sur les entretiens semi-structurés, encore appelé le corpus de recherche, qui ont été enregistrés puis retranscrits manuellement.

Il y a alors une première étape de lecture flottante du corpus, au cours de laquelle ressortent les premières impressions par une lecture complète des différentes retranscriptions. Les premières hypothèses sont élaborées à ce moment-là.

La deuxième étape s'appelle le codage. Le codage répond à des règles précises et permet de créer, à partir des données brutes des textes, une représentation de leur contenu. Cela consiste à associer à un groupe de mots et son contenu sémantique une idée qui le résume et y met du sens. Les différentes idées sont à l'origine de thèmes. Dans notre étude, les thèmes étaient comptabilisés selon leur récurrence dans les différents entretiens.

Les thèmes font ensuite l'objet de relevés thématiques, répertoriant l'ensemble des thèmes et en faisant des regroupements thématiques selon différents critères (récurrence, complémentarité, convergence, opposition). Enfin, au fur et à mesure du codage où apparaissent des groupements thématiques, ceux-ci sont étudiés et triés.

Nous avons triangulé l'analyse des résultats entre 2 étudiantes (MR, AFC) et un chercheur expert en méthodes qualitatives (MS) de manière séparée, puis après discussion en groupe, nous avons fait ressortir les propositions rapportées par au moins trois des 15 participants, qui nous paraissaient les plus récurrentes et représentatives, désignées en « sous catégories ». La saturation avait été obtenue après la 13ème analyse et confirmée sur les 2 entretiens suivants.

Nous avons rangé ces sous-catégories en trois grandes thématiques, esquissant un vécu diversifié de l'expérience du confinement.

Les investigateurs se sont engagés à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la déclaration d'Helsinki et la loi relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Dans le cadre de cette recherche qualifiée de Recherche Impliquant la Personne Humaine de catégorie 3 (RIPH3), le recueil d'un consentement écrit signé n'est pas requis. Les participants seront informés individuellement de la recherche et leur non opposition au recueil et à l'analyse de leurs données personnelles a été recherchée.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

1. Description et taille de l'échantillon

Dans le cadre de l'étude, nous avons interrogé 15 personnes. Ci-dessous, un tableau descriptif des données sociodémographiques de la population :

N°	Age	Sexe	Niveau d'étude (travail) /	mode d'exercice	Ville	Habitation / Nombre de personnes	GAD	EN
1	55	Femme	Bac (chômage)		Saint Joseph	Maison / 2	3	3
2	62	Homme	Bac + 5 (enseignant)	Télétravail	La Montagne	Maison / 2	1	1
3	36	Femme	Bac + 4 (chômage)		Saint Gilles	Appartement / 3	4	6
4	30	Femme	Bac + 5 (bibliothécaire)	Confinée	Sainte Clotilde	Appartement / 1	4	7
5	54	Homme	Bac + 5	Confiné	Domenjod	Appartement / 2	0	2
6	40	Femme	Bac + 2 (assistante maternelle)	Confinée	Ravine des Cabris	Maison / 2	12	7
7	46	Femme	Bac + 3 (infirmière)	Travaille	Saint Leu	Maison / 3	3	7
8	34	Femme	Bac + 4 (reconversion)		Saint Gilles	Appartement + jardin / 2	7	6
9	32	Homme	Bac + 2 (informaticien)	Travaille	Saint Denis	Appartement / 1	0	2
10	28	Homme	Bac + 2	Confiné	Saint Denis	Maison / 2	6	3
11	69	Femme	Bac	Retraitée	Saint Denis	Maison / 1	2	6/7
12	35	Femme	Bac + 4 (enseignante)	Télétravail	La Montagne	Maison / 4	5	10
13	35	Homme	Bac + 5 (informaticien)	Travaille	Saint Denis	Appartement / 2	14	6
14	51	Femme	Bac + 5 (DRH)	Travaille	Saint Gilles	Maison / 3	1	5
15	37	Femme	Bac + 3 (infirmière)	Travaille	La Montagne	Maison / 3	0	2

Tableau : données socio-démographiques de la population d'étude

Statistiques sociodémographiques :

Sexe :

Femme : 10 (66%)
Homme : 5 (33%)

Type d'habitation :

Appartement : 6 (40%)
Maison avec jardin : 9 (60%)

Âge : 28 à 69 ans (moyenne à 42.9 ans)

Niveau d'études :

Niveau bac à bac + 2 : 5 (33%)
Niveau licence soit bac + 3 et + 4 : 4 (26%)
Niveau master soit bac + 5 : 5 (33%)

Mode de confinement :

Seul : 3 (20%)
En couple : 5 (33%)
Avec des enfants : 4 (26%)
Avec un parent âgé : 2 (13%)
En colocation : 1 (6%)

Activité professionnelle au moment du confinement :

Sans (chômage/confinement/retraite) : 8 (53%)
Télétravail : 2 (13%)
Travail habituel : 5 (33%)

Score GAD 7 :

Anxiété faible = GAD < 5 : 10 (66%)
Anxiété modérée = GAD de 5 à 10 : 3 (20%)
Anxiété sévère = GAD > 10 : 2 (13%)
Anxiété moyenne de l'échantillon : 5

Région géographique :

Région Nord = Saint Denis et sa périphérie : 9 (60%)
Région Ouest = Saint Gilles à Saint Leu : 4 (26%)
Région Sud = Saint Pierre et Saint Joseph : 2 (13%)

Score EN moyen : 4,6

La population de l'échantillon se compose de 10 femmes et 5 hommes, âgés de 28 à 69 ans, avec une moyenne d'âge à 43 ans.

Neuf des quinze participants résident dans une maison avec jardin, tandis que six sont en appartement avec ou sans balcon. Le lieu de vie est majoritairement qualifié d'agréable, de confortable ou de spacieux, avec un accès extérieur pour la plupart des personnes.

La population de l'étude habite majoritairement en ville ou région périurbaine. Géographiquement, 60% des participants sont domiciliés dans le nord de l'île, suivi de l'Ouest et du Sud de l'île.

Le niveau d'étude de l'échantillon varie entre le niveau bac et le niveau bac + 5 pour 5 personnes (33%) de l'échantillon, ce qui est particulièrement élevé par rapport à la population générale.

Plus de la moitié de notre échantillon (8/15) ne travaille pas au moment du confinement, soit pour des raisons professionnelles (reconversion, chômage, retraite) soit en lien direct avec le confinement. Par ailleurs, les deux enseignants de l'étude sont en télétravail, tandis que ceux qui ne peuvent pas adopter ce mode d'exercice restent confinés à domicile. On peut apercevoir ici l'influence du confinement sur l'activité professionnelle.

Les ménages dans notre échantillon sont principalement représentés par le couple (33%), puis la famille mono ou biparentale avec enfants (26%). Trois personnes habitent seules, ce qui représente 20% de notre échantillon. On trouve deux personnes vivant avec un parent âgé, et une personne en colocation.

Concernant les scores d'anxiété, il apparaît que la majorité des participants a une anxiété ressentie relativement faible, puisque la moyenne des scores est à 5 (seuil entre anxiété faible et modérée), avec une majorité des personnes (10/15) qui ont un score inférieur à 5. Seules deux personnes ont un niveau d'anxiété coté à sévère, soit supérieur à 10.

L'échelle numérique (EN) de stress qui permet de rapporter le niveau de stress au moment de l'entretien retrouvait des scores contenus entre 1 et 10, avec en moyenne un stress perçu à 4,6.

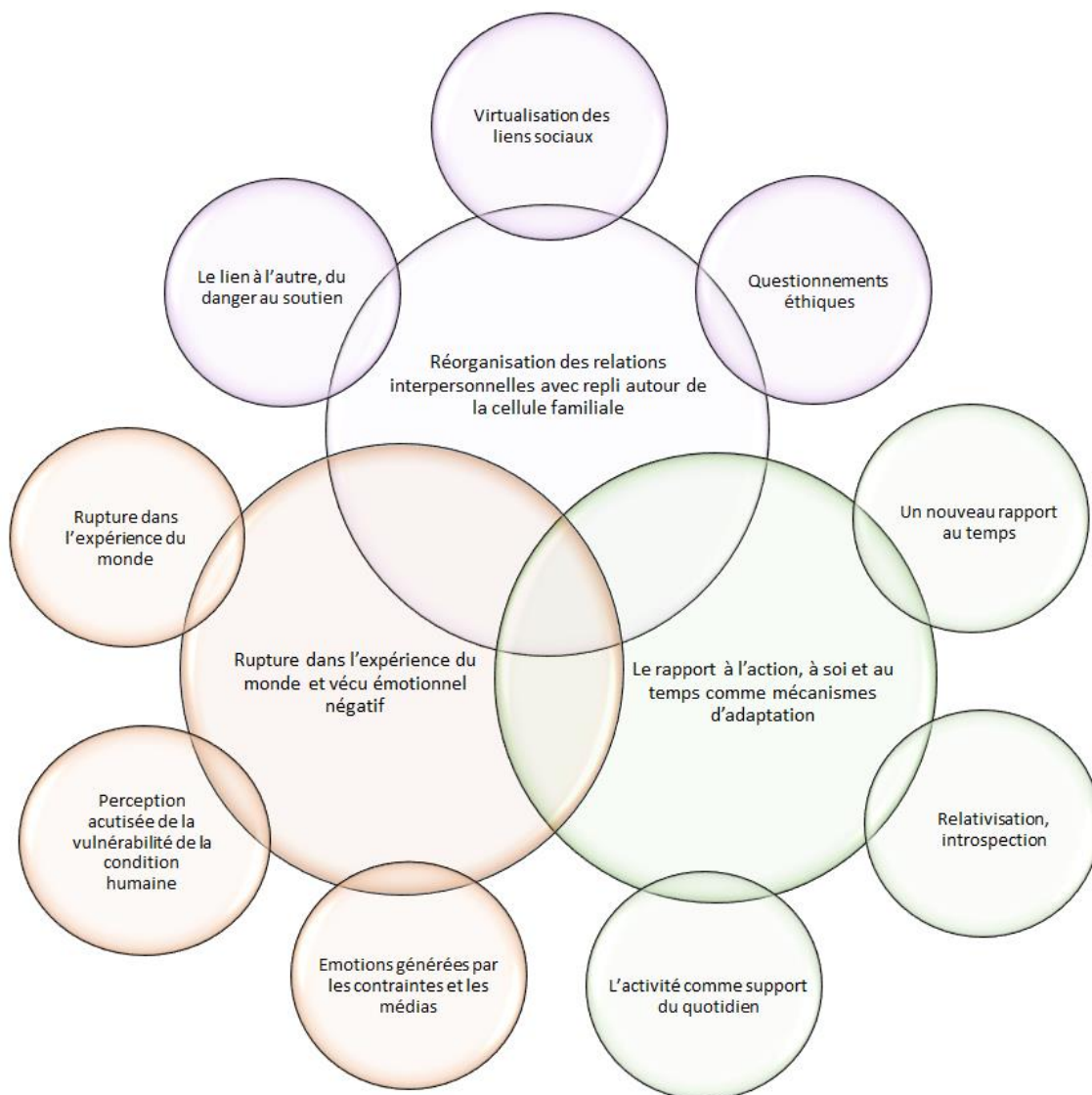
2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens

Les entretiens ont été analysés entre mai et juillet 2020, comme explicité plus haut dans la méthode de l'analyse qualitative thématique.

Les thématiques issues de l'analyse s'articulent autour de trois méta-thèmes d'expériences principales :

- La transformation des relations pendant le confinement, à la fois à l'intérieur du domicile et des relations de proximité, mais également l'évolution de la perception plus globale des autres ;
- La forte empreinte émotionnelle du confinement par sa dimension brutale et angoissante ainsi que la participation de facteurs externes (médias, réglementations) et leurs retentissements psychologiques ;
- L'inscription dans le temps et l'espace à travers les stratégies et activités développées pendant cette période avec modifications de la temporalité ressentie.

Figure : Schéma résumant les principaux méta-thèmes et thèmes propres à l'expérience du confinement pendant la crise sanitaire de la COVID-19 en mai 2020



I) Réorganisation des relations interpersonnelles avec repli autour de la cellule familiale



Le confinement peut se percevoir comme une période de questionnement du lien à l'autre, entre proximité et distance raisonnable, aussi bien d'un point de vue physique que plus symbolique. Avec le nécessaire réaménagement des modes d'interactions, des visages masqués aux nouveaux rituels de salutation "check du coude", nos rencontres avec ces "autres", même les plus furtives, sont réduites au minimum ou médiées par les nouveaux gestes barrières.

Mais au fait, qui désigne cet autre ? Il devient dans ce contexte dichotomique, et semble prendre deux visages opposés : c'est d'une part ce proche avec qui l'on a des contacts réguliers, avec qui l'on partage un domicile, notre quotidien voire une histoire affective, un interlocuteur avec qui exprimer nos doutes et nos questionnements, il est « avec » nous. La relation que l'on entretient avec lui revêt pendant le confinement une importance particulière, elle est

sécuritaire.

D'autre part, l'autre peut définir celui qui ne nous est pas familier, un visage inconnu que l'on croise dans la rue, un interlocuteur ponctuel, une personne avec qui les liens sont faibles. Celui-là devient dans le contexte sanitaire, plus qu'un sujet d'indifférence, un potentiel danger, il va être perçu comme un vecteur potentiel de maladie, générant méfiance et suspicion, en tant qu'il apparaît comme une "menace" possible pour notre santé ou celle de nos proches.

1. Le lien à l'autre, du danger au soutien

Nous nous voyons contraints à repenser le lien que nous entretenons avec les autres, entre recherche et fuite des interactions.

1.1 Altérité vécue comme dangereuse

Cette altérité, c'est d'abord une humanité semblable à la nôtre, que nous sommes appelés à respecter dans sa différence et sa dignité pour permettre une vie commune. Or, dans le contexte pandémique, le rapport à la communauté est questionné.

Les personnes interrogées rapportent une nette diminution des contacts sociaux pendant le confinement, à commencer par les réunions familiales ou amicales, mais également toutes les relations humaines informelles. Ceci à la fois dans un but de réduction des risques pour soi et pour autrui.

On constate un sentiment de malaise et une appréhension qui s'installe dans les interactions, influençant nos comportements sociaux. Il règne un climat de défiance réciproque, liée à la peur d'être contaminé :

« d'avoir vraiment cette impression que pour la première fois que les individus sont un danger en fait , tous les individus que je pourrais croiser, ou que moi-même je pouvais être un danger » Entretien 3

Chacun se trouve dans un état d'alerte, ce qui donne lieu à des réactions plus ou moins rationnelles. Les symptômes respiratoires par exemple deviennent extrêmement suspicieux (le fait de voir quelqu'un tousser à côté de soi). Une plus grande attention est portée aux comportements des personnes que nous croisons, perçus avec hostilité et questionnés jusque dans leurs intentions, parfois même vécus comme malveillants :

« si on avait le malheur de s'approcher de quelqu'un on était satanas en personne » Entretien 14

« quand ça a commencé j'avais plus peur de la réaction de l'autre vis à vis de ces gestes, comment si je me rapproche trop de quelqu'un, il va réagir » Entretien 10

La stigmatisation est d'autant plus importante qu'elle touche les personnes en contact direct avec des malades du COVID-19, dans ce contexte même les proches peuvent devenir l'objet d'une méfiance, en particulier lorsqu'il est personnel soignant, comme le montre ce témoignage d'une infirmière et la réaction de ses parents :

« c'était comme si j'étais une pestiférée, du coup même venir au barreau ils ne voulaient même plus que je vienne les voir c'était plus possible » Entretien 15

L'incertitude et la peur prennent le pas sur la confiance réciproque. L'autre est vu non plus comme une personne, mais comme un vecteur potentiel de maladie, une source d'angoisse. On assiste à une déshumanisation des rapports avec une crainte qui se généralise à l'ensemble de la population. Le doute de l'autre va jusqu'au doute de soi et de son propre statut sérologique :

« j'ai décidé de rester 14 jours sans sortir de chez moi, pour être sûre non pas d'avoir attrapé quoi que ce soit, mais enfin pour en être sûre et pour pas le retransmettre à quelqu'un. » Entretien 11

Notre premier thème, en explorant la perception du rapport à l'autre, rapporte une tension palpable d'individus dans la crainte ou l'objet de celle des autres, avec une entrée en relation qui ne peut plus se départir des a priori et s'engager sans réflexion préalable et surtout sans une méfiance légitime. Nous sommes en temps d'épidémie, la maladie guette, et elle se transmet d'homme à homme, par la salive et par les contacts physiques. L'ennemi invisible s'invite dans le corps humain et fait de chacun d'entre nous un possible « contamineur ». Quoi de plus compréhensible que l'appréhension face à une personne dont on ignore le statut sérologique et la possible contagiosité ?

1.2 Renforcement des liens familiaux

Enfermés chez nous pour des raisons sanitaires, le domicile devient un lieu sanctuaire et ressource, où nous pouvons généralement nous sentir en sécurité. La situation de proximité avec les autres membres est révélatrice des liens entretenus avec eux, favorisant le soutien et renforçant les relations.

Le soutien social est un facteur de bien être psychologique évident, permettant par l'échange et l'empathie de diminuer l'anxiété et d'améliorer les capacités de gestion d'un événement stressant. Le cercle familial est une des sources principales de lien social en cette période et s'avère donc essentiel. Malgré l'isolement social relatif et la réduction du nombre d'interactions, on retrouve un sentiment de satisfaction générale des interactions avec l'entourage : isolés à domicile certes, mais plus disponibles pour passer du temps avec les membres de sa famille ou ses colocataires. La cohabitation est une opportunité d'augmenter la fréquence et la qualité des échanges et permet de développer une plus grande proximité affective et

physique :

« J'ai essayé de rattraper un peu le temps, parce qu'on passe très peu de temps [avec ma fille], nous on aimerait quand même profiter un peu plus même s'il y a un confinement, avoir un peu de temps à nous. » Entretien 6

Le nombre des personnes avec qui l'on interagit en dehors de chez soi diminue au profit d'un réinvestissement du lien familial et affectif. Il y a une redécouverte du plaisir d'être ensemble, une opportunité de nourrir attachement et complicité avec ses proches.



« c'était très important le soutien, le fait qu'on puisse échanger [avec ma compagne], qu'on puisse parler et qu'on puisse discuter, ça nous a bien sûr aussi construit, on n'a pas tout le temps de par nos activités le temps de passer la journée ensemble, donc on l'a vu vraiment comme une parenthèse privilégiée. » Entretien 2

Cependant, ce tableau idyllique est à nuancer. En effet, l'enfermement dans un lieu restreint et sur une longue durée provoque une relative promiscuité, sans toujours possibilité de se ressourcer dans un espace à soi.

Cette présence permanente inhabituelle des autres à la fois dans le temps et dans l'espace partagé est un facteur supplémentaire de stress dans une situation déjà vécue comme anxiogène. Cependant, les conflits, dans ce contexte, sont reconnus et acceptés comme un élément inévitable d'une vie à plusieurs, et apparaissent comme plutôt bien tolérés par les personnes de l'échantillon :

« Après par contre à la maison plus de dispute au niveau du couple puisque comme on est tous les deux 24 heures sur 24 ensemble il y a un moment donné où il faut respirer quoi (rires). » Entretien 8

Ainsi, la famille devient une sphère de vie sociale essentielle en temps de confinement, favorisant une reconsidération de ces liens qui nous unissent au quotidien.

Ce thème souligne bien le besoin d'une proximité affective qui procure sécurité et protection aussi bien concrètement -en protégeant de l'isolement- que symboliquement dans le faire face ensemble, avec un sentiment d'unité qui s'installe dans le cercle familial et les personnes avec qui l'on vit.

2. Virtualisation des liens sociaux



Mais comment faire lorsque les personnes chères vivent à distance, voire à 10 000 km pour une bonne partie de notre échantillon, dont les origines métropolitaines les mettent à distance géographique d'une partie ou la totalité de leur famille ?

2.1 Distanciation physique

Les personnes interrogées mettent en avant le manque affectif voire physique ressenti par l'absence de relations humaines concrètes, alors même que nous sommes fondamentalement des êtres de relation. L'absence d'apport des sens (vue, toucher) dans la communication la prive d'un de ses aspects constitutifs. Ceci est repéré comme un facteur de solitude et d'isolement, en particulier pour les personnes vivant seules. L'absence de la présence physique est particulièrement mal vécue lorsqu'elle concerne les personnes les plus proches (enfants, partenaire amoureux). Par ailleurs, la diminution des fréquentations sociales concrètes est mise en parallèle avec la disparition de la convivialité dans les relations, ainsi privées d'un attribut essentiel et réconfortant, et

pour beaucoup regretté :

« ça fait toujours plus plaisir de se rencontrer de se faire la bise de boire un verre ensemble de discuter en face à face qu'à travers un écran, mais malgré ça on a quand même gardé des contacts... Différents » Entretien 3

Le maintien d'une distance physique n'est pas naturel voire contre intuitif avec les proches, générant parfois des oublis dans les recommandations de distanciation :

« quand on croise des personnes proches, des amis, c'est difficile de pas se serrer la main, se faire une accolade, se faire la bise, c'est quand même arrivé malgré tout pendant la période de confinement, c'est pas si évident que ça avec les proches » Entretien 5

Sans nous en rendre compte, nous vivons dans une proximité physique avec les autres, aussi bien sur notre lieu de travail que dans nos relations amicales, et plus généralement dans les lieux publics à l'exemple des files des supermarchés. On peut voir à travers les témoignages que la distanciation physique n'est pas spontanée et nécessite un ajustement :

« par exemple quand je travaille avec une collègue il nous est arrivé sans faire exprès de nous retrouver presque épaule contre épaule devant l'écran parce qu'il fallait qu'on consulte l'écran et il nous a fallu une minute pour nous en rendre compte on s'est dit "ah mince, là ça va être plus compliqué que prévu en fait" » Entretien 13

Dans ce contexte, la peur du virus et de la contamination génèrent une angoisse que l'adoption des gestes barrières et des recommandations sanitaires diminue, le respect des règles de distanciation physique apparaît comme apaisant avec, pour certains, la tentation d'un hygiénisme excessif. De nouvelles habitudes sont prises, de nouvelles routines marquées par une hygiène plus importante, une nouvelle façon d'interagir qui va s'inscrire dans la durée pour certains.

« il y a des gestes qui vont rester, comme se laver plus souvent les mains, [...], mais là encore plus je sais pas si je referai la bise à tout le monde, du coup oui il y a des trucs qui vont rester je pense » Entretien 4

2.2 Relations dématérialisées

Les réseaux sociaux jouent ici un rôle essentiel, substitut au contact physique, nous permettant de garder un lien au monde, tout en devenant une source d'information et un mode de communication privilégié avec les proches qui vivent éloignés ou hors du domicile, qu'il est impossible de rencontrer en temps de confinement. Grâce à la digitalisation des relations, certaines des personnes interrogées ne rapportent pas l'isolement social comme problématique, distanciation physique et distanciation émotionnelle n'étant pas toujours associées.

Alternative à la rencontre, le numérique nous permet de rester "connectés" les uns aux autres. Ainsi, les modes de communications numériques, que ce soit via le téléphone, internet, les applications (*WhatsApp, Messenger, Skype,...*) étaient utilisés par la majorité des personnes de l'échantillon. Les membres de la famille ont la primauté des communications virtuelles, suivis des amis :

« ce qui est difficile c'est le non contact social, c'est de voir personne, mais maintenant j'ai compensé ça par, j'ai pris mon téléphone j'ai appelé des gens que je n'appelais pas habituellement, je me suis servi de mon téléphone, de l'Internet de façon à avoir un contact au moins avec les membres de ma famille » Entretien 11

Ainsi la communication, même virtuelle, reste réelle, témoignant de la nécessité de garder un lien à l'autre et de se sentir appartenir à une communauté, une famille. La majorité des personnes interrogées ont rapporté une augmentation de leur temps passé sur les réseaux et leur usage des nouvelles technologies de communication.

Dans une société mue par le règne de l'individualisme, le besoin d'être ensemble et de communiquer reste plus que jamais nécessaire, ce dont témoigne l'émergence des nouvelles technologies de communication qui s'affirment comme des substituts valables au lien physique. On assiste également, comme nous allons le voir, au développement de réseaux de solidarité et d'entraide.

3. Questionnements éthiques et polarisation d'attitudes entre égoïsme et civisme

Les relations sociales sont, comme nous l'avons vu, remises en question, interrogées dans l'attitude raisonnable à adopter : entre méfiance légitime et confiance aveugle, doit-on se lancer dans des actions solidaires pour se sentir utile aux autres ou profiter de ce temps d'isolement relatif en se recentrant sur soi? Entre instinct de survie et volonté de faire face ensemble, les comportements diffèrent d'un individu à l'autre, et peuvent évoluer au fil du temps.

3.1 Attitudes individualistes

Ainsi, deux types d'attitudes sont mises en évidence : quand certains se sentent moralement obligés à agir pour le bien commun, d'autres en revanche sont pris d'un grand sentiment d'insécurité et souhaitent se préserver des risques, s'affirmant dans leur individualité, ce qui peut générer une opposition entre intérêt propre et soucis pour la communauté.

En premier lieu, on note une ambivalence quant au respect du confinement mis en avant par la majorité des participants de l'étude, et nous pouvons voir comment chacun adapte les réglementations à sa situation personnelle :

« c'est l'anarchie si chacun fait comme ça lui convient, moi j'pense que c'est pas bon non plus. Mais après moi j'ai pas vu où je pouvais mettre quelqu'un en danger en allant dans ma petite marche toute seule » Entretien 1

Certains s'opposent radicalement aux nouvelles législations et tiennent avant tout à préserver leur autonomie et leur liberté individuelle, parfois au dépens des autres :

« Tout dépend de chacun comment il perçoit le confinement. Il y en a qui vont avoir peur... Qui vont être anxieux... Y'en a qui vont dire non, moi je sors quand même. Et moi ça a été non je sors quand même, y'a personne qui m'empêchera d'aller voir ma famille, de faire ce que j'ai envie de faire » Entretien 10

3.2 Attitudes solidaires

Le confinement a également, a contrario, vu naître des initiatives altruistes et le développement d'une nouvelle forme de solidarité. Ceci consiste parfois simplement à respecter les nouvelles réglementations ou continuer à assurer ses obligations professionnelles malgré les risques parfois encourus :

« Pour moi ça me semble essentiel, que chacun donne de sa personne, en restant chez soi sachant qu'il y a en d'autres qui ont donné de leur personne en risquant peut être leur santé. » Entretien 5

Les valeurs de partage, d'entraide et de soutien mutuel sont mises en avant et la solidarité peut prendre la forme de démarches individuelles et collectives, entre voisins, personnes vivant à proximité, par des actions du quotidien ou un investissement associatif :

« le fait de se sentir utile, j'ai été pas mal active sur des groupes d'entraide et cetera, j'accompagnais une personne en difficulté psychique, je l'appelais une fois par semaine pour la soutenir et cetera, parce que c'est quelqu'un qui est isolé. Donc voilà le fait de faire des petites actions comme ça, ça permet aussi de rester dans la vraie vie je dirais, et dans une démarche positive et active » Entretien 8

Le confinement divise et fait ressortir la hiérarchie des valeurs profondes de chacun, certains chérissant la liberté, tandis que d'autres s'imposent un devoir de fraternité.

II) Vécu émotionnel négatif et rupture dans l'expérience du monde

Les Français sont passés, par l'instauration du confinement et ses mesures drastiques, de l'insouciance tranquille d'une maladie abstraite à la prise de conscience de la gravité de la situation et ses enjeux de santé publique.



La survenue du confinement a bouleversé l'équilibre de nos vies, et de par la soudaineté de sa mise en place, nous a mis face à une situation inanticipée et inanticipable, source de stress, d'inquiétude et d'incertitude, que chacun a dû apprendre à gérer. Trois thématiques liées à la composante émotionnelle sont principalement ressorties lorsque nous avons analysé les entretiens.

1. Rupture existentielle avec sensation de déréalisation

1.1 Choc initial



Le monde, notre monde a pris un tournant étrange et soudain : le travail, la vie sociale, le quotidien rythmé par les activités extérieures se sont mis en suspens du jour au lendemain. Notre environnement s'est subitement résumé à notre domicile pour beaucoup et, en plus de vivre isolés les uns des autres, nous sommes baignés dans une atmosphère médiatique dramatique et angoissante, où la mort rôde et le danger guette à l'extérieur.

La soudaineté de la mise en place du confinement est rapportée par les participants. En une journée notre routine, nos habitudes, notre vie "d'avant" prend fin brutalement, sans possibilité de préparation psychologique ni organisationnelle.

« le fait d'être confiné du jour au lendemain et de ne pas savoir si on a déjà le virus ou pas y'a un stress. » Entretien 6

Cela a généré des réactions intenses marquées par une anxiété majeure, voire un état de stress aigu décrit par quelques-uns.

Les attitudes observées peuvent se comprendre comme des comportements d'auto-préservation, comme on l'a vu dans la façon dont certaines personnes ont pu faire des provisions de toutes sortes lors de leurs achats dans les supermarchés les premiers jours du confinement (pâtes, papier toilette...) : ne pouvant comprendre et anticiper cette situation subite et inédite, il faut prévoir et se prémunir du manque.

« On sentait les tensions évidemment très fortes. [...]. On a bien vu la panique où il y avait des gens qui s'emparaient d'un maximum de produits » Entretien 2

Le choc émotionnel est associé à une anxiété qui concerne toutes les sphères de la vie qui sont impactées, à la fois la vie quotidienne et ses activités, mais également la vie professionnelle qui est stoppée brutalement pour certains, avec la crainte d'une fin de contrat de travail et de rémunération du jour au lendemain.

« Il y a de grosses remises en question qui se sont faites, [...] ça a été difficile dans le sens aussi où bah mon emploi je sais pas si je le reverrai et de trois, au niveau activité je suis quelqu'un qui aime bien bouger, ça a fait un gros choc » Entretien 10

1.2 Étrange réalité

Les témoignages recueillis sont saisissants dans cette expérience d'étrangeté et parlent d'eux-mêmes :

« C'est comme si j'étais dans un autre monde, dans un autre pays ou dans un autre monde je sais pas, mais en tout cas ça m'a... Ça m'a vraiment fait tout drôle. » Entretien 3

Le monde devient étranger, méconnaissable, ceci se voit en particulier au moment où l'on se confronte aux autres dans les lieux publics comme lors des courses dans les supermarchés, où les gens apparaissent masqués, restant à distance les uns des autres, créant un nouveau mode de relation étrange et insécurisant :

« quand je suis arrivée dans le magasin et que les gens avaient des masques, des gants et que tout était silencieux on avait l'impression qu'il y avait une chape de plomb ça m'a fait penser tout de suite aux pays... En Afghanistan quand on voit les femmes voilées avec leur burqa... Ça m'a fait penser à ça et ça a créé un espèce de stress » Entretien 1

La réalité déborde parfois l'imaginaire. La première expérience au supermarché est souvent décrite comme la plus marquante :

« la première fois que j'y suis allée c'était limite... Je croyais que je risquais ma vie quoi [...] Mais je me disais on est où là ? Donc la première fois je me suis vraiment crue dans un monde de fous , et donc j'ai vraiment appréhendé les autres ». Entretien 3

L'intensité des réactions varie selon les personnes et certaines personnes rapportent un état d'anxiété extrême, en particulier celles qui sont confrontées au coronavirus de près, plus à risque psychologiquement et physiquement, comme le personnel soignant, ici une infirmière :

« J'en ai plus dormi, je mangeais plus, je faisais plus de câlins à ma fille pendant 15 jours de peur de lui transmettre quoi que ce soit. [...] C'était la psychose générale qui a pris le dessus sur moi. » Entretien 15

Ainsi, la rupture avec l'état antérieur pourrait être potentiellement génératrice d'un vécu traumatique tant elle apparaît brutalement, créant un état de sidération voire de dissociation, en réaction à une situation vécue presque comme hors de la réalité.

2. Perception acutisée de la vulnérabilité de la condition humaine avec un futur vécu comme incertain et angoissant

2.1 Confrontation à la mort

On peut noter à quel point la situation se vit de manière intense, car hors de contrôle et de prévision possible, notre propre vie semble être en danger. Dans une société où la mort est cachée, apparaît comme tabou, la confrontation à sa propre finitude est plus ou moins dramatisée :

« j'ai bien compris qu'une personne comme moi n'avait quasiment aucune chance de survivre. » Entretien 12

Le concept de « personne à risque » ressort à de nombreuses reprises dans les entretiens, sorte de nouvelle catégorisation sociale, où certaines personnes sont désignées comme « à risque » en raison de leur conditions de santé plus fragile et donc plus concernées par le risque de mourir ; plusieurs personnes s'identifient elles-mêmes comme étant à risque :

« je suis une personne à risque puisque j'ai quelques difficultés respiratoires » Entretien 4 « je suis une personne à risque aussi, depuis l'année dernière on m'a reconnu comme étant travailleur handicapé j'essaie de pas trop sortir de pas trop trop prendre de risques non plus... » Entretien 6

La peur est aussi celle ressentie pour les proches que l'on tente de protéger, à l'exemple de cette infirmière, confrontée de près au coronavirus :

« moi je travaillais, on a eu quand même eu un sujet contact, [...] et du coup j'ai préféré la première nuit dormir à l'hôpital dans le doute [...] Après je me suis protégée à la maison j'ai mis le masque. [...] J'ai eu plus peur pour mon mari et pour ma fille que pour moi » Entretien 7

Alors comme ça,
il paraît qu'on va
tous mourir ?



2.2 Angoisse face à l'avenir

Elle concerne toutes les sphères de la vie, l'avenir environnemental, économique, politique, relationnel... Les témoignages font part de l'idée que les choses ne seront plus tout à fait les mêmes dans cet "après confinement" comme si ce temps allait marquer une rupture définitive avec le monde d'avant, générant une appréhension et de nombreux questionnements quant aux mutations et aux bouleversements que cette crise va engendrer.

L'incertitude concerne l'évolution des modes de vie avec la généralisation de la distanciation physique et son impact sur les relations. La santé est également une des grandes inquiétudes générales, quant à l'évolution de la pandémie de coronavirus et sa disparition ou non ainsi que son traitement curatif (le vaccin n'était pas encore arrivé). Le témoignage suivant traduit bien la variété des interrogations :

« Maintenant l'interrogation c'est après le confinement comment ça se passe. Alors vous avez compris que je suis pas spécialement quelqu'un d'anxieux et pourtant (rires) je me dis, mais bon sang, je vais dans un magasin de vêtements... comment ça va se passer cette contrainte de distance, combien de temps on va la respecter, est-ce qu'il va disparaître ce COVID est-ce qu'il va revenir tous les ans comme la grippe ? Alors nous on est vacciné contre la grippe, est-ce qu'il y aura un vaccin, est-ce qu'il y en aura pas ? Toutes ces questions on se les pose, mais sans plus, clairement il y aura un avant après ça c'est sûr » Entretien 2

Les inquiétudes concernant l'avenir économique personnel aussi bien que celui du pays sont très présentes, à savoir quelles seront les conséquences de deux mois de confinement d'une population active qui n'a pas pu travailler. Deux des personnes interrogées rapportent par exemple ne pas savoir si elles vont pouvoir reprendre leur activité professionnelle après le confinement. Cela donne également lieu à une réflexion plus générale sur la condition humaine, sa fragilité, et l'avenir collectif, celui de l'humanité qui semble lui-même devenir incertain

« C'est la première fois qu'on vit ça est-ce que ce sera la dernière je sais pas . [...] prendre conscience que ça peut arriver, qu'on est allé trop loin, que l'homme est allé trop loin et que maintenant il faut peut-être ouvrir les yeux, mais je sais pas trop... » Entretien 3

Après un état de stupeur, les émotions négatives affluent, ainsi en est-il de l'angoisse légitime générée par l'imprévisibilité et l'incertitude de la situation et son évolution, son ampleur et ses conséquences imaginées ou pressenties sur nos vies...

3. Angoisse générée par l'exposition aux médias et le sentiment de privation de liberté

3.1 Le virus médiatique de la peur

Depuis le début de la pandémie et pendant le confinement, 80% de l'espace médiatique est occupé par des contenus en lien avec le coronavirus, on parle d'effet "blast" (déflagration) médiatique, qui contrairement à l'effet habituellement très aigu, s'est installé dans une routine médiatique, quotidienne. Selon Médiamétrie, l'audience télévisuelle a atteint un pic sans précédent en avril. Aucun média n'y a échappé, que ce soit les écrans, la radio, la presse écrite ou les réseaux sociaux...

Les médias ne sont pas étrangers à la vague d'angoisse qui a balayé la France métropolitaine et ultramarine, et la perception parfois exacerbée des risques. Plusieurs personnes mettent en avant le rôle des médias dans la transmission d'un climat de peur et de méfiance :

« C'était surtout les médias, les médias m'ont bouffé, littéralement, que ce soit réseaux sociaux, la télé, la radio, je me suis déconnectée complètement et au bout de 3 semaines je me suis dit c'est bon, j'arrête de psychoter ». Entretien 15

Répondant au besoin d'information des gens, les médias ont ainsi eu une audience décuplée, ils soulèvent des critiques dans leur gestion de l'information délivrée en lien avec la gestion politique de la crise :

« Les pouvoirs et les médias ont instillé la peur, ce qui fait que cette peur elle se fait [...] on joue sur la peur des gens, sur leur crédulité, et ça je trouve que c'est pas digne d'un pays comme le nôtre » Entretien 14

Le battage médiatique autour du COVID est à l'origine du phénomène d'"infobésité" où la quantité d'informations délivrées dépasse nos capacités d'analyse. Ainsi, certains participants ont évité de mettre leurs enfants devant la télé ou disent s'être eux-mêmes coupés des médias pour ne plus être submergés :

« La première semaine j'ai eu trop d'infos, je me suis trop nourrie d'infos, j'ai trop cherché d'informations et c'était trop anxiogène. Et après j'ai beaucoup plus limité l'accès à l'information » Entretien 8

On assiste au fur et à mesure du confinement à un détournement des sources "mainstream" vers des sources plus ciblées d'information. Le traitement médiatique de la période est de manière générale critiqué, perçu comme manquant de pertinence et d'intérêt, voire à l'origine d'une communication peu claire ou superficielle.

« Vers la fin, je n'allumais plus du tout les chaînes d'information, je n'écoutais plus les informations parce qu'on apprenait plus rien de nouveau, j'ai beaucoup regardé les informations au départ et très vite ça a tourné en boucle » Entretien 9

3.2 Émotions de la contrainte

Dans ce contexte inédit, le droit d'exception prévaut et permet à l'état de mettre entre parenthèses certaines des libertés fondamentales d'une société démocratique par la mise en place d'une législation dérogeant au droit commun, en restreignant le droit de circulation, de rassemblement, durcissant les réglementations avec la création de nouvelles restrictions comme les attestations de déplacement dérogatoire.

Ces contraintes sont ressenties comme liberticides par bon nombre de personnes interrogées. En effet, le besoin de sécurité est mis en tension avec le désir de liberté. Les Français apparaissent très attachés à cette valeur républicaine de la France qui introduit la devise nationale.

« L'impossibilité d'aller venir comme on le souhaite quand on a envie de sortir d'aller se promener ou de faire quoi que ce soit le fait de rester... bon on avait une heure de sortie par jour, mais le fait de pas pouvoir aller où on voulait comme on le désirait, cette privation de liberté, si je puis dire » Entretien 11

La nécessité de remplir une attestation pour sortir de chez soi nous restreignant dans le temps et la diversité des activités possibles à l'extérieur (ainsi que l'interdiction du vélo) sont autant de contraintes qui semblent difficiles à admettre et à supporter pour bon nombre de personnes interrogées, entraînant sentiments de colère et de révolte :

« m'obliger à remplir un papier à chaque fois que je sors de chez moi, pour moi c'est Moyennâgeux » Entretien 14

Les facteurs extérieurs et particulièrement la couverture médiatique du confinement a influencé le sentiment d'angoisse perçu par les personnes de l'échantillon. De plus, les réglementations mises en place ont été source de stress et ont fait l'objet de plaintes, de

l'expression de colère et de frustration dans différents entretiens.

3.3 Expression d'une détresse psycho-affective



Il s'agit d'une période challengeante au niveau individuel et collectif, sollicitant les capacités d'adaptation et de coping de la population. Ceci a entraîné de manière évidente des conséquences sur le bien être psychologique de chaque personne, dont l'intensité est variable.

Divers symptômes sont rapportés par les personnes de l'échantillon, allant d'une timide baisse de moral et une anxiété plus ou moins importante, au témoignage d'un réel syndrome dépressif avec des troubles du sommeil et de l'appétit, une perte d'intérêt et de motivation.

« Il y a des moments où je n'avais pas le moral je déprimais un peu » Entretien 11

« soit je dormais beaucoup c'est-à-dire toute la journée je me levais uniquement pour manger ou pour aller aux toilettes et manger dormir manger dormir, ou alors je ne dormais plus je n'arrivais plus à dormir, j'ai passé deux trois nuits blanches d'affilée. Après je tournais un peu en rond, j'arrivais pas à me fixer sur une activité ni à me motiver à en faire une » Entretien 4

Le contexte de vie de chacun influence également la façon de faire face au confinement, des inquiétudes pour sa santé ou celle de ses proches et la confrontation plus ou moins directe aux décès à la gestion du stress professionnel. Une des personnes de l'échantillon rapporte par exemple avoir vécu et du gérer un deuil d'un proche en métropole dans cette période.

«Pendant près d'un mois ça a été très très difficile, [...] j'étais plutôt dans la tristesse et mes problèmes qu'autre chose. » Entretien 14

Par ailleurs, les professionnels les plus impliqués dans la lutte contre le virus tels que le personnel travaillant dans le secteur médical apparaît naturellement plus vulnérable sur le plan psychique, ce qui est visible au sein de l'échantillon de par les témoignages directs et indirects :

«nos amis travaillent dans le médical, bien sûr on était solidaire et à l'écoute de leurs besoins, souvent le moral qui était pas bon de leur côté» Entretien 2

Plusieurs personnes témoignent de l'utilisation du réseau de professionnels de la santé mentale mis à disposition. En effet, plusieurs personnes rapportent avoir eu recours à une aide de psychiatres ou de psychologues par le biais de la prise de traitement ou la sollicitation d'une écoute et d'un soutien :

«Ça a été une période très stressante, ça a entraîné beaucoup de fatigue depuis février j'ai pris un traitement, [...] Un antidépresseur, ça m'a bien aidé. » Entretien 7

« Au bout des 15 premiers jours j'ai appelé la psychologue de la cellule de crise de l'hôpital parce que je pouvais plus gérer toute seule en fait, [...] si j'avais pas eu ça je crois que j'aurais sombré dans la dépression » Entretien 15

L'impact sur le plan psycho-affectif plus ou moins intense de la situation de confinement, a conduit certains à la recherche d'un soutien professionnel.

III) Le rapport à l'action, à soi et au temps comme mécanismes d'adaptation

Pour faire face à cette situation, les personnes interrogées ont développé différentes stratégies adaptatives qui passaient principalement par l'action, le fait d'agir concrètement et d'avoir des activités pour se sentir acteur de son existence confinée.

1. L'activité comme support du quotidien

Le confinement apparaît comme un défi quotidien pour trouver en soi les ressources psychiques et physiques nécessaires pour continuer à gérer la "vie de tous les jours" dans ce quotidien étriqué. Celui-ci peut être vécu comme une épreuve, dans la lutte contre une atmosphère anxiogène qui ombrage notre vision globale de cette période.

Quand certains continuent, parfois à contre-cœur, à se rendre sur leur lieu de travail, les autres sont priés de rester chez eux et doivent s'accommoder de leur environnement limité en jonglant avec l'anxiété, l'ennui et la frustration qui menacent les journées, et chercher du réconfort sur leur lieu de vie.

L'assignation à résidence peut être mise à profit pour réinvestir les lieux et donner une nouvelle dimension aux activités simples du quotidien.

Les activités décrites se découpent en deux catégories : celles que l'on fait à l'extérieur, sous forme d'activité sportive permettant de s'aérer, mais conditionnées par une limite temporelle horaire, et les activités domestiques, celles pour lesquelles l'on peut prendre son temps comme la cuisine, ainsi que les activités de loisir auparavant négligées.

1.1 Activités en extérieur

L'activité sportive est pour beaucoup de participants mentionnée comme activité utilisée à visée anxiolytique ou occupationnelle, permettant à la fois de sortir de chez soi et de trouver une façon de se sentir actif, sortir de la passivité induite par cette période, ainsi qu'une voie vers l'apaisement du corps et de l'esprit par les bienfaits de l'activité sportive.

« j'allais faire du sport tous les jours je pense que ça m'a aidé à faire comme si... Comme si tout allait bien » Entretien 3

Le sport et les sorties sont vus comme des activités agréables, aidantes voire nécessaires pour préserver un sentiment d'équilibre dans nos vies reconfigurées. C'est une occasion pour les personnes interrogées de retrouver le goût à des activités délaissées auparavant.

« J'avais plus beaucoup le temps de le faire parce que j'avais d'autres activités, mais je me suis remise à la marche. » Entretien 1



Tous types d'activités extérieures sont mentionnées dans les témoignages, de la promenade du chien aux courses en passant par le jardinage, il s'agit de sortir de chez soi pour maintenir un semblant d'interaction avec le monde extérieur, et retrouver le plaisir d'être dehors et au contact de la nature pour certains chanceux. À noter également le regain d'intérêt pour la relation aux animaux sauvages ou domestiques, compagnons de fortune.

« Le chien il a sa balade quotidienne maintenant puisque je vais chercher le pain » Entretien 2

1.2 Activités quotidiennes agréables

Le confinement est l'occasion de profiter d'autres activités qui sont également réinvesties, à l'instar des tâches domestiques comme la cuisine, propices à l'installation d'une routine plaisante, également utilisées à des fins occupationnelles ou d'évasion de l'esprit, en joignant l'utile à l'agréable :

« J'ai commencé peut être à faire des gâteaux, des cookies, ceci celà, à m'occuper de mes enfants, faire le ménage » Entretien 12

La cuisine est vue comme un moment convivial et source de plaisir et de satisfaction, à la fois dans la préparation du repas et son partage avec les membres du foyer. Les plaisirs gustatifs sont mis en avant dans un épicurisme très français, qui s'accompagne d'une augmentation des consommations d'alcool avec le développement des apéros en visioconférence notamment.

« l'aspect épicurien et c'est vrai dans la consommation [...] et là on a pris un rythme d'une cave. Bah un moment donné de se dire bah tiens l'apéro à 18h bah on se le prend, et c'est devenu systématique au quotidien » Entretien 2

On retrouve des activités incluant un temps à soi, une envie de profiter de cette parenthèse imposée avec un objectif de détente.

« mes jours de repos c'était tranquille, soit je prenais un bain de soleil, soit je méditais, soit j'allais dans la piscine, soit je regardais une série, donc vraiment me vider la tête et être avec ma fille. » Entretien 15

2. Relativisation de l'expérience du confinement et introspection

2.1 Quête d'authenticité

Le confinement est l'occasion de lâcher prise par rapport au stress du quotidien voire de prendre du recul et s'accorder le temps de réfléchir sur soi, sur sa vie. À l'inverse des expressions d'angoisse que nous avons pu voir dans la thématique précédente, certains mettent en avant des aspects positifs, des bienfaits du confinement.

« se recentrer sur soi-même, et d'être avec soi, tout simplement. Je crois que pour ça c'est un bien, le confinement. » Entretien 15

Il s'agit d'une opportunité pour vivre dans l'instant présent, être attentif à ses besoins, se reconnecter à ses sensations ; un temps propice à la mise en pratique de la pleine conscience décrite par certains, de manière parfois très spontanée, en accueillant simplement ses ressentis et émotions. Certains témoignent d'une forme de sérénité dans la possibilité de profiter des plaisirs simples :

« ouvrir la fenêtre aller sur le balcon et voir le soleil, le ciel bleu, il me semble que ça c'était des choses qui aidaient beaucoup » Entretien 3

*J'ai investi dans
un manteau
en écailles de pangolin!*



Invitation à la liberté de penser, c'est une période propice pour s'ouvrir à son monde intérieur et approfondir sa connaissance de soi et de ses aspirations profondes ; il s'agit d'un temps pour repenser ses projets, voire pour se projeter positivement dans l'avenir.

« plein de remises en question, plein de nouveaux projets qui naissent aussi » Entretien 10

2.2 Mise en perspective

Certains en profitent pour faire un pas de côté, s'interroger en laissant émerger des réflexions sur nos conditions de vie, notre rapport au monde et notre façon de consommer, le modèle de société dans lequel nous évoluons, en explorant la possibilité de conduites plus éthiques :

« Regarder la vie autrement que d'être dans la société de consommation, et être vraiment... Moi je vois ça comme ça » Entretien 10

Il donne également lieu à des questionnements spirituels et existentiels, tels que la question du sens de sa vie, son implication dans le monde, sa propre fin...

« Des réflexions sur la vieillesse, sur la mort, les autres. [...], c'étaient des discussions qu'on a eu qui étaient comme ça très riches » Entretien 2

Il s'agit d'un moment de transition, où le futur apparaît non prévisible, et notre vie actuelle source de nombreuses incertitudes sur le plan politique, économique, social... Générateur à la fois d'une aspiration à se réinventer, mais potentielle source d'angoisse.

« Je n'arrive pas encore à me projeter dans un avenir comme avant, en tout cas, je fais pas de projets normaux, envisager un voyage, ceci cela... [...] c'est vrai que ce confinement, ça a stoppé mon ancienne vie. Je ne sais pas comment envisager ma prochaine période de vie » Entretien 5

3. Un rapport au temps privilégiant l'instant et la ritualisation

Le confinement bouleverse notre rapport au temps, par la disparition d'anciennes contraintes de la vie quotidienne liées aux horaires, remplacées par de nouvelles contraintes temporelles comme la sortie quotidienne limitée à une heure par jour. Le temps est vécu, compté différemment alors que nous sommes chez nous pour une durée inconnue, nous devons apprendre à vivre dans ce nouvel espace temps.

3.1 Nouvelle conscience du temps

Alors qu'il semble être trop court lors des sorties, il s'allonge indéfiniment et paraît n'en plus finir lorsqu'on évoque la durée du confinement. Notre rapport au temps apparaît contrarié par la perte de nos repères temporels habituels.

Pour certains, l'adaptation à la vie confinée a été compliquée, l'absence d'activité professionnelle générant ennui, défaut de la structuration et de la cyclicité des temps :

« En temps normal je travaille donc j'ai un rythme très régulier, donc je ne tourne pas en rond je sais ce que j'ai à faire et cetera... Là je suis complètement désorganisée » Entretien 4

Cependant, la modification de la perception du temps n'est pas uniquement vue négativement. De manière logique, nous n'avons pas la même notion du temps lorsque les horaires ne conditionnent plus les activités, un espace de liberté s'ouvre dans la durée accordée à une activité et la fréquence de celle-ci, qui n'est plus dictée par des contraintes externes. Un lâcher prise est décrit dans la gestion du temps :

« les 2 premières semaines ont été très calmes très reposantes, du coup moi je suis très enclin à décaler rapidement mes horaires comme je suis pas contraint par le travail, donc rapidement j'ai pris l'habitude de dormir tard, me réveiller tard (rires) » Entretien 13

De fait, le quotidien n'est pour beaucoup plus rythmé par le travail et les obligations extérieures, mais lié à un choix individuel : nous pouvons choisir comment occuper notre temps, ce qui laisse libre cours à une organisation personnalisée du temps et des activités.

« Et puis ce rapport au temps aussi qu'on avait pas l'habitude d'avoir. On peut pas trop sortir on peut pas faire ce qu'on veut certes, mais on n'a pas d'horaire on va pas une seule fois dans la journée dire "dépêche-toi" et ça c'était quand même un grand luxe je trouve » Entretien 3

3.2 Importance de la ritualisation du temps

L'état de choc initial une fois relativisé par la distance temporelle, la plupart des personnes interrogées rapportent une évolution et une habitude à la situation de par sa durée.

« il y a peut-être différentes phases vu que ça a duré quand même un certain temps et que ça dure toujours, différentes phases de ressenti d'émotions. » Entretien 3

Dans cette situation qui se prolonge, il est nécessaire de créer un nouveau rythme de vie pour structurer sa journée et trouver un équilibre. Certaines personnes se sont composées de nouvelles routines quotidiennes :

« on avait notre petite routine, le matin petit coup de ménage, on préparait à manger, on mangeait, et début d'après midi un petit peu de ménage, et puis chacun vaquait à ses occupations » Entretien 13

Les nouvelles habitudes comprennent les activités professionnelles ou de loisir, le maintien des liens avec les proches, les tâches quotidiennes, qui permettent de s'adapter à la situation, poser un cadre pour retrouver le confort d'une certaine "normalité" et ainsi diminuer le niveau d'anxiété.

« J'ai pu continuer une vie à peu près normale avec le travail qui a rythmé beaucoup les journées, et puis en rentrant à la maison c'était du téléphone au lieu de rencontrer les amis, mon fils. Finalement je me suis vraiment bien adapté à la situation » Entretien 9

Ce nouveau rapport au temps est vécu avec ambivalence, le bénéfice d'être actif dans le moment présent pouvant être mis en balance avec l'absence d'envie de se projeter dans l'avenir et l'après confinement.

« je pense que le déconfinement m'est peut-être plus difficile finalement que le confinement, dans le sens où je me suis, enfin on s'est habitué on s'est créé nos rythmes pendant le confinement. » Entretien 3

DISCUSSION

Ainsi, comme nous venons de le voir, le confinement est une période qui a considérablement affecté le quotidien de chacun. Le recueil de témoignages permet de mettre en lumière la diversité des expériences vécues pendant le confinement, et observer l'impact sur le bien être et sur la santé mentale décrit par les participants, ou comment cette expérience de par ses facteurs de stress externes multiples a mis en tension les ressources internes de chacun, et leur capacité d'adaptation. Cette étude permet par les renseignements pris quant aux différentes réactions et moyens de gestions, d'envisager les orientations à promouvoir en matière de santé publique dans des contextes similaires.

Nous allons maintenant mettre en perspective les différentes thématiques de notre étude grâce à la confrontation à la littérature sur le sujet.

1. Analyse des échelles d'évaluation du stress perçu

Le stress est défini par Bruchon-Schweitzer comme « une transaction particulière entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être ».

Le confinement de par son caractère imprévisible, sa durée, son ambiguïté, son incontrôlabilité, la perte de repère qu'il génère, regroupe un certain nombre de caractéristiques propres aux évènements de vie perçus comme stressants.

La perception du stress peut être évaluée par différentes mesures. Nous avons utilisé l'échelle GAD-7 afin de repérer l'intensité de l'anxiété rapportée dans les deux semaines précédant l'entretien, qui correspondent aux deux dernières semaines du confinement, et l'échelle numérique de stress pour une évaluation au moment de l'entretien.

En raison de la durée du confinement, l'anxiété ressentie a été évolutive et fluctuante, les personnes interrogées repéraient par exemple une diminution de l'anxiété au fur et à mesure du confinement de par un phénomène d'habituation, bien que plusieurs personnes rapportaient une appréhension du déconfinement générant une recrudescence anxieuse.

La fluctuation intra et interindividuelle peut également être liée à une interprétation différente des termes ; en effet, certains mots peuvent être confusiogènes et compris différemment selon les personnes (tels que les mots "tension" "agitation" référant à la fois à un état physique et psychique), biaisant la cotation des répondants.

Par ailleurs, la temporalité des deux échelles n'est pas la même, puisque l'on demande d'évaluer les symptômes sur les deux dernières semaines pour la GAD alors qu'il s'agit d'une évaluation à un temps T du stress pour l'échelle numérique de stress.

On peut envisager l'hypothèse que ceux qui se sont habitués au confinement et ont ainsi réduit leur niveau de stress appréhendent plus le déconfinement et ses incertitudes. Pour rappel les entretiens sont réalisés dans cette période charnière : les jours précédant, le jour même ou le lendemain du déconfinement.

Différents facteurs influencent le niveau de stress : la possibilité d'agir sur l'événement ou de diminuer l'impact du stress en adoptant des stratégies d'action, cognitives ou émotionnelles. Les entretiens que nous avons analysés affirment la perception du confinement comme événement stressant mettant en jeu des stratégies d'adaptation pour y faire face.

2. Confinement symptomatique

1. Les particularités du confinement à La Réunion

Chez les personnes interrogées résidant à La Réunion, l'intensité des symptômes décrits a pu être nuancée par un contexte moins anxiogène que dans d'autres régions métropolitaines et étrangères. La Réunion, par son insularité, a été relativement peu atteinte par la pandémie de coronavirus avant et pendant le confinement.

En effet, la situation sanitaire, de par la distance avec la métropole, y a été singulière. Les hôpitaux n'ont pas été submergés par l'afflux de malades qui est resté relativement faible, sans suroccupation ni déficit de lits dans les hôpitaux. Les premiers décès rapportés sont arrivés tard dans le confinement et ont fait suite aux évacuations sanitaires de patients en provenance de Mayotte. Peu de personnes à La Réunion ont vu leurs proches en danger ou décéder, les proches décédés rapportés étant en métropole.

Cependant, et ce quelle que soit son intensité, le confinement a eu un impact sur le quotidien des réunionnais. Les difficultés rencontrées sont à l'origine de symptômes multiples qui témoignent d'un stress aigu. Les réactions au stress décrites sont variées, passent par des émotions négatives qui se traduisent par des stratégies d'adaptation parfois défailtantes : expression anxieuse et ses conséquences comportementales, troubles des fonctions instinctuelles sur une symptomatologie dépressive et post-traumatique, troubles addictifs, symptômes psychotiques et enfin, augmentation des violences interpersonnelles...

La littérature concernant les retentissements psychopathologiques du confinement est en pleine expansion, et permet de mettre notre étude en perspective.

2. Les retentissements psychiques du confinement

Pandémie d'anxiété

L'anxiété est multifactorielle et polymorphe, mais ici sa nature et son expression semblent spécifiques au contexte pandémique.

Les personnes de notre étude, même celles qui ne se décrivent pas comme ayant un tempérament anxieux, décrivent une anxiété contextuelle, liée à tous les facteurs de stress potentiels que nous avons explorés (la peur de la maladie et de la mort, l'isolement, l'incertitude liée à l'avenir, la contrainte,...).

Ainsi une étude (Taylor et al. 2020.) a développé une échelle pour évaluer les retentissements en termes d'anxiété de la pandémie, appelée la *COVID Stress Scale*, d'abord validée dans la population canadienne et américaine. Cette échelle est présentée comme une possibilité de screening des personnes les plus à risque de réponses émotionnelles négatives.

Les 5 symptômes majeurs de stress retrouvés sont intégrés pour décrire un ensemble appelé "COVID-19 Stress Syndrome" associant une peur de l'infection, une peur des conséquences économiques, une xénophobie reliée au COVID (soit une peur que des étrangers soient infectés et transmettent le virus), une recherche d'information et de réassurance et des symptômes de stress post-traumatiques, largement décrits et qui sont en effet présents chez les participants réunionnais.

Les personnes les plus à risque de développer ce syndrome de stress lié au COVID sont celles qui présentent des troubles anxieux préexistants. En effet, les troubles anxieux sociaux tels que l'agoraphobie et l'anxiété sociale peuvent être majorés par le confinement, qui équivaut à une conduite d'évitement des situations d'exposition.

Les troubles anxieux liés à la peur de la maladie, tels que l'hypochondrie, la germaphobie (phobie des germes) et les troubles obsessionnels compulsifs de lavage associés pourraient se développer (Taylor et Asmundson, 2020).

L'anxiété persisterait même à distance d'un temps de confinement (Liu X et al. 2013), avec la persistance de comportements d'évitement entraînant une diminution des contacts sociaux et un absentéisme au travail.

Enfin, l'angoisse peut se traduire plus globalement par un questionnement des valeurs et des fondements de la société. La perte de confiance en un système politique et de santé permettant de faire face à l'épidémie peut entraîner des comportements de repli, une tendance à l'autosuffisance voire des attitudes survivalistes. (Kirk et Rifkin, 2020).

Dysrégulation des fonctions instinctuelles

Troubles du sommeil : rêves confinés

Des troubles du sommeil sont rapportés spontanément lors de trois entretiens. Ils sont fréquemment retrouvés pendant le confinement (Mengin et al. 2020.) En effet, la majorité des synchroniseurs du rythme veille sommeil se trouvent modifiés : activités quotidiennes dont le sport, l'exposition à la lumière naturelle, les interactions qui participent à notre équilibre sont perturbées. Par ailleurs, le stress est une source directe de troubles du sommeil et d'insomnie, et les troubles du sommeil sont eux-mêmes des facteurs de stress : la boucle s'auto-entretient.

Troubles du comportement alimentaire : l'appétit de (sur)vivre ?



Une personne de notre échantillon décrit particulièrement l'alimentation comme une occupation et une source de plaisir "comfort food", avec une prise de poids en conséquence. La cuisine et le repas ont été massivement réinvestis par les français, La Réunion ne fait pas exception.

Le rapport à l'alimentation a pu évoluer au moment du confinement, à la fois en conséquence du stress, mais également à un niveau pratique, le confinement modifiant l'accès à la nourriture puisque celui-ci devient libre, total, permanent, s'associant à une perte des repères temporels guidant nos habitudes alimentaires (Mengin et al. 2020.). La dérégulation du rythme circadien va de pair avec la dérégulation du rythme de vie et potentiellement de nos habitudes alimentaires.

Le stress impacte notre façon de nous alimenter de manière consciente et inconsciente. Quand certains perdent l'appétit ou présentent une restriction cognitive par peur de prendre du poids, d'autres au contraire utilisent la nourriture comme source d'apaisement émotionnel, et peuvent aller jusqu'à des accès boulimiques et l'hyperphagie.

Les troubles du comportement alimentaire sont associés au stress en tant que stratégie de coping dysfonctionnel chez certaines personnes, ainsi l'anxiété créée par la situation est génératrice d'une recrudescence de troubles du comportement ou de l'apparition de nouveaux troubles du comportement alimentaire. (Mengin et al. 2020.)

Par ailleurs, l'isolement et la réduction des relations sont pourvoyeurs de rigidification des habitudes alimentaires.

Les symptômes dépressifs deviennent viraux

Une symptomatologie dépressive est repérée dans notre échantillon, résultat qui n'est pas surprenant en temps de confinement, généré par les facteurs de stress, l'angoisse, l'isolement social ainsi que la perte de contrôle perçu sur la situation et le sentiment d'impuissance. Encore une fois, les soignants sont particulièrement exposés à ces symptômes, qui peuvent apparaître à distance du confinement au moment où la pression est relâchée (Gómez-Durán, Martin-Fumadó, et Forero, 2020)

Dans ce contexte, le risque suicidaire augmente, une étude chinoise retrouve une augmentation des suicides après une épidémie de SRAS en 2003, en particulier chez les sujets âgés (Chan et al. 2006). Cependant, les hospitalisations pour passage à l'acte suicidaire auraient diminué pendant le confinement, et les services de pompes funèbres vu moins de suicides (Chevance et al. 2020).

Les personnes ayant des antécédents ou des comorbidités psychiatriques sont évidemment plus à risque.

Le confinement comme traumatisme

Il est intéressant de comparer les retentissements du confinement à l'impact psychologique de catastrophes naturelles. La proportion de personnes développant des symptômes de stress post-traumatique dans ces contextes est relativement importante, entre 5 et 20% selon les études (North et al. 2004, Arnberg et al. 2013). De là à faire un parallèle avec la situation actuelle ?

Les symptômes de stress post-traumatique sont décrits dans différentes études lors des épidémies précédentes. Les résultats obtenus par l'intermédiaire d'une échelle (IES-R) mettaient en évidence une symptomatologie post-traumatique avec des symptômes perdurant jusqu'à 3 ans après la période de confinement. (Wu et al. 2009)

Le degré d'exposition au risque est un facteur médiateur important dans le risque de développer un état de stress post-traumatique.

Beaucoup d'études ne distinguent pas l'impact de la crise sanitaire et celle du confinement en lui-même. Le rôle différencié du confinement dans l'émergence d'un stress post-traumatique est donc difficile à évaluer, d'autant que dans la définition du DSM, il s'agit d'un évènement brutal avec une menace directe à sa vie ou son intégrité physique ou psychique ou celle de ses proches, ce qui ne définit pas le confinement. Une vigilance est nécessaire quant au potentiel basculement d'un état de stress aigu vers une symptomatologie plus durable liée aux souvenirs traumatiques.

Le confinement peut-il rendre fou ? Les symptômes psychotiques

Bien que non présents dans notre échantillon, la question des symptômes psychotiques peut se poser, puisque des études antérieures sur les confinements ont pu rapporter des symptômes tels que des hallucinations. (Grassian S. 2006). Des études sur des individus en prison dans des conditions d'isolement et une restriction des stimulations ont des effets notables sur la santé mentale, avec agitation auto et hétéro agressive, confusion, hallucinations... Et cela même chez des personnes sans antécédent psychiatrique. (Kupers TA, 1999)

Potentiel addictif du confinement

Un des participants de l'étude dit avoir augmenté sa consommation d'alcool et s'être remis à fumer. Différentes études rapportent en effet une augmentation des conduites addictives, en particulier chez les personnes souffrant déjà de troubles addictifs. (Gomez-Duran et al. 2020)

Le contexte du confinement et son stress potentialisent certaines consommations (alcool, tabac) qui sont utilisées à visée anxiolytique.

Le confinement peut inversement être à l'origine de sevrages forcés de substances dont les trafics sont arrêtés.

L'association à la précarité sociale et financière est un facteur supplémentaire médiant les consommations (par voie de cause et de conséquence).

Les addictions comportementales sont également favorisées par l'ennui, telles que les addictions aux jeux, aux jeux d'argent en ligne, à la pornographie.

Les études antérieures (Wu et al. 2008) ont montré que le personnel hospitalier était plus à risque de développer ou majorer ses comportements addictifs pendant et après une période de confinement.

La violence, elle, ne se confine pas

Le lieu du confinement, havre de paix pour certains, peut devenir le théâtre d'un huis clos dangereux où, en renfermant les individus sur eux-mêmes, dans la promiscuité et le stress, il entraîne une majoration des conflits.

Un climat de violence entre les membres du foyer peut s'installer. Dans notre étude, des tensions entre les membres du foyer sont signalées, entre conjoints ou avec les enfants, mais il n'est pas fait mention de violences.

Une augmentation des violences intrafamiliales est retrouvée dans la littérature lors des périodes de confinement (Usher et al. 2020), en particulier des violences faites aux femmes et aux enfants, qu'elles soient, psychologiques, physiques ou sexuelles. Conséquence du contexte stressant et de la promiscuité liée au confinement, réaction de défense lorsque l'on se sent menacé de manière concrète ou symbolique, l'agressivité est plus retrouvée chez les hommes, et peut se traduire par des comportements déviants dirigés vers les autres membres du foyer. Elle peut se traduire par des violences domestiques envers le partenaire ou les enfants (autoritarisme, humiliation, brutalité, abus physiques et sexuels,...)

Par ailleurs, le contexte d'isolement, de restriction des mouvements et des contacts extérieurs est un frein à l'appel au secours.

Dans ce cas de figure, le confinement pourrait provoquer un danger supplémentaire pour les personnes vulnérables et exposées à la potentialité de la violence.

3. Les difficultés spécifiques au confinement

L'adaptation de chacun à la période du confinement dépend de nombreux facteurs qui influencent le ressenti et l'acceptation de celui-ci. Être avec ou sans ses proches, dans des conditions matérielles satisfaisantes ou soumis à des pénuries, selon nos possibilités d'accès à des réseaux sociaux et de soutien, ou bien selon notre activité, en télétravail ou exerçant sur son lieu de travail. Autant de facteurs qui rendent chaque vie confinée unique.

Malgré tout, certaines conditions sont mises à jour comme des facilitateurs ou au contraire des obstacles à un vécu plus serein du confinement et à son respect. Nous allons explorer les différents facteurs pouvant être pris en considération et sur lesquels il serait possible d'agir, afin d'améliorer le bien être et l'adhésion de la population aux mesures sanitaires dans un contexte similaire.

La diversité des facteurs en jeu peut se classer en trois catégories qui se dessinent à travers les différentes études.

La première s'intéresse à l'impact de la durée du confinement sur le plan psychologique, et la majoration de l'isolement qu'il génère, par les conditions de vie et la solitude ressentie par les personnes confinées, et le temps d'isolement qui désocialise. La deuxième catégorie apparaît sous la forme de l'inconnu, d'une part l'ignorance concernant cette nouvelle maladie qui surgit et de nos moyens d'y faire face, et la difficulté à récolter les informations afin de mieux appréhender la situation et avoir connaissance de son évolution. Enfin, nous nous intéresserons aux conditions matérielles du confinement et au stress qu'elles induisent, où comment l'accès aux ressources, concrètement par l'approvisionnement et la mise à disposition d'outils ou de services, ou par le biais d'une aide financière, est une source de préoccupations.

3.1 Le temps désocialisant

Un temps pour se confiner

La durée du confinement est mise en évidence comme un facteur de stress (Rona et al. 2007), avec des conséquences psychologiques d'autant plus importantes et sur le long terme qu'il se prolonge. L'impact apparaît significatif lorsqu'il excède une certaine durée, avec un seuil critique repéré à 10 jours. (Hawryluck et al. 2004)



Dans notre étude, les personnes interrogées rapportent bien la durée comme un élément de stress, lié à la fois à l'ignorance de cette durée au moment de la mise en place du confinement national et son allongement progressif par les annonces gouvernementales avec un retard dans l'annonce d'une date de fin, restée incertaine longtemps (même si au moment des entretiens, le confinement avait une date de fin ou se terminait). Pour rappel en effet, le confinement a commencé le 17 mars initialement pour 15 jours avec une prolongation progressive, la date de fin potentielle du 11 mai ayant été communiquée le 13 avril, et sans que celle-ci ne soit certaine.

Puis dans un second temps, la réorganisation de la vie confinée et la modification du rapport à la durée et au temps a généré une appréhension de la fin du confinement visible à travers les témoignages. En effet, chacun s'est habitué à cette nouvelle vie en instaurant de nouvelles routines, et l'anticipation du déconfinement déstabilise ce nouvel équilibre. Après avoir été privé de contacts extérieurs pendant près de deux mois, il est normal que le retour à la vie sociale ordinaire provoque chez certains une appréhension.

Nous pouvons y voir un lien avec le "syndrome de la cabane" défini comme un repli sur soi et ses proches et une peur de l'extérieur après un long moment d'isolement. Il a été décrit pour la première fois aux États-Unis dans les colonies de chercheurs d'or, qui, vivant dans les cabanes isolées et loin de la civilisation pendant des mois, appréhendaient le retour vers celle-ci. Le confinement aurait-il créé des ermites ?

Lutte contre l'isolement

La solitude est une situation complexe à appréhender en particulier dans un contexte sanitaire angoissant. La perte de repères, de sa routine, l'impossibilité de sortir et l'inactivité sont source d'un sentiment de vide et d'ennui inhabituel et dépressogène. Le sentiment d'isolement est généralement couplé avec une impression de mise à distance de l'environnement extérieur, une sensation de ne plus appartenir au monde qui continue à tourner sans nous. (DiGiovanni et al. 2004)

Notre étude comme les précédentes soulignent les ressources développées par les individus ainsi que le montre leur capacité à investir les relations pour sortir de l'isolement. On a pu voir de nouvelles solidarités apparaître à travers l'entraide entre voisins, la création ou le développement d'associations de soutien psychologique et pratique, et le besoin général de maintenir une cohésion sociale, de continuer à interagir malgré le contexte.

Comme nous l'avons vu, les échanges et les discussions se virtualisent par l'utilisation des nouvelles technologies de communication ; le confinement isole les corps, mais non leurs récits.

3.2 L'ignorance crée la peur

La peur de la maladie est majorée...

Le doute sur le risque d'infection et la peur concrète de la maladie sont omniprésents et se traduisent par différentes attitudes dans notre échantillon : évitement des autres, hyper hygiénisme et germaphobie, ou encore une peur irrationnelle d'être infecté ou d'infecter les autres. On repère une plus grande attention à ses symptômes physiques, une anxiété parfois très intense se traduisant par des tendances hypocondriaques.

La peur de la contamination est d'autant plus importante que le risque de contamination est perçu comme plus élevé, à l'instar du personnel hospitalier, particulièrement susceptible de développer des troubles psychologiques pendant le confinement. Les personnes avec comorbidités importantes sont également plus fragiles sur le plan psychique, ce que notre étude confirme, une des personnes notant bien des "tendances dépressives" liées à sa pathologie.

Les périodes d'isolement sanitaires généreraient des modifications des comportements même longtemps après la période de quarantaine, sous la forme d'évitement des situations perçues comme risquées ou anxiogènes, particulièrement chez le personnel hospitalier, comme le maintien de distance avec des personnes ayant des symptômes respiratoires dans le SRAS (Marjanovic et al. 2007).

Une meilleure connaissance de la maladie grâce à une information claire et officielle, sur la symptomatologie, ses conséquences, les moyens de s'en prémunir doit être communiquée et rendue accessible à la population générale.

À La Réunion, cette angoisse est moindre dans le contexte de faible incidence et prévalence épidémique, comparativement à la situation en métropole. Au 13 mai 2020, dernier jour de notre recueil de données, 437 cas avaient été répertoriés selon l'ARS de la Réunion.

Par le défaut d'information...

Le besoin d'information est plus que jamais présent dans cette période de crise sanitaire pour mieux la comprendre, ainsi l'absence d'information claire et unilatérale, et l'incertitude quant à la situation et les risques réels encourus sont deux facteurs de stress importants repérés dans notre échantillon. Une grande confusion est ressentie quant aux informations qui ont circulé concernant les modalités, la durée, les conséquences du confinement.

Ceci peut être mis sur le compte d'une mauvaise coordination nationale des informations et une circulation de nouvelles non officielles et de "fake news", particulièrement délétères pour les personnes suggestibles, à l'instar d'un des participants de notre étude particulièrement sensible à ces fausses informations qui a partagé son hypothèse complotiste de la crise sanitaire.

Le manque de transparence des décisions politiques est rapporté dans plusieurs études, ce qui est source d'une méfiance à l'égard du gouvernement et d'une moindre adhésion aux mesures (Braunack et al. 2013) Par voie de conséquence, la difficulté à supporter les restrictions a été associée dans une étude à une augmentation de la probabilité de souffrir de symptômes de stress post-traumatique (Reynolds et al. 2008).

3.3 L'accès aux ressources, du confort à la nécessité

Y'a pas que le matériel, mais...

*Tout ce PQ,
c'est pour construire
un radeau en
papier maché!*



Dans notre étude, c'est le manque de distribution de moyens de protection sanitaire qui a été une des plaintes principales (masque, gel hydro-alcoolique). Dans le contexte insulaire et la dépendance à l'importation, des craintes concernant un manque d'approvisionnement des supermarchés ont été rapportées, et les pénuries de certains produits se sont vues, de manière temporaire et modérée, surtout liées à la peur de certains ayant fait des réserves.

Dans des études sur les confinements antérieurs, les personnes rapportent une insuffisance de moyens matériels leur permettant d'assurer leurs quarantaines dans de bonnes conditions : pas de provisions alimentaires ou de matériel fourni ou à une fréquence qui n'était pas suffisante pour satisfaire les besoins de la vie quotidienne. (DiGiovanni et al. 2004) (Cava et al. 2005)

Ne pas avoir les fournitures de base pour subvenir à ses besoins en termes de nourriture, de matériel sanitaire, est une source d'anxiété importante, qui peut persister bien après la fin de la période de la période de quarantaine.

Ainsi, une meilleure organisation de l'approvisionnement associant anticipation et coordination, afin de s'assurer que chaque personne en quarantaine ait les ressources nécessaires pour vivre sa quarantaine dignement, paraît indispensable.

Pas tous des geeks, mais...

Les personnes de notre échantillon avaient toutes un accès aux outils numériques, biais lié au mode d'inclusion à l'étude qui se faisait via internet, ce qui n'est pas le cas de tous les réunionnais. Or la possibilité de garder un lien avec son réseau social, continuer de communiquer avec son entourage et avec l'extérieur est essentielle.

Ainsi, ce besoin devrait être pris en compte car particulièrement important dans ce contexte d'isolement, en procurant aux personnes confinées les outils permettant de garder contact avec leurs proches sur leur lieu de confinement, sous forme de mise à disposition de téléphones, câbles et chargeurs, ordinateurs, réseau wifi, même si le confinement à domicile rend complexe cette mise en place systématique.

Y'a pas que l'argent, mais...

Les préoccupations financières sont un facteur de stress indéniable que nous avons retrouvé dans les thématiques développées lors des entretiens. En effet, de nombreuses personnes n'ont pas pu aller travailler durant leur temps de quarantaine, et l'incertitude financière est rapportée comme un générateur de stress notable sur une durée qui pourrait excéder la durée du confinement comme le mentionne une étude (Jeong et al. 2016).

De manière logique, les personnes au plus faible revenu sont plus dépendantes d'un soutien financier et plus sujettes au stress économique, et la précarité financière est associée à une symptomatologie anxio-dépressive et des symptômes de stress post-traumatique (Mihasi et al. 2016).

On peut s'attendre à des répercussions socio-économiques chez de nombreuses personnes confinées. Les compensations financières et les aides de l'état ont parfois mis du temps à être distribuées, majorant l'instabilité financière et le stress. Cependant, l'emploi, son arrêt ou sa perte pendant le confinement sont associés à d'autres facteurs, notamment une rupture dans la vie sociale et des activités, facteur de biais

possible autant que de potentialisateurs dans l'expérience anxiogène.

4. Prédipositions aux risques psychosociaux : pas tous égaux

La différence majeure existant entre les situations de confinement antérieures et la situation de confinement actuelle est son échelle, et la proportion sans précédent de personnes concernées. Alors que les précédentes pandémies concernaient une zone géographique restreinte ou une tranche spécifique de la population confinée (cas contacts), en France, c'est l'ensemble de la population qui est concernée par cette mesure.

Chaque citoyen se trouve soumis à une réglementation générale nous mettant sur un pied d'égalité théorique face aux mesures d'isolement. Or, non seulement les conditions pratiques de cet isolement différent, mais certaines tranches de la population, de par leurs caractéristiques, apparaissent comme plus à risque psychologiquement et méritent une attention particulière.

Les populations qui requièrent une vigilance accrue pendant le temps du confinement sont en premier lieu les âges extrêmes : les personnes les plus âgées ainsi que les enfants et adolescents ; les personnes qui ont des antécédents psychiatriques ; et enfin, le personnel soignant plus exposé aux enjeux de la crise sanitaire.

4.1 Pas de limite d'âge au confinement (D'Cruz et Banerjee, 2020)

Les personnes âgées sont objectivement plus à risque en temps de crise sanitaire de par un organisme plus fragile. L'affaiblissement du système immunitaire avec l'âge, la présence de comorbidités, la prise de traitement sont des facteurs de susceptibilité à une infection, à la sévérité des symptômes et à un risque de mortalité plus important. Le taux de mortalité est en effet de 13% au-dessus de 80 ans contre 1,4% en dessous de 60 ans (Verity et al., 2020).

Mais le risque direct de l'infection ne fait que s'ajouter aux risques psychosociaux liés au confinement des personnes âgées, qui sont préoccupants. Les personnes âgées souffrent d'un isolement social relativement plus important que la population générale du fait de la réduction des activités extérieures, l'absence d'activité professionnelle, le veuvage ou le décès de proches, leur état de santé physique ou leurs capacités cognitives dégradées qui diminuent les possibilités d'interactions.

Or ce phénomène s'est accentué pendant le confinement, les personnes âgées étant davantage incitées à s'isoler préventivement à domicile et limiter leurs interactions pour leur propre protection. Au sentiment d'exclusion à la vie sociale concrète et à l'effort national de lutte contre le covid-19, s'ajoute le fait que beaucoup de personnes âgées ne disposent pas de l'alternative virtuelle pour communiquer, n'ayant pas accès aux nouvelles technologies auxquelles elles ne se sont souvent jamais familiarisées. Les personnes âgées ont rapporté souffrir de solitude et d'un fort sentiment d'exclusion communautaire. Les autres problématiques du grand âge comprennent une diminution de leur autonomie et une plus grande dépendance à une tierce personne (pour les courses, l'aide à domicile) ainsi qu'une vulnérabilité accrue aux mauvais traitements et aux abus, qui ont également été mis en avant pendant les périodes de confinement. Ceci sans évoquer la situation des maisons de retraites, parfois théâtre de situations dramatiques avec le taux de mortalité le plus important en cas de contaminations de pensionnaires.

Ainsi, la crise du COVID-19 a généré une marginalisation de cette classe d'âge et une montée d'"âgisme", c'est-à-dire une discrimination fondée sur l'âge, et une opposition des différentes classes d'âge, en dépit de l'objectif de solidarité intergénérationnelle qui est une des raisons premières du confinement. L'isolement des personnes âgées les protège-t-elles vraiment ?

4.2. Jamais trop jeune pour être confiné

La complexité du respect du confinement pour les enfants et adolescents est mise en évidence dans la littérature (Guessoum et al. 2020). Les enfants se retrouvent face à une situation et des enjeux qu'ils ne sont pas forcément à même de comprendre selon leur âge avec de nouvelles règles à respecter dont ils ne saisissent pas toujours l'intérêt et l'importance. Nous n'avons pas de témoignage direct d'enfants dans notre étude, cependant nous retrouvons une anxiété perceptible des enfants par leurs parents, d'ailleurs souvent dépendante de celle des parents.

Une étude réalisée en Inde (Saurabh et Ranjan, 2020) compare l'anxiété des enfants confinés et celle d'enfants du même âge non confinés pendant la pandémie de COVID-19. L'anxiété augmente chez tous les enfants, mais est plus intense dans le groupe confiné.

L'anxiété est similaire à celle des adultes dans son expression, et se caractérise par la peur et le sentiment d'impuissance, ainsi qu'une augmentation des symptômes dépressifs. Les symptômes de stress post-traumatique sont également plus importants chez les enfants confinés que dans la population générale, et les changements comportementaux persistent après la fin des mesures officielles (lavage des mains, évitement des contacts physiques).

Les facteurs générateurs de stress sont différents des adultes : quand les difficultés majeures rencontrées par les parents pendant le confinement sont les inquiétudes économiques, celles des enfants sont l'impossibilité de sortir de chez eux et de se socialiser.



Les enfants sont une population peu compliant aux règles du confinement. La majorité des enfants et adolescents de l'étude indienne (Saurabh et Ranjan, 2020) ne respectaient pas toutes les mesures sanitaires (port du masque, non partage des affaires, distanciation) ; seulement 7% de la population mineure respectait strictement les mesures d'isolement, ce qui peut être mis en lien avec un manque d'information et de compréhension de l'intérêt des mesures. Le confinement apparaît bien respecté par les enfants de l'échantillon dont les parents posent un cadre clair. Des facteurs culturels et économiques peuvent influencer la facilité de respect des mesures de confinement telles que les habitudes sociales et les possibilités ou non de distanciation (partage des repas dans un même plat, chambres communes).

Les adolescents sont une sous population également à risque, vulnérable psychologiquement car en pleine transition entre l'enfance et le "monde des adultes", qui apparaît plus angoissant que jamais... Cette période est caractérisée par la paradoxale dépendance aux parents alors qu'ils manifestent également un besoin d'autonomisation, mis à mal par le confinement. En effet, les adolescents sont dans une volonté de s'extraire du cadre familial, et sont dans une recherche d'interactions avec leurs pairs. Ils sont plus sujets aux addictions virtuelles pendant le confinement, tels que les réseaux sociaux, jeux vidéos (Guessoum et al. 2020)..

L'école et la communauté peuvent avoir une fonction de soutien pour les enfants, mais la famille reste le lieu ressource principal. De fait, alors que le confinement est une source de stress pour toute la famille, il peut aussi être vu comme un moment privilégié pour retrouver le plaisir d'être ensemble, renforcer la relation parents-enfants par des échanges attentifs, favorisant l'écoute et le soutien.

Ainsi, s'assurer du bien-être des enfants est primordial pour limiter chez eux les conséquences psychologiques du confinement. Cela passe par une information claire et adaptée pour leur expliquer l'actualité et ses enjeux. Il est important que l'enfant dispose d'un environnement bienveillant et stimulant

propice à ses apprentissages et le développement de ses compétences, en maintenant si possible la continuité pédagogique avec le milieu scolaire. Enfin, favoriser une bonne hygiène de vie par un cadre et des routines de vie rassurantes et sécurisantes.

4.3 Les troubles psychiatriques marginalisent

Les personnes présentant un trouble psychiatrique sont plus vulnérables pendant le confinement. Il s'agit d'une population souvent oubliée en temps de crise, peu médiatisée et non priorisée par la santé publique. C'est une population cumulant souvent facteurs de risque sociaux actuels et fragilité antérieure, majorant les conséquences du confinement (Chevance et al. 2020).

Dans notre étude, en effet, les personnes qui rapportent un trouble psychique se sentent plus vulnérables aux risques psychosociaux du confinement (solitude, dérégulation des rythmes, adaptations) et rapportent une plus grande difficulté dans la gestion de la situation, et un retentissement psychique plus important.

Une des personnes rapporte une majoration de son syndrome dépressif lié à la perte de son rythme de vie et des facteurs protecteurs (travail, dépense physique, interactions sociales) et une plus grande difficulté à trouver les ressources pour se prendre en charge.

Le respect du confinement et ses mesures associées peuvent également être compliqués par les troubles en fonction de leur sévérité : comment comprendre la distanciation physique lorsque l'on a une représentation de son propre corps pathologique ? Comment respecter les règles d'hygiène lorsque la dépression nous rend incurie ? Comment oser sortir de chez soi dans ce contexte lorsque l'on a une phobie des germes ? Schizophrénie déficitaire, épisode dépressif sévère, trouble anxieux phobique (etc,...) sont autant de troubles qui majorent les difficultés rencontrées. (Yao et al. 2020)

Par ailleurs, la population psychiatrique est une population souvent précarisée sur le plan social, compliquant les conditions de confinement (absence de domicile ou logement insalubre, mauvaise intégration sociale et isolement majoré,...). En effet, les troubles psychiatriques sont vecteurs d'un isolement social qui se surajoute à l'isolement du confinement. La peur de la stigmatisation peut retarder la recherche de soutien.

Enfin, il s'agit d'une population présentant un risque infectieux supérieur à la population générale, en raison de la maladie psychiatrique elle-même dont les déficits immunitaires associés sont de mieux en mieux explorés (Seminog et Goldacre, 2013), ainsi que du fait des comorbidités somatiques et addictives fréquentes qu'elle présente.

La psychiatrie est souvent mise à distance de la médecine somatique, pouvant être à l'origine d'un retard de prise en charge lorsque les patients sont hospitalisés en psychiatrie (absence de masques, de dispositifs d'oxygénothérapie, de surveillance adaptée et de précautions suffisantes,...)

Le suivi ambulatoire est complexifié, mais les capacités d'adaptation de la psychiatrie permettent de développer la e-santé mentale et la permanence des soins par téléconsultation. Une vigilance accrue est nécessaire auprès des patients suivis en ambulatoire, tant sur le plan psychiatrique que somatique, le risque de rupture et le moindre accès aux soins, déjà présent habituellement, est majoré par le contexte.

Pendant l'épidémie, les services de psychiatrie français se sont adaptés (Chevance et al. 2020), en créant notamment des unités dédiées, des zones de dépistage et l'adaptation de la prise en charge et des modalités d'hospitalisation (prise de température des soignants, interdiction des visites,...)

Il paraît nécessaire d'inclure la psychiatrie dans les plans d'adaptation nationale à la situation de crise sanitaire. L'avenir est également du côté de la e-santé mentale et des téléconsultations.

4.4 Prendre soin des soignants

Deux infirmières ont participé à notre étude, et leur témoignage rejoint ceux de la littérature sur leur vécu particulier du confinement. Elles font part d'un double stress : celui lié à leur profession bousculée par la crise sanitaire, qui s'ajoute aux bouleversements du quotidien générés par le confinement. Aux premières loges de la pandémie, elles ont dû s'adapter à de nouvelles pratiques professionnelles tout en étant soumises au confinement et ses retentissements sur la vie quotidienne, multipliant les sources de stress dans cette période. Les professionnels de santé sont plus susceptibles de développer des réactions de stress aigu se manifestant par une grande anxiété, des fluctuations thymiques, des ruminations et des difficultés de concentration pouvant générer des comportements d'évitement, une irritabilité et une recrudescence des conduites addictives. (Robertson et al. 2004). Une étude (Gómez-Durán, Martín-Fumadó, et Forero, 2020) montre l'apparition d'un conflit interne entre obligations professionnelles et impératifs familiaux, ainsi que décrits par les participantes de l'étude, prises en étau entre volonté de participer à l'effort commun contre le virus et sa propagation et besoin de mettre sa famille en sécurité et de la protéger des risques. Il existe de fait une peur plus importante de contracter la maladie ou de la transmettre à ses proches.

Cela est vrai pour les professionnels soignants et tout le personnel travaillant dans les réseaux de soins, au contact du virus ou dans des lieux à risque de transmission élevé. Le stress généré par la proximité avec la maladie et le danger perçu est associé à une stigmatisation retrouvée dans un témoignage, même si elle apparaît moins importante que dans les études sur les précédentes épidémies, de par le contexte d'un confinement qui est ici généralisé. Le soutien des collègues par une bienveillance mutuelle, le partage d'expérience et d'inquiétudes communes s'avère bénéfique et particulièrement important. En complément, les témoignages de solidarité et d'encouragement de la population générale (applaudissements, livraison de repas, messages de remerciements) sont autant de belles initiatives à souligner.

La mise en place de lieux de confinement dédiés, à distance de la famille devraient être systématiquement proposée pour les professionnels en contact avec le COVID qui se sentent à risque d'exposer leur famille.

Une attention particulière devrait être portée à leur état de santé psychique par la mise à disposition de lignes de soutien et d'écoute par des professionnels formés et des interventions précoces dès que les professionnels de santé apparaissent fragilisés. L'une des infirmières rapporte avoir bénéficié d'un soutien psychologique.

La dispensation d'informations claires et officielles au grand public sur la gestion sanitaire permettrait de réduire la stigmatisation des professionnels de santé.

Ainsi, les populations rendues plus vulnérables par la situation sanitaire que sont les enfants, les personnes souffrant de troubles psychiques préexistants et les professionnels du soin devraient bénéficier d'un soutien et d'une attention particulière.

5. Perspectives de santé publique : que peut-on faire ?

Les conséquences du confinement sur la santé mentale sont de mieux en mieux investiguées et reconnues grâce aux différentes études qui ont pris naissance pendant les périodes de confinement dans différentes régions du globe. L'impact psychologique du confinement transparait à court terme, mais peut s'imaginer sur long terme, par le parallèle fait avec les résultats des études portant sur les quarantaines antérieures, dont les conséquences sur le plan psychique sont visibles sur des mois, voire sur des années. Plusieurs mesures sont repérées comme bénéfiques pour préserver le bien être général de la population, faciliter l'adhésion aux mesures de confinement, et la limitation des effets délétères. Voici quelques propositions, tirées des études antérieures et de nos observations, qui méritent d'être explorées.

Limiter la durée du confinement

Chercher la DLC (date limite de confinement)

L'étude Brooks et al., « *The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It* » du Lancet met en évidence qu'une période de quarantaine est mieux vécue lorsque sa durée est préalablement connue et basée sur des données scientifiques et la durée d'incubation de la maladie. La connaissance préalable de la durée de quarantaine et son respect sans extension est un facteur d'adhésion pour les personnes concernées par une quarantaine ou confinement. Au contraire, de trop grandes précautions gouvernementales rallongeant sa durée nécessaire ont des répercussions psychologiques négatives sur les personnes concernées.

Toute période de quarantaine doit ainsi idéalement être limitée à une durée définie au début, la plus brève possible.

Renforcer l'accessibilité aux informations appropriées
Règles hygiéno-médiatiques

Une ligne d'information gratuite pourrait être mise à disposition sous la forme d'un numéro vert géré par des professionnels de santé pour permettre une dispensation d'informations les plus en accord avec les connaissances médicales actuelles, et apporter des réponses personnalisées aux situations spécifiques des personnes.

Par ailleurs, la surveillance des informations médiatisées devrait être augmentée afin d'éviter la dissémination de "fake news" et permettre un accès clair et adéquat aux informations et décisions politiques et sanitaires .

Offrir un soutien psychologique
Garantir le psychologiquement correct

La mise à disposition d'outils pour le soin psychique devrait être facilitée par la création d'annuaires répertoriant les possibilités de prise en charge, mais également d'outils spécifiques de repérage, de diagnostic et d'orientation (auto-questionnaire de dépistage en ligne).

Des supports psychologiques virtualisés se développent et sont à encourager, notamment sous la forme d'une ligne d'écoute animée par des professionnels en santé mentale spécifiquement formés tels que CovidÉcoute, PSYCOVID-19. Le fait de ne pas se sentir isolé, de pouvoir demander de l'aide si l'on en ressent le besoin est certainement un facteur de meilleur vécu de la quarantaine.

Certaines populations devraient ainsi bénéficier d'un soutien et d'une attention particulière comme nous l'avons vu, à savoir les enfants, les personnes présentant un trouble psychiatrique connu et les professionnels du soin qui sont plus à risque en temps de crise sanitaire.

Proposer des stratégies de gestion du stress

Pas de stress, y'a l'OMS (et les groupes de parole)

*J'anime un groupe
d'hydro-alcooliques
anonymes, qui en est?*



Il est important de proposer un libre accès à des recommandations simples de santé publique (recommandations OMS), et des conseils de gestion du stress de la quarantaine avec la mise à disposition de ressources d'activités occupationnelles ou de relaxation.

Les groupes de parole ou d'échanges en ligne de personnes qui ont été en quarantaine, à travers le partage d'expérience, permet un soutien mutuel, une compréhension réciproque et un sentiment de communauté avec les personnes ayant vécu une expérience similaire, permettant de diminuer le sentiment de solitude (Pan, Chang, et Yu, 2005).

Porter une attention aux différents âges

A l'abord (du grand) âge

L'OMS apporte quelques conseils pour aider les personnes âgées à mieux vivre la situation de confinement (D'cruz et Banerjee, 2020). D'abord il est essentiel de s'assurer de la satisfaction de leurs besoins principaux et leur apporter les soins qu'ils nécessitent ; une attention

doit être portée à leur état de santé physique et psychique par les professionnels qui travaillent à leur contact (aide à domicile, médecin, psychologue). Par ailleurs, leur autonomie, leur lien social sont à favoriser par leur intégration et leur participation active à la collectivité, le développement de possibilités d'engagement communautaire en créant par exemple des environnements ouverts ou réservés au grand âge.

Attention aux enfants, fragiles

Il est important d'être à l'écoute des besoins des enfants et leur permettre de maintenir un équilibre social, environnemental et une routine nécessaires à leur bien être, ceci est d'autant plus important chez les enfants à particularités comme les enfants TDAH ou à trouble envahissant du développement. Une étude suggère que les enfants TDAH ont un vécu du confinement positif lorsqu'il sont bien accompagnés (Bobo et al. 2020).

Un accès à une information adaptée aide les enfants à comprendre les enjeux de la maladie et du confinement ; les réseaux sociaux, très investis par les adolescents, ont un rôle certain à jouer, puisque les nouvelles technologies de la communication sont le vecteur d'information préférentiel des jeunes, et pourraient également servir au repérage des problèmes de santé physique et psychique.

Promouvoir une attitude positive et des comportements solidaires

Un pour tous, tous contre le COVID

Plutôt que de pointer du doigt les personnes irrespectueuses du confinement, il s'agirait d'encourager et de valoriser les personnes respectant les réglementations afin de soutenir leur effort et renforcer leur adhésion aux mesures, et favoriser la solidarité et la cohésion sociale.

Valoriser le choix et la responsabilité individuelle a un effet bénéfique sur le vécu de la quarantaine, les personnes se responsabilisant dans le devoir altruiste. (Wu et al. 2009) Une bonne compréhension des enjeux et en particulier la protection des autres par le confinement et le sentiment d'agir pour le bien commun sont des facteurs de respect du confinement, sous réserve qu'il puisse être fait dans de bonnes conditions.

L'optimisme offre un cadre théorique intéressant pour la gestion du confinement. Il permet aux individus, en adoptant une attitude globalement plus positive, de développer leurs capacités de gestion de la situation. La littérature fourmille d'exemples (Martin-Krumm, Tarquinio, et Tarquinio. 2020) qui mettent en évidence la meilleure santé psychique et physique des individus optimistes.



6. Perspectives de recherche

Il serait intéressant de développer les études qualitatives qui permettent de mieux comprendre le vécu des individus dans les contextes particuliers tels que le confinement, et pouvoir ainsi orienter la prise en charge et les mesures de santé

publique en fonction d'une balance entre bénéfices sanitaires collectifs et risques psychosociaux individuels.

L'étude CONFINAOU permet d'apporter une complémentarité quantitative à notre recherche. Toujours en cours, elle prévoit de continuer les recherches sur l'impact à moyen terme du confinement à la Réunion, afin d'évaluer la persistance de certaines conséquences psychologiques, ou l'apparition de nouvelles, comme il en est fait mention dans la littérature. Ainsi, prévoir un suivi de la population pour investiguer les conséquences à long terme du confinement permettrait d'évaluer son impact sur la durée.

Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer les prises en charge proposées lors du confinement, en particulier avec l'émergence des téléconsultations en psychologie et en psychiatrie et leur bénéfice dans la prise en charge des souffrances psychiques, comparativement aux consultations en présentiel.

Il paraît nécessaire de rendre compte de l'expérience plus spécifique des populations les plus à risque, enfants, personnes aux antécédents psychiatriques et professionnels de santé, afin de mieux prévenir les conséquences psychologiques par un dépistage et une prise en charge adaptée.

Enfin, sur un plan plus général, une meilleure connaissance des liens entre peur, stratégies adaptatives et gestion du confinement sont d'intérêt public pour orienter la communication et l'information afin de diminuer l'anxiété générée par la situation et favoriser des attitudes d'adaptation saines.

7. Perspectives éthiques : quand la morale n'a pas le moral

Après avoir exploré ses conséquences sur le plan psychique, il paraît intéressant de se donner un rapide aperçu des conséquences potentielles du confinement sur un plan sociétal.

Pour répondre à cette crise, chaque pays a adapté sa formule du confinement, et choisi une option plus ou moins stricte. Ainsi, l'Allemagne a adopté des règles de confinement plus souples qu'en France quand la Suède, elle, a appelé à la responsabilité individuelle sans obligation d'isolement. Le confinement a-t-il été vécu différemment - plus facilement - dans ces contextes différents ? Nous n'avons pas encore assez de recul pour y répondre, mais la question mérite d'être posée.

Quel est le prix à payer pour la sécurité sanitaire et pour la prévention d'une maladie infectieuse ? À partir de quand cela doit-il être priorisé sur les droits naturels à l'autonomie et l'indépendance, et se fait-il au dépens de la santé mentale des individus et en dépit des conséquences sociales parfois dramatiques ?

En France, le choix d'un confinement strict a mis fin à certaines libertés que nous considérons comme fondamentales, en premier lieu le droit de circuler librement, par l'impossibilité de se déplacer à plus d'un kilomètre, de faire des activités extérieures, de se réunir avec des proches.

Pour certains, à l'instar du philosophe Comte-Sponville, le souci de la santé ne devrait pas outrepasser la valeur de la liberté "la tendance existe depuis déjà longtemps à faire de la santé la valeur suprême et non plus de la liberté, de la justice, de l'amour qui sont pour moi les vraies valeurs suprêmes." (Invité sur France Inter, 22/04/2020).

Le côté liberticide du confinement est critiqué et sa nécessité rendue discutable par rapport aux conséquences économiques, psychologiques, qui s'en suivront, qui seraient pour certains pires que le remède lui-même.

Réalité virtuelle

En temps de confinement, alors que nous nous retrouvons en perte de contacts sociaux, nous ressentons plus que jamais le besoin de communiquer, apprenant et développant de nouvelles façons de communiquer. On assiste à une mutation et une diversification des contacts, de moins en moins concrets « à la vie sociale réelle peut sans à-coup se substituer une vie sociale purement figurée » (Valade, 2016)

Cela pose la question de la place des nouvelles technologies comme alternative à la relation, aussi bien dans le domaine personnel que professionnel, avec l'augmentation des réunions en visioconférence, des apéros Skype et des échanges de vidéos et messages instantanés, qui remplacent les pratiques sociales quotidiennes habituelles.

Nous pouvons nous interroger sur l'équivalence des modes de communication, et l'épanouissement procuré par les relations virtuelles. L'expérience de l'autre peut-elle être aussi complète à travers un écran que lors d'un face-à-face ? Les plateformes et les apéros en ligne sont-elles l'avenir des bars, places et parcs publics, allons-nous vers un futur marqué par une raréfaction des rapports interpersonnels directs et des rencontres au profit d'une médiation de la relation par les technologies de la communication ?

La virtualisation des relations générée par le confinement, au contraire de ce qu'elle promet, ne nous isole-t-elle pas derrière notre écran ?

Les questions se multiplient ; sans évoquer l'un des autres débats des nouvelles technologies, qui est leur inégalité d'accès. Va-t-on vers un mode à deux vitesses (de connexion) ?

Inégalités de (lieu de) vie

On assiste à un bouleversement des rapports entre l'espace privé, le chez-soi à la fois lieu refuge et nouvel espace de liberté, et l'espace public qui s'efface.

Or, les conditions de vie dans l'espace privé sont une source d'inégalité sociale majeure, le confinement creusant le fossé entre ceux qui bénéficient de tout le confort d'un lieu et de ressources abondantes, et ceux qui vivent dans la précarité d'un logement insalubre et en promiscuité.

Sans compter les citoyens oubliés : les personnes handicapées et âgées privées d'aidants, les personnes en institution qui ne reçoivent plus de visite... (Piccoli et al. 2020)

Les conséquences psychosociales du confinement seront évidemment différentes en fonction de la classe sociale à laquelle nous appartenons, avec pour certains, le risque de voir des conséquences négatives plus importantes que les bienfaits du confinement.

Le "risque affectif de l'isolement", développé par le comité consultatif national d'éthique (Bulletin de veille éthique, 23 mars 2020), ne devrait-il pas être une priorité de santé publique ?

8. Limites de l'étude

Le contexte de l'étude

Pour des raisons d'actualité, nous avons réalisé les entretiens au moment charnière de la fin du confinement, entre le 8 et le 13 mai, dans la période de transition marquant l'arrêt du confinement général de la population qui a pris fin le 11 mai.

Ainsi, nous avons peu de temps pour la mise en place de l'étude et un temps limité pour réaliser les entretiens dans cette période, dans une volonté d'avoir une expérience encore concrète du confinement et ainsi se prémunir du biais de mémorisation.

Il est certain cependant que l'expérience du confinement a été évolutive, et diffère à chaque période, selon les annonces, les informations, l'habitation à la situation, qui ont indéniablement influencé l'expérience.

Par ailleurs, la situation plaçait les investigateurs dans la même situation que les personnes investiguées, générant un moindre recul sur l'étude. Parle-t-on mieux d'un sujet que l'on a soi-même vécu ? Cela génère inévitablement des biais dans l'approche et l'interprétation des résultats, et une plus grande subjectivité même si toute étude qualitative en fait son parti. Il s'agissait d'un premier travail avec la méthode qualitative pour l'investigateur principal avec une moindre maîtrise de l'outil et de ses subtilités, ce qui a été pallié par la rigueur de la démarche et le respect des critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research).

Les conditions d'entretiens

De par le contexte, les entretiens se sont déroulés exclusivement par téléphone, alors que les entretiens de recherche qualitative sont préférentiellement réalisés en face à face, afin d'enrichir l'entretien par l'accès aux à-côtés de la parole, notamment la communication non verbale.

Malgré l'invitation à réaliser l'entretien dans une atmosphère calme et sans interférence, certains des participants n'étaient pas dans des conditions optimales (en voiture, mauvais réseaux) obstacles à une bonne communication, dans l'écoute des réponses et l'entente des questions. Par ailleurs, l'enregistrement des entretiens, nécessaire et consenti, peut néanmoins verrouiller la parole des participants, et créer un biais de désirabilité sociale.

La représentativité de la population

Le mode de recrutement a involontairement sélectionné la population. En effet, la réalisation du questionnaire CONFINAOU nécessitait d'avoir un ordinateur à disposition. Par ailleurs, bien qu'un article invitant à la participation a été publié dans le journal et un des intervenants de l'étude CONFINAOU a pu communiquer sur la réalisation de l'étude à la télévision et à la radio locales, un accès internet était nécessaire pour participer à l'étude, excluant une tranche de la population, au premier rang desquelles se trouvent les personnes âgées et précarisées.

Le recrutement était basé sur le volontariat des personnes interrogées qui ont accepté de partager leur expérience et donc étaient disposées à témoigner.

Par ailleurs, comme nous l'avons décrit dans les résultats, la population de notre échantillon est en majorité issue d'une catégorie socio professionnelle avec un niveau bac et ayant fait des études supérieures ; la plupart ont une activité professionnelle au moment du confinement.

Comparativement, la population générale à La Réunion présente un niveau socio-économique plus faible, 38% de la population vit sous le seuil de pauvreté et le taux de chômage est de 21% (Insee, 2019).

La majorité des personnes interrogées vit dans une maison ou a un accès extérieur, et habite en zone urbaine ou semi-urbaine. Peu de personnes sont issues des zones rurales de la Réunion.

Géographiquement, toutes les personnes de l'échantillon se répartissent sur la côte Ouest de la Réunion, de St Denis à St Joseph, ce qui correspond à la zone géographique ayant la plus forte densité de population. Aucune des personnes n'habite la région Est, qui est moins densément peuplée.

Les âges sont variés, le plus jeune de l'échantillon a 28 ans, la plus âgée 69 ans avec une moyenne à 42,9 ans. Or la population réunionnaise est relativement jeune comparativement à la métropole, un quart de la population est âgée de moins de 20 ans.

Il serait intéressant d'ouvrir la méthode d'inclusion et de sélection des participants afin de donner la parole à des personnes vivant dans des contextes différents (sans internet par exemple).

Également, des études s'intéressant au vécu plus spécifique des personnes à risque (enfants, personnes ayant des comorbidités psychiatriques, professionnels de santé) à la Réunion permettraient de mieux les prendre en charge.

CONCLUSION



Dans cette étude, nous avons cherché à témoigner de l'expérience du confinement dans la population générale réunionnaise.

Nous avons pu montrer comment le confinement est une période de vie potentialisant de nombreux facteurs de stress, avec une diversité des réactions et des vécus s'inscrivant dans une réalité commune.

L'expérience du confinement est d'abord celle d'une nouvelle sociabilité, en termes de possibilités et de mode de communication. Le fil conducteur des entretiens a été ce rapport à l'autre modelé par les nouvelles contraintes de la situation. Nous avons mis en évidence une recherche de proximité physique et affective des personnes avec qui l'on partage les liens d'attachement les plus forts (famille, amis) au détriment des liens faibles qui sont appréhendés, incertains. Pour pallier la distance physique, on assiste à un essor des outils de communication digitaux permettant de se réapproprier un univers social qui est virtualisé.

Ensuite, nous avons vu comment le confinement, mis en place de manière soudaine et brutale dépassant nos capacités d'anticipation, a créé un état de choc général. Le climat mortifère et l'omniprésence de la maladie et de la mort, habituellement masquées dans les sociétés occidentales, a participé de l'angoisse et des expressions de détresse psychique. La période et ses contraintes inhérentes ont été génératrices d'émotions négatives et intenses telles que la colère, la tristesse, la frustration, qui sont elles-mêmes en lien avec le stress, le sentiment d'impuissance et la perte de contrôle perçu sur sa vie. A contrario, le confinement a aussi permis, par le ralentissement imposé de nos vies, la redécouverte de plaisirs simples et d'activités habituellement banalisées ou oubliées. Il a également donné lieu à des interrogations et des projections quant à la direction que nous souhaitons donner à notre avenir individuel et collectif, et a été l'occasion d'une remise en question de notre manière d'habiter le monde.

Notre rapport au temps et à l'espace s'en sont trouvés modifiés, réinvestissement de "l'intérieur" et de la sphère familiale, développement d'activités occupationnelles, ludiques et réflexives, et nécessité de repenser le temps en le ritualisant.

Un peu plus de 9 mois après la fin de cette parenthèse, à l'heure où j'écris ces lignes, nous voilà de nouveau dans une situation sanitaire instable après un premier rebond épidémique, et il est fort à parier que nous allons devoir nous adapter à l'évolution des normes sanitaires et nous ouvrir à l'incertitude de l'avenir, en cultivant nos capacités de résilience.

De fait, le confinement de la population apparaît comme une méthode préventive de contagion dans les pandémies parfois nécessaire, mais qu'il convient d'utiliser de manière raisonnée. La situation de confinement met en jeu la santé sociale du pays, à la fois à travers une crise des valeurs entrant en confrontation, et l'impact social à anticiper, qui sont l'occasion d'interroger sa nécessité et ses conditions de mise en place. Il paraît essentiel de développer des stratégies de repérage et de soutien dont certaines ont été mises en œuvre pendant le confinement (soutien psychologique, ressources pratiques et sanitaires, communication, conseils et prévention par une information adaptée) orientées vers les populations les plus vulnérables, en raison des conséquences potentielles non négligeables sur la santé mentale.

Les conséquences psychosociales du confinement à long terme n'étant pas connues, il serait intéressant de poursuivre les travaux de recherche afin d'améliorer leur dépistage et leur prise en charge.

ANNEXES

Questionnaire 1 *Generalized Anxiety Disorder – 7 items (GAD-7)*

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	<i>Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?</i>	Jamais/ Not at all	Plusieurs jours/ Several days	Plus de la moitié des jours/ More than half the days	Presque tous les jours/ Nearly every day
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<i>Feeling nervous, anxious or on edge</i>	0	1	2	3
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<i>Not being able to stop or control worrying</i>	0	1	2	3
Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	<i>Worrying too much about different things</i>	0	1	2	3
Difficulté à se détendre	<i>Trouble relaxing</i>	0	1	2	3
Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	<i>Being so restless that it is hard to sit still</i>	0	1	2	3
Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	<i>Becoming easily annoyed or irritable</i>	0	1	2	3
Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	<i>Feeling afraid as if something awful might happen</i>	0	1	2	3

Source : Pfizer. (s.d.). Welcome to the Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. GAD-7 English for Canada/French for Canada. Repéré à <https://www.phqscreeners.com/>

BIBLIOGRAPHIE

- Aga, Syed Sameer, Muhammad Anwar Khan, Syed Saniya Nissar, and Mujeeb Zafar Banday. "Évaluation de la santé mentale et des diverses stratégies d'adaptation dans la population générale vivant sous l'emprise de la COVID à travers le monde : Une étude transversal." *Ethics, Medicine and Public Health*, July 2020, 100571. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100571>.
- Arnberg, Filip K., Kerstin Bergh Johannesson, and Per-Olof Michel. "Prevalence and Duration of PTSD in Survivors 6 Years after a Natural Disaster." *Journal of Anxiety Disorders* 27, no. 3 (April 2013): 347–52. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.011>.
- Barry, Stephane, and Norbert Gualde. "La Peste Noire Dans l'Occident Chrétien et Musulman, 1347–1353." *Canadian Bulletin of Medical History* 25, no. 2 (October 2008): 461–98. <https://doi.org/10.3138/cbmh.25.2.461>.
- Beard, C., and T. Björgvinsson. "Beyond Generalized Anxiety Disorder: Psychometric Properties of the GAD-7 in a Heterogeneous Psychiatric Sample." *Journal of Anxiety Disorders* 28, no. 6 (August 2014): 547–52. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.002>.
- Beutel, Manfred E., Eva M. Klein, Elmar Brähler, Iris Reiner, Claus Jünger, Matthias Michal, Jörg Wiltink, et al. "Loneliness in the General Population: Prevalence, Determinants and Relations to Mental Health." *BMC Psychiatry* 17, no. 1 (December 2017): 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>.
- Biggerstaff, Deborah, and Andrew R. Thompson. "Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research." *Qualitative Research in Psychology* 5, no. 3 (September 25, 2008): 214–24. <https://doi.org/10.1080/14780880802314304>.
- Bobo, E., L. Lin, E. Acquaviva, H. Caci, N. Franc, L. Gamon, M.-C. Picot, et al. "Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19 ?" *L'Encéphale* 46, no. 3 (June 2020): S85–92. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>.
- Braunack-Mayer, Annette, Rebecca Toohar, Joanne E Collins, Jackie M Street, and Helen Marshall. "Understanding the School Community's Response to School Closures during the H1N1 2009 Influenza Pandemic." *BMC Public Health* 13, no. 1 (December 2013): 344. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-344>.
- Brooks, Samantha K, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, and Gideon James Rubin. "The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence." *The Lancet* 395, no. 10227 (March 2020): 912–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Bruchon-Schweitzer, Marilou. "LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS," 2001, 16.
- Cava, Maureen A., Krissa E. Fay, Heather J. Beanlands, Elizabeth A. McCay, and Rouleen Wignall. "The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto." *Public Health Nursing* 22, no. 5 (September 2005): 398–406. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>.
- Chan, Sau Man Sandra, Fung Kum Helen Chiu, Chiu Wah Linda Lam, Pui Yiu Vivian Leung, and Yeates Conwell. "Elderly Suicide and the 2003 SARS Epidemic in Hong Kong." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21, no. 2 (February 2006): 113–18. <https://doi.org/10.1002/gps.1432>.
- Chevance, A., D. Gourion, N. Hoertel, P.-M. Llorca, P. Thomas, R. Bocher, M.-R. Moro, et al. "Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2." *L'Encéphale* 46, no. 3 (June 2020): S3–13. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.001>.
- "Considérations Liées à La Santé Mentale et Au Soutien Psychosocial Pendant La Pandémie de COVID-19," n.d.
- "Considérations Relatives Au Placement En Quarantaine de Personnes Dans Le Cadre de l'endiguement de La Maladie à Coronavirus 2019," n.d.
- "COVID19-OMSFR.Pdf," n.d.
- "CovidEcoute," n.d.

- D’cruz, Migita, and Debanjan Banerjee. “‘An Invisible Human Rights Crisis’: The Marginalization of Older Adults during the COVID-19 Pandemic – An Advocacy Review.” *Psychiatry Research* 292 (October 2020): 113369. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>.
- “Declaration Of Helsinki.” *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 197, no. 11 (September 12, 1966): 32. <https://doi.org/10.1001/jama.1966.03110110016005>.
- Department of Pharmaceutics, Nibha Institute of Pharmaceutical Sciences, Rajgir, Nalanda-803116, Bihar, India, and Jahangir Ma. “Coronavirus (COVID-19): History, Current Knowledge and Pipeline Medications.” *International Journal of Pharmaceutics & Pharmacology* 4, no. 1 (March 31, 2020): 1–9. <https://doi.org/10.31531/2581-3080.1000140>.
- DiGiovanni, Clete, Jerome Conley, Daniel Chiu, and Jason Zaborski. “Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the 2003 SARS Outbreak.” *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science* 2, no. 4 (December 2004): 265–72. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>.
- . “Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the 2003 SARS Outbreak.” *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science* 2, no. 4 (December 2004): 265–72. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>.
- “Faire Face Au Stress Durant La Flambée de Maladie à Coronavirus COVID-19,” n.d.
- Gensini, G. “The Concept of Quarantine in History: From Plague to SARS.” *Journal of Infection* 49, no. 4 (November 2004): 257–61. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2004.03.002>.
- “Global Statistics HIV,” n.d.
- Gómez-Durán, Esperanza L, Carles Martin-Fumadó, and Carlos G Forero. “Psychological Impact of Quarantine on Healthcare Workers.” *Occupational and Environmental Medicine*, June 10, 2020, oemed-2020-106587. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106587>.
- “Grassian S., Psychiatric Effects of Solitary Confinement. Wash UJL Pol’y 2006;22:325,” n.d.
- Guessoum, Sélim Benjamin, Jonathan Lachal, Rahmeth Radjack, Emilie Carretier, Sevan Minassian, Laelia Benoit, and Marie Rose Moro. “Adolescent Psychiatric Disorders during the COVID-19 Pandemic and Lockdown.” *Psychiatry Research* 291 (September 2020): 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>.
- Haas, Charles. “La peste antonine.” *Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine* 190, no. 4–5 (April 2006): 1093–98. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)33258-3](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)33258-3).
- <https://Dsm.Psychiatryonline.Org/Doi/Abs/10.1176/Appi.Books.9780890420249.Dsm-Iv-Tr>, n.d.
- “<https://www.franceinter.fr/idees/le-coup-de-gueule-du-philosophe-andre-comte-sponville-sur-l-apres-confinement>,” n.d.
- “<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov>,” n.d. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov>.
- “<https://www.lareunion.ars.sante.fr/>,” n.d.
- Interpretative Phenomenological Analysis*, n.d. <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=AAniDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA193&dq=Interpretative+phenomenological+analysis:+Theory,+method+and+research&ots=dnajuyfNY&sig=iL61umPa7okXLjE7S1w4u3jSaM#v=onepage&q=Interpretative%20phenomenological%20analysis%3A%20Theory%2C%20method%20and%20research&f=false>.
- Jeong, Hyunsuk, Hyeon Woo Yim, Yeong-Jun Song, Moran Ki, Jung-Ah Min, Juhee Cho, and Jeong-Ho Chae. “Mental Health Status of People Isolated Due to Middle East Respiratory Syndrome.” *Epidemiology and Health* 38 (November 5, 2016): e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>.
- Kirk, Colleen P., and Laura S. Rifkin. “I’ll Trade You Diamonds for Toilet Paper: Consumer Reacting, Coping and Adapting Behaviors in the COVID-19 Pandemic.” *Journal of Business Research* 117 (September 2020): 124–31. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.028>.
- “Kupers TA, Toch H. Prison Madness: The Mental Health Crisis behind Bars and What We Must Do about It. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1999.” n.d.
- “Les Facteurs Protecteurs Du Soutien Social et Familial,” n.d. <https://www.cairn.info/exposes-aux-violences-conjugales-les-enfants--9782749250311-page-73.htm>.

- “Les Méthodes de Recherches Qualitatives Dans La Recherche En Soins de Santé : Apports et Croyances,” n.d.
- Marjanovic, Zdravko, Esther R. Greenglass, and Sue Coffey. “The Relevance of Psychosocial Variables and Working Conditions in Predicting Nurses’ Coping Strategies during the SARS Crisis: An Online Questionnaire Survey.” *International Journal of Nursing Studies* 44, no. 6 (August 2007): 991–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>.
- Martin-Krumm, Charles, Cyril Tarquinio, and Camille Tarquinio. “L’optimisme et COVID-19 : une ressource pour soutenir les personnes en situation de confinement ?” *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, June 2020, S0003448720301839. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.004>.
- Mengin, A., M.C. Allé, J. Rolling, F. Ligier, C. Schroder, L. Lalanne, F. Berna, et al. “Conséquences psychopathologiques du confinement.” *L’Encéphale* 46, no. 3 (June 2020): S43–52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>.
- O’Callaghan-Gordo, Cristina, and Josep M. Antó. “COVID-19: The Disease of the Anthropocene.” *Environmental Research* 187 (August 2020): 109683. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109683>.
- Palinkas, Lawrence A. “The Psychology of Isolated and Confined Environments: Understanding Human Behavior in Antarctica.” *American Psychologist* 58, no. 5 (2003): 353–63. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.5.353>.
- Pan, Peter J. D., Shih-Hua Chang, and Yen-Yen Yu. “A Support Group for Home-Quarantined College Students Exposed to SARS: Learning from Practice.” *The Journal for Specialists in Group Work* 30, no. 4 (December 2005): 363–74. <https://doi.org/10.1080/01933920500186951>.
- Pellecchia, Umberto, Rosa Crestani, Tom Decroo, Rafael Van den Bergh, and Yasmine Al-Kourdi. “Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia.” Edited by Lidia Adriana Braunstein. *PLOS ONE* 10, no. 12 (December 9, 2015): e0143036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>.
- Piccoli, M., T. Tannou, I. Hernandorena, and S. Koeberle. “Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité.” *Ethics, Medicine and Public Health* 14 (July 2020): 100539. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539>.
- Qiu, Jianyin, Bin Shen, Min Zhao, Zhen Wang, Bin Xie, and Yifeng Xu. “A Nationwide Survey of Psychological Distress among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy Recommendations.” *General Psychiatry* 33, no. 2 (March 2020): e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
- “Réponse à La Saisine Du Ministère Des Solidarités et de La Santé Sur Le Renforcement Des Mesures de Protection Dans Les EHPAD et Les USLD,” n.d.
- Robertson, Emma, Karen Hershenfield, Sherry Lynn Grace, and Donna Eileen Stewart. “The Psychosocial Effects of Being Quarantined Following Exposure to SARS: A Qualitative Study of Toronto Health Care Workers.” *The Canadian Journal of Psychiatry* 49, no. 6 (June 2004): 403–7. <https://doi.org/10.1177/070674370404900612>.
- Rona, Roberto J, Nicola T Fear, Lisa Hull, Neil Greenberg, Mark Earnshaw, Matthew Hotopf, and Simon Wessely. “Mental Health Consequences of Overstretch in the UK Armed Forces: First Phase of a Cohort Study.” *BMJ* 335, no. 7620 (September 22, 2007): 603. <https://doi.org/10.1136/bmj.39274.585752.BE>.
- Russell, Charles J., and Robert G. Webster. “The Genesis of a Pandemic Influenza Virus.” *Cell* 123, no. 3 (November 2005): 368–71. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2005.10.019>.
- Saurabh, Kumar, and Shilpi Ranjan. “Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents Due to Covid-19 Pandemic.” *The Indian Journal of Pediatrics* 87, no. 7 (July 2020): 532–36. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>.
- Seminog, Olena O, and Michael J Goldacre. “Risk of Pneumonia and Pneumococcal Disease in People with Severe Mental Illness: English Record Linkage Studies.” *Thorax* 68, no. 2 (February 2013): 171–76. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-202480>.
- Spitzer, Robert L., Kurt Kroenke, Janet B. W. Williams, and Bernd Löwe. “A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7.” *Archives of Internal Medicine* 166, no. 10 (May 22, 2006): 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.

- Taylor, Steven, and Gordon J.G. Asmundson. "Life in a Post-Pandemic World: What to Expect of Anxiety-Related Conditions and Their Treatment." *Journal of Anxiety Disorders* 72 (May 2020): 102231. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102231>.
- Taylor, Steven, Caeleigh A. Landry, Michelle M. Paluszek, Thomas A. Fergus, Dean McKay, and Gordon J.G. Asmundson. "Development and Initial Validation of the COVID Stress Scales." *Journal of Anxiety Disorders* 72 (May 2020): 102232. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>.
- Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig. "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups." *International Journal for Quality in Health Care* 19, no. 6 (September 16, 2007): 349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- Usher, Kim, Navjot Bhullar, Joanne Durkin, Naomi Gyamfi, and Debra Jackson. "Family Violence and COVID-19: Increased Vulnerability and Reduced Options for Support." *International Journal of Mental Health Nursing* 29, no. 4 (August 2020): 549–52. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>.
- Verity, Robert, Lucy C Okell, Ilaria Dorigatti, Peter Winskill, Charles Whittaker, Natsuko Imai, Gina Cuomo-Dannenburg, et al. "Estimates of the Severity of Coronavirus Disease 2019: A Model-Based Analysis." *The Lancet Infectious Diseases* 20, no. 6 (June 2020): 669–77. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7).
- "WHO-2019-NCov-IHR_Quarantine-2020.1-Fre.Pdf," n.d.
- Wu, Ping, Yunyun Fang, Zhiqiang Guan, Bin Fan, Junhui Kong, Zhongling Yao, Xinhua Liu, et al. "The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk." *The Canadian Journal of Psychiatry* 54, no. 5 (May 2009): 302–11. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>.
- Wu, Ping, Xinhua Liu, Yunyun Fang, Bin Fan, Cordelia J. Fuller, Zhiqiang Guan, Zhongling Yao, Junhui Kong, Jin Lu, and Iva J. Litvak. "Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak: Table 1." *Alcohol and Alcoholism* 43, no. 6 (2008): 706–12. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>.
- Yao, Hao, Jian-Hua Chen, and Yi-Feng Xu. "Patients with Mental Health Disorders in the COVID-19 Epidemic." *The Lancet Psychiatry* 7, no. 4 (April 2020): e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).
- N.d.



Titre : L'expérience du confinement à la Réunion : étude qualitative

Résumé

Introduction : Comment le confinement a-t-il été vécu par la population réunionnaise ? Il s'agit d'en saisir les retentissements, sous l'angle de la santé psychique des individus, et son impact potentiel à court et long terme.

Méthode : étude qualitative de 15 participants volontaires ayant répondu à un questionnaire en ligne (CONFINAOU). Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données. Les résultats ont été soumis à une analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Les thématiques issues de l'analyse s'articulent autour de trois méta-thèmes d'expériences principales :

- La transformation des relations pendant le confinement, à la fois à l'intérieur du domicile et des relations de proximité, mais également l'évolution de la perception plus globale des autres
- La forte empreinte émotionnelle du confinement par sa dimension brutale et angoissante ainsi que la participation de facteurs externes (médias, réglementations) et leurs retentissements psychologiques ;
- L'inscription dans le temps et l'espace à travers les stratégies et activités développées pendant cette période, et modification de la temporalité ressentie.

Conclusion : nous avons montré en quoi le confinement est une période de vie potentialisant de nombreux facteurs de stress, avec une diversité des réactions et des vécus s'inscrivant dans une réalité commune.

Discipline : Psychiatrie

Mots clés : Confinement ; Recherche qualitative ; Phénoménologie ; Santé mentale ; Ile de la Réunion

Title : The experience of lockdown in Reunion Island : a qualitative study

Abstract

Background : How was the lockdown experienced by the population of Reunion Island? The aim is to understand the repercussions, from the point of view of the psychological health of individuals, and its potential impact in the short and long term.

Method : Qualitative study of 15 volunteer participants who responded to an online questionnaire (CONFINAOU). Data collection was carried out through semi-structured interviews until data saturation. The results were subjected to an interpretative phenomenological analysis.

Results : The themes emerging from the analysis are organized around three main meta-themes of experience:

- The transformation of relationships during lockdown, both within the home and in close relationships, but also the evolution of the more global perception of others
- The strong emotional imprint of the lockdown by its brutal and anguishing dimension as well as the participation of external factors (media, regulations) and their psychological repercussions;
- The inscription in time and space through the strategies and activities developed during this period, and modification of the temporality felt.

Conclusion : We have shown how lockdown is a period of life that potentiates many stress factors, with a diversity of reactions and experiences that are part of a common reality.

Discipline : psychiatry

Keywords : Lockdown ; Qualitative research ; Phenomenology ; Mental health ; Reunion island