D'une épidémie à l'autre : quelles leçons apprises sont transférables à la réduction de l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19 ?

Le confinement de la population pour une période indéterminée dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du Covid-19 a un impact psychosocial négatif déjà documenté dans les études internationales existantes Plusieurs épidémies de maladies transmissibles dans le passé ont déjà donné lieu à des stratégies de prévention Il s'agit de voir en quoi les stratégies utilisées dans d'autres épidémies sont transférables à la gestion du confinement comme stratégie de prévention l'épidémie du Covid-19.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – confinement ; Covid-19 ; épidémie ; impact psychosocial ; prévention

From one epidemic to the next: how can the learned experience serve to alleviate the psychosocial impact of Covid-19 confinement? *The confinement of the population for an indefinite period within the framework of the national French prevention strategy of Covid-19 has a negative psychosocial impact already documented in other countries. In the past, several epidemics have built different strategies of prevention. It is urgent to consider how strategies used in other epidemics might be useful and helpful to manage the quarantine used to prevent the epidemics of COVID-19.*

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – COVID-19; epidemics; prevention; psychosocial impact; tay at home order

Chaque épidémie demande à la collectivité et aux citoyens d'adopter des mesures personnelles de protection sachant qu'elles sont complétées par des mesures collectives et environnementales. Ainsi l'épidémie de Sida, dans laquelle nous avons occupé des fonctions d'acteurs chercheurs en sciences engagés dans la création de dispositifs d'accompagnement psychosocial, nous a montré à quel point il nous fallait des outils pour appréhender deux épidémies à la fois : l'épidémie due au VIH et celle des réactions psychosociales à la première. Nous devions, à l'époque, cette approche aux associations de malades et à Jonathan Mann [1], fondateur du programme mondial de lutte contre le Sida de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986 et pionnier dans la promotion de la santé publique et des droits de la personne. C'est aussi lui qui avait intégré dans les recommandations l'accompagnement psychosocial (*counseling* [2]) des personnes comme une des réponses importantes à chaque étape de la réponse médicale de la préparation au dépistage à l'accompagnement de fin de vie jusqu'aux groupes de deuil des proches. Il s'agissait, et ce, à l'échelle mondiale, de mettre en place des dispositifs d'accompagnement souples, concis, structurés et centrés sur la prise en compte des besoins des personnes et des groupes pour les aider à faire face au poids de l'épidémie dans toutes les composantes de sa prévention jusqu'à l'accompagnement du rétablissement complet.

L'appel aux chercheurs en sciences sociales a eu lieu très tôt dans l'épidémie de Sida. Il s'agissait dans le VIH/Sida de demander aux chercheurs de conduire des recherches répondant à un souci d'efficacité opératoire. Les situations de crise nous obligent, en tant que chercheurs, à modifier nos *habitus* scientifiques et à aller chercher, dans nos boîtes à outils ou dans celles des disciplines étrangères à la nôtre, les concepts dont nous avons besoin pour partager le souci collectif du moment.

LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- Le *care*, au fondement du sanitaire et du social
- Un réseau de pairs pour l'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2 au Mali
- Des robots affectifs et sociaux pour le soin, enjeux et problématiques éthiques
- Éthique et intelligence artificielle en santé, pour une régulation positive
- Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de *proof of care*
- L'enseignement des Humanités dans les facultés de médecine françaises
- D'une épidémie à l'autre : quelles leçons apprises sont transférables à la réduction de l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19 ?

Catherine Tourette-Turgis*
Professeur des universités à Sorbonne Université, chercheur au Conservatoire national des arts et métiers, fondatrice de l'Université des patients-Sorbonne

Maryline Rébillon
Professeur associé en ingénierie de la formation à Sorbonne Université

Université des patients Sorbonne Université, faculté de médecine, bâtiment de stomatologie, 91 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : catherine.tourette-turgis@sorbonne-universite.fr (C. Tourette-Turgis).

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

© Maria/stock.adobe.com

À ce titre, la création de l'Agence nationale de recherche sur le Sida en 1988, sous l'impulsion des associations de malades, a modifié l'organisation de la recherche et a eu un impact sur la prise en charge des malades, en démontrant magistralement en quoi la clinique n'est jamais seulement l'application d'un savoir mais sa découverte.

Les malades, c'est-à-dire les personnes concernées, en faisant une intrusion volontaire et organisée dans le processus de production des connaissances scientifiques et médicales ont pu influer, au nom des malades et des proches, sur les décisions prises en matière de soin, d'accès aux essais cliniques, de prévention, de dépistage, et de campagnes de communication.

La déclaration officielle de l'épidémie de Covid-19 a été décidée de manière extrêmement rapide en France et a donné lieu à la mise en place immédiate d'un dispositif de prévention comportant plusieurs types de mesures dont celle du confinement. La population tout entière s'est trouvée exposée sans préparation à une expérience déstabilisante, celle du confinement sur lequel il existait déjà de nombreux écrits issus des crises sanitaires causées par le Sras, Ebola et le H1N1 [3] et qui, de fait, n'ont pas été mobilisés comme des ressources cognitives dans la phase de préparation alors que ces ressources constituent un ensemble de recommandations à suivre pour limiter les risques et les effets secondaires du confinement.

Réduire d'emblée l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19

L'enquête sur le degré de détresse psychologique [3] conduite auprès de la population générale en Chine (36 provinces) a permis de collecter 52 730 réponses valides. Il s'agissait d'un autoquestionnaire à remplir en ligne, explorant avec des outils validés la fréquence de l'anxiété, de la dépression, des comportements d'évitement, des symptômes physiques déclarés au cours de la dernière semaine. Les auteurs montrent que 35 % des répondants (35,27 % d'hommes et 64,73 % de femmes) présentent un résultat indiquant un stress psychologique modéré alors que 5,14 % présentent un stress sévère.

Une note de synthèse du *Lancet*, parue le 14 mars 2020 [4], porte sur l'impact psychologique du confinement pendant la durée et aussi après la suspension de la mesure. Cette synthèse a été rédigée à partir de 3166 articles publiés et expertisés par des comités scientifiques. Vingt-quatre études présentant une solidité scientifique ont été retenues concernant dix pays et incluant pour l'essentiel le Sras (11), Ebola (5) et le H1N1 (3). Il est intéressant de noter que la majorité des outils utilisés pour mesurer le degré de stress, de l'anxiété et le syndrome péri et post-traumatique ont été les mêmes d'une région du monde à une autre (Asie, Europe, Afrique, Amérique du Nord).

L'analyse des résultats de ces études conduit les auteurs à identifier les facteurs suivants :

Les facteurs de stress causés par la phase de confinement :

- sa durée : une durée supérieure à dix jours est prédictive de symptômes post-traumatiques ;
- la peur de l'infection et l'inquiétude sont amplifiées en présence de symptômes physiques survenant pendant la phase de confinement et perdurent plusieurs mois après ;

• on observe une peur chez les femmes enceintes, à la fois d'être infectées et de transmettre le virus, ainsi que chez les femmes ayant de très jeunes enfants ;
• l'ennui, la frustration et un sentiment d'isolement causés par le confinement et par la réduction des contacts physiques et sociaux ;
• les lacunes dans la distribution des biens de première nécessité ;
• l'inadéquation de l'information transmise par les autorités de santé publique concernant les bonnes pratiques, et une confusion sur l'objectif du confinement ;
• l'absence de clarté sur les niveaux de risque ;
• l'absence de transparence sur la sévérité de la pandémie ;
• l'absence de protocoles et de guidelines clairs.

Ainsi, on observe un lien entre le degré de satisfaction vis-à-vis de l'information et le degré de stress [3].

Ce qui est tout aussi important à anticiper et à prendre en compte et ce, dans les stratégies de confinement, c'est la nécessité d'élaborer une stratégie de sortie du confinement, car le confinement a des conséquences, des effets et des séquelles. La même note de synthèse parue dans le *Lancet* [4] identifie, à partir des 24 études retenues, les points d'attention suivants :

Les facteurs de stress après la phase de confinement :
• les conséquences économiques de la perte de revenus conjointement lié à la colère et l'anxiété pendant les mois qui suivent le confinement ;
• la détresse socio-économique globale ;
• la perte des relations commerciales ;
• la fragilisation élevée des travailleurs indépendants ;
• la précarisation encore plus importante des personnes les plus fragiles au niveau économique et travaillant dans les métiers ne pouvant s'effectuer par télétravail ;
• les difficultés à reprendre le travail ;
• la tension dans les couples liée aux types d'activités professionnelles, plus ou moins à risque de chacun des partenaires ;
• la stigmatisation à l'égard des personnes représentant un danger de propagation ou issues d'une région surexposée.

En colligeant tous ces facteurs, on peut en déduire que le confinement est un protocole qui menace l'organisation sociale, l'organisation du travail, l'organisation des familles, l'organisation scolaire. On observe également que ce type de mesure combine une nécessaire gestion sanitaire et sociale, laquelle représente la gestion des effets secondaires de la première.

Les résultats de ces 24 études nous montrent à quel point il faut mettre en place un accompagnement de la sortie du confinement pour en réduire les effets négatifs. Ils illustrent également en quoi toute prévention qui modifie les normes comportementales qui régissent les interactions sociales et ce, même avec une forte adhésion à un souci collectif, comporte des risques de séquelles individuelles. Elles nous montrent aussi que le degré d'observance exigé du confinement doit être associé à un accompagnement prenant en compte les besoins spécifiques de certaines catégories de la population. En ce sens, il est important d'utiliser, pour le confinement, les mêmes outils de mesure et d'accompagnement de son observance que pour toute autre type de prévention. Comme dans toute prévention, il faut identifier les populations qui rencontrent des difficultés d'observance des mesures de prévention et celles que le confinement expose à des risques et à des dangers psychosociaux, comme ces risques qui n'ont pas manqué de se manifester (augmentation de la violence conjugale, de la maltraitance des enfants, de la détresse des personnes âgées dépendantes, manque d'abris organisés pour les sans domicile fixe). Les leçons apprises de l'épidémie du Sida nous ont montré l'intérêt de la mise en place de stratégies de prévention ciblée, c'est-à-dire d'une prévention prenant en compte les situations à risque ou les besoins spécifiques de certaines populations.

Mise en place de stratégies de confinement inclusif et genré

Il faut penser, par exemple, que les personnes en situation de dépendance corporelle ou en situation de handicap physique ou psychique ne peuvent pas appliquer les mesures de distance physique et utiliser les barrières et les gestes de protection d'hygiène. Il est important de penser des dispositifs inclusifs dans les messages et les procédures prennent en compte les spécificités des populations, leurs besoins ou styles de vie. Cela veut dire adapter les stratégies de prévention dans les prisons et en direction des populations les plus vulnérables.

Il faut également aborder la question des femmes qui ont une charge mentale importante en situation de confinement car ce sont elles qui prennent soin de l'habitat privé qui devient l'espace obligé du confinement.

On a pu voir à quel point la population a manqué de cadre et de repères quand les médias ont fait part des premières transgressions des mesures de prévention. On a assisté à une demande de sanctions, et les droits fondamentaux des personnes ont été oubliés alors que santé publique doit rimer avec droit des personnes. Il est important de conceptualiser la prévention du Covid-19 et, notamment, le confinement en termes de santé publique en faisant attention à tous les autres : ceux qui sont malades, ceux qui sont décédés et attendent d'être enterrés, ceux qui sont suspectés d'être contaminés, ceux qui viennent de guérir, ceux qui vont bien et tous ceux qui s'occupent des premiers sans déroger à la première mission de santé publique qui *« est d'assurer les conditions dans lesquelles la population peut être en bonne santé »* [1].

Recommandations en termes d'accompagnement des mesures de confinement

Ces recommandations ont été rédigées à partir des 24 études du *Lancet* [4] :

- les personnes souffrant d'anxiété et de dépression nécessitent la création de services de soutien ;
- la durée du confinement a un impact sur les facteurs de stress et a un effet démoralisant ;
- réduire l'ennui et le sentiment d'isolement social ;
- mettre en place de numéros Vert pour réduire l'isolement ;
- aider les familles éclatées à rester en contact ;
- mettre en place un numéro Vert animé par des professionnels de santé pour répondre aux questions des personnes qui ont des symptômes qui les inquiètent et rassurer la population ;
- créer des groupes de soutien et d'échange en ligne sur le vécu d'expérience du confinement ;
- promouvoir une communication plus centrée sur l'altruisme que sur la contrainte ;
- remercier, encourager les personnes qui sont en situation de confinement pour en renforcer l'adhésion et l'observance tout en les informant sur les mesures de prévention.

Des manuels publiés par l'OMS sont disponibles depuis l'épidémie de H1N1, de Sras, d'Ebola [5,6] qu'il est important de les consulter. Ils comprennent des recommandations applicables à tous les pays du monde tout en étant adaptables aux situations locales, en fonction des capacités des systèmes de santé, des paradigmes culturels. On peut trouver dans ces manuels des supports de cours pour se former à la communication des risques en cas d'épidémies, de pandémies et autres urgences sanitaires. Pour le confinement, la lecture de différents manuels illustre la combinaison nécessaire de plusieurs types d'intervention psychosociale.

Pour réussir les prescriptions d'isolement, quarantaine, de confinement et d'autoconfinement il est vivement recommandé de :

- évaluer les capacités et les ressources des populations (conflits en cours, régions à risque de tremblement de terre, guerre, autres crises) ;
- gérer l'information en mesurant et en dosant l'appel à la peur, le rappel de la sanction et le soutien ;
- recenser et anticiper les incidents critiques ;
- intégrer les besoins spécifiques ;
- prévoir un monitoring et une surveillance à chaque étape de l'usage des mesures de prévention ;
- évaluer régulièrement les capacités des personnes à adhérer aux mesures de prévention ;
- identifier les obstacles, les facteurs d'échappement à la prévention, les facilitateurs ;
- faire des campagnes de communication et de prévention ciblées.

Conclusion

L'analyse des procédures d'intervention de crise adaptés aux urgences de santé publique (VIH/Sida, H1N1, Ebola, Sras), a montré l'intérêt d'une double gestion du confinement, sanitaire (mesures, surveillance, monitoring, gestion des incidents) et sociale avec prise en compte des effets secondaires et adverses du confinement (rupture dans les parcours de soins, problèmes sociaux, rupture de continuité des activités d'éducation, des activités professionnelles, des activités de prise en charge des personnes en situation de grand handicap, etc.) Toutes les pandémies dans le monde ont mis en évidence les dosages délicats à construire entre information, communication, accompagnement, soutien et l'intérêt d'adosser aux approches épidémiologiques et biomédicales des approches anthropologiques, sociologiques et psychosociales engagées dans la collecte des perceptions locales afin d'aider les autorités de santé publique à éviter la double dynamique de héroïsation et la création des nouvelles figures de blâme [7]. ■

Références

[1] Mann J. Santé publique éthique et droits de la personne. Santé publique 1998;10(3):239-250.
[2] Tourette-Turgis C. Le counseling. Paris: PUF; 1996.
[3] Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. General Psychiatry 33(2):e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
[4] Brooks S, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. 2020;10227(395):912-20.
[5] Centers for Disease Control and Prevention. Public Health emergency preparedness and response capabilities: national standards for State, local, tribal, and territorial public health. 2018.
[6] World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic preparedness and response plan. Genève: WHO; 2020.
[7] Atlani-Duault L, Ward JK, Roy M, et al. Tracking online heroisation and blame in epidemics. Lancet Public Health 2020;5(3):e137-e138.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.