



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Évaluation psychologique de deux confinements embarqués lors du rapatriement de passagers vers l'île de Wallis en période de pandémie de SARS-CoV-2

Loïc Cuminetti¹, Emilie Dazin², Kelam Mound³, Michel Spodenkiewicz³, Olivier Riou⁴, Anne-Françoise Casimir⁵, Nicolas Bouscaren⁵

Disponible sur internet le :
2 juillet 2021

1. Agence de santé Wallis et Futuna, BP 970, 98600 Mata Utu, Wallis et Futuna, France
2. Compagnie PONANT, BP 970, 98600 Mata Utu, France
3. CHU de La Réunion, pôle de santé mentale, La Réunion, France
4. Agence de santé Wallis et Futuna, anesthésie-réanimation, BP 970, 98600 Mata Utu, Wallis et Futuna, France
5. CHU de La Réunion, CIC1410, Inserm, 97410 Saint-Pierre, France

Correspondance :

L. Cuminetti, Agence de santé Wallis et Futuna, BP 970, 98600 Mata Utu, Wallis et Futuna, France.
loic.cuminetti@gmail.com

On-board containment in Wallis and Futuna during the SARS-CoV-2 epidemic - A psychological evaluation

Introduction

Le territoire des îles Wallis et Futuna est un petit territoire français du Pacifique Sud. Il est situé à 2800 km de la Polynésie française (Tahiti) et 2100 km de la Nouvelle-Calédonie (Nouméa). Il est entouré par les archipels des Tonga, des Samoa (respectivement à 400 km et 370 km de Wallis) et des Fidji (à 280 km de Futuna). Le territoire se compose de trois îles : Wallis, Futuna et Alofi. L'île de Wallis est distante de Futuna d'environ 230 kilomètres [1].

La population recensée en juillet 2018 était de 11 562 habitants, soit 8342 habitants à Wallis et 3220 habitants à Futuna [2]. Le découpage du territoire en trois royautes souligne la persistance

et l'importance de la « coutume » dans la vie quotidienne des habitants. Sur le plan sanitaire, 90 % de la population souffre de surcharge pondérale, 17 % de diabète, 35 % d'hypertension artérielle ; le taux de dialysés est de 2,8/1000 habitants, soit 6 fois plus important qu'en métropole [3].

Fin décembre 2019, la ville chinoise de Wuhan a signalé l'apparition d'une nouvelle pneumonie causée par le virus SARS-CoV-2 : coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère. Cette épidémie de coronavirus 2019 (COVID-19) s'est propagée au niveau national et international [4,5]. En janvier 2020, la transmission interhumaine de la maladie a été objectivée, l'épidémie régionale s'est transformée en pandémie [6]. Le 30 janvier

2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'épidémie mondiale de COVID-19 est une urgence de santé publique de portée internationale [7]. La pandémie s'est propagée très rapidement dans toute l'Europe et dans le monde, et d'importantes mesures de gestion ont alors été mises en place pour tenter de contenir l'épidémie.

Le virus du COVID-19 a été détecté pour la première fois sur le sol de Nouvelle-Calédonie le 18 mars 2020 [8], à ce moment-là plus de 219 000 personnes étaient contaminées dans le monde [9]. Devant l'avancée de l'épidémie dans le Pacifique et le probable surrisque de mortalité en cas d'infection virale dans la population wallisienne, du fait de la prévalence élevée des facteurs de risque cardiovasculaire, et de la situation sanitaire locale, l'administration supérieure a décidé de suspendre tous les vols avec passagers au départ et à l'arrivée de Wallis à partir du 20 mars 2020 [10,11]. L'île a donc été complètement isolée du reste du monde et est ainsi restée indemne de toute infection au coronavirus. Cet isolement a engendré initialement des problèmes d'acheminement de nombreux produits de première nécessité, notamment pharmaceutiques et des situations sociales difficiles. De plus, des centaines de résidents se sont retrouvés bloqués en dehors du territoire de Wallis et Futuna. Afin de résoudre ces problèmes sociaux, tout en préservant le territoire de l'introduction du coronavirus, le gouvernement, en collaboration avec la compagnie maritime le Ponant, a donc décidé de rapatrier ses ressortissants de Nouvelle-Calédonie vers Wallis par deux rotations uniques au monde [12].

La première rotation intitulée WALLIS 1 (W1) a commencé par un embarquement sur le navire « Le Laperouse », avec une navigation de cinq jours en haute mer correspondant à la traversée entre la Nouvelle-Calédonie et l'île de Wallis, puis a continué par neuf jours au mouillage dans le lagon de Wallis.

La seconde rotation intitulée WALLIS 2 (W2) a débuté par un voyage aérien depuis l'aéroport de Tontouta à Nouméa vers celui de Wallis ; puis, les passagers ont embarqué sur le navire qui restait au mouillage pendant une « quatorzaine flottante ». La durée totale du confinement pour chaque rotation a été de 14 jours. L'intendance (repas, lingerie, déchets...) sur le bateau était organisée selon un protocole très strict. Tous les passagers étaient isolés en cabine (une à trois personnes par cabine) avec impossibilité d'en sortir avant la fin de la rotation. Les passagers devaient réaliser initialement un test RT-PCR de dépistage du COVID-19 à l'hôpital CHT de Nouméa (capitale administrative de la Nouvelle-Calédonie) ainsi qu'un examen médical pour attester de la non-contre-indication à l'embarquement. Une fois le résultat PCR négatif, ils étaient autorisés à entreprendre le parcours qui allait les ramener chez eux. À l'issue des 14 jours de confinement, un nouveau test RT-PCR était réalisé sur le navire pour chacun des passagers. Le retour des passagers sur les terres wallisiennes était conditionné par un résultat négatif de ce test RT-PCR. Aucun test ne s'est révélé positif à l'issue des deux rotations (figure 1).

Plusieurs études impliquant des populations diverses ont démontré les importantes répercussions psychologiques du confinement sur l'anxiété et la dépression [13,14]. Bien que les ancêtres des wallisiens aient été de bons navigateurs, ceux-ci perçoivent actuellement la mer comme un milieu moins familier [15]. Devant ces éléments anxiogènes pouvant potentiellement se cumuler (milieu marin, pandémie virale, facteur de risque de morbi-mortalité), nous avons mis en place cette étude afin d'évaluer l'évolution de l'état psychologique des passagers embarqués sur les deux rotations (W1 et W2) entre le début et la fin de rotation. Cette étude a permis d'évaluer les potentielles répercussions de ce confinement maritime unique et inédit à notre connaissance mais également d'identifier les patients au terrain anxieux afin de leur apporter un soutien psychologique au cours des deux rotations.

Matériels et méthodes

Design de l'étude

Cette étude transversale a été réalisée durant les deux rotations WALLIS 1 (W1) et WALLIS 2 (W2) entre le 8 mai et le 9 juin 2020.

Participants

Tous les passagers des deux rotations, âgés de 18 ans et plus, confinés en cabine, ont été inclus. Un questionnaire était distribué à j1 (début de la rotation) et j13 (veille de la fin de la rotation) de chaque rotation. La première partie du questionnaire s'intéressait aux données sociodémographiques (genre, date de naissance, statut marital, la condition d'isolement seul ou à plusieurs en cabine). Une question s'intéressait aux antécédents psychiatriques des passagers. Enfin, l'évaluation psychologique était réalisée à l'aide de l'échelle de dépistage de l'anxiété : le *Generalized Anxiety Disorder* – 7 items (GAD-7). Le questionnaire était distribué aux individus sous format d'auto-questionnaire papier. Pour limiter le risque de transmission virale par les surfaces inertes, les documents étaient récupérés et analysés par les investigateurs, 24 h après leur dépôt à l'extérieur des cabines [16].

Questionnaire GAD-7

Il s'agit d'un outil de dépistage rapide, fiable, validé en français et actuellement utilisé pour analyser les conséquences psychologiques dans différentes populations en période d'épidémie du SRAS-CoV-2. Il est pertinent pour le dépistage du trouble d'anxiété généralisée, il peut aussi aider à déceler le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale. L'échelle GAD-7 est constituée des sept items suivants :

- un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ;
- une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes ;
- une inquiétude excessive à propos de différentes choses ;
- des difficultés à se détendre ;
- une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place ;
- une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable ;

• un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire. Chaque item est coté de 0 à 3 (0 : jamais ; 1 : plusieurs jours ; 2 : plus de la moitié du temps ; 3 : presque tous les jours, au cours des deux dernières semaines). Le score total s'obtient en additionnant le score obtenu à chaque item (score allant de 0 à 21). Un score de GAD-7 entre 0 et 5 définit une « anxiété minimale » ; entre 6 et 10 une « anxiété légère » ; entre 10 et 15 une « anxiété modérée » ; et de 15 à 21 une « anxiété sévère ». Selon les auteurs, une évaluation plus approfondie est recommandée lorsque le score GAD-7 est supérieur à 10 [13,17-20]. Une intervention spécifique de soutien psychologique a été proposée à tout passager dépassant ce seuil au cours des deux rotations.

Analyse statistique

Les variables qualitatives étaient exprimées en termes d'effectif et de pourcentage, les variables quantitatives étaient résumées par leur moyenne \pm écart-type. Les analyses univariées concernant la comparaison des caractéristiques des passagers entre les deux rotations étaient effectuées par un test de Chi² ou exact de Fisher pour les variables catégorielles et par un test de Student pour l'âge. La comparaison des scores de GAD-7 entre les deux rotations était effectuée par un test de Wilcoxon-Mann-Whitney. La comparaison des scores de GAD-7 initiaux et finaux était effectuée par un test signé des rangs de Wilcoxon pour données appariées. Le degré de significativité était fixé à 5 %. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA V13 ® (Stata-Corp LP, College Station, TX).

Éthique

L'étude sur l'évaluation psychologique du confinement a été validée par le Comité d'éthique de l'agence de santé de Wallis et Futuna (numéro d'enregistrement : CE06052020).

Résultats

Description de la population

La population était constituée de 152 personnes (50,7 % de femmes et 49,3 % d'hommes) dont 90 (59,2 %) personnes sur W1 et 62 (40,8 %) personnes sur W2. L'âge moyen était de 46,3 \pm 16,4 ans, 43,9 \pm 15,7 ans sur W1 et 49,9 \pm 16,8 ans sur W2 ($p = 0,0254$). Il n'existait pas de différence concernant la répartition par sexe selon la rotation ($p = 0,065$). Concernant le statut marital, 102 (75,7 %) personnes étaient en concubinage ou mariées, 28 (18,9 %) étaient célibataires, 7 (4,7 %) étaient veufs et 1 (0,7 %) était séparé (4 md). Dans notre échantillon, 11 (7,2 %) personnes ont déclaré avoir déjà consulté un professionnel de santé mentale (psychologue, psychiatre, psychothérapeute) sans différence selon la rotation ($p = 0,051$). Concernant la vie à bord, 79 (52,0 %) des sujets étaient seuls en cabine, 61,1 % sur W1 et 38,7 % sur W2 ($p = 0,007$).

Score GAD7

Le score GAD-7 initial dans la population était de 2,5 \pm 4,0 points (26 md), 3,3 \pm 4,3 sur W1 (13 md) et 1,4 \pm 3,1 sur W2 (13 md). Le score GAD-7 final était de 1,6 \pm 2,4 points (46 md), 1,6 \pm 2,2 sur W1 (26 md) et 1,5 \pm 2,8 sur W2 (20 md). Une diminution de 1,2 \pm 4,2 points a été mesurée entre le score GAD-7 final et GAD-7 initial, -1,6 \pm 4,8 sur W1 et -0,3 \pm 2,6 sur W2. Au total, 38 (47,5 %) personnes ont un score GAD-7 qui est resté le même entre le début et la fin de la rotation, il a diminué chez 30 (37,5 %) personnes et augmenté chez 12 (15 %) personnes (72 md) sans différence concernant les deux rotations dans cette évolution ($p = 0,06$).

Nous avons constaté une différence de distribution concernant le GAD-7 initial entre W1 et W2 ($p = 0,0002$) et entre le GAD-7 initial et final de W1 ($p = 0,0053$) (figure 2).

Le tableau 1 représente la répartition selon les seuils déterminés du score GAD-7 sur les deux rotations. Au total, 83,3 % des sujets présentaient un GAD-7 initial inférieur à 5, cette valeur passe à 87,8 % en fin de rotation. Une intervention de soutien psychologique spécifique a été proposée pour 11 sujets. Chez 100 % des sujets, à qui une intervention a été proposée, le score GAD-7 a diminué. Les scores sont passés de seuils « anxiété modérée/sévère » à « anxiété légère » ou « minimale » chez tous ces sujets.

Discussions

Cette étude a permis d'évaluer les potentielles répercussions d'un confinement marin unique et inédit à notre connaissance durant la pandémie de COVID-19. Ce travail a aussi permis de mettre en évidence : i) Un faible niveau d'anxiété sur les deux rotations dans cette population ; ii) Une diminution de l'anxiété perçue entre le début et la fin des deux rotations ; iii) Une différence initiale d'anxiété perçue qui est supérieure sur la rotation W1 par rapport à W2.

Enfin, notre étude démontre l'importance du suivi médical et psychologique afin d'éviter toute décompensation et prévenir le caractère potentiellement traumatogène de ce confinement embarqué.

Faible niveau d'anxiété initial et décroissance de l'anxiété perçue entre j1 et j13 durant les 2 rotations

Le confinement général de la population française a été mis en application le 17 mars 2020. Le confinement des Iles de Wallis et Futuna a été décidé le 20 mars 2020. Les premiers passagers pouvant rejoindre Wallis le 8 mai ont ainsi été contraints à une quatorzaine organisée opportunément sur un navire de croisière.

Dans notre étude, nous avons observé des niveaux d'anxiété plus faibles que ceux retrouvés dans la littérature. Sur la première rotation, nous avons pu détecter 13 % d'anxiété

Étapes chronologiques des deux rotations

Wallis 1 :

8 Mai : Départ du « Laperouse » de Nouméa à 19 :00 LT.
 13 Mai : Arrivée au mouillage de Wallis 13 :50 LT.
 20 et 21 Mai : Test PCR et certificats médicaux à bord du navire.
 22 Mai : Arrivée au Quai de Mata-Utu de Wallis 09 :07 LT.
 Du 22 au 24 Mai : Sortie des passagers.

Wallis 2 :

27 Mai : Départ aéroport de Nouméa 01 :45 LT.
 27 Mai : Arrivé aéroport Wallis 05 :35 LT Puis transfert aéroport-quai par bus.
 27 Mai : Départ du Quai de Mata-Utu pour se mettre au mouillage.
 5 Juin : Retour à Quai Wallis 09.00 LT.
 7 Juin : Test PCR et certificats médicaux à bord du navire.
 9 Juin : Sortie des passagers.

LT : Local Time
 PCR : Polymérase Chain Reaction



FIGURE 1
 Description des rotations
 Wallis 1 et Wallis 2

légère et modérée et 2 % d'anxiété sévère. Probablement que les populations de Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna toujours épargnées par la pandémie ont été moins impactées, se sentant moins vulnérables de fait, par rapport aux régions du monde où le virus circulait activement.

De nombreuses études ont pu montrer que la pandémie et les mesures sanitaires, pour la contenir, comme la mise en quarantaine (ou confinement), exercent une pression sur la santé mentale. Une équipe française a fait une revue exhaustive des effets psychopathologiques du confinement [21]. Ainsi, on peut retenir qu'il est pourvoyeur d'ennui et d'isolement social. Ses

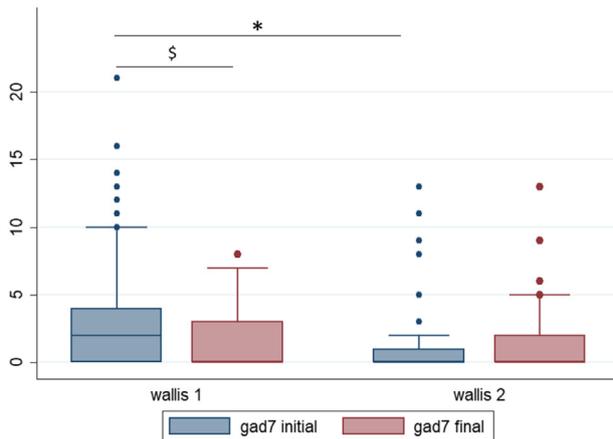


FIGURE 2

Distribution des scores GAD-7 initiaux et finaux sur Wallis 1 et Wallis 2

* : différence statistiquement significative selon le test de Wilcoxon-Mann-Whitney entre les GAD-7 initiaux de W1 et W2

§ : différence statistiquement significative selon le test signé des rangs de Wilcoxon pour données appariées entre les GAD-7 initiaux et finaux de W1

conséquences sur la santé mentale sont potentiellement nombreuses : troubles du sommeil, anxiété, dépression, suicide, conduites addictives, ainsi que les violences conjugales. Toujours en France métropolitaine, l'enquête CoviPrev conduite par l'Agence nationale de Santé publique [22] a suivi et interrogé un même échantillon de 2000 personnes. Elle a pour objectif d'évaluer l'évolution de l'état de la santé mentale de la population au fil du temps. Sur la période du 29 mars au 1^{er} avril, en période de confinement, la prévalence de l'anxiété était de 21,5 % et celle de la dépression de 19,9 %.

En Chine, une enquête nationale a été réalisée pendant le confinement, sur la population générale dans ses 36 provinces évaluant 52 730 réponses grâce à un autoquestionnaire en ligne [23]. Utilisant une échelle ad hoc mesurant un large panel de

symptômes psychologiques (anxiété, dépression, compulsions, etc.), elle a révélé que 35 % des participants présentaient des symptômes légers à modérés, et 5,14 % des symptômes nécessitant un recours aux soins : peur de la contamination, contraintes d'un confinement qui se prolonge, notamment pour des populations vulnérables psychologiquement.

Dans notre étude, nous avons noté une décroissance de l'anxiété en confinement strict chez plus du tiers des passagers (37,5 %) entre j1 et j13. Ces résultats ne sont pas retrouvés dans la littérature. En Angleterre, une équipe de chercheurs du Kings Collège London au Royaume-Uni a réalisé une méta-analyse à partir de 24 études scientifiques [14]. Celles-ci portaient sur les effets psychologiques de la mise en quarantaine dans une dizaine de pays différents, touchés par une épidémie comme le SARS, Ébola, la grippe H1N1 ou le Mers-CoV. Les résultats de cette méta-analyse ont montré que la quarantaine, particulièrement après 10 jours, peut avoir de nombreuses conséquences telles que la confusion, la peur, l'énerverment, l'abus de substances médicamenteuses et la dépression.

L'anxiété est un état diffus d'inquiétude, avec de fréquents accès plus ou moins marqués qui correspondent à des focalisations de l'inquiétude dans le temps et dans l'espace [24]. Elle peut être définie comme une perception subjective de l'attente au pire dans des situations angoissantes. La quatorzaine embarquée était une situation unique et anxiogène. L'organisation sanitaire stricte, la présence médicale et le confort du lieu de confinement (navire de luxe) peuvent expliquer la baisse du score GAD-7 dans notre étude. Les passagers ainsi réconfortés et se sentant dans un environnement sécurisant ont eu la possibilité de se détendre et de patienter pour retrouver leur proche [25].

Comparaison W1 et W2

Dans notre étude, le GAD-7 initial était plus élevé sur W1 : $3,3 \pm 4,3$ (13 md) que sur W2 : $1,4 \pm 3,1$ (13 md). La première rotation vers Wallis s'est réalisée entièrement par bateau. La durée de la traversée était de 5 jours. Lors de ce périple, le navire s'est retrouvé éloigné de tout élément terrestre par 3 jours de

TABLEAU I

Répartition selon les seuils des scores GAD-7 initiaux et finaux sur Wallis 1 et Wallis 2.

Anxiété	Rotation Wallis 1		Rotation Wallis 2	
	GAD-7 initial	GAD-7 final	GAD-7 initial	GAD-7 final
Minime [0-5]	62 (80,5 %)	57 (89,1 %)	43 (87,8 %)	36 (85,7 %)
Légère [5-10]	7 (9,1 %)	7 (10,9 %)	4 (8,2 %)	5 (11,9 %)
Modérée [10-15]	6 (7,8 %)	0	2 (4,1 %)	1 (2,4 %)
Sévère [15-21]	2 (2,6 %)	0	0	0

navigation. Cela signifie que toute assistance médicale immédiate n'était pas possible. L'éloignement était tel que l'évacuation hélicoptérée n'était également pas envisageable. Dans ces circonstances, une sélection d'ordre médical des passagers pour le premier voyage avait été réalisée. Cela a engendré naturellement un déséquilibre dans la répartition de l'âge entre les deux rotations avec un recrutement de personnes plus jeunes et présentant moins de comorbidités dans W1 que dans W2. Ces différences, en tant que facteurs de confusion, pourraient contribuer à l'évolution différente des scores d'anxiété selon la rotation [26,27].

Les Wallisiens sont des polynésiens connus pour être historiquement de grands navigateurs [28]. Cependant, au fur et à mesure des siècles, les Wallisiens ont perdu cette attirance pour le monde marin. Le fait que la barrière de corail ne laisse qu'un accès à l'île périlleux par les quelques passes et le manque d'attractivité économique du territoire expliquent les faibles échanges maritimes avec les autres îles du Pacifique [29]. Au-delà du stress généré par la crise sanitaire, les passagers de la première rotation devaient en plus surmonter l'angoisse partagée de la navigation en pleine mer. Dans l'histoire de l'île, nous remarquons ce développement progressif de la peur de la mer [28]. L'outil de dépistage choisi, GAD-7, est un très bon instrument pour révéler la présence d'anxiété et évaluer sa gravité mais n'est pas utile pour déterminer les causes de cette anxiété. L'angoisse constatée chez les passagers de la première rotation est probablement multifactorielle, en lien avec la crise sanitaire (partagée par les passagers du 2^e voyage), le voyage maritime (spécifique à la rotation W1) [30]. Il est certain que les conditions des deux populations comparées ne sont pas identiques et qu'elles pèsent dans l'apparition et la sévérité de l'anxiété ressentie par les passagers, critère que nous évaluons.

Les passagers des deux rotations ont partagé ce même besoin de retrouver leur terre, revoir leurs proches. Nous n'avons pas tenté de rechercher une différence de ce besoin entre les groupes. Nous l'avons considéré comme identique. Chacun des passagers devait supporter cette absence de satisfaction du retour chez soi. Cependant, la différence entre les deux groupes peut s'expliquer par la frustration ressentie par le groupe de W2 lors de leur furtif passage sur le sol wallisien et la vision de leurs familles avant d'embarquer sur le navire. Cette frustration du besoin, et non l'absence de satisfaction du besoin, engendre des phénomènes plus importants et sérieux en terme d'anxiété, de stress et de dépression [31]. Cette notion de frustration du besoin et ses conséquences par rapport à l'absence de satisfaction du besoin sera étudié dans une prochaine étude. L'analyse de leurs résultats sera à confronter avec le premier constat que nous avons pu établir dans notre étude.

Lors de la première rotation (W1), le personnel du navire a certainement eu quelques appréhensions. En effet, cette situation était une première. La demande était inhabituelle même si les agents étaient formés pour accueillir au mieux des

passagers. Les conditions relationnelles étaient bouleversées avec une limitation stricte des échanges. Après un premier essai réussi, le personnel du navire a abordé la deuxième mission d'une manière différente. Il aurait été intéressant d'évaluer l'anxiété du personnel naviguant travaillant pour le confort et le bien être des passagers. Ces conditions insolites modifient le comportement du personnel et a évidemment des répercussions directes dans leur relation avec les passagers. L'interaction entre personnel et passagers a différé inéluctablement entre les deux rotations, le personnel était plus confiant sur l'organisation lors de la seconde rotation [32].

Interventions spécifiques et suivi des passagers

Des interventions de l'ordre du divertissement ont été proposées à tous les passagers. L'ensemble des passagers étaient soumis à un facteur de risque important de stress psychologique qu'est la pandémie de COVID-19 [33]. Le type de distraction (dessin-animés, comédie, jeu de devinette...) était choisi en termes de divertissement léger, ce qui dans ce contexte était préférable et apprécié [34]. Par ailleurs, des invitations par le commandant de bord telle que de la méditation, et quelques exercices physiques étaient également compris dans la stratégie pour diminuer l'anxiété [35,36].

Une intervention psychologique spécifique a été nécessaire chez 7 % des passagers confinés (11/152). Chez 100 % des sujets à qui une intervention a été proposée, le score GAD-7 a diminué. Les scores sont passés de seuils « anxiété modérée/sévère » à « anxiété légère » ou « minime » chez tous ces sujets. Ces interventions consistaient en un entretien et une écoute par téléphone ou en présentiel avec mesures barrières respectées et répétées au cours de la quatorzaine. Choix et utilisation de termes positifs, tonalité de la voix et discours du regard étaient importants pour dépasser les barrières instituées par la lutte contre la COVID-19. Ces démarches restent cependant habituelles à celles utilisées pour le traitement de l'anxiété [37]. Notre étude révèle que ces interventions ont probablement contribué à diminuer l'anxiété chez les patients ayant un niveau d'anxiété initialement élevé. Il nous a semblé important de la détecter dès le début de la quatorzaine afin d'éviter toutes complications difficiles à gérer sur un navire en pleine mer. Les passagers confinés ont bénéficié de la visite quotidienne de l'équipe soignante du bord, permettant une surveillance médicale et psychologique et de détecter les prémices de toute difficulté psychologique. L'utilisation du score GAD-7 a pu nous alerter sur les personnes les plus vulnérables, ainsi nous n'avons déploré aucun incident durant cette quatorzaine embarqué.

Limitations

Le GAD-7 est un outil de dépistage avec des limites dans l'approfondissement des troubles. Cependant, en première recours, il reste très performant et pratique d'utilisation, il

permet rapidement de dépister, d'évaluer l'intensité de l'anxiété, d'orienter et de traiter les patients [20].

Dans cette étude, nous recherchions des critères de risque à développer un trouble de l'adaptation générant une anxiété nécessitant une prise en charge. Le but premier de cette étude était de dépister les passagers « en souffrance » afin de leur apporter un soutien psychologique, et d'évaluer à la fin de la quatorzaine ce soin. Une revue de la littérature révèle que le GAD-7 reste un outil adapté à la fois de dépistage et de suivi. Dans notre étude, la puissance statistique est bonne mais elle aurait pu être améliorée si le personnel n'avait pas été limité dans les interactions en lien avec les mesures barrières (port du masque, distance à plus d'un mètre, aucun échange d'objet...). En effet, le nombre de perdus de vue sur les GAD-7 finaux a été assez important (47 md). Cependant, cette limitation d'interaction a évité le biais de la suggestion exercée involontairement par le soignant lors de la soumission du questionnaire. Ayant très peu d'explications, le passager ne peut être influencé ou orienté lors de la réalisation du questionnaire.

La visite des chefs coutumiers chez certains passagers présentant une vulnérabilité (soit avec un niveau d'anxiété important, soit une personne âgée ne comprenant pas le français) peut être considérée comme une intervention de soutien psychologique rentrant dans la stratégie de soins de support psychologique globale. Comme toute étude clinique, et surtout dans le domaine de la santé mentale, les fausses déclarations peuvent être nombreuses selon la représentation sociale du caractère anxieux dans la société. Cependant, ce biais était

combattu par l'utilisation de questionnaire comme le GAD-7 validé en français et utilisé ici.

Conclusion

La fermeture des liaisons aériennes et l'organisation du rapatriement des ressortissants grâce à un protocole de quatorzaine strict a permis au Territoire de Wallis et Futuna d'être l'un des derniers lieux sur la planète exemptée d'infection circulante au SARS-Cov-2 en 2020. Les deux rotations WALLIS 1 et WALLIS 2 ont été mise en place durant les mois de mai et juin 2020 lorsque la barre des trois millions de cas a été dépassé dans le monde. Le confinement embarqué a été un épisode faiblement anxiogène pour les passagers wallisiens embarquant à bord du navire. Il est important de surveiller les patients les plus vulnérables, de les détecter par l'utilisation d'une échelle Adhoc. Le suivi médical et psychologique est primordial pour éviter toute décompensation et préserver du caractère potentiellement traumatogène de ce confinement embarqué. L'utilisation de la téléconsultation, des entretiens ou assistances téléphoniques sont recommandées. L'utilisation du score GAD-7, le passage quotidien d'une équipe soignante et l'entretien téléphonique avec une psychologue si besoin, nous a permis de contrôler les troubles psychologiques provoqués par cette situation de quatorzaine inédite.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Présentation générale / Présentation de Wallis-et-Futuna / Services de l'Etat et du Territoire / Accueil - Les services de l'Etat à Wallis et Futuna [Internet]. [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/Services-de-l-Etat-et-du-Territoire/Presentation-de-Wallis-et-Futuna/Presentation-generale>.
- [2] Michoudet C. Wallis-et-Futuna : la population continue de baisser, mais plus modérément. Insee Première; 1775 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4219031>.
- [3] Riou O, Ly F, Pracht. et al. Médecine et santé à Wallis et à Futuna. Presse Med Form 2020;1(1):82-8.
- [4] Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus - infected pneumonia. N Engl J Med 2020;382:1199-207.
- [5] Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. Int J Antimicrob Agents 2020;55(6):105948.
- [6] Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. N Engl J Med 2020;382:970-1.
- [7] World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005). Geneva, Switzerland: Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV); 2020 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur : [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))].
- [8] Kerbaj, Cazorla C, De Greslan T, et al. COVID-19: the New Caledonia experience. Clin Infect Dis 2020;71:2279-81.
- [9] COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)". ArcGIS. Johns Hopkins University. Retrieved 20 July 2021.
- [10] Jordan RE, Adab P, Cheng KK. COVID-19: risk factors for severe disease and death. BMJ 2020;368:m1198.
- [11] Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020;395:1054-62.
- [12] Riou O. COVID-19 - Journal de Bord - 26/04/2020 - Le dernier village gaulois. Presse Med Form 2020;1:127-8 [S2666479820300914].
- [13] Cao W, Fang Z, Hou G, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res 2020;287:112934.
- [14] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020;395(10227):912-20.
- [15] Angleviel F. Wallis 1825-1858. Contacts, mutations, permanences. Rev Fr Hist O-m 1989;76:95-110.

- [16] van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med* 2020;382(16):1564-7.
- [17] Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder screener (GAD-7) in the general population. *Med Care* 2008;46(3):266-74.
- [18] Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976.
- [19] Civantos AM, Byrnes Y, Chang C, et al. Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID-19 pandemic: national study. *Head Neck* 2020;42(7):1597-609 [hed.26292].
- [20] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-7.
- [21] Mengin A, Allé MC, Rolling J, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale* 2020;46(3):543-52.
- [22] Baromètre de Santé publique France (BSpF), France métropolitaine, 2017 // Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020-2021.
- [23] Qiu J, Shen B, Zhao. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry* 2020;33:e100213.
- [24] Le Gall A. L'anxiété et l'angoisse. 6. éd. Paris: Presses universitaires de France; 2001127.
- [25] Rector NA, Bourdeau D, Kitchen K, et al. Les troubles anxieux. Guide d'information. In: Français Broché : 64 pages. Centre for Addiction and Mental Health; 201764.
- [26] Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health* 2020;5(5):e256.
- [27] Meng H, Xu Y, Dai J, et al. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Res* 2020;289:112983.
- [28] C. Teriierooiterai. Mythes, astronomie, découpage du temps et navigation traditionnelle : l'héritage océanien contenu dans les mots de la langue tahitienne. Littératures. Université de la Polynésie Française, 2013. Français. (NNT : 2013POLF0003).
- [29] Roux JC. Espaces coloniaux et société polynésienne de Wallis-Futuna: (Pacifique central); 1991 [http://www.theses.fr/1991PA010610].
- [30] Carleton RN. Fear of the unknown: one fear to rule them all? *J Anxiety Disord* 2016;41:5-21.
- [31] Tindall IK, Curtis GJ. Validation of the measurement of need frustration. *Front Psychol* 2019;10:1742.
- [32] Brunel ML, Cosnier J. Marie-Lise Brunel, Jacques Cosnier, L'empathie. Un sixième sens. Lectures 2012;294. Lyon: Presses Universitaires de Lyon [cité 28 dec 2020; disponible sur : <http://journals.openedition.org/lectures/11230>].
- [33] Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord* 2020;277:55-64.
- [34] Hershfield HE, Alter AL. On the naturalistic relationship between mood and entertainment choice. *J Exp Psychol Appl* 2019;25:458-76.
- [35] Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation. *Am Fam Physician* 2019;99:620-7.
- [36] Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med* 2011;41:15-28.
- [37] Précart G. Les techniques non médicamenteuses dans le trouble anxieux. In: Sciences pharmaceutiques. France: Université de Bordeaux 2, U.F.R. des sciences pharmaceutiques; 2015 (dumas-01264920).