



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.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article de recherche

Impact psychologique de la pandémie de la COVID-19 : comparaison entre des Français métropolitains et de l'île de La Réunion



Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Comparison between residents of metropolitan France and of Reunion Island

S. Laconi^{a,*}, D. Ramaye^b, A. Kalaitzaki^c

^a Laboratoire centre d'études et de recherches en psychopathologie et psychologie de la santé (CERPPS) EA 7411, Université Toulouse 2 Jean-Jaurès, UFR de psychologie, Bureau M153, 5, allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9, France

^b Centre de recherche risques et vulnérabilités (CERREV) EA 3918, université de Caen Normandie, esplanade de la Paix, CS 14032, 14302 Caen cedex, France

^c Laboratory of Interdisciplinary Approaches to the Enhancement of Quality of Life (Quality of Life Lab) of the Hellenic Mediterranean University, Heraklion, Grèce

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 6 juin 2020

Accepté le 8 septembre 2020

Disponible sur Internet le 18 janvier 2021

Mots clés :

COVID-19

Confinement

Psychosocial

Stress

Interculturel

RÉSUMÉ

Objectifs. – L'objectif principal était d'explorer et de comparer l'impact de la pandémie de la COVID-19 (stress perçu, risque et crainte perçus d'être contaminé, gravité estimée, respect du confinement, qualité de vie, qualité des relations, solitude, résilience) lors de la période de confinement dans un échantillon de français métropolitains et de l'île de La Réunion, département ultramarin le plus peuplé.

Matériel et méthode. – Un échantillon de 347 participants, âgés de 18 à 78 ans, a répondu à un questionnaire diffusé sur Internet lors des dix derniers jours du confinement en France. L'échantillon se découpe en 227 métropolitains ($M = 38,24$; $DS = 13,41$; 13,2 % d'hommes) et 120 Ultramarins réunionnais ($M = 37,26$; $DS = 12,81$; 31,7 % d'hommes).

Résultats. – Les métropolitains, plus exposés, respectaient davantage le confinement et se sentaient plus à risque. Des scores élevés non significatifs de résilience et de qualité de vie contrastent dans l'échantillon réunionnais qui estimait par ailleurs la gravité ou la crainte similairement. Chez les métropolitains, le stress était expliqué par des variables liées à la COVID-19 (crainte, gravité, respect des mesures), la solitude et négativement par la résilience et la qualité de vie. Dans l'échantillon réunionnais, le stress était expliqué par la crainte et négativement par la résilience.

Conclusions. – Cette étude apporte des nouvelles données sur l'impact psychologique important de la pandémie du COVID-19 dans deux échantillons français ayant des caractéristiques différentes. Davantage de travaux pourraient mettre en avant les facteurs de protection de ces populations.

© 2021 L'Encéphale, Paris.

ABSTRACT

Objectives. – The COVID-19 pandemic raised a lot of anxiety around the world. France is composed of several overseas territories with major cultural differences but also with a different exposure to the COVID-19. Reunion Island is the most populated overseas French department, but few researches have focused on this population. Therefore, the main objective was to explore and compare the impact of the COVID-19 pandemic (perceived stress, risk and fear of being infected, severity, lockdown respect, perceived stress, quality of life, quality of relationship, loneliness, resilience) during the lockdown among residents of metropolitan France and of Reunion Island.

Material and methods. – A sample of 347 participants, aged from 18 to 78 ($M = 37.90$; $DS = 13.20$) replied to a questionnaire posted online during the last ten days of the lockdown in France. The sample is divided into 227 metropolitans ($M = 38.24$ $DS = 13.41$; 13.2% of men) and 120 residents of Reunion Island ($M = 37.26$; $DS = 12.81$; 31.7% of men). Resilience, loneliness and perceived stress have been assessed using validating scales while specific items have been created to assess COVID-19 impacts.

Keywords:

COVID-19

Lockdown

Psychosocial

Stress

Intercultural

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephanielaconi.b@gmail.com (S. Laconi).

Results. – The majority of the total sample has been little exposed to the COVID-19, but the estimated severity was high throughout the sample. Several significant differences have been observed between overseas and metropolitans. The latter, who were more exposed, were more respectful of lockdown measures and felt more concerned about being contaminated. They also had different professional activities (work at home, stop working) since the lockdown than did the overseas sample. Non-significant higher scores of resilience and quality of life during the lockdown contrast in the overseas sample, who estimated risk, fear and severity similarly. In correlational analyses, many relationships were significant only in one sample. For example, in metropolitans the higher the loneliness, the higher the severity. In the other sample, the higher the perceived stress, the higher the respect of lockdown measures, while more metropolitans felt lonely the more they respected these measures. Regression analysis showed different predictive variables of the scores of perceived stress and fear of being contaminated. In metropolitans, stress was explained by COVID-19 related variables (fear, severity, respect), loneliness and negatively by resilience and quality of life while in the other sample it was explained by fear of being infected and negatively by resilience. Fear of being infected was explained by risk and stress in the overseas, but also by quality of life in the metropolitan sample.

Conclusions. – This study brings new data on the important psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on two French samples. Observed differences highlight a higher fear of being infected among the metropolitans who were generally more exposed. Overseas from La Réunion did not feel more spared by this risk, despite the limited number of cases since the appearance of the first case in March 11th and the end of the lockdown in May 11th. Despite exposure, our results could be explained by several cultural differences such as way of life or beliefs. Overseas life in Reunion Island might bring more resilience and less loneliness given the particular familial, social and religious functioning. Given the limits of this study and the lack of similar comparisons, more work could highlight the protective factors of these populations.

© 2021 L'Encéphale, Paris.

Introduction

La COVID-19 est une maladie infectieuse apparue en décembre 2019 et devenue pandémie en quelques mois [1]. Chez les individus atteints, exposés ou présentant des symptômes similaires, elle générerait, à travers le monde, davantage de symptômes dépressifs, anxieux et, de manière générale, une plus grande détresse psychologique [2–9]. Associée à des situations de quarantaine et d'isolement, la pandémie de la COVID-19 a certainement entraîné un plus grand sentiment de solitude [9]. Ainsi, dans ces situations, l'OMS a recommandé de « gardez le moral en restant en contact avec les personnes [aimées] » [1], car la solitude imposée par le confinement de la COVID-19 augmenterait notamment l'anxiété [10]. Cette dernière serait par ailleurs négativement reliée à la résilience [11], qui correspond à la faculté de faire à face à « des stress importants et/ou cumulés [...] des traumatismes ou des contextes à valeur traumatique » [12], essentielle durant cette crise sanitaire [13].

Si nous envisageons cette résilience comme un processus dynamique et multifactoriel avec des adaptations significatives face à la pandémie [12], il convient de les resituer historiquement. C'est dans un maillage de ressources sociales, familiales, économiques et religieuses que les Réunionnais, différemment des métropolitains, puisent les multiples étayages dont ils ont besoin pour faire face aux conséquences de la pandémie. La créolisation aurait permis une « forme de résilience collective faisant suite à une souffrance extrême » [14]. Contrairement à d'autres maladies chroniques à La Réunion (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers), la COVID-19 présente les traits d'une maladie nouvelle, mortelle, et incontrôlable par la personne infectée et aux caractéristiques scientifiques toujours en cours de définition. La Réunion fait déjà face à une épidémie de Dengue qui entraîne toujours des décès [15]. Ainsi, dans l'île, la représentation et le vécu de la pandémie de la COVID-19 sont certainement différents. La COVID-19 génère certainement différents niveaux d'anxiété en France métropolitaine et à La Réunion.

Le premier objectif de cette étude était donc d'explorer l'impact de cette crise sur plusieurs variables (i.e., stress perçu, risque et crainte d'être contaminé, gravité perçue, respect des mesures de confinement, qualité de vie et qualité des relations

interpersonnelles au domicile depuis le confinement, solitude et résilience) en comparant les données de français métropolitains et de français résidant à l'île de La Réunion. Le second objectif était d'étudier les prédicteurs du stress perçu et de la crainte d'être contaminé.

Méthode

Participants et procédure

Notre étude a été diffusée du 1^{er} mai 2020 au 10 mai 2020 (veille de la fin du confinement en France) et principalement sur Internet par l'intermédiaire des réseaux sociaux (Facebook, Twitter et LinkedIn) et de diffusion de mails. Les participants ont été informés de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses. Ce protocole de recherche a été mis en place par une équipe de chercheurs grecs qui collabore avec l'un des auteurs de cet article. Le recueillement des données en Grèce a débuté plusieurs semaines avant celui de cette étude. Leur étude a donc été traduite à partir d'une version anglophone rédigée par les investigateurs principaux puis adaptée aux objectifs de cette recherche. Il a été réalisé en accord avec la Déclaration d'Helsinki de 1964 et ses amendements ultérieurs et a reçu l'accord du comité d'éthique de l'*Hellenic Mediterranean University* en Grèce.

Lors du recrutement, un seul participant était issu d'une autre région d'Outre-Mer (Guadeloupe) et n'a pas été inclus pour plus d'homogénéité. De même, 9 participants résidaient en Belgique, 3 en Suisse, en Espagne, en Angleterre et en Afrique du Nord, 1 au Canada et au Portugal et ont donc été exclus de cette étude. Au final, les données de ces 24 participants n'ont pas été conservées.

Instruments

Outre les questions sociodémographiques, plusieurs questions portaient sur le ressenti et le vécu des Français concernant la pandémie de la COVID-19. Il leur a été demandé à quel point il considérait que la propagation de la COVID-19 était une crise allant les affecter (sur une échelle allant de 0 = pas un problème du tout à 6 = une crise qui va significativement vous affecter). Cet item a permis d'évaluer

la gravité estimée. Ont été évalués le risque qu'ils soient tôt ou tard infectés par la COVID-19 et le stress que cela génère chez eux, sur la même échelle allant de 0 = pas du tout à 4 = vraiment beaucoup (variables crainte et peur d'être infecté). Une question tendait à évaluer leur exposition à la COVID-19 ; si les individus avaient été diagnostiqués, s'ils avaient un membre de leurs familles diagnostiqué, s'ils travaillaient avec des personnes diagnostiquées, s'ils connaissaient simplement la COVID-19 ou s'ils n'étaient pas sûrs.

Trois questions portaient sur la mesure « Restez chez vous » mis en place dans plusieurs pays. Premièrement, il a été demandé si les interdictions de la mesure étaient suivies (de 0 = pas du tout à 4 = vraiment beaucoup), ce qui correspond à la variable Respect des mesures. Deuxièmement, les participants devaient évaluer leur qualité de vie (variable correspondante) après la mise en place de la mesure (de 0 = bien moindre à 4 = bien meilleure). Enfin, ils devaient estimer la qualité des relations (variable correspondante) avec les personnes partageant le domicile depuis la mesure (de 0 = très mauvaise à 4 = excellente), en prenant en considération les personnes vivant seules.

L'Échelle de Stress Perçu-10 (*Perceived Stress Scale-10* – PSS-10) [16,17] évalue la fréquence avec laquelle des situations peuvent être perçues comme imprévisibles, incontrôlables ou menaçantes. Elle comprend 10 items allant de 0 = jamais à 4 = très souvent. Plus le score est élevé, plus le stress perçu l'est également. Dans notre étude, l'alpha de Cronbach était de 0,809.

La *Brief Resilience Scale* (BRS) [18,19] a été utilisée afin de mesurer la résilience psychologique. Il comprend 6 items cotés sur une échelle allant de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord. Les items 2, 4 et 6 sont inversés. Plus le score est élevé et plus l'individu fait preuve de résilience. L'alpha était de 0,769.

L'échelle Solitude de l'UCLA - Révisée (UCLA-R) [20,21] a été utilisée afin d'évaluer le sentiment de solitude au travers de 8 items cotés sur une échelle allant de 1 = jamais à 4 = fréquemment. Deux items ont une cotation inversée. L'alpha était de 0,796.

Analyses statistiques

La normalité de la distribution a été évaluée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Les données étaient normales pour l'ensemble des échelles utilisées (sauf respect du confinement et qualité des relations, qui ont été conservées dans les *t*-test et les régressions), des analyses paramétriques ont pu être réalisées. Des analyses de comparaisons de moyenne (*t*-test pour échantillons indépendants) et de fréquence (χ^2) ont été réalisées pour comparer les scores obtenus entre les Français métropolitains et d'Outre-Mer. Des analyses de corrélation (coefficient de Spearman) ont été conduites afin de comparer les relations entre les variables. Des analyses de régression multiple ont permis d'explorer les variables prédictrices des scores de stress et de crainte ; conséquences les plus attendues de cette pandémie. La consistance interne de chaque échelle a été évaluée avec le coefficient alpha de Cronbach, considéré comme satisfaisant s'il dépasse 0,70 et excellent au-dessus de 0,90. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec la version 23 de SPSS.

Résultats

Description et comparaisons

Notre échantillon était composé de 347 participants âgés de 18 à 78 ans ($M=37,90$; $ET=13,20$). L'échantillon total se découpe en 227 métropolitains âgés de 18 à 78 ans ($M=38,24$; $DS=13,41$) et 120 Ultramarins réunionnais âgés de 18 à 66 ans ($M=37,26$; $DS=12,81$).

Les résultats obtenus pour les questions sociodémographiques sont présentés dans le **Tableau 1**, ceux concernant les données liées la COVID-19 dans le **Tableau 2**. Ceux-ci incluent le résultat des χ^2 qui traduisent de différences significatives entre les deux échantillons. Les comparaisons de moyennes présentées dans le **Tableau 3** indiquent que l'échantillon métropolitain présentait des scores significativement plus élevés de risque perçu, de respect du confinement ($p < 0,001$) et de solitude ($p < 0,01$).

Corrélations

Les analyses de corrélations sont présentées dans **Tableau 4**. De nombreuses corrélations sont significatives uniquement dans un échantillon. Par exemple, chez les métropolitains, plus le sentiment de solitude était important, plus la gravité était élevée ($p < 0,001$). Dans l'échantillon réunionnais, plus le risque perçu était élevé, plus les mesures de confinement étaient respectées ($p < 0,05$) alors que chez les métropolitains le sentiment de solitude qui corrélait positivement avec le respect de ces mesures ($p < 0,001$).

Régressions

Dans l'échantillon réunionnais, les variables expliquaient 27,9 % de la variance du stress perçu ($F=5,182$; $p < 0,001$). La crainte d'être contaminé ($\beta=0,284$; $t=3,005$; $p=0,003$) et la résilience ($\beta=-0,238$; $t=-2,619$; $p=0,010$) étaient prédicteurs. En métropole, la variance était expliquée à 45,3 % ($F=18,016$; $p < 0,001$) par la solitude ($\beta=0,314$; $t=5,178$; $p < 0,001$), la qualité de vie ($\beta=-0,289$; $t=-5,342$; $p < 0,001$), la résilience ($\beta=-0,249$; $t=-4,254$; $p < 0,001$), la crainte ($\beta=0,158$; $t=2,886$; $p < 0,01$), le respect du confinement ($\beta=-0,154$; $t=-3,021$; $p < 0,01$) et la gravité perçue ($\beta=0,151$; $t=2,845$; $p < 0,01$).

Dans l'échantillon réunionnais, 31 % de la variance de la crainte d'être contaminé était expliquée ($F=5,853$; $p < 0,001$) par le risque ($\beta=0,388$; $t=4,832$; $p < 0,001$) et le stress perçus ($\beta=0,272$; $t=3,005$; $p < 0,01$). Chez les métropolitains, la variance était expliquée à 18,2 % ($F=5,579$; $p < 0,001$) par le stress ($\beta=0,236$; $t=2,886$; $p < 0,001$), le risque ($\beta=0,224$; $t=3,545$; $p < 0,001$) et la qualité de vie ($\beta=0,194$; $t=2,797$; $p < 0,01$).

Discussion

Stress perçu

Une part importante de notre échantillon ne faisait pas directement face à la pandémie de la COVID-19, ce qui peut expliquer pourquoi les scores de stress perçu (mais également de risque et de crainte d'être contaminé) se situaient en dessous de la moyenne, tandis qu'ils étaient assez élevés concernant la gravité perçue de la crise. Des scores similaires de stress perçu ont été retrouvés dans une étude internationale en anglais et espagnol, utilisant le même outil [22]. En population générale, il apparaît que cette pandémie génère une forte anxiété, influencée notamment par l'exposition [7,8,22]. Le stress perçu corrélait avec plusieurs variables dans les deux échantillons (crainte, gravité, qualité de vie, qualité des relations, solitude, résilience).

Chez les métropolitains, le stress était en grande partie expliqué par la solitude, et négativement par la qualité de vie et la résilience. Dans une moindre mesure, le stress perçu était expliqué par des variables liées à la COVID-19 (crainte, gravité, respect du confinement), ce qui fait sens dans cet échantillon métropolitain plus directement touché. Pourtant, bien que les métropolitains aient obtenu des scores plus élevés de stress perçu, et malgré une exposition plus importante que dans les territoires ultramarins [23], les Réunionnais obtenaient des scores similaires concernant la crainte et la gravité estimée de cette crise. Il est vrai que dans la

Tableau 1
Données sociodémographiques et comparaisons entre métropolitains et réunionnais.

	Français (n = 347)		Métropolitains (n = 227)		Réunionnais (n = 120)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Genre							0,001
Hommes	68	19,6	30	13,2	38	31,7	
Femmes	279	80,4	197	86,8	82	68,3	
Situation conjugale							0,175
Seuls	125	36,0	76	33,5	49	40,8	
En couple	222	64,0	151	66,5	71	59,2	
Au domicile							0,236
Seuls	61	17,6	44	19,4	17	14,2	
En couple	141	40,6	95	41,8	46	38,3	
En famille	145	41,8	88	38,8	57	47,5	
Nombre d'enfants							0,624
0	163	47,0	113	49,8	50	41,7	
1	64	18,4	40	17,6	24	20,0	
2	69	19,9	41	18,1	28	23,3	
3	35	10,1	22	9,7	13	10,8	
4 et +	16	4,6	11	4,8	5	4,2	
Niveau académique							0,001
Brevet	19	5,5	9	4,0	10	8,3	
Bac	59	17,0	20	8,8	39	32,5	
Bac + 3	116	33,4	71	31,3	45	37,5	
Bac + 5 et plus	153	44,1	127	55,9	26	21,7	
Situation professionnelle							0,008
Inactifs	69	19,9	36	15,9	33	27,5	
Travaillent normalement	72	20,7	42	18,5	30	25,0	
Travaillent à distance	133	38,3	94	41,4	39	32,5	
Ne travaillent plus	73	21,0	55	24,2	18	15,0	
Maladie chronique							0,109
Oui	65	18,6	48	21,1	17	14,2	
Non	267	76,9	167	73,6	100	83,3	
Non renseigné	15	4,3	12	5,3	3	2,5	

χ : coefficient du test du Chi².

période confinement, l'amplification médiatique, les informations erronées ou contradictoires [10,24,25] ou l'identification progressive des conséquences du virus sur l'humain ont alimenté la rumeur publique. Ceci fait écho à l'épidémie du *Chikungunya* où « d'autres explications entrent en concurrence avec la transmission vectorielle. Et, de fait, on note la circulation de plusieurs rumeurs reprises par la presse écrite » [26] qui viennent nourrir les fantasmes et les peurs associés à la maladie [27].

Dans l'échantillon réunionnais, peu de variables expliquaient le stress perçu, si ce n'est la crainte d'être contaminé et négativement la résilience. Sans résilience, un des éléments intrinsèques de l'édifice social réunionnais, la crainte d'être contaminé et le stress perçu augmenteraient certainement ce stress. Les conséquences économiques sont aussi un facteur pouvant être associé au stress lié à la COVID-19 [7]. Outre l'exposition et la gravité estimée [7], la situation professionnelle et notamment le télétravail et l'arrêt de travail, constitue un facteur entraînant davantage de stress [7,8]. Dans notre étude, plus nombreux étaient les métropolitains dans ces situations, alors que les Réunionnais sont certes plus exposés aux situations de pauvreté et de précarité [28]. Bien qu'exposés et confinés différemment, cela a pu cependant renforcer la précarisation de certaines familles.

Crainte d'être contaminé

La crainte d'être contaminé était uniquement expliquée par le risque et le stress dans les deux échantillons, et plus modérément par une bonne qualité de vie chez les métropolitains. Ainsi, plus un individu est satisfait de sa vie et plus il craint d'être contaminé, ce qui pourrait être exacerbé par une représentation importante de la gravité de la crise et un stress perçu élevé, au vu des résultats obtenus dans les analyses de corrélation. La crainte était également expliquée par la solitude et la résilience dans cet échantillon. Ceci

pourrait être croisé avec une exposition plus importante pendant une période de confinement limitant les interactions sociales, ce qui était moins le cas à La Réunion.

Certains facteurs pourraient expliquer les scores néanmoins élevés de crainte d'être contaminé à La Réunion. Ce département français, le plus proche de Mayotte, subit plus durement la pandémie avec des rapatriements sanitaires vers la Réunion, ayant d'ailleurs entraîné le premier décès à la Réunion. Qui plus est, une minorité de cas étaient autochtones ainsi chaque arrivée sur l'île, souvent très médiatisée, pouvait raviver une certaine anxiété. Parallèlement, comme les Réunionnais avaient des scores plus faibles de stress et de crainte, tout en conservant la notion de gravité et d'un moindre risque, l'exposition et les autres critères cités ci-dessus pourraient davantage impacter qu'une bonne qualité de vie et une résilience plus élevée. Il serait intéressant d'explorer plus attentivement le poids et les relations de médiation entre ces variables en y incluant d'autres variables psychosociales comme la solitude et le soutien perçu.

Risque perçu et respect des mesures de confinement

Comme attendu, les scores de risque d'être contaminé étaient significativement plus élevés chez les métropolitains, contrastant avec l'inquiétude manifestée par les Réunionnais à l'idée d'être infectés observée en amont. Faut-il y voir là un décalage entre la perception du risque alimenté par des facteurs externes (amplification médiatique, incertitude) et le risque lui-même ? Il serait lui-même contredit par la relation négative entre risque et respect du confinement uniquement dans l'échantillon réunionnais. Alors qu'il semblerait que les mesures aient été plus restrictives dans les territoires ultramarins [23], les Réunionnais respectaient significativement moins les mesures de confinement.

Tableau 2
Données liées à la COVID-19 et comparaisons entre métropolitains et réunionnais.

	Français (n = 347)		Métropolitains (n = 227)		Réunionnais (n = 120)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Relation à la COVID-19							
Ont été diagnostiqués	8	2,3	8	3,5	0	0	0,001
Ont un membre de la famille diagnostiqué	53	15,3	41	18,1	12	10,0	
Travaillent avec des cas positifs	21	6,1	20	8,8	1	0,8	
Connaissent simplement la COVID-19	230	66,3	134	59,0	96	80,0	
Ne sont pas sûrs	35	10,1	24	10,6	11	9,2	
Crise allant les affecter							
Pas un problème du tout	3	0,9	3	1,3	0	0	0,187
Un problème comme un autre	7	2,0	3	1,3	4	3,3	
Un problème relativement sérieux	19	5,5	11	4,9	8	6,7	
Un problème très sérieux, pas une crise	40	11,5	21	9,3	19	15,8	
Une crise qui va un peu les affecter	76	21,9	48	21,1	28	23,3	
Une crise qui va beaucoup les affecter	112	32,3	80	35,2	32	26,7	
Une crise qui va significativement les affecter	90	25,9	61	26,9	29	24,2	
Risque d'être infecté(e)							
Pas du tout	35	10,1	18	7,9	17	14,2	0,022
Un peu	98	28,2	56	24,7	42	35,0	
Modérément	129	37,2	89	39,2	40	33,3	
Beaucoup	70	20,2	51	22,5	19	15,8	
Vraiment beaucoup	15	4,3	12	5,7	2	1,7	
Stress à l'idée d'être infecté(e)							
Pas du tout	58	16,7	38	16,7	20	16,7	0,495
Un peu	104	30,0	67	29,6	37	30,8	
Modérément	113	32,5	80	35,2	33	27,5	
Beaucoup	43	12,5	24	10,6	19	15,8	
Vraiment beaucoup	29	8,3	18	7,9	11	9,2	
Respect des mesures de confinement							
Pas du tout	3	0,9	3	1,3	0	0	0,001
Un peu	14	4,0	5	2,2	9	7,5	
Modérément	30	8,6	11	4,9	19	15,8	
Beaucoup	142	41,0	90	39,6	52	43,4	
Vraiment beaucoup	158	45,5	118	52,0	40	33,3	
Qualité de vie depuis le confinement							
Bien moindre	42	12,1	31	13,7	11	9,2	0,442
Plutôt moindre	40	11,5	29	12,7	11	9,2	
Moyenne ou similaire	158	45,6	103	45,4	55	45,8	
Meilleure	76	21,9	46	20,3	30	25,0	
Bien meilleure	31	8,9	18	7,9	13	10,8	
Qualité des relations au domicile							
Vis seul(e)	37	10,7	27	11,9	10	8,3	0,591
Très mauvaise	0	0	0	0	0	0	
Mauvaise	49	14,1	30	13,2	19	15,8	
Moyenne	0	0	0	0	0	0	
Bonne	161	46,4	102	44,9	59	49,2	
Excellente	100	28,8	68	30,0	32	26,7	

χ : coefficient du test du Chi².

Tableau 3
Comparaisons de moyennes entre métropolitains et réunionnais.

	Métropolitains (n = 227)		Réunionnais (n = 120)		p
	M	DS	M	DS	
Gravité	4,61	1,29	4,36	1,35	0,100
Risque	1,93	1,00	1,56	0,97	0,001
Crainte	1,63	1,12	1,70	1,19	0,612
Stress perçu (PSS)	17,93	6,83	16,83	6,83	0,153
Respect confinement	3,39	0,79	3,03	0,89	0,001
Qualité vie	1,96	1,09	2,19	1,05	0,059
Qualité relations	3,56	1,59	3,62	1,45	0,744
Solitude (UCLA)	17,44	5,25	15,70	4,81	0,003
Résilience (BSR)	19,70	4,73	20,61	5,05	0,095

M : moyenne ; DS : déviation standard ; p : indice de significativité ; PSS : *Perceived Stress Scale* ; UCLA : échelle de solitude ; BSR : *Brief Resilience Scale*.

Il est raisonnable de penser que le risque perçu tout comme le respect de ces mesures sont influencés par différents facteurs en métropole et à La Réunion, notamment certaines caractéristiques liées au lieu et au mode de vie. Les Réunionnais vivant « dans les hauts » (rural) et « dans les bas » (urbain) sont privés d'interactions

sociales avec quelques nuances en ce qui concerne les réseaux de parenté, les fréquentations et les habitudes de la vie quotidienne [29], ce qui influence certainement la façon dont est vécu le confinement. Néanmoins, dans les deux cas, il apparaît plus aisé pour les Réunionnais de maintenir des espaces de sociabilité externes

Tableau 4
Corrélations.

	Gravité	Risque	Crainte	Respect	Stress	Qualité vie	Relations	Solitude	Résilience
Gravité	1 ^a	0,222 ^{b*}	0,305 ^{b**}	0,213 ^{b**}	0,248 ^{b**}	−0,018 ^b	−0,004 ^b	0,045 ^b	−0,179 ^b
Risque	0,202 ^{a**}	1 ^a	0,469 ^{b**}	0,195 ^{b**}	−0,038 ^b	0,034 ^b	0,056 ^b	−0,031 ^b	0,049 ^b
Crainte	0,182 ^{a**}	0,243 ^{a**}	1 ^a	0,253 ^{b**}	0,308 ^{b**}	−0,144 ^b	0,043 ^b	−0,010 ^b	−0,170 ^b
Respect	0,151 ^{a*}	0,129 ^a	0,157 ^{a*}	1 ^a	0,043 ^b	−0,043 ^b	0,170 ^b	0,008 ^b	−0,043 ^b
Stress	0,359 ^{a**}	0,048 ^a	0,270 ^{a**}	−0,022 ^a	1 ^a	−0,208 ^{b**}	−0,280 ^{b**}	0,280 ^{b**}	−0,450 ^{b**}
Qualité vie	−0,142 ^{a*}	0,035 ^a	0,093 ^a	0,010 ^a	−0,311 ^{a**}	1 ^a	0,046	−0,074 ^b	0,187 ^{b**}
Relations	0,018 ^a	0,117 ^a	−0,039 ^a	−0,011 ^a	−0,185 ^{a**}	0,208 ^{a**}	1 ^a	−0,296 ^{b**}	0,118 ^b
Solitude	0,225 ^{a**}	0,043 ^a	0,247 ^{a**}	0,179 ^{a**}	0,515 ^{a**}	−0,193 ^{a**}	−0,271 ^{a**}	1 ^a	−0,328 ^{b**}
Résilience	−0,153 ^{a*}	0,043 ^a	−0,214 ^{a**}	−0,116 ^a	−0,425 ^{a**}	0,028 ^a	0,142 ^{a*}	−0,498 ^{a**}	1 ^a

Note. * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.

^a Ces parties correspondent aux résultats des métropolitains.

^b Ces parties correspondent à ceux des réunionnais.

dans le respect des distanciations sociales prescrites. Ceci leur permettrait de lutter contre la solitude et de nourrir leur résilience. Certainement que l'habitat, ses attributs et son environnement contribuent au respect du confinement. Ce sont là des ressources disponibles pour permettre de tenir de l'intérieur et de résister aux aléas du confinement. Tous les espaces n'offrent pas toujours les mêmes gages de qualité de vie en raison des mauvaises conditions de logement, notamment à La Réunion [30], ce qui interpelle la question des inégalités sociales face au confinement. Les croyances pourraient également influencer le respect des mesures [31]. À La Réunion, le recours aux protections religieuses voire magico-religieuses est souvent une ressource. Ses filiations multiples, notamment catholiques, malgaches et hindoues peuvent entraîner la représentation de la COVID-19 comme une sanction divine qui les atteindra de toute façon, comme dans d'autres cultures pour d'autres crises, ce qui pourrait augmenter leur résilience [32].

Résilience, solitude, qualité de vie et des relations

Les comparaisons de moyennes ont montré des scores significativement plus importants de solitude en métropole, alors qu'à La Réunion les scores de résilience et de qualité de vie étaient plus élevés. L'absence de significativité n'exclut pas de s'interroger sur ce qui explique des scores plus élevés de résilience à La Réunion, qui était corrélée négativement à la solitude. Les Réunionnais ont la possibilité de puiser leurs ressources au sein de leurs relations interpersonnelles, et en étant moins isolés, présenter une meilleure santé mentale [9,10]. Ceci converge vers les conclusions d'une autre étude sur l'importance de la résilience dans la situation actuelle [13]. Il serait intéressant de conduire une étude sur les spécificités de la résilience dans l'océan Indien mais aussi comparativement entre différentes cultures. De manière générale, les Réunionnais ont estimé avoir une meilleure qualité de vie depuis le confinement, cette différence étant à la limite de la significativité. Dans cet échantillon, on observait une corrélation significative entre qualité de vie et résilience. La qualité de vie était peut-être déjà estimée comme meilleure par les Ultramarins du fait d'une histoire et d'un contexte de vie différents. Il n'y avait pas de différence concernant la qualité des relations interpersonnelles au domicile dans les deux échantillons, ni de relations spécifiques avec le stress ou la crainte d'être contaminé. Le poids statistique des autres variables était peut-être trop important, le nombre de personnes vivant seules également ou l'item utilisé pour évaluer la qualité des relations au domicile n'était pas adapté. Cette variable aurait mérité d'être explorée à l'aide d'un outil validé.

Implications

À l'examen des conséquences psychologiques et psychosociales de la COVID-19, nous avons constaté que les enjeux de la pandémie

dépassaient la simple question de la recherche de modélisation de la pandémie, d'un traitement ou de prévention. Elles nous semblent aussi interpeller de manière globale la capacité de nos sociétés à intégrer le risque comme préoccupation sociale. Sur ce point, si cette étude éclaire sur les comportements individuels, notamment sur la perception du risque, elle nous invite également à repenser sa gestion sur plusieurs axes.

Il semble nécessaire d'intégrer le risque sanitaire dans les politiques liées à l'habitat à des fins de protection, de mieux-être des personnes, et de prévenir la précarisation économique par le biais de dispositif d'aide pensés en amont. L'intérêt pour le développement d'une démarche psychoéducative auprès de la population générale doit être maintenu, notamment pour diminuer la symptomatologie anxiodépressive [7], tout comme il semble évident de pérenniser l'accompagnement psychosocial des individus les plus vulnérables au travers de dispositifs d'écoute et de soutien. La population doit être outillée pour traverser au mieux ce type d'événements négatifs, qui peut être anxiogène, voire traumatogène. De manière générale, la population bénéficierait de techniques de réduction et de gestion du stress, ce qui pourrait à la fois les aider à faire face mais aussi à adopter de meilleurs comportements [6,33]. Une attention particulière devrait être portée à la psychoéducation des plus jeunes à finalité préventive des conduites à risque dont le non-respect du confinement ou des postures de distanciation sociale et des gestes barrières.

Ces données françaises pourront être utilisées pour comparaison et conduire à plus de travaux interculturels, étant donné la présence de différences significatives entre métropolitains et ultramarins réunionnais. La comparaison des mesures mises en place, du soutien proposé et de la santé mentale de la population pourrait donner des indications sur comment gérer les prochaines crises. Il est intéressant de se demander quelle a été l'utilisation des plateformes téléphoniques de soutien psychologique dans différentes régions et comment de nouvelles méthodes pourraient être proposées [34].

Limites

Bien qu'apportant de nouvelles données, cette étude présente de nombreuses limites. Elle aurait gagné à avoir un échantillon de taille plus importante et à être plus homogène (notamment en termes de genre, de catégorie socioprofessionnelle ou de niveau d'études), tout comme d'une méthode plus rigoureuse d'échantillonnage. Des analyses croisant l'âge et le genre auraient pu mettre en avant des différences plus spécifiques, tout comme il aurait été pertinent de créer des sous-groupes en fonction de l'exposition, mais ceci aurait nécessité un échantillon plus conséquent. Au vu de nos interprétations, d'autres variables auraient pu être explorées, notamment liées au mode et au lieu de vie. Évalué à la fin de la période de confinement, le stress perçu ne présentait pas la même

intensité en début de crise, en début puis au cours du confinement comme le suggèrent d'autres résultats [7,25]. Par ailleurs, certaines des variables utilisées ne sont composées que d'un item alors que certains outils, allongeant le protocole, auraient apporté plus d'informations et donné plus de poids à nos résultats. Certaines questions ne permettaient pas de faire face à toutes les situations ; par exemple, certaines personnes étaient en couple mais étaient confinées seules pendant le confinement ; d'autres ont dû faire face à une perte de revenus, ce qui a certainement un impact psychosocial. Deux variables déviant de la normalité ont été ajoutées aux analyses paramétriques et ces résultats doivent donc être considérés avec précaution. Ainsi, le manque de significativité et l'absence de différences plus marquées pourraient s'expliquer en partie par la méthodologie.

Conclusions

Cette étude apporte des données nouvelles sur l'impact psychologique de la COVID-19 à la fin de la période de confinement dans deux échantillons français présentant des caractéristiques spécifiques. Les différences observées soulignent une crainte plus importante chez les métropolitains plus exposés. Les Réunionnais ne se sentaient pas épargnés par le risque d'être contaminé malgré le nombre de cas limités à La Réunion ou l'absence de décès depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020 jusqu'à la fin du confinement. Quelles seront les conséquences à moyen terme de cette pandémie sur la santé mentale déjà fragiles des Réunionnais mais aussi de millions d'individus ?

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : questions-réponses. Organisation Mondiale de la Santé; 2020 [Disponible sur : URL : <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>].
- [2] El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encéphale* 2020;46:73–80 [S0013-7006(20)30076-2].
- [3] Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976.
- [4] Odriozola-Gonzalez P, Planchuelo-Gomez A, Irujo MJ, et al. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res* 2020;290:113108.
- [5] Rossi R, Succi V, Talevi D, et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. *MedRxiv* 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802>.
- [6] Roy D, Tripathy S, Kar SK, et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatry* 2020;51:102083.
- [7] Santé Publique France. Souffrance psychique et troubles psychiatriques liés à l'épidémie de COVID-19 et difficultés de la vie en confinement : Les évaluer pour mieux agir. Santé Publique France; 2020 [Disponible sur : URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/souffrance-psychique-et-troubles-psychiatriques-lies-a-l-epidemie-de-covid-19-et-difficultes-de-la-vie-en-confinement-les-evaluer-pour-mieux-agir>].
- [8] Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Env Res Public Health* 2020;17:1729 [pii: E1729].
- [9] White RG, Van Der Boer C. The impact of the COVID-19 pandemic and initial period of lockdown on the mental health and wellbeing of UK adults. *MedRxiv* 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.04.24.20078550>.
- [10] Sher L. An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Braz J Psychiatry* 2020, <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0989>.
- [11] Beutel ME, Klein EM, Brähler E, et al. Loneliness in the general population; prevalence determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):97.
- [12] Anaut M. Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Rech Soins Infirm* 2005;85:4–11.
- [13] Vinkers CH, van Amelsvoort T, Bisson JL, et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020;35:12–6.
- [14] Bonniol JL. Un miracle créole ? *L'Homme* 2013;3–4:416.
- [15] Préfecture de La Réunion. Augmentation du nombre de cas de dengue à La Réunion. France: Préfecture de La Réunion; 2020 [Disponible sur : URL : http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/2020-01-21_cp_situation-dengue-2020.pdf].
- [16] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385–96.
- [17] Qunitard B. Du stress objectif au stress perçu. In: Bruchon-Schweitzer MDR, editor. Introduction à la psychologie de la santé Collection psychologie d'aujourd'hui. Paris: Presses universitaires de France; 1994. p. 43–66.
- [18] Jacobs I, Horsch A. Psychometric properties of the French Brief Resilience Scale. *Eur J Health Psychol* 2019;26:1–9.
- [19] Smith BW, Dalen J, Wiggins K, et al. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behavioral Med* 2008;15:194–200.
- [20] de Grâce GR, Joshi J, Pelletier R. L'échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL) : validation canadienne-française du UCLA Loneliness scale. *Rev Can Sci Comportement* 1993;25:12–27.
- [21] Russel D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised U.C.L.A. loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Person Soc Psychol* 1980;39:372–80.
- [22] Gamonal Limcaoco RS, Montero ME, Ferandez JM, et al. Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic, March 2020. Preliminary results. *MedRxiv* 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.04.03.20043992>.
- [23] Triomphe C, Baralon M. Les territoires d'Outre-mer, champions du confinement ou « laboratoires sécuritaires » ? Paris: Europe 1; 2020 [Disponible sur : URL : <https://www.europe1.fr/societe/les-territoires-doutre-mer-champions-du-confinement-ou-laboratoires-securitaires-3965787>].
- [24] Khan S, Siddique R, Li H, et al. Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *J Global Health* 2020;10(1):010331.
- [25] Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, et al. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica* 2020;36(4):e00054020.
- [26] Watin M. Polémique, rumeur et tension : aspects de la « crise » du chikungunya dans l'espace public médiatique réunionnais. In: Fuma SCLJ, editor. Épidémies et pharmacopée traditionnelle dans l'histoire des îles de l'océan Indien. France: Universités de Maurice et de La Réunion; 2008. p. 241–51.
- [27] Eve P. Ile à peur. La peur redoutée ou récupérée à La Réunion des origines à nos jours. Saint-André: Océan Éditions; 1992. p. 431.
- [28] Insee. La Réunion-Mayotte. Pauvreté et précarité à La Réunion, contribution au diagnostic territorial : quelques chiffres clés de l'Insee et d'autres organismes. Paris: INSEE; 2019 [Disponible sur : URL : http://reunion.drjcs.gouv.fr/sites/reunion.drjcs.gouv.fr/IMG/pdf/2019-03-18_insee.special_4.pages_pauvrete_reunion.18032019.pdf].
- [29] Benoist J. Les mondes créoles comme paradigme de la mondialisation ? *Chicoutimi: JM Tremblay*; 1999.
- [30] Fondation Abbé Pierre. L'état du-mal logement en France. Éclairage régional île de La Réunion. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2018 [Disponible sur : URL : https://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/eclairage_regional_ile_de_la_reunion_2018.pdf].
- [31] Bottemanne H, Morlaàs O, Schmidt L, et al. Coronavirus : cerveau prédictif et gestion de la terreur. *Encéphale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.012>.
- [32] Blanc JRG, Laconi S, et al. Religious beliefs, PTSD, depression and resilience in survivors of the 2010 Haiti earthquake. *J Affective Disord* 2016;190:697–703.
- [33] Asmundson GJ, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord* 2020;71:102211.
- [34] Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatr* 2020;7:228–9.