

Considérations clés : mise en quarantaine dans le contexte du coronavirus COVID-19 (février 2020)

Cette note stratégique expose des considérations pratiques inhérentes à la conception et à l'impact de mesures limitant les schémas de mouvements humains dans le contexte du COVID-19. Ces mesures comprennent : **la mise en quarantaine**, dans le cadre de laquelle des individus ayant été exposés à une maladie transmissible sont séparés des autres pendant la période d'incubation de la maladie ; **l'isolement**, dans le cadre duquel des individus ayant contracté une maladie transmissible sont séparés des autres aussi longtemps qu'ils sont contagieux ; et **l'éloignement social**, dans le cadre duquel le rassemblement d'individus ou d'importants groupes de personnes est restreint.¹ Les mesures peuvent être **obligatoires** (requis et appliquées par le gouvernement) ou **volontaires** (non requis mais recommandées par le gouvernement ou développées et mises en œuvre au niveau communautaire ou individuel).

Lors de la flambée épidémique actuelle du COVID-19, des diverses mesures de restriction des mouvements ont été introduites afin de limiter la propagation du virus. Wuhan (l'épicentre de la flambée épidémique) et d'autres villes affectées en Chine ont été soumises à des restrictions interdisant les déplacements à destination ou en provenance de ces régions, et des mesures similaires ont par la suite été appliquées dans d'autres pays présentant des cas confirmés. Plusieurs pays ont placé en quarantaine des voyageurs de retour de Chine et la mise en quarantaine volontaire a également été encouragée. Il est important de prioriser les évaluations continues de l'impact de la mise en quarantaine sur le COVID-19, y compris l'impact de différents types de mise en quarantaine au sein de divers territoires géopolitiques sur la transmission et le confinement, et les niveaux d'acceptation sociale associés.

Compte tenu de l'évolution de la flambée épidémique et suite au forum mondial sur la recherche et l'innovation organisé par l'OMS : Vers un plan stratégique de lutte contre le nouveau Coronavirus (février 2020), cette note stratégique a été élaborée pour la SSHAP par Anthrologica. Elle a été examinée par des collègues de l'Institute of Development Studies, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de l'OMS. La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la Plateforme Social Science in Humanitarian Action.

Résumé des considérations inhérentes à la mise en quarantaine et à la restriction des mouvements

- Des principes inhérents à l'éthique et aux droits de l'homme doivent être pris en considération lors de la planification d'interventions de mise en quarantaine.
- Afin de réduire la panique et la détresse émotionnelle et d'améliorer la conformité aux mesures de prévention, les sources officielles doivent fournir des directives, des informations et des messages verbaux clairs, actualisés, transparents et cohérents concernant les mesures de mise en quarantaine et la manière d'atténuer l'infection pendant la période de quarantaine.
- Lors de la planification et de la mise en œuvre de mesures de mise en quarantaine, les communautés doivent se concentrer sur la responsabilité sociale. Un engagement constructif avec les communautés locales et les autorités publiques de confiance, à la fois formel et informel, est essentiel pour la mise en œuvre de mesures de mise en quarantaine qui seront acceptables, bien comprises et, par conséquent, davantage susceptibles d'être efficaces. Les mesures de riposte appliquées et le manque de dialogue avec les communautés affectées peuvent engendrer la peur, la résistance et le non-respect.
- Il incombe aux gouvernements de garantir des normes standards minimum afin d'atténuer la transmission potentielle de la maladie tout en veillant à ce que les individus placés en quarantaine aient accès à des services de soutien équitables, y compris des soins de santé, des services de soutien financier, social et psychosocial, ainsi qu'aux besoins élémentaires, tels que la nourriture, l'eau et d'autres produits de première nécessité.
- Les besoins inhérents aux populations vulnérables doivent être priorités dans la structure et la communication relative aux mesures de mise en quarantaine. Dans le contexte du COVID-19 cela inclut les personnes âgées et les individus présentant une comorbidité qui sont plus vulnérables aux maladies graves.
- Plusieurs facteurs influent sur les différents niveaux de volonté et de capacité de la population à se conformer aux mesures de mise en quarantaine, y compris la manière dont elles sont introduites et appliquées et leur impact sur la vie socioéconomique. Les perceptions du risque, de l'autorité et de la responsabilité, ainsi que la mesure dans laquelle les populations estiment qu'une mise en quarantaine est nécessaire, sont également déterminantes.
- Des facteurs culturels, politiques, économiques et géographiques sont susceptibles d'affecter l'efficacité de la mise en quarantaine et sa capacité à contenir des maladies infectieuses. Afin de mieux comprendre ces facteurs, une évaluation rapide du contexte local est indispensable. Les évaluations doivent évaluer à la fois les facteurs contribuant à une mise en quarantaine efficace ainsi que les obstacles potentiels et l'impact négatif de la mise en quarantaine au sein d'une région donnée. Ces informations permettraient la conception des mesures les plus appropriées, en tenant

compte des impacts économiques, sociaux et psychosociaux potentiels sur les populations générales et des groupes de population spécifiques.

- Il est essentiel de comprendre la dynamique du pouvoir communautaire et politique ainsi que les antécédents de mise en quarantaine au sein d'une région donnée. Dans certains endroits, la mise en quarantaine est susceptible d'être utilisée, ou d'être perçue comme étant utilisée, pour réduire l'opposition politique, renforcer la discrimination et porter atteinte aux libertés personnelles.

Enseignements tirés de précédentes restrictions sur les mouvements lors de flambées épidémiques

La mise en quarantaine est utilisée depuis plusieurs siècles en tant que stratégie adoptée pour contrôler les maladies épidémiques qui menacent de se propager à l'échelle nationale ou internationale, avec le premier système formel identifié en Italie lors de l'épidémie de peste survenue au 14^e siècle.² Les mesures peuvent être obligatoires, volontaires ou forcées ; il peut y avoir des mesures descendantes dirigées par l'état ou des mesures ascendantes dirigées par la communauté ou des individus. Dans certains cas, une association de stratégies sera utilisée. Les sections suivantes présentent des enseignements et des exemples récents de mesures introduites dans différents contextes à l'efficacité variable. Les facteurs susceptibles de contribuer à une mise en œuvre réussie et à des résultats positifs sont mis en évidence.

Facteurs influant sur la conformité : La conformité est une condition préalable à la réussite et à l'efficacité des interventions en matière de santé publique ; toutefois, elle est affectée par plusieurs facteurs qui varient selon les situations et les cultures. Étant donné que des mesures de quarantaine et d'éloignement social sont adoptées pour des populations encore en bonne santé, l'acceptation ou l'adhésion peut être plus difficile que pour les interventions ciblées sur des patients malades. Certains facteurs connus influant sur la conformité au niveau individuel incluent la compréhension de la menace sanitaire, la confiance accordée aux dirigeants, l'évaluation du risque personnel, les normes sociales et culturelles, les obligations sociales et familiales, les conditions de vie, ainsi que les problèmes professionnels et financiers.³ L'acceptation communautaire et individuelle est améliorée grâce à des efforts visant la conformité volontaire par opposition à des mesures obligatoires. Tandis que les perceptions négatives des mesures obligatoires varient selon la culture et le contexte, le soutien accordé aux mesures d'éloignement social au sein de nombreux groupes et cultures diminue avec l'augmentation des mesures d'application.^{4,5} La crédibilité, basée sur la confiance dans l'émetteur de ces directives, variera entre et à l'intérieur des pays, régions et populations et sera influencée par leurs antécédents et expériences spécifiques de relations entre les citoyens et les autorités. Des expériences antérieures avec des politiques et structures discriminatoires sont susceptibles d'avoir des implications pour la conformité aux mesures de mise en quarantaine.^{3,4}

L'évaluation du risque personnel et la perception de l'efficacité de la mise en quarantaine joueront également un rôle dans les décisions individuelles relatives à la conformité. Des études ont révélé que plus les individus sont préoccupés par une menace sanitaire, plus ils sont disposés à modifier leur comportement.⁵ La perception du risque sera largement influencée par la manière dont une maladie est interprétée, le nombre de cas locaux ainsi que les stratégies et messages de communication en matière de santé publique.³ Les normes et valeurs sociales et culturelles jouent également un rôle dans la conformité individuelle et doivent être prises en considération. Les sociétés diffèrent grandement en ce qui concerne leurs idéaux par rapport au collectivisme et à l'individualisme, et un message efficace en matière de santé publique doit en tenir compte. En outre, l'acceptabilité des méthodes de mise en quarantaine et d'éloignement social varient selon les cultures, et les initiatives de santé publique doivent être adaptées au contexte au sein duquel elles sont mises en œuvre.⁵ Les influences et comportements des réseaux sociaux d'un individu, ainsi que les réactions de ses proches, amis, collègues, dirigeants communautaires et personnalités bien connues sont susceptibles d'avoir un impact sur les décisions relatives à la conformité.³ En outre, les obligations inhérentes au fait de s'occuper des membres de la famille peuvent jouer un rôle important dans une décision individuelle de se conformer aux mesures de quarantaine dans le cas où ces mesures entravent la capacité à remplir ces obligations.

La conformité aux interventions de santé publique dépend également de la capacité des individus à comprendre les informations disponibles et de suivre les mesures mises en œuvre.³ Les individus doivent disposer des ressources nécessaires pour les appliquer ; les individus qui ne disposent pas de suffisamment d'aliments stockés ni des moyens de s'en procurer peuvent avoir plus de difficultés à suivre les directives qui restreignent leurs déplacements pour aller travailler ou acheter de la nourriture.⁶ Les individus peuvent également avoir besoin d'être rassurés quant au fait qu'ils obtiendront de l'aide pour avoir accès à des produits importants tels que des médicaments sur ordonnance dans le cas où des mesures de mise en quarantaine étaient adoptées.⁵ Les niveaux (et niveaux perçus) de préparation peuvent influencer la conformité individuelle et communautaire, et la planification ainsi que la connaissance des mesures à prendre lors d'un événement de quarantaine sont susceptibles d'affecter une réaction communautaire.³ Une expérience antérieure avec les mesures de quarantaine est également susceptible d'avoir une incidence positive ou négative sur les attitudes à l'égard de la mise en quarantaine.

Préoccupations en matière d'éthique et de droits de l'homme : En Amérique du Nord, les mesures de quarantaine mise en œuvre en 2003 pour lutter contre l'épidémie de SRAS étaient les premières utilisées depuis plus de cinquante ans et avaient incité des débats enflammés concernant l'éthique et la légalité de la mise en quarantaine.⁷ Tandis que la mise en quarantaine soulève des préoccupations d'ordre éthique, y compris son héritage historique en tant que pratique discriminatoire et la mesure selon laquelle les charges sont réparties de façon disproportionnée parmi une population affectée, la tension fondamentale de la mise en quarantaine réside entre les droits individuels et les droits inhérents à la population.^{8,9} Le dilemme pour les autorités sanitaires (et ceux qui sont placés en quarantaine) est que ces mesures

demandent effectivement aux individus d'assumer la charge de protéger le collectif. Les individus placés en quarantaine sont exposés à un risque plus important d'être infectés ; ils sont confrontés à des difficultés s'ils ne disposent pas des ressources adéquates pour répondre à leurs besoins quotidiens ; et ils risquent d'avoir un accès inégal aux soins en cas de maladie. Pour ceux qui sont placés en quarantaine à domicile, le risque qu'une personne infectée infecte davantage ses proches est un facteur significatif. Par conséquent, il incombe aux autorités sanitaires de fournir suffisamment d'informations précises et exploitables ainsi que des ressources suffisantes pour permettre aux personnes placées en quarantaine et à leurs proches de se protéger contre l'infection. Ces ressources dépendent du contexte mais peuvent inclure des désinfectants et/ou produits pour se laver les mains, ainsi que des méthodes de communication avec des personnes à l'extérieur d'une zone de quarantaine.^{5,10,11} Dans le contexte de la flambée épidémique actuelle, dans la plupart des cas, les masques ne sont pas recommandés pour les personnes placées en quarantaine.¹²

Malgré la restriction de la liberté personnelle, la plupart des lois de santé publique des démocraties autorisent la mise en quarantaine sous réserve de conditions justifiées.¹³ Les considérations d'ordre éthique peuvent inclure, par exemple, 1) la mesure est nécessaire, efficace et présente une justification scientifique ; 2) la mesure est proportionnelle et génère une infraction moindre ; 3) des services de soutien compatissants sont établis ; et, 4) il y a une justification publique.⁹ Dans les pays dotés d'autres formes de gouvernement, l'état est susceptible d'avoir moins de limites juridiques quant à sa capacité à imposer ou à appliquer la mise en quarantaine, et peut l'imposer selon la détermination plus générale que les avantages pour le collectif l'emportent sur les droits individuels dans une situation donnée.

Informations, fausses informations et craintes concernant les mesures qui restreignent la liberté : Une étude menée suite à la flambée épidémique de SRAS survenue à Toronto en 2003 a conclu que les individus étaient plus enclins à faire confiance aux autorités et à se conformer aux protocoles de mise en quarantaine à domicile si on leur fournit des informations claires, cohérentes, pertinentes, pratiques et exploitables. Les messages incohérents ou inefficaces ainsi que la méfiance à l'égard des sources d'informations ont incité certaines personnes à ne pas se conformer.³ L'absence de directives claires et accessibles quant à la manière de réduire le risque d'infection à domicile a renforcé la perception de danger et de peur. En outre, de nombreux membres du personnel de santé ont appris leurs propres ordonnances de mise en quarantaine par les médias, ce qui a provoqué des sentiments de colère et de ressentiment.¹⁰

Les méthodes de communication préférées et accessibles, les préférences en matière de langue et de dialecte, ainsi que les niveaux d'instruction et d'alphabétisation doivent être pris en considération lorsque l'on examine la manière de communiquer des informations concernant des mesures de quarantaine aux populations affectées et à risque.³ En outre, il est plus probable que le public accepte les mesures de mise en quarantaine lorsque le grand public est impliqué dans un dialogue ouvert concernant l'utilisation éthique de mesures restrictives, et lorsqu'il y a une collaboration entre les communautés et les dirigeants locaux.^{7,3,14} Les différences granulaires dans les attitudes et les perceptions doivent également être prises en considération lors de la conception de stratégies de communication.

Différentes approches en matière de mise en quarantaine

Approches descendantes

Les approches descendantes peuvent impliquer des mesures obligatoires ou des avis émis par les pouvoirs publics incitant les individus à prendre des mesures volontaires. Les mesures obligatoires incluent une mise en quarantaine à domicile ou un couvre-feu imposés par l'état ; une détention obligatoire au sein d'espaces désignés tels que des hôtels, des hôpitaux, des unités d'observation ou des centres de détention ; la mise en quarantaine de régions, de communautés ou de villes entières ; et des mesures d'éloignement social, telles que la restriction de rassemblements publics imposée par l'état, l'annulation d'événements publics, la fermeture des systèmes de transport en commun, des interdictions de voyager et des restrictions de déplacement, ainsi que la fermeture d'écoles, d'hôpitaux, de lieux de travail, de lieux de divertissement et de bâtiments résidentiels.^{10,14,15}

Mise en quarantaine à domicile obligatoire : Taïwan, la Chine et Singapour ont imposé une mise en quarantaine à domicile obligatoire lors de la flambée épidémique du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en 2002-2003. Les mises en quarantaine ont été rigoureusement appliquées, incluant l'utilisation de caméras de surveillance et des sanctions sévères en cas de non-respect,¹⁶ mais l'efficacité des mises en quarantaine était probablement attribuable, en partie, à la haute valeur accordée à la responsabilité sociale, en accordant la priorité au bien commun ou national par rapport aux droits individuels.¹ De ce fait, l'application stricte a collaboré avec les notions culturelles de responsabilité, ce qui a engendré l'acceptation générale des mesures introduites. À Taïwan, la conformité a probablement été facilitée par le fait que des vivres étaient livrées aux personnes placées en quarantaine trois fois par jour. À Singapour, l'objectif de l'état était d'atténuer ces mesures coercitives en délivrant des messages de risque transparents et cohérents afin de sensibiliser le public aux raisons de la mise en quarantaine, de réduire la stigmatisation, et en répondant aux besoins financiers, émotionnels, et sociaux des personnes placées en quarantaine.¹⁷

Par opposition, lors de la flambée épidémique du virus Ébola survenue en Sierra Leone en 2014-16, les livraisons de vivres et d'eau inadéquates et retardées ainsi que l'assistance limitée pour l'identification et le traitement des cas ont contribué à rendre l'application de la mise en quarantaine obligatoire difficile et ont probablement limité son efficacité.¹ Concernant la

mise en quarantaine à domicile, les individus doivent être bien informés quant à la manière d'éviter l'infection au niveau du foyer et doivent disposer du matériel nécessaire pour leur permettre de prendre les mesures appropriées.

Mise en quarantaine obligatoire au sein d'établissements désignés : Ces mesures ont été utilisées à plusieurs reprises pour isoler les contacts connus ou potentiels de personnes infectées, y compris des personnes en provenance d'une région affectée. Par exemple, lors de la flambée épidémique du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest (2014-16), le Nigeria, sur la base de son expérience avec la polio, a adapté les dispositions de mise en quarantaine aux besoins spécifiques des individus affectés, à bon escient. Au lieu d'être placés en quarantaine à domicile, les individus affectés ont été placés en quarantaine au sein d'une unité d'observation désignée en raison de leurs conditions de logement partagé (dans des résidences universitaires) et de leurs professions (impliquant une proximité avec de nombreuses personnes) spécifiques. Il est important de noter que l'État de Lagos disposait des ressources nécessaires pour établir l'unité d'observation et prodiguer les soins appropriés aux personnes y étant hébergées.¹⁸ Des rapports ont révélé que les communications et les spécificités liées à cette forme de mise en quarantaine étaient essentielles. Lorsque l'on fournit aux gens un logement adéquat, des repas, des soins médicaux et psychologiques ainsi que des informations opportunes et précises concernant leur situation et les risques associés, des niveaux plus élevés d'acceptation et de conformité aux mesures sont constatés.¹⁹

Zone de quarantaine : Des restrictions appliquées à des régions, communautés ou villes entières ont été utilisées avec des résultats mitigés. Lors de la phase initiale de la flambée épidémique du virus Ébola survenue au Libéria (2014-16), une zone de quarantaine a été imposée sur West Point, un district de Monrovia peuplé de 120 000 personnes. Après l'identification initiale de cas confirmés, les forces armées du Libéria ont séparé West Point du reste de la ville, en installant du fil barbelé et en empêchant les mouvements de population. Les résidents ont été informés que leur région serait placée en quarantaine pendant un minimum de 21 jours mais il n'y a eu aucune consultation publique. Les membres de la communauté n'étaient pas en mesure de se procurer suffisamment de vivres et d'eau, ont subi une perte de revenu car ils n'étaient pas en mesure de se rendre sur leur lieu de travail et n'avaient pas accès à des soins médicaux. Des ressources limitées ont été fournies pour isoler et soigner les cas et contacts soupçonnés. Lorsque la population a réagi en tentant de fuir la région, l'armée a riposté avec des balles réelles. La mise en quarantaine n'a pas aidé à contenir la transmission et a été abandonnée après 10 jours. Suite à l'événement, la Présidente Ellen Johnson Sirleaf avait conclu que la mise en quarantaine s'était avérée une erreur, et avait affirmé, « *Maintenant je sais que la propriété d'un peuple, la participation communautaire, est plus efficace dans une situation telle que celle-ci. Je pense que cette expérience restera avec nous.* »⁹

Cependant, dans d'autres cas, la mise en quarantaine communautaire s'est révélée plus efficace. Dans le Comté de Bong, par exemple, les autorités ont incité les dirigeants locaux à informer les membres de la communauté au sujet du virus Ébola et à obtenir leur coopération. Les résidents du village de Mawah (peuplé d'environ 800 personnes) n'étaient pas autorisés à entrer et sortir du village et lorsque des préoccupations ont été exprimées au sujet des pénuries de vivres et de médicaments et du besoin d'aide psychosociale, elles ont rapidement été traitées. Prendre le temps d'impliquer les membres de la communauté, les informer et collaborer avec des dirigeants locaux de confiance qui étaient en mesure d'assurer une liaison efficace entre la communauté et les autorités sanitaires du district ont permis de mettre en œuvre une mise en quarantaine efficace.²⁰

Éloignement social : Les écoles au Libéria, en Guinée et en Sierra Leone ont été fermées durant la flambée épidémique du virus Ébola survenue en 2014-15, et plusieurs millions d'étudiants ont perdu au moins une année d'études en raison de ces fermetures. Conscient de l'impact que cela aurait sur ses jeunes, le gouvernement de Sierra Leone a proposé des cours diffusés par la radio et la télévision.²¹ Les programmes ont été entravés par une réception de la radio / un accès aux télévisions limités, et ont été perçus par les étudiants comme un mauvais substitut à l'école, mais a été apprécié en tant qu'effort réel de la part du gouvernement.²² Les conséquences de la fermeture des écoles se sont étendues au-delà de l'éducation ; par exemple, les taux accrus de grossesse chez les adolescentes ont été attribués au fait que les élèves n'allaient pas à l'école au Libéria.²³

Les fermetures de lieux de travail n'ont pas été largement mises en œuvre en réponse aux flambées épidémiques en raison des coûts sociaux et économiques associés. En Australie, des exercices de modélisation ont suggéré que les fermetures des lieux de travail seraient modérément efficaces pour lutter contre la propagation de la grippe, mais qu'un tiers des entreprises devraient être fermées pour avoir un effet significatif. Le rapport coûts-avantages des gains en matière de santé publique et de l'impact économique doivent être soigneusement évalués.¹⁵

D'autres mesures telles que la fermeture de lieux de divertissement public, des restrictions imposées sur les rassemblements publics et les événements sportifs ont été testées dans divers contextes, par exemple, la flambée épidémique de SRAS survenue en 2003 à Pékin.^{24,25} Il est difficile de déterminer l'impact de ces mesures d'éloignement social, car elles ont tendance à être introduites dans le cadre d'une série d'interventions.^{24,25}

Mesures volontaires guidées par des alertes d'état ou internationales : Les alertes internationales ou d'état peuvent inciter le public à s'imposer une mise en quarantaine à domicile, un isolement ou un couvre-feu, ou à limiter les voyages et déplacements. La modélisation a révélé que la mise en quarantaine volontaire pour les contacts d'individus infectés s'avérait une mesure modérément efficace et acceptable, bien qu'elle présente un risque accru de transmission au sein du foyer si l'un des membres de la famille a été exposé à la maladie et, en particulier, si les individus partagent des chambres et/ou des salles de bains.^{15,26}

Approches ascendantes

Lors de la flambée épidémique d'une maladie, les communautés locales développent souvent leurs propres moyens de contenir la propagation de la maladie.²⁷ Il est essentiel qu'il y ait une compréhension et une communication efficace entre les intervenants externes (par exemple, de la part du gouvernement ou de la riposte internationale) et les communautés pour permettre aux conseils ou mesures descendants de fonctionner en synergie avec les initiatives communautaires.

Mise en quarantaine à domicile obligatoire et zone de quarantaine dirigées par la communauté : Des études menées suite à la flambée épidémique d'Ébola survenue en 2000-01 en Ouganda ont révélé que les populations Acholi suivaient un ensemble de règles en cas de maladie infectieuse dangereuse. Leur action est biomédicalement saine et implique l'isolement de patients dans une maison aux abords de la communauté, sans aucun visiteur autorisé à l'exception d'un ancien survivant à la maladie qui viendra nourrir et soigner le patient. Les maisons et les villages qui présentent des cas de la maladie doivent s'identifier au moyen de longs bâtons d'herbe à éléphant, et tous les habitants du village doivent limiter leurs déplacements à l'intérieur de leur propre maison ou village. Des pratiques alimentaires prescriptives sont également suivies, notamment en ce qui concerne la viande.²⁸ Ce système, basé sur des expériences antérieures, est susceptible de bien fonctionner dans des situations de forte cohésion communautaire et lorsque les dirigeants sont dignes de confiance et respectés.

Lors de la flambée épidémique d'Ébola survenue au Libéria (2014-16), les dirigeants locaux au sein de certaines communautés ont développé une approche volontaire dans le cadre de laquelle les contacts limitaient leurs déplacements et se rendaient disponibles pour des contrôles de température quotidiens, et les étrangers devaient être identifiés dès leur arrivée dans les environs. Les dirigeants et les « groupes de travail Ébola » locaux fournissaient des vivres et de l'eau aux membres de la communauté. Des études ont indiqué que la mise en quarantaine totale imposée par l'état était moins acceptable socialement pour les membres de la communauté que les actions autodéterminées.²⁹ Des exemples comme celui-là, ainsi que des expériences similaires en Sierra Leone, indiquent que plusieurs autorités publiques locales, y compris des institutions informelles telles que des associations de dirigeants, de jeunes et de femmes étaient en mesure de diriger des mises en quarantaine efficaces.³⁰

Mise en quarantaine à domicile volontaire et restriction de mouvement : Cela peut être motivé par la peur individuelle de l'infection, par la pression sociale et par le bon sens. Il a été révélé qu'Internet et les réseaux sociaux exerçaient une pression sociale sur les contacts pour qu'ils limitent volontairement leurs déplacements ou qu'ils restent chez eux. Lors de la flambée épidémique de grippe A (H1N1), les étudiants chinois à l'étranger ont lancé un mouvement de gestion des risques en ligne, dans le cadre duquel ils encourageaient les autres étudiants à reporter leur retour en Chine et/ou à se mettre en quarantaine à leur arrivée dans le pays. Plusieurs milliers d'articles sur Internet ont été publiés par des individus en Chine continentale identifiant les quelques premiers cas importés de grippe A (H1N1) et les accusant d'être « égoïstes ». Des blogs, des forums de discussions, des sites de messagerie instantanée et des sites de réseaux sociaux ont été utilisés par 400 millions de Chinois pour collecter et partager des informations et inciter les voyageurs de retour à prendre plusieurs mesures avant et après avoir voyagé en Chine, y compris le fait de conserver leurs titres de voyage dans le cas où un suivi de contact s'avérerait nécessaire.³¹ Cela a transféré la charge de la surveillance à l'individu plutôt qu'aux autorités, tout en faisant appel à l'idéal collectiviste de la Chine d'intégrer les intérêts individuels pour la patrie et la communauté. En tant que tel, cela s'est avéré très efficace pour encourager de nombreux étudiants à l'étranger à reporter voyage de retour en Chine et pour encourager les individus à prendre des mesures autodéterminées.^{14,31}

Il a été démontré que dans certaines situations, les individus avaient choisi la mise en quarantaine à domicile volontaire en réponse au rejet social ou à la discrimination dirigés à l'encontre de groupes de personnes associés avec une maladie. Qualifiée de « mise en quarantaine forcée », ce phénomène a été signalé aux États-Unis et au Canada à la suite de la flambée épidémique de SRAS survenue en 2003, lorsque des personnes d'origine asiatique avaient « choisi » de rester chez elles afin d'éviter le ciblage racial et les discours haineux.¹⁴

Conséquences de la mise en quarantaine et d'autres restrictions de mouvement

Impact social : Les interventions impliquant des restrictions de mouvement peuvent avoir un impact social important dans la mesure où elles perturbent les vies quotidiennes. L'acceptabilité d'une intervention dépend du contexte local, des modèles d'interactions et des pratiques affectés et du degré d'importance sociale qui leur est attribué. L'annulation de rassemblements publics peut affecter une série d'événements, des spectacles et rencontres sportives aux pratiques religieuses sanctifiées, les mariages et obsèques, qui peuvent être perçus comme ayant de graves conséquences s'ils sont annulés. Les changements imposés sur des pratiques couramment observées, comme le fait de se serrer la main ou de s'embrasser, peuvent être acceptables dans certains contextes mais pas d'autres où certaines restrictions sont susceptibles de contribuer à l'insécurité sociale.⁶ Les interventions qui restreignent les mouvements de certains groupes ou de certains individus peuvent exacerber les tensions sociales existantes, attiser la peur et la méfiance, et engendrer la stigmatisation et la discrimination. Dans le passé, des mesures de santé publique ont quelquefois été utilisées en tant que

justification pour la mise en œuvre de mesures coercitives à l'encontre de certains groupes.²⁹ Même lorsque cela n'est pas le cas, les mesures générant la perte d'autonomie de communautés et de groupes spécifiques peuvent être perçues comme étant oppressives et inciter à la résistance, en particulier dans les régions en proie à des expériences actuelles ou récentes de violence et d'insécurité et parmi les groupes marginalisés.²⁹ Les messages et les médias peuvent également contribuer à alimenter la stigmatisation d'individus et de groupes de population accusés d'être responsables de la propagation de la maladie, y compris des voyageurs, des groupes dont les pratiques et les coutumes sont considérées comme présentant un risque élevé, et des populations exposées, dont des membres du personnel de santé et des individus placés en quarantaine.^{17,31,32}

Migrants : Les migrants n'ont souvent pas les mêmes droits, structures d'aide sociale et ressources locales que les autres résidents d'une région, et la mise en quarantaine est susceptible de limiter davantage l'accès des migrants à leurs structures et services d'aide habituels. En Chine, par exemple, le système d'enregistrement des foyers qualifie les travailleurs migrants en provenance d'autres régions du pays en tant que résidents temporaires et maintient leur enregistrement permanent au sein de leur lieu de résidence d'origine.³³ Leur statut de résidents temporaires leur confère un accès limité aux services.³⁴ Les travailleurs migrants actuellement placés en quarantaine à Wuhan et dans d'autres villes chinoises sont susceptibles de disposer d'un accès plus limité aux services médicaux que les autres résidents.

Impact psychosocial : Il existe plusieurs facteurs contribuant à influencer le bien-être et la santé mentale lors de la flambée épidémique d'une maladie infectieuse, toutefois, des études démontrent que la mise en quarantaine, en particulier pendant de longues périodes (plus de 10 jours) peut causer des niveaux élevés de détresse psychologique.³⁵ Des études menées sur la mise en quarantaine afin de contrôler le SRAS au Canada et à Taïwan, des symptômes du syndrome de stress post-traumatique et de dépression étaient fréquemment observés avec les périodes de quarantaine plus longues et les difficultés économiques associées à une prévalence accrue.^{36,37} Les personnes placées en quarantaine indiquent souvent des troubles d'anxiété et d'angoisse en raison de la crainte de contagion, et de l'isolement, de la solitude, de la colère et des sentiments négatifs associés à une stigmatisation perçue ou réelle.^{3,10,38,39} Ces sentiments sont amplifiés dans le cas où les informations et communications sont inadéquates.¹⁰ Il a été démontré à partir d'une série de flambées épidémiques et de lieux géographiques que des individus auxquels on a demandé d'identifier des contacts pour la mise en quarantaine craignaient le ressentiment, qu'ils craignaient d'infecter leurs proches, amis et collègues et que leur malaise était aggravé par un manque d'accès à des ressources, telles que des livres, de la musique et des produits de toilette.³⁸ Des données ont suggéré que l'accès au soutien social, à des relations de voisinage positives et à des informations claires au sujet de la maladie étaient des facteurs de protection contre la maladie mentale dans des conditions de quarantaine.^{10,37} Il est essentiel que les individus placés en quarantaine aient accès à une aide psychosociale adéquate de la part d'une personne en laquelle ils ont confiance et qui est bien informée de la situation. Un soutien peut être fourni par téléphone ou autre technologie de communications dans le cas où un soutien en personne est considéré comme présentant un risque élevé. L'accès aux journaux et à la télévision peut aider les individus à maintenir un sentiment de connexion avec le monde extérieur, bien que la diffusion de fausses informations dans les médias (tel que discuté ci-dessus) soit susceptible d'être problématique.¹⁰

Impact économique : Les mises en quarantaine peuvent présenter des conséquences financières négatives immédiates qui ont un impact disproportionné sur les groupes socioéconomiques inférieurs.² Sans protections, la perte de revenu peut devenir un obstacle significatif à la conformité. À Toronto, durant la flambée épidémique de SRAS survenue en 2003, la perte de revenu était l'une des principales raisons de non-respect avec les mesures de quarantaine.³ Dans une étude menée en 2006 sur les attitudes à l'égard des mesures d'éloignement social et de quarantaine à Hong Kong, Singapour, Taïwan et aux États-Unis, 40-66 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles seraient extrêmement inquiètes par le fait de ne pas être rémunérées pour leur absence du travail ou de perdre leur emploi ou entreprise.^{3,5} Les fermetures d'école peuvent impliquer que les parents restent chez eux ou payent des frais de garde d'enfants.⁴⁰ Les individus peuvent également devoir faire face à des dépenses pour les soins de santé et les mesures préventives et, dans la mesure où, au sein des zones de quarantaine, les ressources se font rares, les prix sont susceptibles d'augmenter, tel qu'il a récemment été signalé à Wuhan.¹¹ Des mesures telles que la protection des revenus, les congés maladie, le télétravail et les horaires et le travail en alternance peuvent contribuer à réduire l'impact économique de la mise en quarantaine,⁴¹ ainsi qu'une aide financière accordée aux personnes touchées par la maladie.¹⁷ Il est essentiel de garantir l'accès à des services de prévention et médicaux abordables et d'assurer un approvisionnement aux individus et aux familles à qui l'on demande de suspendre leurs libertés personnelles pour le bien public.

Les entreprises subissent également un impact économique principalement négatif en raison de la mise en quarantaine ; les absences d'employés contribuent à réduire la productivité et les mesures d'éloignement social

à réduire les échanges commerciaux. Les secteurs les plus touchés dépendent de la flambée épidémique. Par exemple, tandis que l'épidémie de grippe aviaire a eu un impact minimal sur l'économie mondiale, elle a engendré une chute des prix de la viande et de la volaille en Chine de plus de 40 milliards de RMB.⁴²

L'impact macroéconomique global de la quarantaine est plus difficile à estimer. La mise en quarantaine formelle et la mise en quarantaine volontaire peuvent engendrer une baisse du tourisme, des voyages et des ventes au détail. L'impact du SRAS a été estimé à 30-100 milliards USD à l'échelle mondiale, avec l'estimation de baisses de PIB de 1 % et de 0,5 % en Chine et en Asie du Sud-Est, respectivement.⁴² Néanmoins, la modélisation des scénarios de flambée épidémique a révélé que tandis qu'il y avait des coûts directs et indirects élevés associés aux mesures d'éloignement social, ils sont généralement moindres par rapport aux coûts engendrés par une épidémie incontrôlée, et dans certains cas, ces mesures sont susceptibles d'être la stratégie la plus efficace pour limiter la propagation de la maladie.^{40,43} Le temps s'est également révélé être un facteur important de rentabilité. Si une mesure de quarantaine est appropriée et efficace pour une maladie donnée, plus elle est mise en œuvre tôt, plus elle est susceptible d'être efficace et économique.⁴³

Contact

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte au coronavirus COVID-19, ou concernant une note stratégique, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com) et Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk). Les Centres de liaison clés Plateforme incluent : l'UNICEF (nnaqvi@unicef.org) ; l'OMS (falerom@who.int) ; la FICR (ombretta.baggio@ifrc.org) ; et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



The Social Science in Humanitarian Action is a partnership between the Institute of Development Studies, Anthrologica and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Funding to support the Platform's response to COVID-19 has been provided by the Wellcome Trust and DFID.

Références et notes

- ¹ Katz, R. (2018, September 15-18). *Shifting the Culture of Quarantine* [Paper Presentation]. First Annual Global Pandemic Policy Summit. <http://hdl.handle.net/1969.1/158836>
- ² Tognotti, E. (2013). Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, 19(2), 254-259. <https://doi.org/10.3201/eid1902.120312>
- ³ Manuell, M. E., & Cukor, J. (2011). Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*, 35(2), 417-442. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2010.01219.x>
- ⁴ Pellicchia, U. (2017). Quarantine and its malcontents: How liberians responded to the ebola epidemic containment measures. *Anthropology in Action*, 24(2), 15-24. <https://doi.org/10.3167/ajia.2017.240203>
- ⁵ Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Cetron, M. S., Benson, J. M., Meinhardt, T., & Pollard, W. (2006). Attitudes Toward The Use Of Quarantine In A Public Health Emergency In Four Countries: The experiences of Hong Kong, Singapore, Taiwan, and the United States are instructive in assessing national responses to disease threats. *Health Affairs*, 25(Suppl1), W15-W25. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w15>
- ⁶ Doyle, M. (2014, September 21). Ebola outbreak: How Liberia lost its handshake. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-africa-29260185>
- ⁷ Tracy, C. S., Rea, E., & Upshur, R. E. (2009). Public perceptions of quarantine: community-based telephone survey following an infectious disease outbreak. *BMC Public Health*, 9(1), 470
- ⁸ Ding, H., Li, X., & Haigler, A. C. (2016). Access, oppression, and social (in) justice in epidemic control: Race, profession, and communication in SARS Outbreaks in Canada and Singapore. *Connexions: International Professional Communication Journal* 4(1). <https://doi.org/10.21310/cnx.4.1.16dinetal>
- ⁹ Rothstein, M.A. (2015). From SARS to Ebola: Legal and ethical considerations for modern quarantine. *Indiana Health Law Review* 12(1). <https://doi.org/10.18060/18963>
- ¹⁰ Johal, S. S. (2009). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *New Zealand Medical Journal*, 122(1296), 53-58. <https://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/9559/Psychosocial-impacts-of-quarantine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ¹¹ Huang, P., & Xu, Y. (2020, January 24). 'Please Help Me.' What People In China Are Saying About The Outbreak On Social Media. *Goats and Soda*. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/01/24/799000379/please-help-me-what-people-in-china-are-saying-about-the-outbreak-on-social-media>
- ¹² Organisation mondiale de la santé. (4 février 2020). Soins à domicile pour les patients soupçonnés d'avoir contacté une infection au nouveau coronavirus (nCoV) présentant des symptômes modérés et gestion des contacts. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
- ¹³ Upshur, R. (2003). The ethics of quarantine. *AMA Journal of Ethics*, 5(11), 393-395. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ethics-quarantine/2003-11>
- ¹⁴ Ding, H. (2014). Transcultural Quarantine Rhetorics: Public Mobilization in SARS and in H1N1 Flu. *Journal of Medical Humanities* 35(2), 191-210. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9282-8>
- ¹⁵ Rashid, H. et al. (2014). Social Distancing: Evidence Summary. [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/519F9392797E2DCCCA257D47001B9948/\\$File/Social-2019.PDF](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/519F9392797E2DCCCA257D47001B9948/$File/Social-2019.PDF)
- ¹⁶ En Chine et à Singapour, la mise en quarantaine à domicile pour les contacts potentiels a été appliquée en utilisant des systèmes de caméras de vidéosurveillance dans les résidences privées, et ceux qui ne se conformaient pas étaient menacés d'être passibles de sanctions sévères, y compris des amendes, des peines d'emprisonnement et, en Chine, la peine de mort. À Singapour, ceux qui interrompaient la quarantaine étaient montrés du doigt dans les médias nationaux, et ceux qui ne répondaient pas aux contrôles réguliers par caméra ou téléphone étaient immédiatement identifiés par voie électronique. L'éthique de certaines de ces mesures a été remise en question : toutefois, on estime qu'elles ont contribué à enrayer la maladie de manière efficace. Tognotti, E. (2013). Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, 19(2), 254-259. <https://doi.org/10.3201/eid1902.120312>; Ding, H. and Pitts, E.A. (2013). Singapore's quarantine rhetoric and human rights in emergency health risks. *Rhetoric, Professional Communication and Globalization* 4(1). <https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.2/2580/RPCG2013.pdf?sequence=1>; La Chine menace d'exécuter des individus n'ayant pas respecté la quarantaine du SRAS. (15 mai 2003). *The Irish Times*. <https://www.irishtimes.com/news/china-threatens-to-execute-sars-quarantine-violators-1.477236>
- ¹⁷ Ding, H. and Pitts, E.A. (2013). Singapore's quarantine rhetoric and human rights in emergency health risks. *Rhetoric, Professional Communication and Globalization* 4(1). <https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.2/2580/RPCG2013.pdf?sequence=1>
- ¹⁸ Grigg, C., Waziri, N. E., Olayinka, A. T., & Verteuille, J. F. (2015). Use of group quarantine in Ebola control—Nigeria, 2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 64(5), 124.
- ¹⁹ Doheny, K. (2020, February 13). Quarantined for Coronavirus: What It's Like. *WebMD Health News*. https://www.medscape.com/viewarticle/925228?vp_1:https://www.abc.net.au/news/2020-02-15/coronavirus-evacuee-documents-her-time-on-christmas-island/11960804
- ²⁰ Nyenswah, T., Blackley, D.J., Freeman, T., et al. (2015). Community quarantine to interrupt Ebola Virus transmission – Mawah Village, Bong Country, Liberia, August-October, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 64(07), 179-82. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6407a4.htm>
- ²¹ Ohlheiser, A. (2014, October 9). Cut off from school, children in Ebola-stricken Sierra Leone get lessons by radio. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2014/10/09/cut-off-from-school-children-in-ebola-stricken-sierra-leone-get-lessons-by-radio/>
- ²² Powers, S. (2016, May 4). The impact of Ebola on education in Sierra Leone. *World Bank Blogs*. <https://blogs.worldbank.org/education/impact-ebola-education-sierra-leone>
- ²³ BBC News Online. (2015, February 16). *Ebola outbreak: Liberia schools reopen after six months*. <https://www.bbc.com/news/world-africa-31487988>
- ²⁴ Pang, X., Zhu, Z., Xu, F., Guo, J., Gong, X., Liu, D., ... & Feikin, D. R. (2003). Evaluation of control measures implemented in the severe acute respiratory syndrome outbreak in Beijing, 2003. *Jama* 290(24), 3215-3221. <https://doi.org/10.1001/jama.290.24.3215>
- ²⁵ Liang, W., Zhu, Z., Guo, J., Liu, Z., He, X., Zhou, W., ... & Beijing Joint SARS Expert Group. (2004). Severe acute respiratory syndrome, Beijing, 2003. *Emerging infectious diseases* 10(1), 25. <https://doi.org/10.3201/eid1001.030553>
- ²⁶ Chu, C. Y., Li, C. Y., Zhang, H., Wang, Y., Huo, D. H., Wen, L., Yin, Z. T., Li, F., & Song, H. B. (2010). Quarantine methods and prevention of secondary outbreak of pandemic (H1N1) 2009. *Emerging infectious diseases*, 16(8), 1300-1302. <https://doi.org/10.3201/eid1608.091787>
- ²⁷ Bedford, J., Butler, N., Gercama, I., Jones, T., Jones, L., Baggio, O., Claxton, N., (2019). From Words to Action: Towards a community-centred approach to preparedness and response in health emergencies. *Global Preparedness and Monitoring Board*. http://apps.who.int/ogpmb/assets/thematic_papers/tr-5.pdf
- ²⁸ Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). Cultural contexts of Ebola in northern Uganda. *Emerging infectious diseases* 9(10), 1242. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020493>
- ²⁹ Pellicchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One* 10(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>
- ³⁰ Richards, P. (2016). *Ebola: how a people's science helped end an epidemic*. Zed Books Ltd.
- ³¹ Ding, H. (2013). Transcultural Risk Communication and Viral Discourses: Grassroots Movements to Manage Global Risks of H1N1 Flu Pandemic, *Technical Communication Quarterly*, 22:2, 126-149. <https://doi.org/10.1080/10572252.2013.746628>
- ³² Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S.L., et al. (2004). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: A qualitative study of Toronto health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry* 49(6), 403-7. <https://doi.org/10.1177/070674370404900612>
- ³³ Banque mondiale. <https://www.worldbank.org/en/country/china/publication/urban-china-toward-efficient-inclusive-sustainable-urbanization>
- ³⁴ Peng, Y., Chang, W., Zhou, H., Hu, H., & Liang, W. (2010). Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. *BMC health services research*, 10(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-69>
- ³⁵ Brooks, K., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2019). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- ³⁶ Hawrylyuk, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>
- ³⁷ Ko, C., Yen, C., Yen, J., Yang, M. (2006). Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60(4), 397-403. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01522.x>
- ³⁸ Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., et al. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*(10), 1245-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154178>
- ³⁹ Tansey, C.M., Louie, M., Loeb, M. et al. (2007). One-year outcomes and health care utilization in survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome. *Archives of Internal Medicine* 167(12), 1312-20. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.12.1312>
- ⁴⁰ Barrett, C., Bisset, K., Leidig, J., Marathe, A., & Marathe, M. (2011). Economic and social impact of influenza mitigation strategies by demographic class. *Epidemics*, 3(1), 19-31. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2010.11.002>
- ⁴¹ Blendon, R. J., Koonin, L. M., Benson, J. M., Cetron, M. S., Pollard, W. E., Mitchell, E. W., ... & Herrmann, M. J. (2008). Public response to community mitigation measures for pandemic influenza. *Emerging infectious diseases*, 14(5), 778. <https://doi.org/10.3201/eid1405.071437>
- ⁴² Qiu, W., Chu, C., Mao, A., & Wu, J. (2018). The Impacts on Health, Society, and Economy of SARS and H7N9 Outbreaks in China: A Case Comparison Study. *Journal of environmental and public health* 2018, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/2710185>
- ⁴³ Gupta, A. G., Moyer, C. A., & Stern, D. T. (2005). The economic impact of quarantine: SARS in Toronto as a case study. *Journal of Infection*, 50(5), 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2010.11.002>