
COVID-19 : validation d'une échelle évaluant les comportements préventifs

Auteur : Lagamme, Justine

Promoteur(s) : Wagener, Aurélie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/15180>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**COVID-19 : validation d'une échelle évaluant les
comportements préventifs**

JUSTINE LAGAMME

Promotrice : Aurélie WAGENER

Lecteur.rice : Marie GEURTEN

Jonathan BURNAY

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences
Psychologiques

Année académique 2021-2022

Remerciements

À l'issue de ce travail, je souhaite vivement remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenue et épaulée dans la réalisation de ce travail

Tout d'abord, je tiens tout particulièrement à remercier ma promotrice, Aurélie Wagener, et à lui exprimer ma reconnaissance. Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance et votre temps durant ces deux années. Votre encadrement, votre disponibilité et vos précieux conseils m'ont permis de mener à bien ce mémoire. Je vous adresse tout mon respect et ma gratitude.

Je tiens, d'ores et déjà, à remercier Madame Marie Geurten et Monsieur Jonathan Burnay pour le temps qu'ils accorderont à la lecture de ce mémoire.

Mes remerciements les plus sincères vont également aux nombreux participants ayant accepté de participer à cette étude. Sans eux, rien de tout cela n'aurait été possible.

Je tiens à remercier chaleureusement ma famille et mes amies, qui ont fait preuve d'un soutien inconditionnel durant ces derniers mois. Votre aide, vos bons conseils et vos encouragements m'ont permis de traverser ces deux années plus sereinement.

Enfin, je souhaite adresser un merci tout particulier à mon papa, toujours présent à mes côtés. Il a su trouver les mots pour me (re)motiver et me surpasser. Je lui en suis éternellement reconnaissante.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. PARTIE THEORIQUE	3
CHAPITRE 1 : LA PANDEMIE DE COVID-19	4
1.1 Le COVID-19 et sa virologie.....	4
1.1.1 Origine.....	4
1.1.2 Symptomatologie.....	5
1.1.3 Transmission.....	6
1.2 Historique.....	6
1.2.1 Mondial.....	6
1.2.2 En Belgique.....	7
CHAPITRE 2 : IMPACT DE LA PANDEMIE SUR LA POPULATION BELGE	10
2.1 Impacts sur la santé mentale.....	10
2.1.1 Troubles de l’anxiété.....	10
2.1.2 Troubles dépressifs.....	13
2.1.2.1 Pensées et comportements suicidaires.....	16
2.1.3 Stress.....	17
2.2 Impacts sur les comportements de santé.....	18
2.2.1 Activité physique.....	18
2.2.2 Habitudes alimentaires.....	19
2.2.3 Consommation d’alcool, tabac, sédatifs et drogues.....	20
2.2.4 Sommeil.....	23
2.3 Les mesures préventives.....	24
2.3.1 Utilité perçue.....	24
2.3.2 Application.....	26
CHAPITRE 3 : THE COVID-19 PREVENTIVE BEHAVIOR INDEX	28
3.1 Développement de l’outil.....	28

3.2 Méthode.....	30
3.2.1 Participants.....	30
3.2.2 Design expérimental.....	31
3.2.3 Matériel.....	31
3.2.3.1 <i>COVID-19 Preventive Behaviors Index (CPBI; Breakwell et al., 2021)</i>	31
3.2.3.2 <i>COVID-19 Own Risk Appraisal Scale (CORAS; Jaspal et al., 2020)</i>	31
3.2.3.3 <i>Fear of COVID-19 Scale (FCS; Ahorsu et al., 2020)</i>	31
3.2.4 Analyses statistiques.....	32
3.2.4.1 Analyses factorielles.....	32
3.2.4.2 Validité convergente.....	33
3.3 Conclusion.....	33
CHAPITRE 4 : HYPOTHESES ET OBJECTIFS.....	35
II. PARTIE EMPIRIQUE.....	36
CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE.....	38
5.1 Participants.....	38
5.1.1 Critères d’inclusion et non-inclusion.....	38
5.1.2 Procédure de recrutement.....	38
5.1.3 Aspects éthiques.....	39
5.2 Protocole expérimental.....	39
5.2.1 Conditions de passation.....	40
5.2.2 Matériel.....	41
5.2.2.1 <i>Questionnaire de données sociodémographiques (Wagener et al., 2021)</i>	41
5.2.2.2 <i>Questionnaire portant sur les différentes mesures de protection recommandées par les autorités sanitaires (Wagener, Stassart & Etienne, 2020)</i>	41
5.2.2.3 <i>COVID-19 Preventive Behaviors Index (CPBI ; Breakwell et al., 2021)</i>	42
5.2.2.4 <i>Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002)</i>	42
5.2.2.5 <i>Questionnaire des inquiétudes de Penn State (QIPS; Gosselin et al., 2001)</i>	43

5.2.2.6 <i>COVID Stress Scales (CSS ; Taylor et al., 2020)</i>	43
5.2.2.7 <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9 ; Kroenke et al., 2009)</i>	44
5.3 Analyses statistiques.....	44
CHAPITRE 6 : RESULTATS	46
6.1 Analyses statistiques préliminaires.....	46
6.1.1 Test <i>t</i> de Student.....	46
6.1.2 Analyse de cohérence interne.....	47
6.2 Analyse descriptive de l'échantillon.....	48
6.3 Analyses des variables d'intérêt.....	50
6.3.1 Analyse descriptive des questionnaires.....	50
6.3.2 Régressions linéaires simples.....	51
6.3.3 Effet du statut relationnel sur les résultats aux questionnaires.....	52
6.3.4 Effet du degré de vaccination sur les résultats aux questionnaires.....	54
6.4 Analyse de validité du CPBI.....	56
6.4.1 Analyse d'items.....	56
6.4.2 Analyse factorielle.....	57
6.4.3 Analyse de cohérence interne.....	58
6.4.4 Matrices de corrélation.....	59
6.5 Matrice de corrélation entre les différents questionnaires.....	61
V. PARTIE REFLEXIVE	64
CHAPITRE 7 : DISCUSSION	65
CHAPITRE 8 : LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES	70
IV. CONCLUSION	72
V. BIBLIOGRAPHIE	73
VI. ANNEXES	80
RESUME	108

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pourcentage de personnes avec un trouble anxieux, par âge et par sexe, Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.....	12
Figure 2 : Pourcentage d’hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles de l’anxiété, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-2022.....	13
Figure 3 : Pourcentage de personnes avec un trouble dépressif, par âge et par sexe, Enquête de santé COVID19, Belgique 2020.....	14
Figure 4 : Pourcentage d’hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-2022.....	15
Figure 5 : Pourcentage d’hommes et de femmes (18 ans et plus) selon qu’ils/elles aient déjà eu ou non des pensées suicidaires et selon la période de survenue de ces pensées, 10e enquête de santé Covid-19, Belgique 2022.....	16
Figure 6 : Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon les changements dans les habitudes en matière d’activité physique depuis de 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.....	18
Figure 7 : Proportion de consommateurs d’alcool, de tabac, de sédatifs et de drogues (de 18 ans ou plus) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation de ces produits pendant la période de restrictions, Enquêtes de santé COVID-19 (E1 et E2), Belgique 2020.....	21
Figure 8 : Pourcentage de consommateurs d’alcool, de tabac, de drogues et de sédatifs (18 ans et plus) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation de ces produits par rapport à la période qui précède la crise, 10e enquête de santé COVID-19, Belgique 2022..	22
Figure 9 : Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui estiment que les mesures mentionnées contribuent à lutter contre la propagation du COVID-19, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.....	25

Figure 10 : Pourcentage des personnes qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures actuelles par âge, Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.....	26
Figure 11 : Design expérimental.....	39
Figure 12 : Pearson Correlation Heatmap.....	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Pourcentage de la population (de 18 ans ou plus) qui consomme de l'alcool, du tabac, des sédatifs ou des drogues illicites, par enquête, HIS 2018 – Enquêtes COVID-19, Belgique 2020.....	20
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (version originale).....	30
Tableau 3 : Analyse factorielle exploratoire du CPBI (version originale).....	33
Tableau 4 : Test <i>t</i> de Student.....	47
Tableau 5 : Alpha de Cronbach.....	48
Tableau 6 : Présentation des données sociodémographiques des participants.....	49
Tableau 7 : Présentation des statistiques descriptives des différents questionnaires.....	51
Tableau 8 : Présentation des résultats du Kruskal-Wallis pour le statut relationnel.....	53
Tableau 9 : Présentation des résultats de l'ANOVA pour la vaccination.....	55
Tableau 10 : Présentation des résultats de l'analyse d'items.....	56
Tableau 11 : Présentation des saturations des dix items sur le modèle à un facteur.....	57
Tableau 12 : Présentation des indices d'exactitude.....	58
Tableau 13 : Présentation des résultats de l'alpha de Cronbach.....	59
Tableau 14 : Matrice de corrélations de Spearman (CPBI).....	60
Tableau 15 : Présentation des corrélations de Spearman (questionnaires).....	61

INTRODUCTION

En décembre 2019, à Wuhan en Chine, un marché local de fruits de mer se retrouve au centre de toutes les attentions... ou plutôt préoccupations. En effet, de nombreuses personnes l'ayant fréquenté souffrent d'une forme sévère de pneumonie. À ce moment, le monde ne savait pas encore qu'un nouveau virus venait de faire son apparition : le SARS-CoV-2, plus communément appelé COVID-19.

Durant plusieurs semaines, la population belge a regardé, impuissante, ce virus se répandre à une vitesse folle. Le coronavirus traversa rapidement les frontières jusqu'à affecter les populations établies aux quatre coins du monde. Le jour tant redouté par les Belges arriva le 4 mars 2020 : l'apparition du premier cas de personne infectée au coronavirus en Belgique. Ce virus prenant énormément d'ampleur, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prend la décision de définir le COVID-19 comme une pandémie mondiale en date du 11 mars 2020 (OMS, 2020).

Rapidement, les autorités gouvernementales belges ont pris de nombreuses mesures préventives afin de limiter au maximum la propagation de ce virus au sein de notre nation. Ces mesures ont été lourdes de conséquences. Notre population a dû se priver de ce qui faisait, auparavant, partie de ses habitudes : aller à l'école ou au travail, dîner au restaurant, partager du temps en famille ou entre amis.

Ces deux dernières années ont vu les vagues de contaminations s'enchaîner, chacune d'entre elles amenant de nouvelles restrictions. L'objectif de tous fût alors l'endiguement de la propagation du virus. Pour ce faire, les chercheurs du monde entier se sont attelés à l'élaboration d'un vaccin. Cependant, le processus de la mise en circulation d'un vaccin prend du temps, il était donc nécessaire de poursuivre les efforts sur d'autres fronts. Les mesures préventives ont alors constitué la mesure la plus efficace afin de ralentir la pandémie de COVID-19. Alors même que les campagnes de vaccination battaient leur plein, les comportements préventifs ont continué d'être encouragés par les autorités, témoignant ainsi de leur importance et de leur nécessité.

Dès lors, des chercheurs anglais ont jugé intéressant d'évaluer la probabilité d'adoption de ces comportements préventifs au sein de la population du Royaume-Uni. Breakwell et al. ont développé une échelle s'intitulant *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* et fût développée puis validée en 2021 (Breakwell et al., 2021).

Le coronavirus continuant de circuler en Belgique et ailleurs, nous ne sommes pas à l'abri d'une nouvelle flambée des contaminations dans un futur proche ou lointain. Dès lors, il nous semble intéressant de pouvoir bénéficier des informations récoltées par ce questionnaire. Celui-ci permettrait d'étudier les comportements préventifs mis en place par les populations francophones. Ainsi, l'objectif de cette étude est de travailler au développement et à la validation d'une version française du *COVID-19 Preventive Behaviors Index*.

I. PARTIE THEORIQUE

Cette première partie a pour objectif de décrire les notions théoriques présentées dans ce travail et de familiariser le lecteur aux différents concepts qu'il contient.

Le premier chapitre s'attarde sur le contexte dans lequel ce travail prend place : la pandémie de COVID-19. Les caractéristiques du coronavirus tels que sa virologie, son origine, sa symptomatologie ou encore son mode de transmission seront abordées. Ce chapitre sera également l'occasion de retracer l'évolution de la pandémie, de ses débuts à Wuhan jusqu'à sa propagation aux quatre coins du monde. L'historique de la pandémie de COVID-19 en Belgique est présenté ainsi que les différentes mesures prises par les autorités gouvernementales afin de protéger la population belge.

Le second chapitre est consacré à l'impact de la pandémie sur la santé mentale et psychologique des habitants de notre pays. Le niveau d'anxiété, de stress ou encore la satisfaction environnementale sont des notions présentées dans ce chapitre.

Enfin, le troisième chapitre se concentre sur l'outil dont ce mémoire fait l'objet : *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021). Ce questionnaire est décrit, tout comme ses qualités psychométriques. Le processus ayant mené à sa validation au Royaume-Uni est également abordé.

CHAPITRE 1 : LA PANDEMIE DE COVID-19

1.1 Le COVID-19 et sa virologie

Le COVID-19, de son acronyme SRAS-CoV-2, est un virus à acide ribonucléique (ARN) monocaténaire à polarité positive. Il appartient à l'ordre des *nidovirales*, à la famille des *coronaviridae* et à la sous-famille des *orthocoronavirinae*. Celle-ci peut être subdivisée en quatre genres : *alphacoronavirus*, *betacoronavirus*, *gammacoronavirus* et *deltacoronavirus*. (Chen et al., 2020 ; Zhu et al., 2020). Sur base de sa caractérisation moléculaire, le coronavirus appartient au genre *betacoronavirus* et au sous-genre *sarbecovirus* (Zhu et al., 2020).

Le coronavirus (CoV) est responsable de diverses maladies d'intensités variables. Certaines d'entre elles ont déjà été à l'origine de pandémies mondiales dans le passé. En effet, le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) est apparu en 2002-2003 et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) en 2012 (Peiris et al., 2003 ; Cheng et al., 2007).

1.1.1 Origine

L'origine exacte du virus ainsi que son réservoir naturel¹ sont des éléments qui restent flous. Cependant, plusieurs études penchent en faveur d'une origine zoonotique. Les chauves-souris constitueraient le réservoir naturel du virus (Giovanetti et al., 2020 ; Paraskevis et al., 2020). Cette hypothèse est appuyée par le fait que les virus SARS ET MERS, semblables au SARS-CoV-2, proviennent également des chauves-souris (Hampton et al., 2005 ; Li et al., 2005). D'autres études ont confirmé cette hypothèse, démontrant que le réservoir naturel du SARS-CoV est la chauve-souris tandis que la civette des palmiers et le chien viverrin pourraient constituer un hôte intermédiaire (Perlman, 2020 ; Zhu et al., 2019). Une étude de terrain a permis de confirmer que le virus de la chauve-souris, très présent dans la vie sauvage, présente une séquence identique au virus humain (Lu et al., 2019).

¹ Le réservoir naturel, en biologie, désigne « un organisme hébergeant un agent infectieux, lequel peut être transmis à un autre organisme d'une espèce différente » (Méd. Biol. t.3 1972).

1.1.2 Symptomatologie

Le coronavirus possède une période d'incubation de 5.2 jours en moyenne (Li et al., 2020). Généralement, les symptômes débutent par la fatigue, la toux sèche et la fièvre.

Plusieurs systèmes peuvent être impactés par la COVID-19 tels que :

- le système respiratoire : toux, mal de gorge, hémoptysie², essoufflement, rhinorrhée³ et douleur thoracique
- le système gastro-intestinal : diarrhée, nausée et vomissement
- le système musculo-squelettique : douleur musculaire et courbature
- le système neurologique : confusion, mal de tête et perte de la parole

Les symptômes les plus courants sont la fièvre (83% à 98%), la toux (76% à 82%) et l'essoufflement (31% à 55%) (Chen et al., 2020 ; Huang et al., 2020). Environ 15% des personnes infectées cumulent ces trois symptômes (Chen et al., 2020 ; Huang et al., 2020). Chez 39% des patients présentant un essoufflement, l'évolution de la maladie peut provoquer un syndrome de détresse respiratoire aigüe et la nécessité d'une ventilation mécanique (Huang et al., 2020). Le taux de mortalité lors de la première vague d'hospitalisations se situait entre 11% et 15% (Chen et al., 2020 ; Huang et al., 2020).

Certains groupes de personnes sont plus à risque de présenter une forme sévère de COVID-19 (Sciensano, 2022). L'âge étant le facteur de risque le plus important dans l'établissement d'une forme sévère de la maladie, les personnes âgées de plus de 65 ans sont considérées comme un groupe à risque. Les femmes enceintes présentent également un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19. En outre, les personnes atteintes d'une maladie telle que l'obésité ou le diabète, et plus spécifiquement le diabète de type II, sont confrontées à ce même risque. Parmi les groupes à risque figurent également les individus souffrant d'une maladie pulmonaire, cardiovasculaire ou rénale chronique sévère. Il est important de noter que l'existence de comorbidité amplifie ce risque. En effet, les personnes souffrant de diabète associé à une maladie cardiovasculaire ou rénale, un surpoids ou encore une hypertension artérielle risquent de souffrir d'une forme plus sévère de la maladie. Enfin,

² Hémoptysie : rejet par la bouche de sang provenant de l'appareil respiratoire (Larousse, 2021)

³ Rhinorrhée : écoulement de liquide provenant des fosses nasales ou des sinus (Larousse, 2021)

les individus atteints d'un cancer et/ou immunodéficients se confrontent, eux aussi, à la sévérité du COVID-19 (Sciensano, 2022).

1.1.3 Transmission

La transmission du coronavirus s'effectue principalement via les gouttelettes respiratoires. Les éternuements et quintes de toux libèrent des milliers de gouttelettes infectées. Ces particules se propagent alors dans l'air et viennent infecter les surfaces environnantes. Ainsi, l'infection au coronavirus peut se transmettre de personne à personne mais aussi via des vêtements ou objets contaminés. Les personnes pré- ou asymptomatiques peuvent également générer d'importantes quantités de gouttelettes infectées par le simple fait de parler et respirer (Asadi et al., 2020).

1.2 Historique

1.2.1 Mondial

Les premiers cas d'infection à la covid-19 ont été recensés à Wuhan en Chine fin décembre 2019. Cette infection a pris lieu dans le contexte d'un marché local, le Huanan Seafood Market, où 41 personnes présentant des symptômes semblables à une pneumonie ont été signalées. Les autorités locales ont ensuite émis une alerte épidémiologique le 31 décembre 2019. Le lendemain, le 1^{er} janvier 2020, le marché local fermait ses portes. Au total, 59 individus se plaignant de fièvre et de toux sèche ont été référés à l'hôpital Jin Yin-Tan, situé à Wuhan. Parmi ces personnes, 41 ont été confirmées comme étant infectées à ce qui sera le coronavirus. Vingt-sept d'entre elles ont fréquenté le marché de fruits de mer de Huanan (Huang et al., 2020).

Dans les jours qui ont suivi, de nombreux cas ont été détectés à Wuhan mais également dans l'entièreté de la province de Hubei. Consécutivement, d'autres villes et provinces Chinoises ont été touchées par le COVID-19 (Huang et al., 2020).

Le virus s'est ensuite propagé aux pays environnants comme la Corée du Sud, la Thaïlande, Singapour, le Japon ou encore l'Iran (Sahu P., 2020 ; Wu et al., 2020). Le COVID-19 a continué de se répandre à l'échelle internationale, infectant les populations européennes, anglaises, américaines et arabes (CSSE, 2020). En date du 6 mai 2020, soit moins de six mois après l'apparition du virus, le nombre de personnes infectées s'élevait à 3 732 046 et le nombre de décès à 261 517 (CSSE, 2020).

1.2.2 En Belgique

Au sein de notre nation, le premier cas de personne infectée au SARS-CoV-2 fût annoncé le 4 février 2020 (Info-coronavirus, 4 février 2020). Le 11 mars 2020, le premier décès des suites du COVID-19 était annoncé (Info-coronavirus, 11 mars 2020). L'apparition de nouveaux cas a alerté les autorités gouvernementales, qui ont alors pris une décision sans précédent : placer la population belge en confinement général à partir du 18 mars 2020. Bien que la durée initiale de ce confinement était de quatre semaines, celui-ci s'est étendu jusqu'au mois de juin (ONU France, 2020). Durant cette période, la population belge a connu un véritable bouleversement de ses habitudes (Info-coronavirus, 12 mars 2020). Les écoles du pays ont fermé leurs portes, les cours ayant basculé à distance. Les secteurs jugés comme non essentiels tels que l'horeca, l'évènementiel, la culture ou encore le bien-être ont été contraints, eux aussi, de fermer. Ainsi, de nombreux établissements ont été privés de leur public. Il a également été demandé aux entreprises, si leur secteur d'activité le permet, de placer leurs employés en télétravail. Enfin, la population a été amenée à éviter les déplacements non essentiels et limiter au maximum les interactions sociales. Toutes ces mesures ont été prises dans le but de freiner la rapide propagation du virus.

La première vague de contamination au COVID-19, s'est suivie d'une courte période (Info-coronavirus, 3 juin 2020) durant laquelle une baisse des contaminations a été observée. Ce temps de répit ne sera pas de longue durée puisque la Belgique subit une nouvelle hausse des cas d'infection au coronavirus. La deuxième vague fait son apparition dans notre nation en octobre et se poursuivra jusqu'en décembre (Info-coronavirus, 6 octobre 2020). Les mesures drastiques prises en mars sont rétablies. Les restaurants, bars et cafés sont dans l'obligation de fermer leur porte. Il en est de même pour les écoles. Les métiers de contact, jugés non essentiels, sont à l'arrêt. Toutefois, une nouveauté entre en vigueur en octobre 2021, la mise en place du

COVID Safe Ticket (CST). Désormais, pour avoir accès à de nombreux lieux et activités, présenter son CST est obligatoire (Cocom-GGC, 2022).

Comme cela a été observé après la première vague, une accalmie des contaminations s'établit en début d'année 2021. Dès lors, les métiers de contacts sont autorisés à rouvrir et les écoles accueillent à nouveau leurs élèves (Info-coronavirus, 5 février 2021).

Le deuxième trimestre de 2021 débute, au mois de mars, par la troisième vague de contamination. Afin d'endiguer cette nouvelle flambée des infections, les élèves quittent les bancs de l'école une semaine avant les congés de Pâques. Leur rentrée de congé s'effectuera en présentiel, de même que les examens de fin d'année (Info-coronavirus, 24 mars 2021).

Grâce à une amélioration de la situation pandémique, le Comité de Concertation du mois de mai décide d'un plan d'été (Info-coronavirus, 11 mai 2021). À partir du 9 juin, de nouveaux assouplissements sont prévus : réouverture des secteurs de l'horeca, de l'évènementiel et de la culture (Info-coronavirus, juin 2021). Dès le 1^{er} juillet, le télétravail n'est plus obligatoire, mais reste tout de même recommandé. Cependant, l'assouplissement des mesures a eu comme effet une augmentation considérable du taux de contamination au sein de la population belge au mois d'octobre 2021 (Info-coronavirus, 26 octobre 2021). Le pays étant au bord d'une quatrième vague, un durcissement de certaines mesures est mis en place. Il est à nouveau demandé à la population de limiter ses contacts sociaux et de conserver une distance d'un mètre cinquante afin d'éviter la propagation du virus. Le port du masque est largement étendu, le télétravail est à nouveau obligatoire et il est vivement conseillé par les autorités sanitaires d'effectuer la dose supplémentaire de vaccin (Info-coronavirus, 3-22 décembre 2021). Ces mesures seront d'application jusque début d'année 2022.

Le mois de février voit un changement majeur se profiler, le passage du baromètre corona en code orange. Cette décision, effective dès le 18 février matin, signifie la réouverture du monde de la nuit ainsi que la possibilité d'organiser tous types d'évènements publics, intérieurs ou extérieurs. La levée des restrictions d'horaire dans le secteur de l'horeca et de l'obligation du télétravail sont également à l'ordre du jour (Info-coronavirus, 11 février 2022). Ces bonnes nouvelles se poursuivent au mois de mars, avec le passage en code jaune du baromètre corona. La situation d'urgence épidémique ainsi que le plan national d'urgence déclaré le 13 mars 2020 prennent fin. L'utilisation du COVID Safe Ticket n'est plus en vigueur, dans aucun secteur (Info-coronavirus, 4 mars 2022).

En mai 2022, au moment de la rédaction de ce mémoire, une baisse constante des contaminations et hospitalisations s'observe depuis plusieurs semaines. Le Comité de Concertation a pris la décision de désactiver le baromètre corona à partir du 23 mai. Cela implique la levée de l'obligation de port du masque, excepté dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et les pharmacies. L'interdiction des voyages non essentiels en dehors de l'union européenne est également levée (Info-coronavirus, 20 mai 2022).

La situation épidémiologique ne cesse de s'améliorer, laissant envisager que cette pandémie touche à sa fin. Cependant, il est tout de même important de se rappeler que cette crise majeure a fait beaucoup de dégâts au sein de notre petit pays. En date du 15 août 2022, 4 453 483 personnes ont été infectées par le COVID-19 et 32 364 personnes en sont décédées (Coronavirus Statistiques, 2022). Cette pandémie mondiale a indéniablement impacté les populations aux quatre coins du monde. Le chapitre suivant se penchera sur l'impact qu'elle a eu sur les citoyens belges.

CHAPITRE 2 : IMPACT DE LA PANDEMIE SUR LA POPULATION BELGE

La pandémie de COVID-19 a fait son apparition en Belgique il y a plus de deux ans maintenant. Ce virus circulant à une vitesse folle, les autorités gouvernementales ont mis en place de nombreuses mesures préventives et restrictives afin de protéger la population. Ces mesures ont été pensées dans le but premier de protéger la santé, l'intégrité physique des habitants de ce pays. Bien que ces mesures aient été efficaces, elles ont engendré la suspension, voire l'interdiction de nombreuses habitudes de vie caractéristiques de notre pays. Aller au restaurant, boire un verre entre amis, faire la fête, ... n'était désormais plus possible. Au-delà des habitudes de vie, se sont aussi les libertés des Belges qui ont été impactées. Ceux-ci ont été contraints de se confiner à la maison, restreindre leurs contacts sociaux, suspendre leur activité professionnelle, etc. Tous ces chamboulements sont inédits. Il est donc pertinent de s'intéresser à l'impact que ces derniers ont eu sur la santé psychologique de la population belge.

2.1 Impacts sur la santé mentale

La vie sociale des habitants de notre pays fût mise à mal pendant de nombreux mois par les mesures prises par les autorités gouvernementales dans le but de freiner la propagation du coronavirus. La fermeture des écoles, le télétravail ou encore les confinements ont chamboulé le quotidien d'énormément de monde. De nombreux chercheurs aux quatre coins du monde se sont donc intéressés à l'impact que pouvait avoir ces mesures sur la santé psychologique des individus.

2.1.1 Troubles de l'anxiété

Les troubles anxieux sont un ensemble de troubles étant caractérisé par une crainte et une anxiété excessive, impactant le comportement de l'individu qui en souffre (American

Psychiatric Association, 2013). Dans cette section, nous aborderons plus particulièrement le trouble anxieux généralisé.

Le DSM-V définit le trouble anxieux généralisé par la présence excessive d'anxiété ou d'inquiétudes à tel point que la personne qui en souffre ne parvient pas à les contrôler. Cette anxiété s'accompagne de plusieurs symptômes possibles, dont au minimum trois sont présents depuis une durée de six mois :

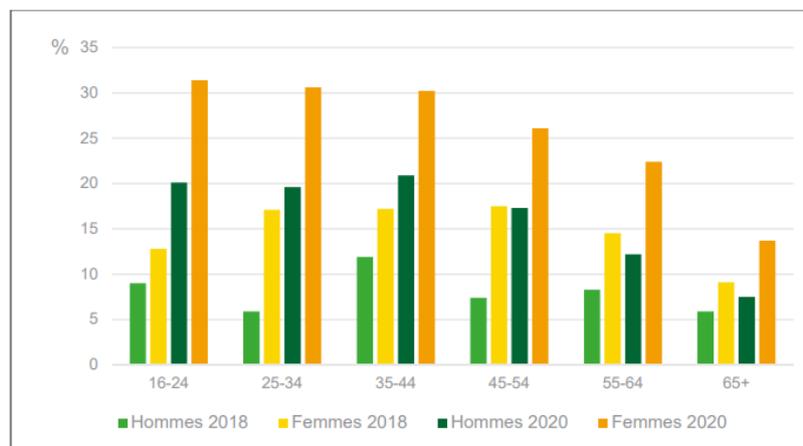
- Agitation (ou le sentiment d'être à bout de nerfs)
- Fatigabilité
- Difficultés à se concentrer
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Perturbation du sommeil

L'anxiété, l'inquiétude ou les symptômes physiques éprouvés engendrent une détresse ou une altération significative du fonctionnement de l'individu. Ces éléments ne sont ni induits par une substance, ni par une autre affectation psychologique (American Psychiatric Association, 2013).

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale fût l'objet de nombreuses études en psychologie. Certaines d'entre elles ont démontré une diminution du bien-être par rapport à la période pré COVID. Ce phénomène se déclare par une élévation des scores d'anxiété, de dépression et de stress (Lorant et al., 2021 ; Vindegaard & Benros, 2020). Dans leur étude, Bruggeman et al., ont mis en évidence que la prévalence des symptômes d'anxiété était liée à la sévérité des mesures restrictives. En effet, la population belge a expérimenté une anxiété plus élevée lors des premiers mois de la crise sanitaire (mai 2020 - septembre 2020), lorsque les confinements étaient de mise. Les symptômes d'anxiété ont connu une baisse lors des périodes suivantes, où quelques libertés ont été retrouvées comme la réouverture de l'horeca ou le retour à l'école (Bruggeman et al., 2022). Ce phénomène a également été observé lors d'autres études menées en Belgique (Lorant et al., 2022 ; Beutels et al., 2020 ; Lorant et al., 2020). L'étude réalisée par Beutels a permis d'aller un pas plus loin. En effet, la hausse des symptômes d'anxiété s'observe souvent avant l'annonce de nouvelles mesures restrictives. Cela pourrait être dû à l'anticipation de ces mesures et l'évolution de la perception du risque qui y est associée (Beutels et al., 2020).

La première enquête de santé durant la pandémie de COVID-19 fût menée par Sciensano au mois de mai 2020 (Sciensano, 2020). Celle-ci révèle une nette hausse de l’anxiété⁴ par rapport à la période pré COVID-19 (Figure 1). En effet, en 2018, 11% de la population souffrait d’anxiété. Deux mois après l’apparition du virus en Belgique, 20% d’entre elle est concernée.

Figure 1 : Pourcentage de personnes avec un trouble anxieux, par âge et par sexe, Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

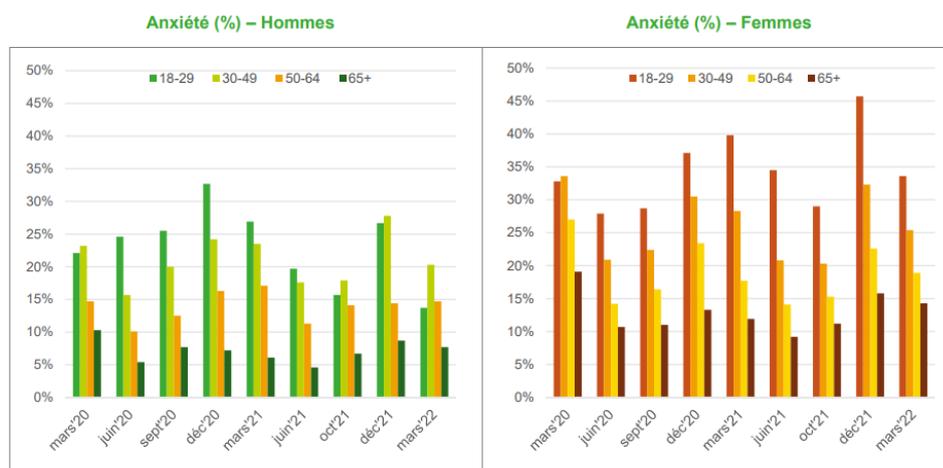


Les résultats de cette enquête démontrent également que les femmes (24%) sont plus sujettes aux troubles d’anxiété que les hommes (16%). Cette enquête permet de mettre en évidence la prédisposition du facteur âge dans l’émergence de troubles anxieux. Les jeunes âgés entre 16 et 44 ans sont 25% à ressentir de l’anxiété. La prévalence de ce trouble diminue à partir de 45 ans.

Comme mentionné précédemment, des études ont montré que l’anxiété ressentie était plus élevée lors des périodes durant lesquelles les mesures restrictives battaient leur plein. Ce phénomène se vérifie avec la dernière enquête de santé de Sciensano, datant du mois d’avril 2022 (Sciensano, 2022). Nous pouvons remarquer que les pics d’anxiété correspondent aux différentes vagues de contaminations que notre pays a connu (Figure 2). Lors de ces vagues épidémiques, un durcissement ou de nouvelles mesures entraient généralement en vigueur.

⁴ L’anxiété a été évaluée à l’aide du *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7* ; Spitzer et al., 2006)

Figure 2 : Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles de l'anxiété, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-2022



Les données récoltées au mois de mars laissent entrevoir, pour les hommes comme pour les femmes, une diminution du niveau d'anxiété. Ici encore, les femmes (22,5%) sont plus touchées par l'anxiété que les hommes (15%).

2.1.2 Troubles dépressifs

Comme mentionné dans la section précédente, une baisse du bien-être a été observée suite à la survenue de la pandémie de COVID-19 (Lorant et al., 2021 ; Vindegaard & Benros, 2020). Outre l'élévation du niveau d'anxiété, une augmentation des symptômes dépressifs est également observée. Pour rappel, selon le DSM-V, les symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif peuvent être multiples (American Psychiatric Association, 2013). Les voici :

- Une humeur dépressive quasi constante, reportée par le sujet ou par les autres
- Une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour presque toutes les activités
- La perte ou gain significatif de poids, ou augmentation/diminution de l'appétit
- L'insomnie ou hypersomnie
- L'agitation ou ralentissement psychomoteur
- La fatigue ou perte d'énergie
- Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée

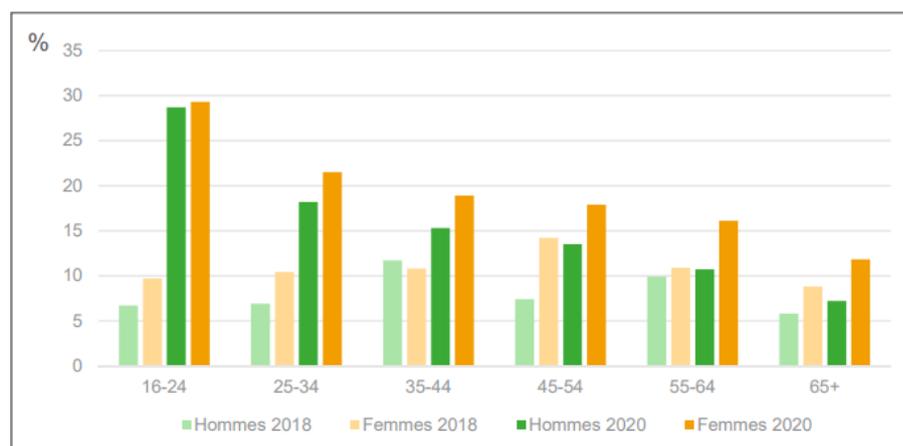
- Une diminution de la capacité de penser, de se concentrer ou une indécision
- Des pensées et idées suicidaires ou tentatives de suicide (avec ou sans plan précis)

La présence d'au minimum cinq des symptômes suivants durant une période de deux semaines est requise pour diagnostiquer un trouble dépressif. Parmi ces symptômes doit figurer l'humeur dépressive ou la perte de plaisir et d'intérêt (American Psychiatric Association, 2013).

Tout comme cela a été mis en évidence pour l'anxiété, il semblerait que l'augmentation des symptômes dépressifs soit d'autant plus marquée lors de périodes caractérisées par un durcissement des mesures restrictives (Bruggeman et al., 2022). Ainsi, les symptômes dépressifs se sont plus largement fait ressentir lors des premiers mois de la pandémie.

La première enquête de santé menée par Sciensano au mois de mai 2020 révèle une nette augmentation des symptômes dépressifs⁵ par rapport à la période pré COVID-19 (Sciensano, 2020). En 2018, une personne sur dix (10%) présentait des symptômes dépressifs. En mai 2020, c'est environ 20% de la population belge qui est concernée (Figure 3).

Figure 3 : Pourcentage de personnes avec un trouble dépressif, par âge et par sexe, Enquête de santé COVID19, Belgique 2020



Les résultats de cette enquête témoignent également de l'effet du genre dans l'apparition des symptômes dépressifs. Ceux-ci sont plus présents chez les femmes (18%) que chez les hommes (14%). Un effet de l'âge est également détecté puisque la prévalence de la dépression

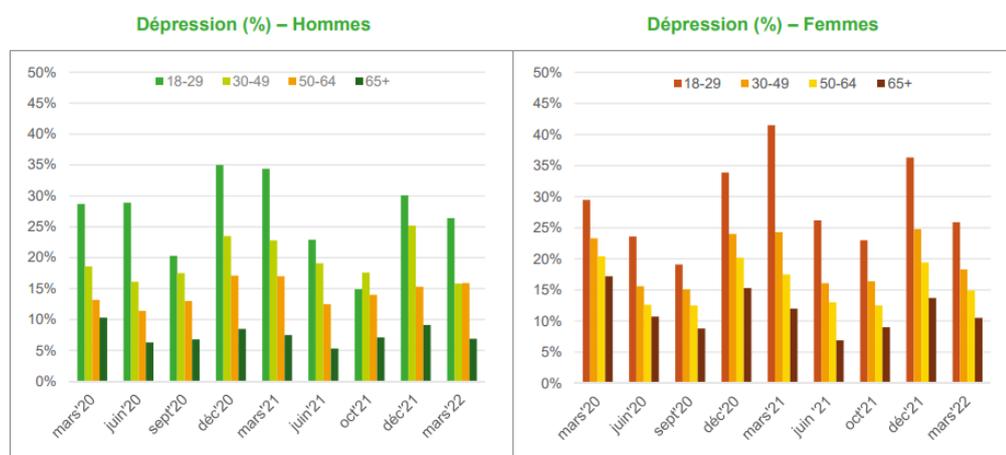
⁵ Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide du *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9* ; Kroenke et al., 2010)

est de 29% chez les jeunes âgés entre 16 et 24 ans et diminue pour atteindre 10% chez les personnes âgées de 64 ans et plus.

La présente enquête met également en lumière l'impact de certaines données sociodémographiques sur l'apparition de symptômes dépressifs. Par exemple, il est admis que les personnes vivant seules ou seules avec enfant(s) sont plus à risque de développer ces symptômes. Il en est de même pour les personnes dont l'activité professionnelle a dû être arrêtée en raison de la pandémie de COVID-19.

Comme mentionné précédemment, des études ont montré que les symptômes dépressifs se développaient plus largement lors des périodes de fortes restrictions (Bruggeman et al., 2022). La dixième enquête de santé, menée par Sciensano en avril 2022, confirme ce fait (Sciensano, 2022).

Figure 4 : Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-2022



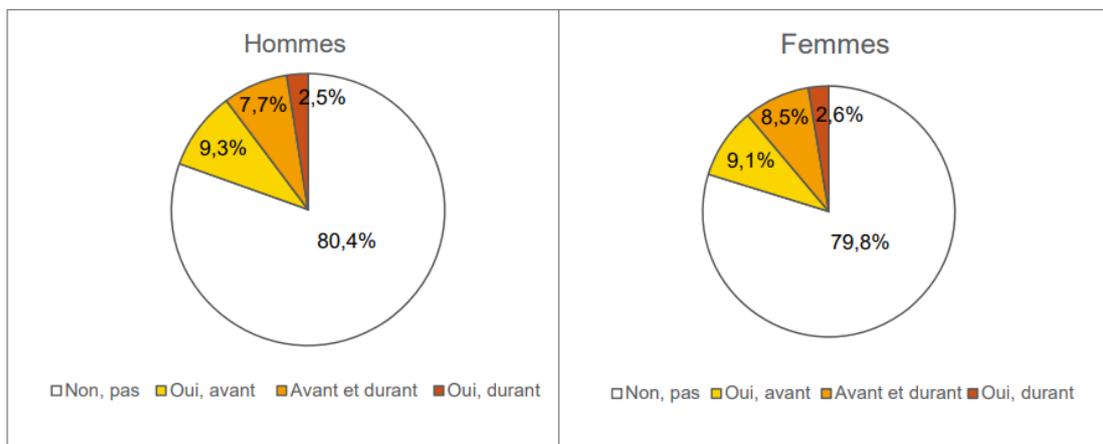
Les données récoltées en mars 2022 montrent un taux de symptômes dépressifs en baisse (16%) comparé au pic observé en fin d'année 2021 (21%). Ces résultats démontrent toujours que les femmes et les jeunes sont plus touchés par ces symptômes (Figure 4).

2.1.2.1 Pensées et comportements suicidaires

Parmi les critères de l'épisode dépressif mis en évidence par le DSM-V, on retrouve la présence de pensées suicidaires et tentatives de suicide.

L'enquête de santé Covid-19 a évalué les pensées suicidaires de la population en posant cette question sur le fait « d'avoir déjà - à un moment donné de sa vie - sérieusement pensé à mettre fin à ses jours ». Les réponses à cette question peuvent être les suivantes : « non, jamais », « oui, seulement avant la pandémie », « oui, avant et durant la pandémie » et « oui, uniquement durant la pandémie ». Ces réponses ont respectivement obtenu 80%, 9%, 8% et 2,5% (Figure 5).

Figure 5 : Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) selon qu'ils/elles aient déjà eu ou non des pensées suicidaires et selon la période de survenue de ces pensées, 10e enquête de santé Covid-19, Belgique 2022



Aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes au niveau de l'apparition des pensées suicidaires mais aussi au moment auquel elles apparaissent. Cependant, une différence liée à l'âge a été constatée. Les jeunes adultes âgés entre 18 et 29 ans sont les plus nombreux à avoir éprouvé des pensées suicidaires avant et pendant la pandémie (14,5%). Les personnes âgées entre 30 et 64 ans témoignent de pensées suicidaires à hauteur de 8%. Les personnes qui font état de peu de pensées suicidaires sont les séniors, avec 4%.

2.1.3 Stress

Selon Lazarus, le stress est défini comme une « *relation entre la personne et son environnement, qui est évaluée par la personne comme tarissant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être* » (Lazarus & Folkman, 1984). Selon ces auteurs, le stress devrait être traité comme un concept organisateur qui permettrait de comprendre une large gamme de phénomènes importants dans l'adaptation humaine. Ainsi, le stress ne serait pas une variable unique mais un ensemble de variables et processus (Lazarus & Folkman, 1984). Les études en psychologie sur ce sujet portent soit sur l'apparition d'évènements environnementaux qui dépassent les capacités d'adaptation d'une population, soit sur les réponses individuelles produites à la suite de cet évènement comme le stress perçu ou encore les affects négatifs (Cohen et al., 2007).

Comme les deux sections précédentes le démontrent, la pandémie de COVID-19 a engendré une hausse significative de l'anxiété et de la dépression et ce, à l'échelle internationale. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé indique que, durant la première année de la pandémie, la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté de 25% (OMS, 2022). Les facteurs de stress ayant conduit à cette augmentation sont multiples. Parmi ceux-ci, on retrouve l'isolement social, la solitude, l'incapacité de travailler en raison des mesures restrictives et la perte de revenus financiers, la peur de la contamination et des souffrances physiques et la peur de la mort pour soi-même ou pour ses proches (OMS, 2022).

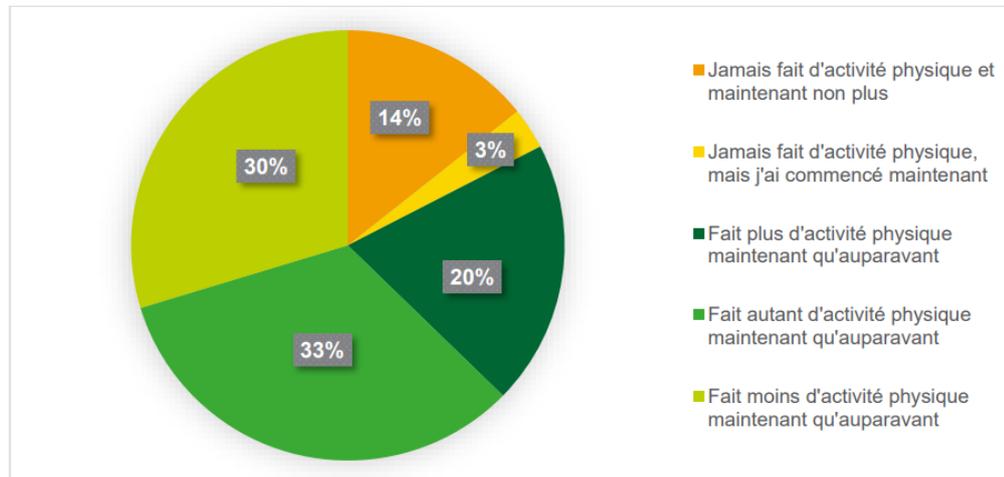
Face à ces facteurs de stress, la population n'a pas été impactée de la même manière. Les femmes et les jeunes ont été plus touchés par le stress inhérent à la pandémie. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé indique que, selon les données existantes sur l'impact de la pandémie, les femmes sont plus largement affectées par le stress que les hommes. De plus, il a été démontré que la pandémie a plus massivement impacté la santé mentale des jeunes, ces derniers étant plus à risque de mettre en place des comportements d'autodestruction et des tentatives de suicides (OMS, 2022).

2.2 Impacts sur les comportements de santé

2.2.1 Activité physique

Peu après l'apparition du COVID-19 dans notre pays, une mesure sans précédent fût prise : le placement de la population en confinement général. Cette mesure avait pour objectif de ralentir la propagation du virus et protéger les citoyens belges de la contamination. Durant plusieurs semaines, la majorité de la population s'est confinée, passant la plupart de son temps à domicile. Certains y ont vu une occasion de débiter ou continuer une activité physique, d'autres non. La figure 6 présente les résultats de l'enquête de santé menée par Sciensano au mois de mai 2020 (Sciensano, 2020).

Figure 6 : Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon les changements dans les habitudes en matière d'activité physique depuis de 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Les résultats de cette enquête mettent en évidence le facteur de l'âge dans l'augmentation de l'activité physique. En effet, les adultes âgés de 18 à 24 ans sont les plus nombreux (34,1%) à avoir augmenté leurs dépenses tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus sont les moins nombreuses (16,4%). Un effet de la composition du ménage est également observé. Les personnes vivant seules sont celles qui diminuent leur activité physique (34,7%).

Il est tout de même important de préciser que ces chiffres peuvent être expliqués par les conditions météorologiques, qui ont été favorables aux activités en extérieur, la fermeture des salles de sport et le temps disponible. Certaines personnes ont vu leur temps disponible se rallonger durant le confinement tandis que d'autres ont dû jongler avec leur vie familiale et professionnelle, laissant peu de place aux activités physiques.

À l'heure où la population belge semble avoir retrouvé ses habitudes, qu'en est-il de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité physique ? La dernière enquête de santé révèle que plus de la moitié des adultes belges (53%) estime que la pandémie n'a eu aucun impact sur l'activité physique effectuée et près d'un tiers (32%) renseigne un impact négatif (Sciensano, 2022). Au contraire, un sixième des personnes âgées de 18 et plus indique un impact positif de la pandémie sur leur activité physique. Trente-six pourcents des personnes ayant rapporté un impact négatif est âgé entre 30 et 49 ans et 33% est âgé entre 50 et 64 ans. Au-delà de cet âge, la prévalence des personnes témoignant un impact négatif de la pandémie sur leur activité physique diminue à 25%.

2.2.2 Habitudes alimentaires

Lors des premières semaines de la pandémie, les citoyens de ce pays ont été près de 80% à n'effectuer aucun changement au niveau alimentaire (Sciensano, 2020). Toutefois, une diminution de la consommation de fruits et légumes (autres que les jus) a été observée par rapport à la période pré COVID. En effet, les personnes consommant des fruits quotidiennement représentaient 55,3% de la population en 2018 contre 47,1% en mai 2020. Une différence d'autant plus significative s'observe au niveau de la consommation régulière de légumes : 76,2% en 2018 contre 57,2% en 2020. Les résultats de la première enquête de santé démontrent également une diminution de la consommation de boissons sucrées. Aucun effet significatif de l'âge ou du sexe n'a été mis en évidence (Sciensano, 2020).

Plus de deux ans après l'apparition du COVID-19 en Belgique, un quart (25%) de la population âgée de 18 et plus renseigne un impact négatif de la pandémie sur ses habitudes alimentaires. Soixante-quatre pourcent d'entre elle n'indique aucun impact tandis que 11% rapporte un impact positif. Un effet du genre et de l'âge ont été observés en ce qui concerne l'impact négatif renseigné. Les femmes (28%) sont plus susceptibles d'indiquer un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires par rapport aux hommes (22%). Il en est de même pour

les personnes plus jeunes. Vingt-huit pourcent des personnes âgées entre 18 et 29 ans, 32% des personnes âgées entre 30 et 49 ans ainsi que 25% des personnes âgées entre 50 et 64 ans rapporte l'impact négatif qu'a exercé la pandémie sur leurs habitudes alimentaires. En revanche, seulement 13% des personnes âgées de 65 ans ou plus mentionne un impact négatif.

2.2.3 Consommation d'alcool, tabac, drogues et substances

La première enquête de santé ayant analysé ces consommations s'est déroulée en deux temps (Sciensano, 2020). Une première récolte des données a eu lieu du 2 au 9 avril 2020 et la seconde du 16 au 23 avril. La question suivante a été posée : « Depuis le 13 mars 2020, avez-vous modifié votre consommation des produits suivants ? (alcool, tabac, sédatifs et drogues) ». Les réponses possibles étaient celles-ci :

- Je n'en consomme pas
- J'ai (re)commencé à en consommer
- J'ai augmenté ma consommation
- J'ai diminué ma consommation
- Ma consommation est restée stable
- J'ai arrêté d'en consommer depuis ce moment

Les réponses à ces questions permettent d'évaluer la proportion de consommateur pour chaque substance citée. Elles permettent également de renseigner si, au sein des consommateurs d'une substance, certains ont diminué, augmenté ou stabilisé leur consommation par rapport à la période pré COVID. Le tableau 1 présente les résultats obtenus.

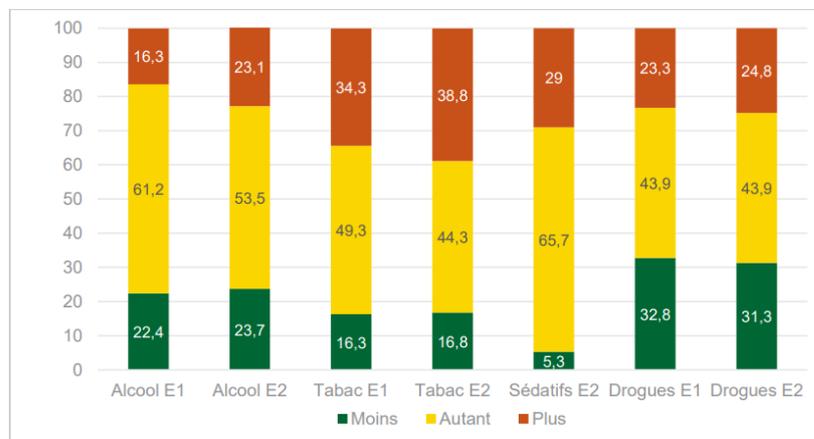
Tableau 1 : Pourcentage de la population (de 18 ans ou plus) qui consomme de l'alcool, du tabac, des sédatifs ou des drogues illicites, par enquête, HIS 2018 – Enquêtes COVID-19, Belgique 2020

Produits	HIS 2018 (%)	1 ^{re} enquête (%)	2 ^{ème} enquête (%)	Total enquêtes COVID-19 (%)
Alcool	77,4* / 68,9*	67,6	72,1	70,2
Tabac	19,8	21,8	22,1	21,9
Sédatifs	12,7	-	18,2	18,2
Drogues (18-64 ans)	5,4	4,7	5,5	5,1

Le premier astérisque représente la consommation au cours des 12 dernier mois (%) et le second représente la consommation au moins une fois par mois (%).

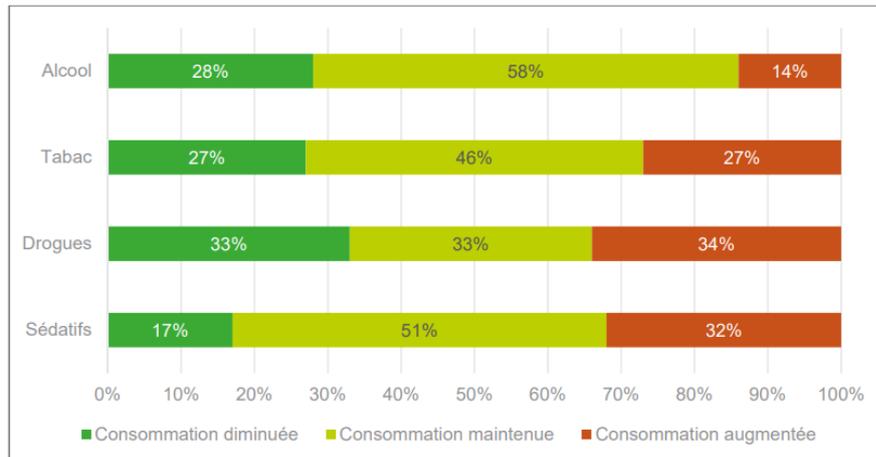
Ce tableau indique que, depuis le début de la pandémie, les consommateurs d'alcool et de drogues sont légèrement moins nombreux. À l'inverse, le nombre de consommateur de tabac et de sédatifs a augmenté. Parmi les personnes ayant recours à ces substances, la majorité a déclaré ne pas avoir modifié leurs habitudes de consommation. Par conséquent et en fonction de la substance, entre 43,9% et 65,7% des consommateurs n'aurait effectué aucun changement dans la façon de consommer. La figure 7 renseigne les changements d'habitude de consommation.

Figure 7 : Proportion de consommateurs d'alcool, de tabac, de sédatifs et de drogues (de 18 ans ou plus) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation de ces produits pendant la période de restrictions, Enquêtes de santé COVID-19 (E1 et E2), Belgique 2020



La figure 8 présente les résultats de la dixième enquête de santé menée par Sciensano en avril 2022 sur les niveaux de consommations d'alcool, de tabac, de drogues et de sédatifs.

Figure 8 : Pourcentage de consommateurs d'alcool, de tabac, de drogues et de sédatifs (18 ans et plus) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation de ces produits par rapport à la période qui précède la crise, 10e enquête de santé COVID-19, Belgique 2022



Parmi les consommateurs d'alcool, 58% n'a pas modifié sa consommation, 28% l'a diminuée et 14% l'a augmentée. Plusieurs facteurs de prédisposition sont mis en évidence : être un homme, être âgé de moins de 65 ans, présenter les symptômes de trouble anxieux et/ou dépressif et être parent isolé. En effet, ces personnes sont plus susceptibles d'augmenter leur consommation d'alcool.

Les consommateurs de tabac sont autant (27%) avoir augmenté et diminué leur consommation. Quarante-six pourcent d'entre eux a maintenu sa consommation par rapport à la période pré COVID. L'augmentation de consommation de tabac se fait particulièrement ressentir chez les jeunes âgés de 18 à 29 ans, les parents isolés, les personnes en demande d'emploi ou présentant les symptômes d'un trouble anxieux et/ou dépressif ainsi que les personnes vivant seules.

En ce qui concerne les consommateurs de drogues, 33% d'entre eux a diminué sa consommation depuis l'apparition du COVID-19, 33% l'a maintenue tel quel et 34% l'a augmentée. Ce phénomène s'observe plus largement chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans.

Enfin, 51% des usagers de sédatifs a maintenu sa consommation, 17% l'a diminuée et 32% l'a augmentée. Cet usage accru de sédatifs s'observe plus particulièrement chez les jeunes

adultes, les étudiants, les personnes travaillant ou encore celles présentant des symptômes anxieux et/ou dépressifs.

2.2.4 Sommeil

La pandémie de COVID-19 peut possiblement impacter le sommeil de différentes façons. Tout d'abord, le stress et l'anxiété peuvent avoir comme effet des insomnies ou des réveils durant la nuit. Ensuite, il est possible que le changement d'activités du quotidien puisse avoir un impact sur le sommeil. Une baisse des activités physiques, un temps d'écran élargi (cours à distance, télétravail) ou encore une perturbation des heures habituelles de lever et de coucher peut induire un décalage du rythme du sommeil par rapport au rythme habituel (Sciensano, 2020).

Les enquêtes de santé se sont intéressées à l'impact de la pandémie sur le sommeil. Pour ce faire, trois questions tirées du SCL-90R⁶ ont été posées aux participants : « Au cours des deux dernières semaines,

- avez-vous eu du mal à vous endormir ?
- vous êtes-vous réveillé trop tôt le matin ?
- votre sommeil était-il agité ou troublé ? »

Le score du sommeil est évalué selon une échelle de cotation allant de 0 à 4. Le score total se situe donc entre 0 et 12. Un score de 4 indique la présence d'un sommeil perturbé. Les résultats obtenus lors de la troisième enquête de santé, datant de juin 2020, sont préoccupants (Sciensano, 2020). Septante-deux pourcents de la population âgée de 18 ans ou plus rapporte avoir eu une ou plusieurs difficultés de sommeil au cours des deux dernières semaines (score moyen de 5,2). Une augmentation de 42% est observée puisque ces problèmes ne touchaient qu'environ 30% de la population entre 2007 et 2013. De plus, les résultats indiquent que les femmes (76%) sont plus sujettes aux problèmes de sommeil que les hommes (67%). Un effet de l'âge est également détecté puisque les personnes de 65 ans et plus sont les plus épargnées par les soucis de sommeil (65%).

⁶ SCL-90R : Liste de contrôle des symptômes (SCL-90R ; Derogatis, 1977)

En novembre 2021, les résultats obtenus ne démontraient pratiquement aucun changement dans la qualité du sommeil de la population belge. En effet, 71% des personnes de 18 ans et plus présente toujours des difficultés de sommeil (score moyen de 5,1). L'effet du genre et de l'âge persiste puisque les femmes sont plus touchées par ces difficultés que les hommes. Les personnes âgées en sont plus préservées.

2.3 Les mesures préventives

Dès le 4 mars 2020, date à laquelle le premier cas d'infection au COVID-19 a été recensé en Belgique, les autorités gouvernementales ont rapidement mis en place différentes mesures dans le but de minimiser la propagation du virus. Parmi elles, nous pouvons répertorier les mesures préventives telles que le lavage de main, et les mesures restrictives comme l'interdiction de voyager. Malgré leurs opinions, croyances et souhaits, les citoyens belges n'ont guère eu le choix, ils ont dû se plier aux mesures en vigueur. En effet, celles-ci étant obligatoires, des amendes étaient prévues en cas de non-respect. Ainsi, ces mesures sont venues impacter le quotidien de toute une population.

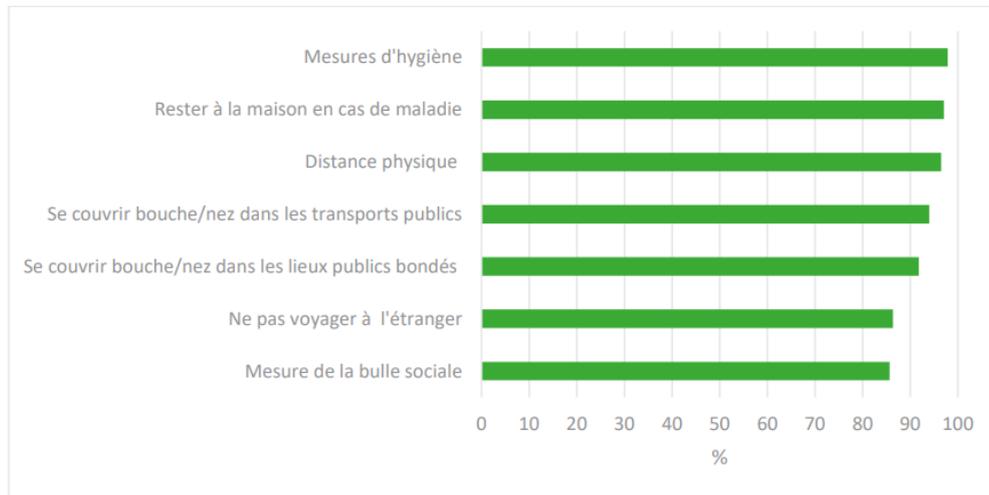
2.3.1 Utilité perçue

Lors des différentes enquêtes de santé menées par Sciensano, l'opinion de la population quant à l'efficacité des mesures a été évaluée. Pour ce faire, la question suivante a été posée : « Supposons que tout le monde ait suivi de près les mesures de protection du gouvernement. Selon vous, dans quelle mesure cela contribuerait-il à prévenir la propagation du coronavirus (COVID-19) ? » Les réponses possibles étaient celles-ci :

- Ne contribuent certainement pas
- Ne contribuent probablement pas
- Contribuent probablement
- Contribuent certainement

Le pourcentage de la population estimant les mesures préventives utiles dans la lutte contre le COVID-19 a été calculé. Les résultats sont présentés dans la Figure 9.

Figure 9 : Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui estiment que les mesures mentionnées contribuent à lutter contre la propagation du COVID-19, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Une grande majorité de la population estime que les mesures préventives sont utiles dans la lutte contre la propagation du virus. Toutefois, quelques nuances sont à mettre en lumière. Il a été démontré que les femmes (94%) sont plus susceptibles de juger les mesures utiles par rapport aux hommes (89%). Un effet de l'âge est également mis en évidence. Les jeunes âgés de 18 à 34 ans sont en moyenne 87% à considérer les mesures comme étant utiles contre 95% chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

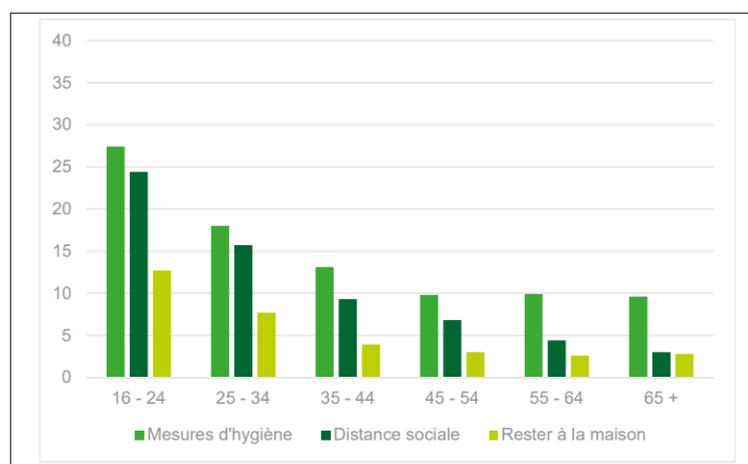
Ainsi, durant les débuts de la pandémie, la quasi-totalité de la population estimait les mesures préventives utiles pour lutter contre la propagation du virus. Cependant, ces mesures ayant été d'application durant longtemps et ayant subi de nombreux changements, il a semblé pertinent de recueillir l'opinion de la population plusieurs mois plus tard. Les résultats obtenus lors de la neuvième enquête de santé, datant de novembre 2021, continuent de démontrer qu'une majorité de la population juge les mesures préventives utiles dans la lutte contre la pandémie. Cependant, une plus grande disparité entre les mesures est observée. Par exemple, le couvre-feu n'est utile que pour 43% de la population tandis que les mesures d'hygiène sont jugées utiles à 94%.

Malgré quelques petites différences, de nombreuses mesures préventives sont jugées utiles par la majorité de la population belge et ce, même après un an et demi de pandémie.

2.3.2 Application

Bien qu'une majorité de la population juge les mesures utiles, cela ne signifie pas qu'elle les applique. En effet, la première enquête de santé datant du mois de mai 2020 indique que certaines personnes ne suivent pas les recommandations émises par les autorités gouvernementales (Sciensano, 2020). La figure 10 présente les résultats obtenus lors de cette enquête.

Figure 10 : Pourcentage des personnes qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures actuelles par âge, Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Cette figure démontre qu'un effet de l'âge existe en ce qui concerne le respect des mesures préventives. En effet, les personnes âgées sont moins nombreuses (entre 5 et 10%) à ne pas respecter les mesures recommandées par les autorités. Les jeunes âgés entre 16 et 24 ans sont, quant à eux, les plus nombreux à ne pas les respecter (entre 12 et 27%).

Voici les raisons évoquées par les personnes qui ne respectent pas les mesures préventives d'application :

- Être prudent et donc ne pas risquer de soucis (55%)
- Ne pas faire partie d'un groupe à risque (27%)
- Continuer ses activités (24%)
- Se sentir seul.e (18%)

- Rendre visite à un proche (17%)
- Ne pas comprendre les mesures (15%)
- Ne pas se sentir concerné.e (12%)
- La sévérité des mesures (11%)

Comme ce chapitre l'a démontré, les conséquences de la pandémie de COVID-19 sont multiples. De nombreux chamboulements ont été observés, que ce soit au niveau de la santé mentale ou des comportements de santé de la population belge. Malgré les difficultés rencontrées, il a été demandé à l'ensemble des habitants de ce pays de fournir des efforts communs pour lutter contre la propagation du virus. De nombreuses mesures préventives ont vu le jour dans le but de protéger la santé de tous. Pourtant, durant les premières semaines de la pandémie, il a été démontré qu'une partie de la population n'appliquait pas ces mesures. Plus de deux après l'apparition du COVID-19, il semble intéressant de questionner à nouveau l'adoption des mesures préventives à l'aide d'un outil spécialement conçu à cet effet.

CHAPITRE 3 : THE COVID-19 PREVENTIVE BEHAVIORS

INDEX

Depuis l'apparition du COVID-19 en décembre 2019 en Chine, des efforts à l'échelle internationale ont été effectués afin d'endiguer la rapide propagation du virus. De nombreux chercheurs à travers le globe se sont alors attelés à la création d'un vaccin contre le coronavirus. Cependant, la création d'un tel traitement, soumis à de nombreux tests et validations, prend du temps. Dès lors, un moyen efficace pour freiner la propagation du virus, en attendant la mise en circulation d'un vaccin, est un changement de comportements de la population afin de limiter au maximum la diffusion du virus. Ce changement de comportement consisterait alors au respect des mesures préventives mises en place (Ferguson et al., 2020). Il semble donc important de récolter des mesures fiables et valides évaluant l'adhésion aux comportements préventifs. *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021) a donc été développée, testée et validée dans ce but.

3.1 Développement de l'outil

Construire une telle mesure n'est pas chose aisée puisque les comportements préventifs imposés par les autorités varient en fonction du temps et du lieu où ils sont d'application. En outre, la désirabilité sociale liée à l'adoption de ces comportements s'observe différemment selon l'âge, la vulnérabilité face à la covid-19 mais aussi l'emploi (Daoust, 2020). Les préoccupations identitaires telles que la recherche d'efficacité personnelle, de distinction ou d'estime de soi peuvent également influencer les comportements (Breakwell, 2015 ; Murtagh et al., 2012).

En raison de ces différents facteurs et de la nécessité d'adapter toute nouvelle mesure au contexte social et politique dans lequel elle s'inscrit, les différentes études évaluant les comportements préventifs démontrent des résultats variables. En effet, certaines de ces études utilisent des mesures se rapportant aux directives gouvernementales en application (Park et al., 2020 ; Toussaint et al., 2020 ; Vally, 2020) tandis que d'autres se basent sur des échelles

utilisées lors de précédentes épidémies. Certaines études, quant à elles, s'élaborent autour d'un ou deux comportements préventifs tels que lavage des mains ou le port du masque.

Ces études ayant des méthodes très différentes, il est compliqué de comparer leurs résultats. Dès lors, il serait utile de pouvoir disposer d'un outil évaluant les comportements préventifs applicable en tout temps et en tout contexte pandémique. Cet outil permettrait le suivi systématique ainsi que la modélisation des facteurs pouvant influencer l'adhésion aux comportements préventifs. Il serait opportun que celui-ci contienne :

- Les comportements d'hygiène
- Les comportements d'isolement social
- Les comportements de distanciation sociale
- Les comportements de testing et de suivi en cas d'infection
- La recherche d'informations liée à la covid-19

Au fil de l'évolution du contexte politique et des connaissances médicales liées au coronavirus, ces différentes catégories devront être reformulées. Cependant, les auteurs s'attendent à ce que les variations de formulation ne soient pas nécessaires, à une exception près. En effet, il sera utile d'inclure une catégorie évaluant l'acceptation de la vaccination au coronavirus (Breakwell et al., 2021). À l'époque de la construction de ce questionnaire (milieu d'année 2020), aucun vaccin n'était encore disponible sur le marché, c'est pourquoi les auteurs ont jugé prématuré d'inclure cette catégorie dans leur outil.

Il est important de mentionner que cet outil ne vise pas à vérifier la compliance de la population aux directives en matière de comportements préventifs. Il s'agit plutôt d'une mesure de la probabilité auto-déclarée de la population à adopter les comportements préventifs cités. La motivation des individus à mettre en place ces comportements n'est donc pas évaluée. Dès lors, il sera demandé aux personnes de prédire leurs comportements plutôt que de les expliquer. Ainsi, le *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021) tend à refléter l'estimation que les gens font eux-mêmes de la probabilité d'émettre certains comportements préventifs liés à la covid-19.

3.2 Méthode

3.2.1 Participants

Les auteurs ont recrutés 479 personnes afin de répondre au questionnaire. 470 d'entre elles y ont répondu entièrement, les analyses statistiques effectuées se basent uniquement sur ces données. Parmi cet échantillon de participants, 64,47% étaient des femmes (N=303), 35,11% étaient des hommes (N=165) et 0,43% étaient non-binaires (N=2). La tranche d'âge des participants s'étalait de 18 à 72 ans. L'échantillon comportait une proportion égale de personnes blanches britanniques, de personnes noires, asiatiques et provenant de minorités ethniques. Le tableau 2 renseigne les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de la version originale du CPBI.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (version originale)

Variables	Total (N = 470)	Females (N = 303)	Males (N = 165)	Non-Binary (N = 2)	p ^a
Age (years)					
M (SD)	32.7 (12.4)	32.6 (12.0)	32.9 (13.0)	21.0 (4.2)	0.399
Ethnicity (detailed)					0.179
N (%)					
White British	243 (52)	169 (56)	74 (45)	0 (0)	
White and Black Caribbean	4 (1)	3 (1)	1 (1)	0 (0)	
White and Asian	5 (1)	3 (1)	2 (1)	0 (0)	
White Other	2 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	
Pakistani	57 (12)	34 (11)	22 (13)	1 (50)	
Bangladeshi	15 (3)	7 (2)	8 (5)	0 (0)	
Indian	68 (15)	40 (13)	28 (17)	0 (0)	
Caribbean	28 (6)	18 (6)	9 (5)	1 (50)	
African	48 (10)	29 (10)	19 (12)	0 (0)	
Ethnicity (main)					0.027
N (%)					
White British	243 (52)	169 (56)	74 (45)	0 (0)	
BAME	227 (48)	134 (44)	91 (55)	2 (100)	
Qualification					0.232
N (%)					
High School (GCSE/O-Levels)	48 (10)	21 (7)	26 (16)	1 (50)	
High School (AS/A-Levels)	139 (30)	93 (31)	46 (28)	0 (0)	
Undergraduate	197 (42)	134 (44)	62 (38)	1 (50)	
Postgraduate	73 (16)	45 (15)	28 (17)	0 (0)	
Apprenticeship	5 (1)	4 (1)	1 (0)	0 (0)	
Other	7 (1)	5 (2)	2 (1)	0 (0)	
None	1 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	
Employment					0.708
N (%)					
Employed	239 (51)	157 (52)	82 (50)	0 (0)	
Self-employed	37 (8)	22 (7)	15 (9)	0 (0)	
Furloughed	31 (7)	19 (6)	12 (7)	0 (0)	
Student	114 (24)	72 (24)	40 (24)	2 (100)	
Retired	10 (2)	7 (2)	3 (2)	0 (0)	
Unemployed	39 (8)	26 (9)	13 (8)	0 (0)	

3.2.2 Design expérimental

Les données ont été collectées à deux reprises durant l'épidémie de COVID-19 au Royaume-Uni : le 8 juillet 2020 et le 14 août 2020. Le premier temps d'évaluation a permis de recruter 251 participants tandis que le second a permis d'en recruter 228. Ainsi, les 479 participants de l'étude, recrutés à l'aide de la plateforme Prolific, ont été divisés en deux échantillons.

3.2.3 Matériel

3.2.3.1 COVID-19 Preventive Behaviors Index (CPBI ; Breakwell et al., 2021)

Le CPBI est un indice composé de dix items. Chacun d'eux est coté à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points allant de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord. Les items 8 et 9 ont une cotation inversée. Un score élevé indique une plus haute probabilité d'adopter le comportement préventif cité. L'alpha de Cronbach (α) est de 0,75.

3.2.3.2 COVID-19 Own Risk Appraisal Scale (CORAS ; Jaspal et al., 2020)

Le CORAS est une échelle composée de six items cotés à l'aide d'une échelle ordinaire à cinq points. Un score élevé indique une évaluation du risque perçu lié au COVID-19 plus élevée. L'alpha de Cronbach (α) est de 0,87.

3.2.3.3 Fear of COVID-19 Scale (FCS ; Ahorsu et al., 2020)

Le FCS est une échelle composée de neuf items. Chacun d'entre eux est coté à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points allant de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord. Un score élevé indique une plus grande peur liée au COVID-19. L'alpha de Cronbach (α) est de 0,82.

3.2.4 Analyses statistiques

Dans leur article de validation, les auteurs ont effectués les analyses suivantes : une analyse factorielle exploratoire, une analyse factorielle confirmatoire et la théorie de la réponse à l'item. Dans le cadre de cette étude, nous nous attardons sur les analyses factorielles.

L'analyse factorielle exploratoire (AFE) est un processus statistique permettant la mise en évidence de la structure latente d'un ensemble de données. Cette structure se réfère à un nombre de facteurs. Ceux-ci expliquent pourquoi certaines variables sont corrélées entre elles et d'autres non.

L'analyse factorielle confirmatoire permet de confirmer le nombre de facteurs décelés par l'AFE et l'appartenance des différents items à ce(s) facteur(s).

3.2.5 Résultats

3.2.5.1 Analyses factorielles

Les analyses factorielles exploratoire et confirmatoire ont permis de déceler deux structures factorielles possibles au sein du CPBI : une solution à un et trois facteurs. L'analyse de la solution à trois facteurs n'ayant pas été concluante, les auteurs se sont attardés sur l'analyse de la solution à un facteur. Il a été révélé que les items sont corrélés de façon adéquate (0.41- 0.80) à cette structure factorielle. Celle-ci détient une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach (α) de 0,75 (Breakwell et al., 2021). La solution à un facteur ayant obtenu des résultats interprétables solides, elle a été retenue pour la suite des analyses. Le tableau 3 présente les différences observées entre la solution à un facteur et la solution à trois facteurs.

Tableau 3 : Analyse factorielle exploratoire du CPBI (version originale)

Item Number	One-Factor Solution			Three-Factor Solution				
	FI	Item Communality	Item Variance	FI	F2	F3	Item Communality	Item Variance
<i>How likely is that, during the COVID-19 outbreak, that you will . . .</i>								
1. Keep a distance of 2 meters in your everyday interactions with people outside of your household	0.58	0.33	0.67	0.19	0.36	0.25	0.40	0.60
2. Use a facemask when you leave your home	0.52	0.27	0.73	0.19	0.07	0.38	0.29	0.71
3. Work from home, if possible	0.41	0.16	0.84	-0.18	0.06	0.68	0.39	0.61
4. Avoid any non-essential local travel	0.80	0.64	0.36	0.28	0.06	0.66	0.75	0.25
5. Avoid any non-essential international travel	0.77	0.59	0.41	0.86	-0.06	0.07	0.79	0.21
6. Wash your hands regularly	0.61	0.37	0.63	0.68	0.12	-0.08	0.46	0.54
7. Keep informed about COVID-19 in the UK by watching the news	0.48	0.23	0.77	0.52	0.16	-0.09	0.29	0.71
8. Not make any changes to your lifestyle	0.51	0.26	0.74	0.34	0.02	0.23	0.26	0.74
9. Continue to see people outside of your household	0.41	0.17	0.83	-0.02	0.85	0.02	0.72	0.28
10. Comply with the NHS track and trace service, if contacted	0.50	0.25	0.75	0.46	-0.07	0.16	0.29	0.71
Total variance explained	33%			22%	14%	10%		
Cronbach's α	0.75			0.66	0.53	0.57		

3.2.5.2 Validité convergente

Le *COVID-19 Preventive Behaviors Index* présente une corrélation significative ($p < .05$) avec le *COVID-19 Own Risk Appraisal Scale* et avec la *Fear of COVID-19 Scale*.

3.3 Conclusion

Comme expliqué précédemment, le *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021) est une mesure de la probabilité que présente un individu à adopter des comportements préventifs visant à réduire la propagation du coronavirus. Cet indice a été conçu dans le but de fournir une courte mesure valide et fiable des principaux types de comportements préventifs en lien avec la pandémie. Les résultats obtenus aux analyses statistiques démontrent que ce questionnaire constitue une mesure fiable de la probabilité d'adopter un comportement préventif en période COVID-19.

De plus, ce questionnaire a l'avantage de pouvoir s'adapter aux différents temps pandémiques. Ainsi, il peut être utilisé comme un outil de suivi par les instances gouvernementales mais aussi comme un modèle par les chercheurs. Cette échelle peut également être utilisée dans le but d'affiner les conseils en matière de prévention (Breakwell et al., 2021). En effet, avoir connaissance de ce que la population est prête ou non à faire, permettrait aux autorités d'ajuster leurs prochaines interventions. Cependant, il serait

intéressant de poursuivre les recherches, notamment en évaluant la relation existant entre la probabilité d'adopter un comportement et le comportement réellement mis en place.

Cet outil constitue donc une source d'information précieuse dans la lutte contre le COVID-19. Pourtant, ce dernier ne peut être utilisé en Belgique en raison de l'inexistence d'une version française. Dès lors, nous avons jugé intéressant de travailler à la création ainsi qu'à la validation d'une version française du *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021) afin que, nous aussi, puissions bénéficier de telles informations.

CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Le contexte pandémique dans lequel notre monde est plongé depuis plus de deux ans fut, dès son commencement, synonyme de changement... et même bouleversement. En effet, cette période toute particulière a bousculé les habitudes de tout un chacun et ce, de bien des manières : télétravail, fermeture de nombreux secteurs, enseignement à distance, confinement. Dès l'apparition du virus en Belgique, les autorités gouvernementales ont mis en place des mesures préventives, qui, comme leur nom l'indique, visent à prévenir sa propagation. Parmi celles-ci on retrouve le port du masque, le lavage des mains ou encore la distanciation sociale. Ces mesures ont constitué le cheval de bataille des autorités dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 et ce, même après l'élaboration et la mise en circulation de vaccins efficaces. Ceci témoigne donc de l'importance de ces mesures et par conséquent, de leur adhésion.

Bien que la pandémie de COVID-19 recule peu à peu, une nouvelle augmentation des contaminations n'est tout de même pas à exclure. Il nous a donc semblé pertinent de questionner l'adhésion de la population belge aux mesures préventives mises en place par le gouvernement, ces mesures étant le moyen le plus efficace de lutter contre la propagation du virus.

Ce mémoire s'inscrit dans le projet d'élaboration et validation d'un outil francophone permettant l'évaluation de l'adhésion de la population à ces mesures. *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* développé par Breakwell et al. (2021) au Royaume-Uni évalue la probabilité déclarée d'une personne à adopter un comportement préventif. Aucun équivalent français n'existant pour cet outil, nous y avons vu une belle occasion, celle de travailler à l'élaboration et à la validation de sa version française, permettant ainsi aux populations francophones de pouvoir bénéficier de ses précieuses informations.

L'objectif premier de ce mémoire vise donc la validation de la version française du questionnaire *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021). Pour ce faire, une enquête en ligne fût lancée en population générale. Celle-ci contenait la traduction française du questionnaire précédemment cité mais également d'autres échelles évaluant des concepts similaires tels que les comportements de santé ou encore le sentiment de stress. Ces différentes mesures ont été intégrées à l'étude afin de pouvoir faire des hypothèses en lien avec le sujet principalement traité, l'adhésion aux mesures préventives.

Premièrement, notre hypothèse principale est de déceler, au sein de la version française du CPBI, une structure factorielle similaire à celle mise en évidence par Breakwell et al., (2021). Une bonne consistance interne et indices d'exactitude sont également attendus.

Ensuite, nous nous posons la question de savoir dans quelle mesure certaines données sociodémographiques telles que l'âge, le statut relationnel ou encore le degré de vaccination peuvent impacter l'adhésion d'une personne aux mesures préventives recommandés par les autorités. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle les personnes plus âgées, en couple avec enfant(s) et totalement vaccinées sont celles qui déclarent une plus haute probabilité d'adopter ces mesures.

Nous souhaitons également tester l'hypothèse selon laquelle un sentiment élevé de stress lié au COVID-19, mesuré par la *COVID Stress Scales* (Taylor et al., 2020) ainsi qu'un sentiment d'inquiétude élevé, mesuré par le questionnaire des *inquiétudes de Penn State* (Gosselin et al., 2001), soient liés à une plus forte adhésion aux mesures préventives.

L'hypothèse suivante s'élabore sur le schéma inverse. Nous nous attendons à ce que les individus ayant un score élevé à l'échelle *Patient Health Questionnaire* (Kroenke et al., 2010), portant sur les symptômes dépressifs, soient moins enclins à adhérer aux mesures préventives en matière de COVID-19.

Enfin, la dernière hypothèse s'attarde plus particulièrement sur les efforts fournis et les bénéfices retirés de l'application des mesures préventives. Nous souhaiterions tester l'hypothèse selon laquelle une mesure nécessitant un effort élevé de la part de l'individu et ne lui apportant que peu de bénéfices est peu susceptible d'être adoptée. Ainsi, les personnes fournissant des efforts élevés et retirant peu de bénéfices de l'application des mesures préventives seraient moins susceptibles de déclarer une probabilité élevée d'y adhérer.

II. PARTIE EMPIRIQUE

Cette deuxième partie se concentre sur les aspects empiriques de ce mémoire, présents dans les chapitres suivants.

Le cinquième chapitre aborde la méthodologie de ce travail. Celui-ci débute par la présentation des critères d'inclusion et de non-inclusion, la procédure de recrutements et les aspects éthiques. Ensuite, le protocole expérimental de l'étude est détaillé, de même que les conditions de passation, le matériel utilisé et les analyses statistiques envisagées.

Le sixième chapitre est dédié à l'analyse statistique des données récoltées lors de l'étude et à la présentation des résultats obtenus.

CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE

5.1 Participants

5.1.1 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les participants recrutés pour la première phase de cette étude sont des adultes bilingues français-anglais âgés de plus de 18 ans. Seuls les participants ayant obtenu un score minimum de 12/16 lors d'une auto-évaluation de leurs compétences linguistiques sont admis dans cette étude. Le protocole prévoit un échantillon de 32 personnes pour cette première phase. Les participants attendus pour la suite de l'étude sont des adultes francophones âgés de plus de 18 ans. Le protocole prévoit le recrutement de 1000 personnes. Une bonne maîtrise de la langue française ainsi que la capacité à remplir les questionnaires de façon autonome sont deux critères d'inclusion pour cette étude. À priori, aucun critère de non-inclusion n'est retenu.

5.1.2 Procédure de recrutement

Le recrutement des participants bilingues fût effectué dans l'entourage de l'étudiante mémorante. Le recrutement de participants en population générale a, quant à lui, été mené par la chercheuse responsable, les étudiant.e.s en 3^{ème} année de bachelier qu'elle supervise ainsi que l'élève mémorante. Celui-ci s'est principalement réalisé via les réseaux sociaux et sur base du bouche à oreille, parmi l'entourage de la chercheuse et de ses étudiant.e.s. L'utilisation des réseaux sociaux est par ailleurs étroitement encadrée afin de garantir le respect du secret professionnel. En effet, il a été demandé de ne laisser aucun commentaire sous les différentes annonces publiées sur les réseaux sociaux afin de garantir l'anonymat des participants. Ces derniers peuvent se retirer de l'étude à tout moment sans devoir en justifier la cause. Aucune rémunération n'est accordée aux participants et, par conséquent, aucun frais supplémentaire n'est dû dans le cadre de cette étude.

5.1.3 Aspects éthiques

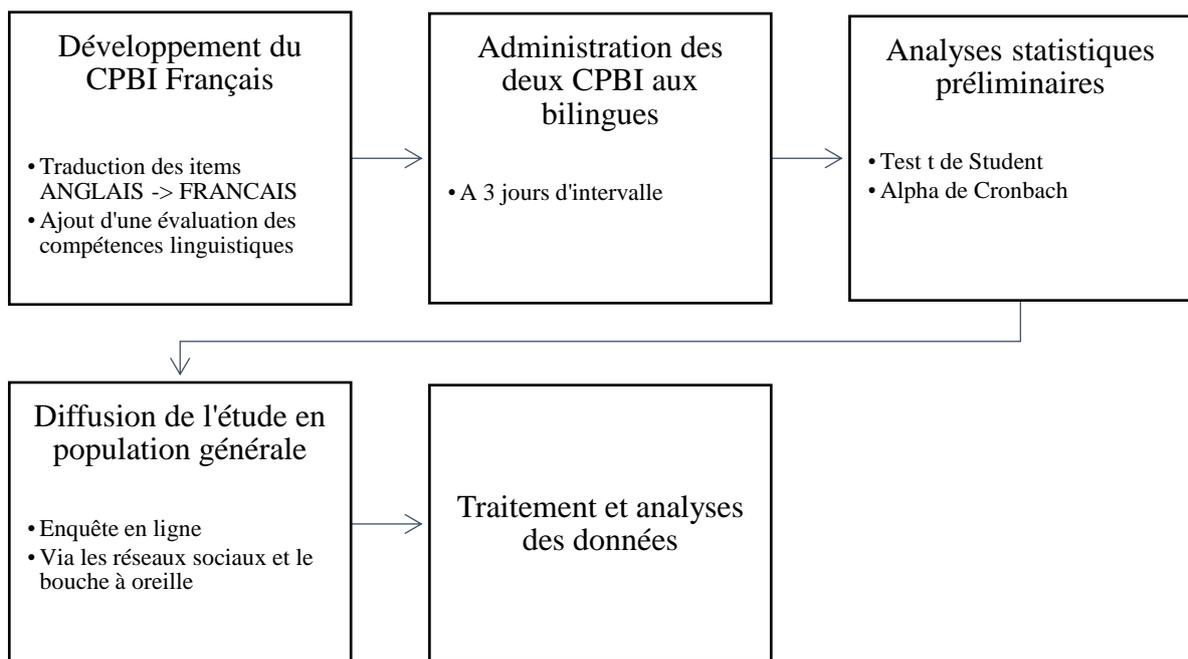
Cette recherche a reçu l'accord du Comité d'Éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation. Lors des échanges numériques avec les participants, la transparence concernant les objectifs poursuivis par cette étude fut de mise. Cette étude aspire à une réflexion sur les besoins de la population en matière d'ajustement face à la pandémie, c'est pourquoi aucune information n'a été dissimulée afin de ne pas induire les participants en erreur. Par ailleurs, cette étude garanti l'anonymat aux participants, les données personnelles n'étant pas récoltées. Un formulaire d'information et de consentement éclairé a été intégré à l'enquête et figure sur la première page de cette dernière. En cochant la case « Je participe », les participants s'engagent à avoir lu et compris les informations transmises et consentent à la gestion et au traitement des données. Cette case est également le témoin du consentement libre et éclairé donné par les participants.

5.2 Protocole expérimental

Tout d'abord, les dix items du questionnaire *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021) ont été traduits de l'anglais vers le français. Afin de vérifier cette traduction, la cohorte de 32 personnes parlant correctement ces deux langues s'est vue administrer les deux versions du questionnaire. La première moitié de la cohorte a reçu la version originale anglaise du CPBI en premier lieu, puis la traduction française. La seconde moitié a, quant à elle, débuté par le questionnaire français pour ensuite terminer par la version originale anglaise. Un délai de trois jours séparait l'administration des deux versions de l'échelle. Ce court délai a été pensé dans l'optique d'éviter toute nouvelle mesure ou restriction pouvant possiblement impacter les réponses des participants. Le document, envoyé par mail, contenait non seulement le questionnaire CPBI mais également une brève auto-évaluation des compétences linguistiques. Il a donc été demandé aux participants d'évaluer leurs compétences en lecture, rédaction, compréhension et expression orale dans les deux langues. La cotation de cette courte évaluation s'est réalisée à l'aide d'une échelle de Likert à quatre points allant de 1 = très peu à 4 = parfaitement. Seuls les questionnaires des participants ayant évalué leurs compétences linguistiques à 12/16 ou plus ont été retenus.

Une fois les données recueillies, la validation de la traduction française de l'échelle s'est poursuivie avec la réalisation de tests *t* de Student pour chaque item des deux échelles. Un indice de cohérence interne, l'alpha de Cronbach (α), a également été calculé afin d'évaluer l'homogénéité des items présents dans les deux échelles. Ensuite, la diffusion de l'enquête en ligne en population générale s'est effectuée, toujours via les réseaux sociaux et le bouche à oreille. Celle-ci reprend les différents questionnaires présentés ci-dessous. L'échantillon requis pour cette enquête en ligne est d'un millier de participants. Une fois les différents questionnaires complétés, les réponses seront transmises anonymement à une base de données en vue du traitement statistique.

Figure 11 : Design expérimental



5.2.1 Conditions de passation

La passation des questionnaires s'effectue en ligne via la plateforme de l'UDI-Fapse, un système d'enquête en ligne développé par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation. L'annonce postée sur les réseaux sociaux contient un lien permettant d'accéder

directement à l'enquête en ligne. Les participants complètent alors les questionnaires depuis leur domicile à l'aide d'un outil informatique tel qu'un ordinateur, une tablette ou un smartphone. La durée totale de la passation est estimée à 20 minutes et ne s'effectue qu'une fois.

5.2.2 Matériel

5.2.2.1 *Questionnaire de données sociodémographiques* (Wagener et al., 2021)

Le questionnaire récoltant les données sociodémographiques comporte huit questions. Celles-ci portent sur l'âge, le statut relationnel, le nombre de personnes vivant sous le même toit ou encore la présence d'un ou plusieurs troubles (humeur, anxiété, sommeil, substance, autre). Le statut professionnel ainsi que l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le revenu net mensuel ont également été questionnés. Enfin, la dernière question porte sur le taux de vaccination.

5.2.2.2 *Questionnaire portant sur les différentes mesures de protection recommandées par les autorités sanitaires* (Wagener, Stassart & Etienne, 2020)

Les différentes mesures préventives établies depuis le début de la pandémie y sont questionnées : lavage des mains, toux/éternuement dans le pli du coude, utilisation de gel hydroalcoolique, port du masque, distance physique, confinement au domicile et limitation des contacts sociaux. Ce questionnaire s'établissant dans le cadre d'une évaluation « coûts-bénéfices », pour chacun de ces domaines, trois questions sont posées :

- Appliquez-vous cette mesure ?
- Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?
- Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?

Les réponses à ces questions se font à l'aide d'un curseur à placer sur un continuum allant de 1 à 10. Un score proche de 1 indique un niveau peu élevé d'application des mesures préventives ainsi que d'efforts et de bénéfices liés à leur mise en place. Au contraire, un score proche de 10 indique un niveau élevé d'application des mesures préventives, d'efforts et de bénéfices qui y sont liés.

5.2.2.3 *COVID-19 Preventive Behaviors Index (CPBI ; Breakwell et al., 2021)*

Le CPBI est un outil développé par Breakwell et al. (2021) au Royaume-Uni. Ce dernier évalue la probabilité que déclare une personne d'adopter un comportement préventif en période de COVID-19. Ainsi, la probabilité auto-déclarée des participants ne concerne pas la motivation à émettre le comportement préventif cité ou à s'y plier. Un échantillon de 470 personnes âgées entre 18 et 72 ans a permis la construction de ce questionnaire. Celui-ci, décrit plus en détail dans le chapitre 3, a obtenu une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,75.

Il est composé de dix items cotés à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points allant de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord. Il est à noter que les items 8 et 9 possèdent une cotation inversée. Un score bas indique une faible probabilité auto-déclarée d'adopter le comportement préventif mentionné tandis qu'un score élevé indique une plus grande probabilité de l'adopter.

5.2.2.4 *Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002)*

L'OCI-R est un inventaire développé par Foa et al. (2002). Ce dernier mesure la sévérité des symptômes caractéristiques du trouble obsessionnel compulsif chez les personnes cliniques et non-cliniques. Ce questionnaire, initialement développé par ses auteurs en langue anglaise, fût validé en Français par Zermatten et al. (2006). Cette validation s'est effectuée à l'aide d'un échantillon de 583 étudiants et a révélé une consistance interne satisfaisante, avec alpha de Cronbach entre 0,63 et 0,86 (Zermatten et al., 2006).

L'inventaire initial comporte 42 items, répartis en sept sous-catégories : lavage, vérification, obsession, neutralisation mentale, ordre, accumulation et doute. La version utilisée

dans cette enquête en ligne se compose de 18 items, répartis équitablement entre six sous-catégories (la sous-catégorie « doute » n'a pas été reprise). Ces items sont cotés à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points allant de 0 = pas du tout à 4 = extrêmement. Les scores totaux peuvent ainsi varier de 0 à 72. Le score moyen des personnes présentant un trouble obsessionnel compulsif est de 28 avec un écart-type de 13,53. Cependant, les auteurs ont admis que le score seuil indiquant la présence de ce trouble est 21. Ainsi, une personne obtenant un score égal ou supérieur à ce score est considérée comme souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif (Foa et al., 2002).

5.2.2.5 *Questionnaire des inquiétudes de Penn State (QIPS ; Gosselin et al., 2001)*

Le questionnaire des inquiétudes Penn State (QIPS) de Gosselin et al. (2001) est la traduction française du *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) initialement développé par Meyer et al. (1990). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté mesurant le degré d'inquiétude et les caractéristiques qui lui sont propres telles que l'omniprésence, l'intrusion ou encore l'occurrence. Parmi ces traits, on retrouve l'excès, la généralité et la dimension incontrôlable de l'inquiétude. Ce questionnaire peut être utilisé au sein de populations cliniques et non-cliniques comme un outil diagnostique. Il a obtenu une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,92.

Le QIPS possède 16 items cotés selon une échelle de Likert à cinq points allant de 1 = pas du tout caractéristique à 5 = extrêmement caractéristique. Les items 1, 3, 8, 10 et 11 sont inversés. Un score inférieur à 39 signifie un niveau d'anxiété bas tandis qu'un score situé entre 39 et 48 indique un niveau d'anxiété moyen. Un score situé entre 49 et 59 indique un niveau d'anxiété élevé. Un score égal ou supérieur à 59 témoigne d'un niveau d'anxiété très élevé.

5.2.2.6 *COVID Stress Scales (CSS ; Taylor et al., 2020)*

La *COVID Stress Scales* fût initialement développée par Taylor et al. (2020) au Royaume-Uni. Il s'agit d'une échelle permettant l'évaluation du sentiment de stress inhérent au contexte pandémique de COVID-19. Ce stress peut être lié à différents domaines tels que la

peur du danger et de la contamination, la peur concernant les conséquences économiques, la xénophobie, la vérification compulsive et la recherche de réassurance ainsi que les symptômes de stress post traumatique liés au coronavirus. Cette échelle a obtenu une bonne cohérence interne puisque les différents coefficients alpha de Cronbach (calculés pour chaque échelle et sur chaque échantillon) varient entre 0,83 et 0,95.

La version initiale de ce questionnaire comporte 36 items. Trente et un d'entre eux ont été intégrés à l'enquête en ligne. Les 25 premiers items se cotent à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points allant de 0 = pas du tout à 4 = extrêmement. Les six items restants se cotent également à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points allant de 0 = jamais à 4 = presque toujours. Le score total obtenu peut varier entre 0 et 144. Un score proche de 0 indique un niveau faible de stress lié à la pandémie tandis qu'un score proche de 144 indique un niveau élevé de stress.

5.2.2.7 *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9 ; Kroenke et al., 2010)*

Le PHQ-9 fut développé par Kroenke et al. (2010). Il s'agit d'un questionnaire évaluant les symptômes dépressifs, correspondant aux critères du DSM-IV. La réponse aux items porte sur une période de deux semaines et sont cotées à l'aide d'une échelle de Likert à quatre points allant de 0 = jamais à 3 = presque toujours. Les scores peuvent ainsi varier de 0 à 27 avec certains scores seuils. Les scores 5, 10, 15 et 20 signifient respectivement un niveau léger, modéré, modérément sévère et sévère de symptômes dépressifs.

5.3 Analyses et traitement statistiques

Afin de tester les hypothèses mentionnées dans le chapitre 4, plusieurs sortes d'analyses statistiques ont été effectuées.

Tout d'abord, nous avons effectué des analyses statistiques sur les versions française et anglaise du *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021). Le test *t* de Student sur échantillons appariés et l'alpha de Cronbach ont été menés afin de vérifier l'homogénéité

des items ainsi que la cohérence interne des deux questionnaires. Ces analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4, avec un seuil de significativité établi à 0,05.

Ensuite, des analyses descriptives ont été réalisées sur l'ensemble des variables présentes dans cette étude. Celles-ci renseignent le nombre de réponses, les valeurs manquantes, la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a également été mené afin de vérifier la normalité des variables.

Enfin, nous nous sommes penchés sur les liens pouvant exister entre les différentes variables présentées dans cette étude. Pour y parvenir, nous avons réalisés des matrices de corrélation (Spearman), des régressions linéaires ainsi que Kruskal-Wallis. Toutes ces analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi version 2.2.5, avec un seuil de significativité établi à 0.05.

CHAPITRE 6 : RESULTATS

Ce chapitre est dédié à la présentation et à l'analyse des données récoltées lors de cette étude. Pour rappel, l'objectif premier de celle-ci est la validation de la version française du questionnaire *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021). Pour ce faire, plusieurs analyses statistiques ont été menées sur ce questionnaire. Dans un souci d'information et de recherche, d'autres outils de mesure ont été ajoutés à l'enquête en ligne. L'objectif étant de pouvoir déceler d'éventuels liens entre certains aspects de la psychologie et la pandémie de COVID-19. Ainsi, des mesures d'inquiétudes, de symptômes dépressifs ou comportements obsessionnels et compulsifs ont été intégrées à cette étude. Des analyses statistiques ont également été menées sur ces variables, tout comme sur les variables sociodémographiques, afin de répondre aux hypothèses citées dans le chapitre 4.

6.1 Analyses statistiques préliminaires

Afin de valider la traduction française des dix items du CPBI, nous avons recrutés un échantillon de 32 participants bilingues anglais-français. Pour ce faire, des analyses statistiques ont été menées : le test t de Student sur échantillons appariés et une analyse de la cohérence interne. Le test t sert à vérifier l'homogénéité de chacun des deux items entre les deux versions du questionnaire et l'analyse de la cohérence interne sert, quant à elle, à vérifier l'homogénéité des dix items entre eux au sein de la version française du CPBI. Ces analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4.

6.1.1 Test t de Student

Nous utilisons un test t de Student sur échantillons appariés afin de comparer les moyennes des réponses de l'échantillon des 32 personnes bilingues à la version française, avec leurs moyennes à la version anglaise. Les résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Test t de Student

	Moyenne	Écart-type	t	p
Item 1	-0.031	0.860	-0.21	0.8386
Item 2	0.0938	0.7771	0.68	0.5000
Item 3	0.1875	0.6445	1.65	0.1099
Item 4	-0.0625	0.4353	-0.81	0.4229
Item 5	-0.1563	0.6278	-1.41	0.1691
Item 6	0.0625	0.4353	0.81	0.4229
Item 7	-0.0625	0.8007	0.44	0.6619
Item 8	0.3438	0.7453	2.61	0.0138*
Item 9	0.0313	0.4004	0.44	0.6619
Item 10	0.0625	0.2459	1.44	0.1606

Note : N=32 et DF=31 ; *p<0.05

Pour rappel, les items 1 à 10 se réfèrent respectivement à : la distanciation sociale, le port du masque, le télétravail, l'évitement des déplacements et voyages non-essentiels, lavage de mains, se tenir informé.e sur le COVID, le maintien du style de vie et des contacts sociaux et la soumission au suivi COVID.

Ces analyses ne démontrent aucune différence significative entre les moyennes des items français et anglais, à l'exception de l'item 8. Celui-ci s'intitule « N'effectuez aucun changement dans votre style de vie ». Pour cet item, la moyenne anglaise est de 3.178 et la moyenne française de 3.531.

6.1.2 Analyse de cohérence interne

La cohérence interne, mesuré par l'alpha de Cronbach (α), indique à quel point les items d'un questionnaire mesurent le même concept. Ainsi, un alpha de Cronbach élevé signifie une homogénéité des items d'un même questionnaire. Les résultats obtenus lors de cette analyse se trouvent dans le tableau 5.

Tableau 5 : Alpha de Cronbach

Variables	Alpha de Cronbach	
	Normales	Standardisées
CPBI Anglais	0.8550	0.8488
CPBI Français	0.8550	0.8540

Les valeurs obtenues permettent d'affirmer que les deux versions de l'échelle CPBI démontrent une bonne consistance interne ($\alpha \geq 0.80$). Nous pouvons donc affirmer que les items des deux versions du CPBI sont homogènes.

Les résultats du test *t* de Student et de cohérence interne nous ont permis de considérer la version française de l'échelle *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (Breakwell et al., 2021) comme étant suffisamment similaire à la version originale. Ainsi, nous avons pu diffuser cette échelle en population générale.

6.2 Analyses descriptives de l'échantillon

L'échantillon se compose de 120 participants ayant accepté de compléter l'enquête en ligne. L'analyse descriptive concernant les données sociodémographiques de l'échantillon est présentée dans le tableau 6. Pour le restant du chapitre dédié aux résultats statistiques, le logiciel Jamovi version 2.2.5 a été utilisé.

Tableau 6 : Présentation des données sociodémographiques des participants

	Echantillon (N=120)	
	Moyenne	Écart-type
Âge	31.7	13.5
Nombre de personnes vivant sous le même toit	2.35	1.35
	Nombre	%
Statut relationnel		
<i>Seul.e</i>	49	40.8
<i>Seul.e avec enfant(s)</i>	9	7.5
<i>En couple</i>	42	35
<i>En couple avec enfant(s)</i>	20	16.7
Statut de l'emploi		
<i>Emploi rémunéré (habituel)</i>	47	39.2
<i>Emploi rémunéré (télétravail)</i>	0	0
<i>Emploi rémunéré (chômage actuel)</i>	0	0
<i>Aucun emploi rémunéré</i>	56	46.7
<i>Autre</i>	17	14.2
Impact sur le revenu net mensuel		
<i>Aucun impact</i>	73	60.8
<i>Impact limité</i>	34	28.3
<i>Impact significatif</i>	9	7.5
<i>Impact grave</i>	1	0.8
<i>Autre</i>	3	2.5
Présence de trouble(s)		
<i>Troubles anxieux</i>	42	35
<i>Troubles de l'humeur</i>	19	15.8
<i>Trouble du sommeil</i>	31	25.8
<i>Abus de substance</i>	8	6.6
<i>Autre</i>	5	4.1
<i>Aucun</i>	58	48.3
Vaccination		
<i>Vaccination totale</i>	87	72.5
<i>Vaccination partielle</i>	20	16.7
<i>Aucune vaccination</i>	13	10.8

6.3 Analyses des variables d'intérêt

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats concernant nos questionnaires ainsi que l'impact de certaines variables démographiques sur les résultats à ces mêmes questionnaires. Ces analyses nous permettront de répondre aux hypothèses posées. Au préalable, le test de normalité de Shapiro-Wilk fût réalisé sur l'ensemble des données. Les valeurs obtenues (voir annexe 9) démontrent que, à l'exception de la variable « efforts liés à la mise en place des mesures préventives (ECC) », l'ensemble des variables de cette étude ne prend pas la forme d'une distribution normale, ce qui nous amènera à privilégier des analyses non-paramétriques lorsque cela est possible.

6.3.1 Analyse descriptive des questionnaires

Le tableau 7 reprend les analyses descriptives effectuées sur l'ensemble des questionnaires :

- a) Le *Questionnaire se rapportant aux différentes mesures de protection recommandées par les autorités sanitaires* (ACC, ECC, BCC) (Wagener et al., 2020)
- b) Le *COVID-19 Preventive Behaviors Index* (CPBI ; Breakwell et al., 2021)
- c) L'*Obsessive Compulsive Index – Revised* (OCI-R, Foa et al., 2002)
- d) Le *Questionnaire des inquiétudes de Penn State* (QIPS ; Gosselin et al., 2001)
- e) Le *COVID Stress Scales* (CSS ; Taylor et al., 2020)
- f) Le *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9 ; Kroenke et al., 2010)

Tableau 7 : Présentation des statistiques descriptives des différents questionnaires

	N	Valeurs manquantes	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
ACC	120	0	6.23	2.23	1	10
ECC	119	1	4.71	1.82	1	10
BCC	119	1	5.44	2.18	1	10
CPBI	120	0	34.6	7.78	13	49
OCI-R	113	7	18.9	11.4	0	55
QIPS	107	13	49.9	14.1	22	80
CSS	102	18	20.15	21.5	0	104
PHQ-9	97	23	9.51	6.23	0	26

6.3.2 Régressions linéaires simples

La régression linéaire simple est une analyse statistique permettant l'explication (sous hypothèse) d'une variable métrique par une autre variable métrique. Afin de tester les hypothèses citées dans le chapitre 4, nous avons effectué plusieurs régressions linéaires simples avec l'âge comme variable indépendante et les scores des différents questionnaires comme variables dépendantes. Les résultats obtenus sont cités ci-dessous.

Tout d'abord, l'âge possède un impact positif significatif sur l'application des comportements préventifs ($\beta=0.354$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.118$, $t=4.11$, $p<0.001$). Plus les personnes sont âgées, plus elles appliquent les mesures préventives demandées par les autorités. 11,8% de la variabilité de l'application des mesures préventives est expliquée par l'âge des sujets.

L'âge possède également un impact positif significatif sur les bénéfices retirés de la mise en place des mesures préventives ($\beta=0.272$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.066$, $t=3.06$, $p<0.003$). Plus les personnes sont âgées, plus elles retirent des bénéfices de la mise en place des mesures préventives. 6.6% de la variabilité des bénéfices tirés de la mise en place des mesures préventives est expliquée par l'âge des sujets.

Ensuite, l'âge possède un impact négatif significatif sur la présence d'inquiétudes ($\beta=-0.341$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.108$, $t=-3.72$, $p<0.001$). Plus les personnes sont âgées, moins elles souffrent d'inquiétudes. 10.8% de la variabilité des inquiétudes est expliquée par l'âge des sujets.

L'âge possède également un impact positif significatif sur la présence d'un niveau de stress élevé lié au COVID-19 ($\beta=0.196$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.029$, $t=2.00$, $p=0.048$). Plus les personnes sont âgées, plus elles possèdent un niveau élevé de stress inhérent au COVID-19 ; moins elles souffrent d'inquiétudes. 2.9% de la variabilité du stress lié au COVID-19 est expliquée par l'âge des sujets.

Enfin, l'âge possède un impact négatif significatif sur la présence de symptômes dépressifs ($\beta=-0.300$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.080$, $t=-3.06$, $p=0.003$). Plus les personnes sont âgées, moins elles témoignent de symptômes dépressifs. 8% de la variabilité des symptômes dépressifs est expliquée par l'âge des sujets.

Plusieurs régressions linéaires n'ont pas permis de déceler un impact significatif de l'âge. Elles sont mentionnées ci-après.

L'âge n'a pas d'impact significatif sur les efforts liés à la mise en place des mesures préventives ($\beta=0.016$, $r^2_{\text{ajusté}}=-0.008$, $t=0.175$, $p=0.861$), ni sur le CPBI ($\beta=0.172$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.021$, $t=1.89$, $p=0.061$), ni sur l'OCIR ($\beta=-0.137$, $r^2_{\text{ajusté}}=0.009$, $t=-1.45$, $p=0.149$).

6.3.4 Effet du statut relationnel sur les résultats aux questionnaires

Afin de tester l'impact du statut relationnel, nous avons effectué des tests de Kruskal-Wallis sur chacun des scores de nos huit questionnaires. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Présentation des résultats du Kruskal-Wallis pour le statut relationnel

		Statut relationnel				Kruskal-Wallis	
		Seul.e	Seul.e avec enfants	Couple	Couple avec enfants	χ^2	p
ACC	N	49	9	42	20	7.82	0.050
	Moyenne (écart-type)	5.79 (2.18)	7.50 (2.16)	6.10 (2.07)	7.05 (2.43)		
	Médiane	5.86	7.83	6.14	7.43		
ECC	N	49	8	42	20	1.25	0.740
	Moyenne (écart-type)	4.56 (1.81)	5.82 (2.37)	4.70 (1.81)	4.66 (1.58)		
	Médiane	4.83	5.07	4.86	4.68		
BCC	N	49	8	42	20	7.14	0.068
	Moyenne (écart-type)	5.16 (2.18)	6.78 (1.98)	5.15 (2.09)	6.22 (2.19)		
	Médiane	5.29	7.43	4.86	6.52		
CPBI	N	49	9	42	20	6.46	0.091
	Moyenne (écart-type)	35.4 (6.81)	38.1 (5.04)	32.5 (8.01)	35.9 (9.66)		
	Médiane	36	40	33.5	38		
OCI-R	N	47	8	38	20	3.68	0.298
	Moyenne (écart-type)	20.7 (11.6)	18.3 (11.6)	18.3 (10.3)	15.9 (13.1)		
	Médiane	20	20	18.5	12.5		
QIPS	N	45	8	35	19	10.39	0.016*
	Moyenne (écart-type)	54.8 (15.9)	47.6 (10.8)	47.9 (11)	42.8 (12.4)		
	Médiane	56	44.5	45	42		
CSS	N	44	6	33	19	3.50	0.321
	Moyenne (écart-type)	15.5 (15.3)	26.8 (23.8)	21.7 (24)	28.1 (26.8)		
	Médiane	11	24	13	21		
PHQ-9	N	41	5	33	18	9.62	0.022*
	Moyenne (écart-type)	11.1 (6.98)	10 (6.82)	9.12 (4.28)	6.44 (6.55)		
	Médiane	10	8	9	3.50		

*p<0.05

Ces analyses présentent deux résultats significatifs.

Le premier résultat indique que le statut relationnel impacte significativement la présence d'inquiétudes. Le test de comparaison deux à deux (voir annexe 10) révèle une différence significative ($p=0.028$) entre les personnes étant seules et celles étant en couple avec enfant(s). Ainsi, il semblerait que les personnes seules soient plus susceptibles d'expérimenter des inquiétudes. Le second résultat indique que le statut relationnel impacte significativement la présence de symptômes dépressifs. Le test de comparaison deux à deux (voir annexe 10) révèle une différence significative ($p=0.022$) entre les personnes étant en couple et celles étant

en couple avec enfant(s). Ainsi, il semblerait que les personnes étant en couple avec enfant(s) présentent plus de symptômes dépressifs que celles étant en couple. Une différence significative ($p=0.037$) existe également entre les personnes étant en couple avec enfant(s) et les personnes seules. Ainsi, il semblerait que les personnes en couples avec enfant(s) possèdent plus de symptômes dépressifs que les personnes seules.

6.3.5 Effet du degré vaccination sur les résultats aux questionnaires

Afin de tester l'impact du degré de vaccination, nous avons effectué des tests de Kruskal-Wallis sur chacun des scores de nos huit questionnaires. Les résultats sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Présentation des résultats de Kruskal-Wallis pour la vaccination

		Vaccination			Kruskal-Wallis	
		Vaccination totale	Vaccination partielle	Aucune vaccination	χ^2	p
ACC	N	87	20	13	4.439	0.109
	Moyenne (écart-type)	6.45 (2.11)	6.07 (2.32)	5.03 (2.59)		
	Médiane	6.43	6.71	4.29		
ECC	N	86	20	13	0.863	0.649
	Moyenne (écart-type)	4.58 (1.82)	5.13 (1.74)	4.94 (1.94)		
	Médiane	4.86	4.93	4.57		
BCC	N	86	20	13	8.700	0.013*
	Moyenne (écart-type)	5.79 (2.13)	4.95 (1.69)	3.92 (2.48)		
	Médiane	5.64	5	3.43		
CPBI	N	87	20	13	10.396	0.006*
	Moyenne (écart-type)	36.1 (6.85)	33 (7.86)	27.6 (9.67)		
	Médiane	37	33	25		
OCI-R	N	82	20	11	1.927	0.382
	Moyenne (écart-type)	18.4 (11.2)	21.9 (12.8)	17.2 (10.3)		
	Médiane	19	25	14		
QIPS	N	78	19	10	0.623	0.732
	Moyenne (écart-type)	49.6 (14.1)	52.6 (15)	46.9 (12)		
	Médiane	47	51	47		
CSS	N	74	18	10	1.356	0.508
	Moyenne (écart-type)	20.5 (21.2)	25 (26.1)	12.6 (11.7)		
	Médiane	13	14	10.5		
PHQ-9	N	71	16	10	2.297	0.317
	Moyenne (écart-type)	8.85 (6)	11.7 (7.10)	10.7 (6.07)		
	Médiane	8	8	10		

*p<0.05

Ces analyses présentent deux résultats significatifs.

Le premier résultat indique que le degré de vaccination impacte significativement les bénéfices tirés de la mise en place des mesures préventives. Le test de comparaison deux à deux (voir annexe 11) révèle une différence significative ($p=0.023$) entre les personnes totalement vaccinées et celles qui ne le sont pas. Ainsi, il semblerait que les personnes vaccinées tirent plus de bénéfices de la mise en place de mesures préventives par rapport aux personnes non vaccinées.

Le second résultat indique que le degré de vaccination impacte significativement la probabilité déclarée d'adopter les mesures préventives en vigueur. Le test de comparaison deux à deux (voir annexe 11) révèle une différence significative ($p=0.007$) entre les personnes totalement vaccinées et celles qui ne le sont pas. Ainsi, il semblerait que les personnes totalement vaccinées sont plus susceptibles d'adopter les mesures de prévention liées au COVID-19.

6.4 Analyses de validité du CPBI

6.4.1 Analyses d'items

Le tableau 10 contient les analyses descriptives effectuées sur les dix items du questionnaire CPBI.

Tableau 10 : Présentation des résultats de l'analyse d'items

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type
<i>Item 1</i>	120	3.08	3.00	1.35
<i>Item 2</i>	120	3.85	4.00	1.34
<i>Item 3</i>	120	3.82	4.00	1.28
<i>Item 4</i>	120	3.33	4.00	1.32
<i>Item 5</i>	120	3.94	4.00	1.29
<i>Item 6</i>	120	4.47	5.00	0.84
<i>Item 7</i>	120	3.08	3.00	1.39
<i>Item 8</i>	119	3.43	4.00	1.13
<i>Item 9</i>	119	2.55	2.00	1.23
<i>Item 10</i>	120	3.17	3.00	1.43

6.4.2 Analyse factorielle

Sur base de l'article rédigé par Breakwell et al., (2021) ayant révélé la structure factorielle du *COVID-19 Preventive Behaviors Index*, nous avons réalisé une analyse factorielle confirmatoire. L'étude menée par Breakwell et al., (2021) a mis en évidence une structure factorielle à un facteur. Cette étude consistant à la réplication de l'étude de validation du questionnaire CPBI effectuée par les auteurs précédemment cités, nous avons mené une analyse factorielle confirmatoire afin de déceler la structure factorielle de la présente version du questionnaire.

Tableau 11 : Présentation des saturations des dix items sur le modèle à un facteur

	Coefficient	Erreur standard	Intervalle de Confiance 95%	Coefficient standardisé	Z	p
Facteur 1						
<i>Item 1</i>	0.902	0.115	0.676 – 1.128	0.671	7.83	<0.001
<i>Item 2</i>	0.987	0.111	0.768 – 1.205	0.740	8.86	<0.001
<i>Item 3</i>	0.606	0.118	0.374 – 0.838	0.474	5.12	<0.001
<i>Item 4</i>	1.122	0.103	0.918 – 1.325	0.852	10.83	<0.001
<i>Item 5</i>	0.782	0.112	0.561 – 1.002	0.611	6.95	<0.001
<i>Item 6</i>	0.190	0.080	0.032 – 0.349	0.228	2.36	0.018
<i>Item 7</i>	0.565	0.130	0.310 – 0.820	0.408	4.34	<0.001
<i>Item 8</i>	0.541	0.104	0.335 – 0.746	0.480	5.17	<0.001
<i>Item 9</i>	0.725	0.109	0.511 – 0.940	0.591	6.63	<0.001
<i>Item 10</i>	0.542	0.133	0.279 – 0.804	0.381	4.05	<0.001

Il est généralement admis qu'un coefficient de saturation est modéré à partir de 0.30 (Tavakol, 2020). Plus il est élevé, meilleure est la saturation. Attention, ce score est à considérer prudemment puisqu'il n'existe pas de consensus précis à ce sujet.

Ce tableau nous informe que sept items du CPBI présentent une saturation adéquate au modèle à un facteur. Trois items, le 6, le 7 et le 10, présentent une faible saturation au modèle. Il est tout de même à noter que le coefficient de saturation de l'item 7 se rapproche fortement

du score seuil indiqué par les chercheurs. De plus, les valeurs p étant toutes inférieures à 0.05, nous pouvons conclure que les items saturent significativement au modèle factoriel.

Le test d'exactitude du modèle factoriel révèle un χ^2 de 58.9 avec un $p=0.007$. La valeur du p étant inférieure à 0.05, nous envisageons le fait que le modèle à un facteur ne corresponde pas tout à fait à nos données.

Les mesures d'exactitude sont présentées dans le tableau 12. Celles-ci permettent de vérifier si un modèle factoriel donné s'adapte bien aux données. Afin d'interpréter ces indices, nous avons utilisé les valeurs seuils mentionnées par Hu et Bentler (1999). Un bon ajustement du modèle factoriel aux données est caractérisé par un $SRMR \leq 0.08$, $RMSEA \geq 0.06$ et un $CFI \geq 0.90$.

Tableau 12 : Présentation des indices d'exactitude

CFI ⁷	SRMR ⁸	RMSEA ⁹	RMSEA 90% CI	
			Minimum	Maximum
0.922	0.061	0.075	0.039	0.108

Les résultats concernant l'ajustement de nos données au modèle à un facteur mis en évidence par Breakwell et al., (2021) sont mitigés. L'analyse des saturations nous indique que la majorité des items possèdent un ajustement correct au modèle, les indices d'exactitude vont également dans ce sens. Cependant, le test χ^2 témoigne d'un faible ajustement de nos données à ce modèle unifactoriel.

6.4.3 Analyse de cohérence interne

La version française du CPBI obtient un alpha de Cronbach de 0,812 ce qui constitue une bonne cohérence interne ($\alpha > 0.80$). À titre d'information, nous avons évalué la cohérence interne si chacun des items était retiré du questionnaire. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 13.

⁷ CFI = Comparative fit index (Indice d'ajustement comparatif)

⁸ SRMR = Standardized-root-mean-square residual (Résidu de la racine moyenne standardisée)

⁹ RMSEA = Root-mean-square error of approximation (Erreur moyenne d'approximation)

Tableau 13 : Présentation des résultats de l'alpha de Cronbach

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
Alpha de Cronbach (α)	0.784	0.777	0.802	0.764	0.793	0.818	0.806	0.804	0.793	0.807

Comme ce tableau l'indique, retiré l'item 6 induirait une légèrement augmentation de l'alpha de Cronbach. Cette augmentation n'apparaît avec aucun autre item.

6.4.4 Matrices de corrélation

Afin de tester les liens existant entre les différents items du CPBI, nous avons réalisé une matrice de corrélation.

L'analyse de cohérence interne de l'alpha de Cronbach nous fournit une "Pearson Correlation Heatmap", nous permettant d'avoir une représentation visuelle de la force des liens existants entre chacun des dix items du CPBI. Nous présentons celle-ci dans la figure 12. Cependant, les dix items du CPBI étant tous non-normalement distribués, nous réalisons également une matrice de corrélations non-paramétriques de Spearman. Celle-ci est reprise dans le tableau 14.

Figure 12 : Pearson Correlation Heatmap

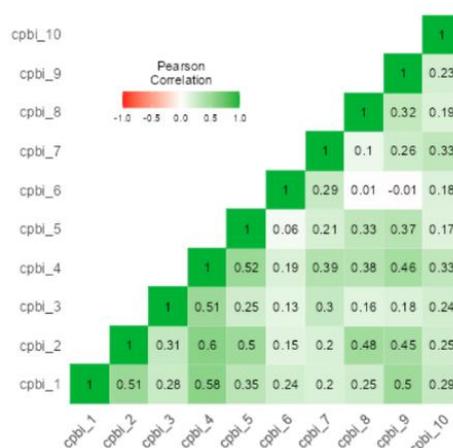


Tableau 14 : Matrice de corrélations de Spearman (CPBI)

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
Item 1	– –									
Item 2	0.479*** <.001	– –								
Item 3	0.300 <.001	0.336 <0.001	– –							
Item 4	0.568*** <.001	0.608*** <.001	0.505*** <.001	– –						
Item 5	0.359*** <.001	0.522*** <.001	0.242** 0.008	0.553*** <.001	– –					
Item 6	0.206* 0.024	0.119 0.195	0.131 0.153	0.192* 0.035	0.145 0.115	– –				
Item 7	0.203* 0.026	0.206* 0.024	0.291** 0.001	0.390*** <.001	0.243** 0.008	0.283** 0.002	– –			
Item 8	0.225* 0.014	0.416*** <.001	0.149 0.106	0.359*** <.001	0.353*** <.001	-0.034 0.718	0.101 0.273	– –		
Item 9	0.510*** <.001	0.479*** <.001	0.215* 0.019	0.479*** <.001	0.414*** <.001	-0.016 0.865	0.284** 0.002	0.332** * <.001	– –	
Item 10	0.292** 0.001	0.200* 0.028	0.247** 0.007	0.333*** <.001	0.162 0.077	0.073 0.426	0.326*** <.001	0.203* 0.027	0.219* 0.017	– –

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

La majorité des items sont positivement et significativement corrélés entre eux, indiquant une bonne cohérence interne.

L'item 6 ne corrèle significativement qu'avec les items 1, 4 et 7, et non avec les autres. Pour rappel, c'est l'item qui, s'il était retiré, ferait légèrement augmenter l'alpha de Cronbach. Cet item détient également la saturation la plus basse de l'analyse factorielle.

L'item 8 corrèle avec tous les items sauf le 3, le 6 et le 7. L'item 8 est celui pour lequel une différence significative de moyenne avait été décelée durant les analyses préliminaires (test

t). Les items 5 et 10 ne sont pas significativement corrélés mais restent tout de même proche du seuil de significativité.

6.5 Matrice de corrélation entre les différents questionnaires

Afin de tester les liens pouvant exister entre les différentes variables de cette étude ainsi que la validité convergente du CPBI, une matrice de corrélation de Spearman a été réalisée. Le tableau 15 contient les corrélations entre les variables « application des comportements préventifs (ACC) », « efforts liés à la mise en place des comportements préventifs (ECC) », « bénéfiques liés à la mise en place des comportements préventifs (BCC) » ainsi que les différents questionnaires (CPBI ; OCI-R ; QIPS ; CSS ; PHQ-9).

Tableau 15 : Présentation des corrélations de Spearman (questionnaires)

	ACC	ECC	BCC	CPBI	OCI-R	QIPS	CSS	PHQ-9
ACC	– –							
ECC	-0.139 0.131	– –						
BCC	0.640*** <.001	-0.179 0.052	– –					
CPBI	0.611*** <.001	-0.272** 0.003	0.462*** <.001	– –				
OCI-R	0.066 0.489	-0.044 0.647	-0.043 0.653	0.059 0.534	– –			
QIPS	0.030 0.757	-0.030 0.759	-0.096 0.328	0.062 0.528	0.511*** <.001	– –		
CSS	0.502*** <.001	-0.075 0.454	0.405*** <.001	0.293** 0.003	0.481*** <.001	0.223* 0.024	– –	
PHQ-9	0.053 0.603	-0.070 0.493	-0.039 0.702	0.083 0.421	0.570*** <.001	0.587*** <.001	0.261* 0.010	– –

Tout d'abord, nous nous penchons sur les liens existants entre les variables « application des comportements préventifs (ACC) », « bénéfices liés à la mise en place des comportements préventifs (BCC) et « efforts fournis dans la mise en place des comportements préventifs (ECC) ». L'application des comportements préventifs impacte significativement les bénéfices qui en sont retirés. Il semble donc que plus les personnes appliquent les mesures préventives en matière de COVID-19, plus elles en retirent de bénéfices.

Ensuite, nous nous concentrons sur les liens s'établissant entre les trois variables précédemment citées (ACC, ECC et BCC) et le restant des variables.

L'application des comportements préventifs impacte significativement la probabilité déclarée d'adopter les mesures préventives recommandées. Il semble donc que plus les personnes appliquent les comportements préventifs, plus elles sont susceptibles de générer un score élevé au CPBI.

L'application des comportements préventifs impacte significativement le niveau de stress lié à la pandémie de COVID-19. Il semble donc que plus les personnes appliquent les comportements préventifs, plus elles sont susceptibles de présenter un score élevé au CSS.

Les efforts fournis dans la mise en place des comportements préventifs impactent significativement la probabilité déclarée d'adopter les mesures préventives recommandées. Il semble donc que plus les personnes produisent des efforts pour mettre en place un comportement préventif, plus leur score au CPBI est faible.

Les bénéfices retirés de la mise en place des comportements préventifs impactent significativement la probabilité déclarée d'adopter les mesures préventives recommandées. Il semble donc que plus les personnes retirent des bénéfices de la mise en place des comportements préventifs, plus elles sont susceptibles de générer un score élevé au CPBI.

Les bénéfices retirés de la mise en place des comportements préventifs impactent significativement le niveau de stress lié à la pandémie de COVID-19. Il semble donc que plus les personnes retirent des bénéfices de la mise en place des comportements préventifs, plus elles sont susceptibles de présenter un score élevé au CSS.

Nous nous attardons maintenant aux liens existants entre le CPBI et le reste des variables. La probabilité déclarée d'adopter les mesures préventives recommandées impacte le niveau de stress lié à la pandémie de COVID-19. Il semble donc que plus les personnes

déclarent une haute probabilité d'adopter les mesures préventives, plus elles sont susceptibles de générer un score élevé au CSS.

De plus, nous nous concentrons sur les liens unissant les comportements obsessionnels et compulsifs au reste des variables.

La présence de comportements obsessionnels et compulsifs impacte significativement le sentiment d'inquiétude. Il semble donc que plus les personnes expérimentent des comportements obsessionnels et compulsifs, plus elles sont susceptibles de posséder un score élevé au QIPS.

La présence de comportements obsessionnels et compulsifs impacte significativement le sentiment de stress lié à la pandémie de COVID-19. Il semble donc que plus les personnes expérimentent des comportements obsessionnels et compulsifs, plus elles sont susceptibles de présenter un score élevé au CSS.

La présence de comportements obsessionnels et compulsifs impacte significativement la présence de symptômes dépressifs. Il semble donc que plus les personnes expérimentent des comportements obsessionnels et compulsifs, plus elles sont susceptibles d'obtenir un score élevé au PHQ-9.

Enfin, nous terminons par les liens existants entre le sentiment de stress lié à la pandémie de COVID-19 et le reste des variables. Le sentiment de stress induit par la pandémie de COVID-19 impacte significativement la présence de symptômes obsessionnels et compulsifs. Il semble donc que plus les personnes éprouvent du stress lié à la pandémie, plus elles sont susceptibles de présenter un score élevé au PHQ-9.

III. PARTIE REFLEXIVE

Au sein de cette troisième partie, les résultats décrits dans le chapitre 6 sont discutés et mis en lien avec les concepts théoriques mentionnés dans la première partie de ce mémoire.

Les limites de cette étude et les perspectives futures sont également abordées dans cette partie.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Ce mémoire prend place dans le contexte tout particulier de la pandémie de COVID-19, apparue en décembre 2019 à Wuhan en Chine. Très vite, le coronavirus s'est répandu à l'échelle internationale, infectant des millions de personnes. Dès lors, les chercheurs du monde entier se sont attelés à la création d'un vaccin efficace contre le COVID-19. Toutefois, ce processus nécessite du temps. Or, le monde n'en avait pas. Les autorités gouvernementales ont alors pris une série de mesures préventives et restrictives dans le but de freiner la propagation de virus et, ainsi, limiter les contaminations. Pour que ce but soit atteint, l'adhésion de la population à ces mesures était indispensable. Dès lors, des chercheurs anglais ont vu une occasion d'évaluer l'adhésion de la population du Royaume-Uni à ces mesures préventives. Breakwell et al., (2021) ont donc développé un outil de mesure pouvant le permettre : *The COVID-19 Preventive Behaviors Index* (CPBI). Ce questionnaire fournit donc de précieuses informations sur la probabilité auto-déclarée de la population d'adopter les mesures préventives recommandées par les autorités.

À l'heure actuelle, la pandémie de COVID-19 bat en retraite, une baisse des contaminations et hospitalisations étant observée depuis plusieurs semaines. Cependant, cela ne signifie pas que nous sommes définitivement défaits du coronavirus. Une nouvelle hausse des contaminations n'est pas à exclure dans un futur proche ou lointain. Il serait donc utile que les populations francophones puissent, elles aussi, bénéficier des informations fournies par ce questionnaire. Nous avons donc saisi l'opportunité de travailler à l'élaboration et la validation d'une version française du CPBI. Il s'agit là de l'objectif premier de ce mémoire.

Nous avons également inclus différents questionnaires à l'enquête en ligne dans le but de déceler d'éventuels liens pouvant s'établir entre l'adhésion aux mesures préventives et la présence de difficultés psychologiques. Ainsi, des outils mesurant les comportements obsessionnels et compulsifs, les inquiétudes, le stress lié à la pandémie et les symptômes dépressifs ont été administrés aux participants.

Au sein de ce chapitre, les résultats obtenus seront discutés, interprétés et mis en relation avec les hypothèses de recherche. Des liens avec les éléments théoriques seront également réalisés.

Pour rappel, notre première hypothèse concernait la structure factorielle, la cohérence interne ainsi que les indices d'exactitude de la version française du CPBI. Afin de prouver la validité du questionnaire français, il est nécessaire que celui-ci présente la même structure factorielle que la version originale. Les indices d'exactitude permettent de renseigner à quel point le modèle factoriel s'ajuste aux données récoltées. Les résultats obtenus sont assez mitigés. Les dix items du CPBI saturent significativement au modèle à un facteur mis en évidence. Les indices d'exactitude tendent également à confirmer le modèle à un facteur comme suffisamment bon. L'analyse de cohérence interne révèle de bons résultats. Cependant, plusieurs coefficients indiquent une saturation faible à moyenne et le test du Khi carré ne nous permet pas d'affirmer pleinement l'ajustement du modèle à nos données.

Dans leur étude, Breakwell et al., (2021) ont obtenus des résultats similaires au niveau des indices d'exactitude. Cependant, les coefficients de saturations étaient supérieurs à ceux obtenus lors de cette étude et le modèle à un facteur fut confirmé. Il est important de noter que l'échantillon utilisé lors de cette étude était composé de 470 personnes, avec une distribution normale des données. Dans le cadre de cette étude, l'échantillon était composé de 120 personnes dont les données étaient anormalement distribuées. Dès lors, il semble probable que le faible échantillon ainsi que les analyses effectuées n'aient pas permis de révéler des coefficients de saturations plus élevés et un résultat au test khi carré permettant de valider l'ajustement du modèle à un facteur à nos données.

Notre seconde hypothèse questionnait l'impact de l'âge, du statut relationnel et du degré de vaccination sur l'adhésion aux mesures préventives. Nous nous attendions à ce que les personnes plus âgées, en couple avec enfant(s) et totalement vaccinées soient plus susceptibles de déclarer une probabilité élevée d'adopter les mesures recommandées.

Les résultats de cette étude n'ont pas permis de mettre en évidence un effet de l'âge dans la probabilité d'adopter les mesures préventives. Cependant, un effet a été détecté pour l'application des mesures préventives, évaluée par le questionnaire portant sur les différentes mesures de protection recommandées par les autorités sanitaires (Wagener, Stassart & Etienne, 2020). Cela concorde avec les éléments théoriques mis en avant selon lesquels les personnes plus âgées sont celles qui respectent le plus l'application des mesures préventives (Sciensano, 2020). Ce questionnaire précédemment cité et le *COVID-19 Preventive Behavior Index* (Breakwell et al., 2021) évaluant sensiblement les mêmes mesures préventives, nous nous interrogeons sur l'établissement d'un effet de l'âge pour l'un et non pour l'autre. Il est important

de préciser que l'effet de l'âge est à considérer précautionneusement étant donné que la moyenne d'âge de notre échantillon est de 31,7 ans et que l'écart-type est de 13,5 ans. Ainsi, notre échantillon ne comporte ni adolescents, pourtant soumis aux mêmes mesures que les adultes, ni personnes âgées. La faible représentation des différentes catégories d'âge pourrait possiblement expliquer qu'aucun effet de l'âge n'ait été décelé pour le CPBI.

En ce qui concerne le statut relationnel, les résultats n'ont pas permis de faire de lien entre cette variable et la probabilité d'adoption des mesures préventives. En revanche, un effet de la vaccination a été révélé. Il semblerait que les personnes totalement vaccinées soient plus susceptibles de déclarer une haute probabilité d'adopter les mesures préventives. Cela semble pertinent puisque la vaccination en elle-même est une mesure de protection contre le COVID-19, au même titre que le port du masque ou la distanciation sociale. Ainsi, il semble fort probable qu'une personne adoptant une mesure de prévention soit amenée à en adopter d'autres.

Ce résultat nous amène, de nouveau, à questionner l'absence d'effet de l'âge dans l'adhésion aux mesures préventives. En effet, les personnes totalement vaccinées sont largement représentées parmi les personnes plus âgées. Ainsi, il aurait été cohérent d'observer un effet de l'âge.

L'hypothèse suivante portait sur la présence de stress lié à la pandémie et d'inquiétudes comme facteur pouvant influencer l'adhésion aux mesures préventives. Le seul résultat significatif mis en évidence concerne le stress inhérent à la pandémie. En effet, plus les personnes éprouvent un sentiment de stress découlant du contexte pandémique, plus elles sont susceptibles d'adhérer aux mesures préventives recommandées par les autorités. Ce résultat nous questionne. En effet, les données récoltées dans le cadre de cette étude démontrent que le score moyen à la *COVID Stress Scales (CSS)* indique un niveau plutôt bas de stress lié à la pandémie. Dès lors, nous nous interrogeons quant à l'impact que peut avoir la présence de stress sur l'adhésion aux mesures étant donné qu'il n'est que très peu représenté dans notre échantillon.

Ensuite, nous souhaitons tester l'hypothèse selon laquelle les personnes présentant des symptômes dépressifs seraient moins susceptibles d'adopter les mesures préventives en vigueur. Cette étude ne nous permet pas de confirmer cette hypothèse puisqu'aucun lien entre ces deux éléments n'a été mis en évidence. Toutefois, il est pertinent de mentionner que le score moyen obtenu à ce questionnaire se trouve sous le score seuil indiquant un niveau modéré de symptômes dépressifs. Ainsi, la majorité de notre échantillon présente une forme légère de

symptômes dépressifs. Un effet de ces symptômes sur l'adhésion aux mesures semble donc plus difficile à mettre en évidence. De plus, moins de 100 personnes ont répondu à ce questionnaire, ce qui réduit d'autant plus le nombre de données récoltées. Bien qu'ils n'aient pas permis de confirmer notre hypothèse, les résultats obtenus concordent avec les études ayant démontré que le taux de symptômes dépressifs est plus élevé lors de périodes de fortes restrictions (Bruggeman et al., 2022). En effet, lors de la récolte des données (juin 2022), plus aucune mesure n'était d'application, excepté le port du masque en milieu hospitalier. Le taux de symptômes dépressifs modéré correspond donc avec le phénomène observé par Bruggeman. Les enquêtes de santé menées par Sciensano révèlent également que le taux de ces symptômes est en baisse depuis la fin d'année 2021. Ainsi, il semble pertinent qu'aucun lien n'ait été mis en évidence compte tenu des éléments cités précédemment.

Enfin, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle un comportement préventif nécessitant un effort élevé et rapportant peu de bénéfices est peu susceptible d'être adopté. Les résultats ont permis de confirmer cette hypothèse. Les personnes pour qui la mise en place de mesures préventives demande des efforts et qui en retirent peu de bénéfices sont moins susceptibles de déclarer une haute probabilité d'adopter les mesures préventives recommandées.

Après avoir effectué des liens entre nos hypothèses et les résultats obtenus, il nous semble pertinent d'aborder des éléments supplémentaires. Certains d'entre eux seront plus largement expliqués dans le chapitre suivant.

Tout d'abord, la petite taille de notre échantillon. Celui-ci était, au départ, composé de 174 personnes. Cependant, beaucoup d'entre elles n'ont visiblement pas pris cette étude au sérieux étant donné le nombre important de réponses manquantes. Ainsi, 54 personnes n'ayant pratiquement répondu à rien ont été supprimées de l'échantillon. Il reste donc un échantillon de 120 participants, ce qui est insuffisant compte tenu de l'objectif de cette étude. Il aurait peut-être été opportun de diffuser l'enquête en ligne durant une période plus longue, ce qui nous aurait permis d'amasser plus de données. Le fait que l'enquête en ligne soit diffusée en tout début d'été peut également avoir joué sur le nombre de participants récoltés. En effet, durant la période estivale, les gens profitent au maximum de leur temps libre et de leurs vacances. Il semblerait probable qu'ils n'aient pas souhaité consacrer leur temps à une étude scientifique et, qui plus est, sur le COVID-19 et ses mesures préventives.

Le point précédent m'amène à questionner les modalités de passation de l'enquête en ligne. En effet, il aurait peut-être été plus judicieux de ne pas permettre aux participants de quitter l'enquête avant de l'avoir terminée. Certes le nombre de participants aurait éventuellement baissé, mais la continuité des réponses aurait été assurée.

Ensuite, il aurait été intéressant d'ajouter la variable du genre dans le questionnaire de données sociodémographiques. L'inclusion de cette variable aurait permis d'obtenir plus d'information sur notre échantillon et de mettre en évidence un éventuel lien entre le genre et la probabilité déclarée d'adhérer aux mesures préventives dans le contexte pandémique.

Un point que nous souhaitons également abordé est la présence d'inquiétudes au sein de notre échantillon. Le *Questionnaire des inquiétudes de Penn State* (QIPS) évalue le niveau d'anxiété. Tel que Bruggeman l'a démontré, l'anxiété est plus largement ressentie lors de périodes durant lesquelles les mesures préventives sont nombreuses (Bruggeman et al., 2022). Or, ce phénomène ne concorde pas avec les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche. En effet, le score moyen au QIPS indique un niveau d'anxiété élevé alors que, au moment de la récolte des données, pratiquement plus aucune mesure n'était d'application. Nous nous sommes donc questionnées sur les raisons pouvant expliquer ce niveau d'anxiété. Il est peut-être pertinent de mentionner que, comme la dernière enquête de santé le révèle, les sujets d'inquiétudes en ce troisième trimestre 2022 concernent le conflit opposant l'Ukraine et la Russie ainsi que ses conséquences : prix de l'énergie ou encore pénurie alimentaire (Sciensano, 2022).

CHAPITRE 8 : LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES

L'étude réalisée comporte plusieurs limites, citées ci-dessous.

Tout d'abord, la première limite importante à laquelle nous avons été confrontées est la petite taille de notre échantillon. Celui-ci était composé, avant le tri des données, de 174 personnes. Beaucoup d'entre elles n'ont pas complété les différents questionnaires de façon assidue, laissant ainsi de nombreuses réponses vides. Ces participants, au nombre de 54, ont donc été retirés. L'échantillon, désormais composé de 120 personnes, est loin de remplir nos attentes, qui étaient d'un millier de personnes. Cet échantillon est largement insuffisant compte tenu de l'objectif de notre recherche qui est la validation d'un nouvel outil de mesure. Dû à ce petit échantillon, la distribution des données s'est avérée être non normale. Ainsi, nous avons effectué des analyses non-paramétriques, qui sont généralement moins puissantes. Par ailleurs, le nombre de participants et le fait de ne pas avoir inclus la variable « genre » à cette étude ne nous permettent pas d'assurer la représentativité de l'échantillon.

Ensuite, la seconde limite que comporte cette étude est le temps d'évaluation. L'enquête en ligne fût lancée au début du mois de juin 2022 et s'est prolongée jusqu'au 6 juillet de la même année. À cette période, la pandémie de COVID-19 avait largement reculé au sein de notre pays. Plus aucune mesure préventive n'était d'application, excepté le port du masque dans les hôpitaux. Nous pensons donc que les réponses récoltées durant cette période d'accalmie ne sont pas tout à fait représentatives de la réelle probabilité d'adopter ces mesures en période COVID-19. De plus, compte tenu de la durée de cette pandémie (plus de deux ans et demi), nous estimons possible que la population témoigne d'un certain ras-le-bol vis-à-vis du COVID-19 et des mesures qui y sont liées. Ce sentiment pourrait avoir impacté les réponses données. Il serait également possible que cette lassitude soit à l'origine de l'abandon de nombreux participants à l'enquête en ligne.

Dans le cadre de cette étude, il n'a pas été possible de réaliser une analyse de comparaison des résultats obtenus au CPBI avec les questionnaires *COVID-19 Own Risk Appraisal Scale (CORAS ; Jaspal et al., 2020)* et *Fear of COVID-19 Scale (FCS ; Ahorsu et al., 2020)* comme cela a été fait lors de la validation initiale de l'outil. En conséquence, la validité convergente ou divergente n'a pas été analysée.

De futures recherches seraient nécessaires afin d'approfondir la thématique traitée dans ce mémoire. Une nouvelle étude, diffusée à plus grande échelle et sur un laps de temps plus étendu, permettrait de rassembler un plus grand échantillon et ainsi approfondir les résultats obtenus dans le cadre de ce travail. Dès lors, il serait possible de valider empiriquement le *COVID-19 Preventive Behaviors Index*. Il serait pertinent que cette prochaine recherche soit menée, si cela se représente, durant une période critique de la pandémie afin d'obtenir des données plus réalistes. Il serait également intéressant d'ajouter à cette étude la variable « contamination » afin de questionner l'impact que pourrait avoir eu une précédente contamination sur l'adhésion aux mesures préventives.

Outre la probabilité d'adopter un comportement préventif, il serait également intéressant de questionner la motivation de la population à mettre en place le comportement cité ainsi que les mécanismes qui sous-tendent cette motivation. Ainsi, les autorités gouvernementales disposeraient de précieuses informations afin de développer des nouvelles stratégies pouvant faciliter l'adhésion de la population aux mesures préventives.

IV. CONCLUSION

Durant plusieurs semaines, une enquête en ligne fût diffusée dans le but d'évaluer l'adhésion de la population Belge aux mesures préventives demandées par les autorités durant la pandémie de COVID-19. Outre le *COVID-19 Preventive Behaviors Index*, questionnaire dont ce mémoire fait l'objet, l'enquête en ligne contenait plusieurs outils permettant de déceler d'éventuelles difficultés psychologiques (anxiété, stress, inquiétudes, comportements obsessionnels et compulsifs). En effet, au-delà de la validation du questionnaire précédemment cité, cette étude s'intéresse également aux possibles liens s'établissant entre l'adhésion de la population aux mesures préventives et des difficultés d'ordre psychologique dont elle pourrait être affectée.

Les résultats obtenus ont démontrés que les citoyens Belges ont tendance à déclarer une probabilité peu élevée de continuer à voir des personnes en dehors de leur ménage. Au contraire, ils déclarent une probabilité élevée de continuer à se laver les mains régulièrement. Enfin, la population Belge déclare une probabilité neutre d'adopter les mesures préventives suivantes : distance sociale, utilisation du masque, télétravail, évitement des voyages/déplacements non-essentiels, se tenir informé.e sur le COVID, changement d'habitudes de vie et soumission au suivi COVID.

Enfin, les résultats indiquent qu'il existe un lien significatif entre la présence de stress inhérent à la pandémie de COVID-19 et l'adhésion aux mesures préventives recommandées par les autorités gouvernementales. Nous pouvons donc affirmer que les personnes présentant un sentiment de stress élevé lié au coronavirus sont plus susceptibles de déclarer une forte probabilité d'adopter les mesures préventives recommandées

Ces résultats doivent être considérés avec prudence compte tenu des limites que comporte cette étude. En effet, la taille de l'échantillon est réduite et le temps d'évaluation s'est déroulé alors que la pandémie de COVID-19 battait en retraite. Il serait donc pertinent de poursuivre les recherches afin d'approfondir les résultats obtenus dans le cadre de cette étude.

V. BIBLIOGRAPHIE

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale : Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ansseau, M. & Boulenger, J. (2014). 17. Trouble anxieux généralisé. Dans : éd., *Les troubles anxieux* (pp. 179-190). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.boule.2014.01.0179>
- Asadi, S.; Bouvier, N.; Wexler, A. S.; Ristenpart, W. D. The coronavirus pandemic and aerosols: Does COVID-19 transmit via expiratory particles? *Aerosol Sci. Technol.* 2020, 54 (6), 635–638
- Beutels, P.; Pepermans, K. *Mentaal Welzijn in Tijden van COVID-19: Ups en Downs van een Bevolking Onder Druk.* 2020
- Breakwell, G. M., Fino, E., & Jaspal, R. (2021). The COVID-19 Preventive Behaviors Index : Development and Validation in Two Samples From the United Kingdom. *Evaluation & the Health Professions*, 44(1), 77-86. <https://doi.org/10.1177/0163278720983416>
- Bruggeman, H., Smith, P., Berete, F., Demarest, S., Hermans, L., Braekman, E., Charafeddine, R., Drieskens, S., de Ridder, K., & Gisle, L. (2022). Anxiety and Depression in Belgium during the First 15 Months of the COVID-19 Pandemic : A Longitudinal Study. *Behavioral Sciences*, 12(5), 141. <https://doi.org/10.3390/bs12050141>
- Caroline DÉsir - Ministre de l'Éducation. (2020). Organisation de la rentrée scolaire de septembre 2020. cfwb. <https://desir.cfwb.be/home/presse--publications/publications/organisation-de-la-rentree-scolaire-de-septembre-2020.publicationfull.html>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. RESERVOIR : Définition de RESERVOIR(2012).<https://www.cnrtl.fr/definition/reservoir#:~:text=R%C3%A9servoir%20de%20virus.,t>

- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
- Chen Y, Liu Q, Guo D. 2020. Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol* 92:418 – 423. [https://doi.org/ 10.1002/jmv.25681](https://doi.org/10.1002/jmv.25681)
- Cheng VC, Lau SK, Woo PC, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus as an agent of emerging and reemerging infection. *Clin Microbiol Rev* 2007;20:660–94
- Cheng VCC, Wong SC, To KKW, Ho PL, Yuen KY. 2020. Preparedness and proactive infection control measures against the emerging Wuhan coronavirus pneumonia in China. *J Hosp Infect* 104:254 –255. [https:// doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.010](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.010)
- Cocom-GGC. (2022, 4 juillet). Certificats Covid et Covid Safe Ticket. coronavirus.brussels. <https://coronavirus.brussels/covid-safe-ticket/>
- Cohen S, Kessler RC, Gordon UL. 2007. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorder. In: Cohen S, Kessler RC, Gordon UL, eds. *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*. New York, NY: Oxford University Press; 1995:3-26.
- Coronavirus COVID-19 global cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [May;2020]; Available <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> 2020
- Coronavirus Statistiques. Nombre de cas en Belgique | En direct (2022). Coronavirus Statistiques. <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-en-belgique/>
- Derogatis, LR (1977). Liste de contrôle des symptômes SCL-90-R - Manuel d'administration, de notation et de procédures 90-R. Bloomington : Psych Corp.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Ferguson, N. M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cucunuba, Z. M., Cuomo-Dannenburg, G., Dighe, A., Dorigatti, L.,

- Fu, H., Gaythorpe, K., Green, G., Hamlet, A., Hinsley, W., Okell, L., Van Elsland, S, & Ghani, A. C. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 Mortality and healthcare demand. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>
- Gentry, W.D., Kobasa, S.C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W.D.Gentry (Ed.). Handbook of behavioral medicine. New-york : Guilford, 87-113
- Giovanetti M, Benvenuto D, Angeletti S, Ciccozzi M. The first two cases of 2019-nCoV in Italy: where they come from? J Med Virol. 2020:1–4. <https://doi.org/10.1002/jmv.25699> [Epub ahead of print].
- Goldberg, D. (2008). Towards DSM-V : the relationship between generalized anxiety disorder and major depressive episode. Psychological Medicine, 38(11), 1671-1675. <https://doi.org/10.1017/s003329170800295x>
- Gosselin, P., Dugas., M-J., Ladouceur, R., & Freeston, M-H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. L'Encéphale, 27, 475-484.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, 6, 1–55
- Hampton T. Bats may be SARS reservoir. JAMA. 2005;294(18):2291
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
- Info-coronavirus. *L'un de nos compatriotes rapatriés a été testé positif au nouveau coronavirus* | Coronavirus COVID-19. (2020b, février 4). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/archive/un-de-nos-compatriotes-rapatries-teste-positif-au-nouveau-coronavirus/>
- Info-coronavirus. *Premier décès des suites du coronavirus à déplorer en Belgique* | Coronavirus COVID-19. (2020, mars 11). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/archive/premier-deces-lies-au-covid-19/>

Info-coronavirus. Coronavirus : *Phase 2 maintenue, passage en phase fédérale et mesures additionnelles* | Coronavirus COVID-19. (2020, 12 mars). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/archive/phase-2-maintenue-passage-en-phase-federale-et-mesures-additionnelles/>

Info-coronavirus. *La diminution des nouvelles infections se poursuit* | Coronavirus COVID-19. (2020, 3 juin). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/archive/diminution-des-nouvelles-infections-se-poursuit/>

Info-coronavirus. *Le Comité de concertation décide de mesures plus strictes et désigne un commissaire COVID-19* | Coronavirus COVID-19. (2020, 6 octobre). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/archive/occ-06-10/>

Info-coronavirus. *Comité de concertation : Réouverture des coiffeurs à partir du samedi 13 février* | Coronavirus COVID-19. (2021, 5 février). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-0502/>

Info-coronavirus. *Le Comité de concertation décide d'un large ensemble de mesures de temporisation* | Coronavirus COVID-19. (2021, 24 mars). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ2403/>

Info-coronavirus. *Plan « été » : un retour à une vie plus normale en quatre étapes* | Coronavirus COVID-19. (2021, 11 mai). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ1105/>

Info-coronavirus. *Comité de concertation - port du masque obligatoire, Covid Safe Ticket et télétravail pour lutter contre la vague automnale* | Coronavirus COVID-19. (2021, 26 octobre). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-2610/>

Info-coronavirus. *Le Comité de concertation baisse l'âge d'obligation de port du masque, limite les activités en intérieur et prend des mesures concernant l'enseignement* | Coronavirus COVID-19. (2021, 3 décembre). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-0312/>

Info-coronavirus. *Le Comité de concertation renforce les mesures sanitaires de manière préventive face au variant omicron* | Coronavirus COVID-19. (2021, 22 décembre). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-2212/>

- Info-coronavirus. *Code orange à partir du 18 février. Fin de l'heure de fermeture imposée à l'Horeca et réouverture du monde de la nuit* | Coronavirus COVID-19. (2022, 11 février). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-1102/>
- Info-coronavirus. *Code jaune à partir du lundi 7 mars* | Coronavirus COVID-19. (2022, 4 mars). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-0403/>
- Info-coronavirus. *Fin de l'obligation du port du masque et règles de voyages à partir du 23 mai* | Coronavirus COVID-19. (2022, 20 mai). Info-coronavirus. <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-2005/>
- Jaspal, R., Fino, E., & Breakwell, G. M. (2020). The COVID-19 own risk appraisal scale (CORAS): Development and validation in two samples from the United Kingdom. *Journal of Health Psychology*. <http://doi.org/10.1177/1359105320967429>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales : a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Larousse, Æ. (2021). Définitions : hémoptysie - Dictionnaire de français Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%A9moptysie/39541>
- Larousse, Æ. (2021b). Définitions : rhinorrhée - Dictionnaire de français Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rhinorrh%C3%A9/69269>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer; New York:1984
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa200131
- Li W, Shi Z, Yu M, Ren W, Smith C, Epstein JH, et al. Bats are natural reservoirs of SARS-like coronaviruses. *Science*. 2005;310(5748):676–9.
- Lorant V, Smith P, Van den Broeck K, Nicaise P. Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium. *BMC Psychiatry*. 2021 Feb 18;21(1):112. doi: 10.1186/s12888-021-03109-1. PMID: 33602149; PMCID: PMC7890771

- Lorant, V.; Van den Broeck, K. Evaluation de l'état de Santé Mentale et Santé Sociale de la Population Belge Pendant la Période du Confinement: Résultats de la Vague 1 et 2.' UCLouvain, Universiteit Antwerpen. 2019. Available online: https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss_sophie/rapport_covidetmoi_vague1et2.pdf (accessed on 20 May 2020).
- Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020. DOI: 10.1016/ S0140-6736(20)30251
- MERS-CoV. (2019, 16 septembre). Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/mers-cov>
- Meyer, T., Miller, M., Metzger, R., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- ONU France (2020, 6 mai). COVID-19 : la Belgique en confinement à partir du 18 mars. <https://unric.org/fr/covid-19-la-belgique-en-confinement-a-partir-du-18-mars/>
- Organisation Mondiale de la Santé. Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25% dans le monde en raison de la pandémie de covid-19. (2022, 2 mars) <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Paraskevis D, Kostaki EG, Magiorkinis G, Panayiotakopoulos G, Sourvinos G, Tsiodras S. Full-genome evolutionary analysis of the novel corona virus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. *Infect Genet Evol.* 2020;79:104212.
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2296–2303. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Peiris JS, Lai ST, Poon LL, et al. Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome. *Lancet.* 2003;361:1319–25.

- Perlman S. Another decade, another coronavirus. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMe2001126.
- Sahu P. Closure of universities due to coronavirus disease 2019 (COVID-19): impact on education and mental health of students and academic staff. *Cureus* 2020;12:4 e7541.
- Sciensano. Dixième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Avril 2022 ; Numéro de dépôt : D/2022/14.440/18. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/mve9-bk51>
- Sciensano. Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Mai 2020 ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/50. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>
- Sciensano (2022). Recommandations spécifiques pour les personnes à risque accru d'une évolution sévère au COVID-19. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_measures-for-high-riskgroups_FR.pdf
- Swinson, R. (2011). « The patient who is anxious ». Dans D. Goldbloom et J. Davine (réd.), *Psychiatry in Primary Care: A Concise Canadian Pocket Guide* (p. 45–60). Toronto Ontario) : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Tavakol M, Wetzal A. Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. *Int J Med Educ.* 2020 Nov 6;11:245-247. doi: 10.5116/ijme.5f96.0f4a. PMID: 33170146; PMCID: PMC7883798.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>
- Toussaint, L. L., Cheadle, A. D., Fox, J., & Williams, D. R. (2020). Clean and contain : Initial development of a measure of infection prevention behaviors during the COVID-19 pandemic. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(9), 619–625. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa064>
- Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, et al. *Postgrad Med J.* 2020;96:753–758.

- Vally, Z. (2020). Public perceptions, anxiety and the perceived efficacy of health protective behaviours to mitigate the spread of the SARS-Cov-2/COVID-19 pandemic. *Public Health*, 187, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.08.002>
- Van Doremalen, N.; Bushmaker, T.; Morris, D. H.; et al. *N. Engl. J. Med.* 2020, 382 (16), 1564–1567)
- Vindegaard, N. ; Benros M.E. Pandémie de COVID-19 et conséquences sur la santé mentale : Revue systématique des preuves actuelles. *Cerveau. Comportement. Immun.* 2020, 89, 531-542
- Wu F, Zhao S, Yu B, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature* 2020;579:265–9
- Zermatten, A., van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2006). Validation of a French version of the Obsessive–Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *European Review of Applied Psychology*, 56(3), 151-155. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.07.003>
- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017
- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W, China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. 2020. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 382:727–733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information et de consentement

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est valider la version française d'un nouveau questionnaire évaluant le stress ressenti lors de la pandémie de la COVID-19. Cette recherche est menée par Aurélie Wagener.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques.

Cette recherche implique de remplir différents questionnaires pendant une durée d'environ 20 minutes. Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

Vous disposez d'une série de droits relatifs à vos données personnelles (accès, rectification, suppression, opposition) que vous pouvez exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent ci-dessous. Vous pouvez également lui adresser toute doléance concernant le traitement de vos données à caractère personnel. Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire environ deux ans.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et

elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiables et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées pour une durée maximale de 15 ans.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données d'identification vous concernant seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2.

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter Aurélie Wagener (aurelie.wagener@uliege.be). Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données

Bât. B9 Cellule "GDPR"

Quartier Village 3

Boulevard de Colonster 2

4000 Liège

Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que :

Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus.

Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus. Vous avez 18 ans ou plus.

Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche.

Annexe 2 : Questionnaire de données sociodémographiques (Wagener et al., 2021)

1. Indiquez votre code de participant : les 3 premières lettres de votre nom, suivies des 3 premières lettres de votre rue ainsi que votre âge.

2. Quelle est votre année de naissance ?

3. Quel est votre statut relationnel ?

- Seul.e
- Seul.e avec enfant(s)
- En couple
- En couple avec enfant(s)

4. Avec combien de personnes vivez-vous actuellement (sous le même toit) ?

5. Avez-vous actuellement un emploi rémunéré, éventuellement interrompu depuis le 2 novembre 2020 ?

- Oui, j'ai un emploi rémunéré et je travaille comme d'habitude
- Oui, j'ai un emploi rémunéré et je télétravaille actuellement
- Oui, j'ai un emploi rémunéré et je suis en chômage technique actuellement (en raison du COVID-19)
- Non, je n'ai pas d'emploi rémunéré
- Autre

6. Dans quelle mesure la pandémie de la COVID-19 a-t-elle eu un impact sur le revenu net mensuel de votre ménage ?

- Aucun impact
- Impact limité (perte de revenus limitée)
- Impact significatif (perte de revenus considérable)
- Impact grave (perte de revenus importante)
- Autre

7. Lorsque le reconfinement partiel a commencé (2 novembre en Belgique), présentiez-vous un ou plusieurs des troubles suivants (plusieurs choix sont possibles) ?
- Troubles anxieux (anxiété généralisée, TOC, stress aigu, stress post-traumatique,...)
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles du sommeil
 - Abus de substance (alcool/drogue/médicament)
 - Autre
 - Aucun
8. Avez-vous été vacciné·e contre la COVID-19 ?
- Oui, vaccination totale
 - Oui, vaccination partielle
 - Non

Annexe 3 : Questionnaire portant sur les différentes mesures de protection recommandées par les autorités sanitaires (Wagener, Stassart & Etienne, 2020)

Les questions suivantes concernent les différentes mesures de protection recommandées par les autorités sanitaires.

14aa. Lavage des mains régulier

14ab) Appliquez-vous cette mesure ?



14ac) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?



14ad) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



14b. Toux et éternuement dans le creux du coude

14ba) Appliquez-vous cette mesure ?



14bb) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?



14bc) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



14c. Utilisation d'un gel hydroalcoolique

14ca) Appliquez-vous cette mesure ?



14cb) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?

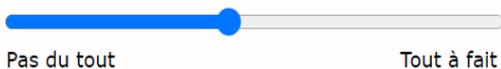


14cc) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



14d. Port du masque

14da) Appliquez-vous cette mesure ?



14db) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?



14dc) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



14e. Maintien d'une distance physique d'au moins 1,5 mètre

14ea) Appliquez-vous cette mesure ?



14eb) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?



14ec) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



14f. Rester à la maison (sauf pour aller travailler, faire les courses, faire du sport en extérieur ou aider quelqu'un)

14fa) Appliquez-vous cette mesure ?



14fb) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?



14fc) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



14g. Limiter les contacts sociaux (bulle de 1 contact rapproché; max. 10 personnes en extérieur avec 1,5 m de distance)

14ga) Appliquez-vous cette mesure ?



14gb) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous coûte comme effort ?



14gc) Qu'est-ce que l'application de cette mesure vous rapporte comme bénéfice ?



Annexe 4 : COVID-19 Preventive Behaviors Index (CPBI ; Breakwell et al., 2021)

CONSIGNE : Quelle est la probabilité que, durant l'épidémie de COVID-19, vous ...

	Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	Neutre 3	D'accord 4	Fortement d'accord 5
1. Garderez une distance de deux mètres dans vos interactions quotidiennes avec des personnes extérieures à votre ménage					
2. Utiliserez un masque facial lorsque vous quittez votre domicile					
3. Travaillerez de la maison, si cela est possible					
4. Évitez tout déplacement local non essentiel					
5. Évitez tout déplacement international non essentiel					
6. Laverez vos mains régulièrement					
7. Resterez informé·e sur le COVID-19 en Belgique en regardant les nouvelles					
8. N'apporterez aucun changement à votre style de vie					
9. Continuerez à voir des personnes extérieures à votre ménage					

10. Vous conformerez au service de suivi et de traçabilité du "Tracing COVID", si vous êtes contacté·e					
---	--	--	--	--	--

Annexe 5 : Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al.,
2002)

CONSIGNE : Les énoncés suivants se rapportent à des expériences que de nombreuses personnes vivent dans leur quotidien. Entourez les chiffres qui décrivent le mieux A QUEL POINT l'expérience vous a PEINE ou DERANGE durant le MOIS DERNIER.

	Pas du tout 0	Peu 1	Moyennement 2	Beaucoup 3	Extrêmement 4
OCIR1. J'ai conservé tellement de choses qu'elles bloquent le passage					
OCIR2. Je vérifie les choses plus souvent que nécessaire					
OCIR3. Je suis contrarié si les objets ne sont pas rangés correctement					
OCIR4. Je me sens obligé de compter pendant que je fais des choses					
OCIR5. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais qu'il a été touché par des étrangers ou par certaines personnes					
OCIR6. J'éprouve de la difficulté à contrôler mes propres pensées					
OCIR7. J'accumule des choses dont je n'ai pas besoin					
OCIR8. Je vérifie de manière répétée les portes, les fenêtres, les tiroirs, etc					

OCIR9. Je suis contrarié si les autres changent la manière dont j'ai rangé les choses					
OCIR10. Je sens que je dois répéter certains chiffres					
OCIR11. Je dois parfois me laver ou me nettoyer, simplement parce que je me sens contaminé					
OCIR12. Je suis contrarié par des pensées déplaisantes qui me viennent à l'esprit contre ma volonté					
OCIR13. J'évite de jeter les choses parce que je crains d'en avoir besoin plus tard					
OCIR14. Je vérifie de manière répétée les robinets de gaz et d'eau ainsi que les interrupteurs après les avoir éteints					
OCIR15. J'ai besoin que les choses soient rangées dans un ordre particulier					
OCIR16. Je sens qu'il y a de bons et de mauvais chiffres					
OCIR17. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire					
OCIR18. J'ai fréquemment des pensées malsaines et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser					

Annexe 6 : Questionnaire des inquiétudes de Penn State (QIPS ; Gosselin
et al., 2001)

CONSIGNE : Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

	Pas du tout caractéristique 1	Un peu caractéristique 2	Assez caractéristique 3	Très caractéristique 4	Extrêmement caractéristique 5
PS1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas					
PS2. Mes inquiétudes me submergent					
PS3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses					
PS4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter					
PS5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien					
PS6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup					
PS7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout					
PS8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes					

PS9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire					
PS10. Je ne m'inquiète jamais					
PS11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.					
PS12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie					
PS13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets					
PS14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter					
PS15. Je m'inquiète tout le temps					
PS16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient terminés					

Annexe 7 : COVID Stress Scales (CSS ; Taylor et al., 2020)

CONSIGNE : Les questions suivantes portent sur divers types de soucis que vous pourriez avoir éprouvés au cours des sept derniers jours. Dans les déclarations suivantes, nous désignons la COVID-19 par "le virus".

	Pas du tout 0	Un peu 1	Moyennement 2	Beaucoup 3	Extrêmement 4
CSS1. Je suis inquiet.e d'attraper le virus					
CSS2. Je suis inquiet.e de ne pas pouvoir protéger ma famille contre le virus					
CSS3. Je suis inquiet.e que notre système de santé ne puisse pas protéger mes proches					
CSS4. Je suis inquiet.e que notre système de santé ne puisse pas me protéger contre le virus					
CSS5. Je suis inquiet.e que l'hygiène de base (p. ex., se laver les mains) ne soit pas suffisante pour me protéger du virus					
CSS6. Je suis inquiet.e que l'éloignement social ne soit pas suffisant pour me protéger du virus					
CSS7. Je suis inquiet.e que les épiceries puissent manquer de nourriture					
CSS8. Je suis inquiet.e que les épiceries ferment leurs portes					
CSS9. Je suis inquiet.e que les épiceries puissent manquer de produits de nettoyage ou de désinfection					

CSS10. Je suis inquiet.e que les épicerie s puissent manquer de remèdes contre le rhume ou la grippe					
CSS11. Je suis inquiet.e que les épicerie s puissent manquer d'eau					
CSS12. Je suis inquiet.e que les pharmacies puissent manquer de médicaments sur ordonnance					
CSS13. Je suis inquiet.e que des étrangers transmettent le virus dans mon pays					
CSS14. Si j'allais dans un restaurant spécialisé dans les aliments étrangers, je serais inquiet.e d'attraper le virus					
CSS15. J'ai peur de rentrer en contact avec des étrangers, car ils pourraient avoir le virus					
CSS16. Si je rencontrais une personne d'un pays étranger, je craindrais qu'elle soit infectée par le virus					
CSS17. Si j'étais dans un ascenseur avec un groupe de personnes provenant d'un pays étranger, je serais inquiet.e qu'elles soient infectées par le virus					
CSS18. Je crains que les étrangers transmettent davantage le virus parce qu'ils ne sont pas aussi propres que nous					
CSS19. Je serais inquiet.e d'attraper le virus si je touchais quelque chose dans un espace public (p. ex., une rampe, une poignée de porte).					
CSS20. Je serais inquiet.e d'attraper le virus si quelqu'un toussait ou éternuait près de moi					
CSS21. Je suis inquiet.e d'être infecté.e par les gens autour de moi					

CSS22. Je suis inquiet.e de prendre de l'argent comptant lors d'une transaction					
CSS23. Je suis inquiet.e d'attraper le virus en manipulant de l'argent ou en utilisant un lecteur de carte bancaire					
CSS24. Je suis inquiet.e que mon courrier puisse avoir été contaminé par des travailleurs de la poste					

CONSIGNE B : Veuillez lire chaque énoncé et indiquer la fréquence à laquelle vous avez rencontré chaque problème au cours des sept derniers jours.

	Jamais 0	Rarement 1	Parfois 2	Souvent 3	Presque toujours 4
CSS1B. J'ai eu du mal à me concentrer parce que je pensais au virus					
1CSSC. Des images mentales inquiétantes sur le virus me sont venues à l'esprit contre ma volonté					
1CSSD. J'ai eu du mal à dormir parce que je m'inquiétais du virus					
1CSSE. J'ai pensé au virus lorsque je ne le voulais pas					
1CSSF. Les rappels du virus m'ont fait avoir des réactions physiques (transpiration plus importante ou battement de cœur plus rapide)					
1CSSG. J'ai fait de mauvais rêves à propos du virus					

Annexe 8 : Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9 ; Kroenke et al., 2010)

CONSIGNE : Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais 0	Plusieurs jours 1	Plus de la moitié du temps 2	Presque tous les jours 3
PHQ_91. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
PHQ_92. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
PHQ_93. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop				
PHQ_94. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie				
PHQ_95. Avoir peu d'appétit ou manger trop				
PHQ_96. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même				
PHQ_97. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision				
PHQ_98. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude				
PHQ_99. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre				

Annexe 9 : Test de Normalité de Shapiro-Wilk

	ACC	ECC	BCC	CPBI	OCI-R	QIPS	CSS	PHQ-9
N	120	119	119	120	113	107	102	97
Valeurs manquantes	0	1	1	0	7	13	18	23
Shapiro-Wilk W	0.969	0.980	0.978	0.973	0.970	0.975	0.820	0.935
Shapiro-Wilk p	0.007	0.072	0.045	0.015	0.013	0.039	<0.001	<0.001

Annexe 10 : Résultats des tests de comparaison deux à deux au test de
Kruskal-Wallis - Statut relationnel

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et ACC			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	1.961	0.508
En couple	Seul.e	-0.822	0.938
En couple	Seul.e avec enfant(s)	2.866	0.178
En couple avec enfant(s)	Seul.e	-2.919	0.165
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	0.734	0.955
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	3.068	0.132

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et ECC			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	-0.543	0.981
En couple	Seul.e	-0.585	0.976
En couple	Seul.e avec enfant(s)	1.216	0.825
En couple avec enfant(s)	Seul.e	0.009	1.000
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	1.512	0.709
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	1.382	0.763

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et BCC			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	2.662	0.235
En couple	Seul.e	-0.011	1.000
En couple	Seul.e avec enfant(s)	2.676	0.231
En couple avec enfant(s)	Seul.e	-2.497	0.290
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	0.683	0.963
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	2.794	0.197

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et CPBI			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	2.409	0.322
En couple	Seul.e	2.485	0.294
En couple	Seul.e avec enfant(s)	2.818	0.191
En couple avec enfant(s)	Seul.e	-0.955	0.907
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	0.167	0.999
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	1.704	0.624

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et OCI-R			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	-1.633	0.656
En couple	Seul.e	1.620	0.661
En couple	Seul.e avec enfant(s)	0.267	0.998
En couple avec enfant(s)	Seul.e	2.424	0.316
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	1.045	0.882
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	-0.760	0.950

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et QIPS			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	-2.309	0.360
En couple	Seul.e	3.012	0.144
En couple	Seul.e avec enfant(s)	-0.155	1.000
En couple avec enfant(s)	Seul.e	3.930	0.028
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	1.240	0.817
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	-1.881	0.544

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et CSS			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	1.371	0.767
En couple	Seul.e	-1.085	0.869
En couple	Seul.e avec enfant(s)	0.661	0.966
En couple avec enfant(s)	Seul.e	-2.585	0.260
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	0.090	1.000
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	1.309	0.791

Test de comparaison deux à deux : Statut relationnel et PHQ-9			
Variables		W	p
En couple	En couple avec enfant(s)	-4.041	0.022
En couple	Seul.e	1.403	0.754
En couple	Seul.e avec enfant(s)	0.307	0.996
En couple avec enfant(s)	Seul.e	3.791	0.037
En couple avec enfant(s)	Seul.e avec enfant(s)	1.751	0.603
Seul.e	Seul.e avec enfant(s)	-0.425	0.991

Annexe 11 : Résultats des tests de comparaison deux à deux au test de
Kruskal-Wallis – Vaccination

Test de comparaison deux à deux : Vaccination et ACC			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	1.538	0.522
Aucune vaccination	Vaccination totale	3.030	0.082
Vaccination partielle	Vaccination totale	0.808	0.836

Test de comparaison deux à deux : Vaccination et ECC			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	0.496	0.935
Aucune vaccination	Vaccination totale	-0.418	0.953
Vaccination partielle	Vaccination totale	-1.302	0.627

Test de comparaison deux à deux : Vaccination et BCC			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	2.27	0.244
Aucune vaccination	Vaccination totale	3.71	0.023
Vaccination partielle	Vaccination totale	2.26	0.246

Test de comparaison deux à deux : Vaccination et CPBI			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	2.27	0.243
Aucune vaccination	Vaccination totale	4.30	0.007
Vaccination partielle	Vaccination totale	2.10	0.297

Test de comparaison deux à deux : Vaccination et OCI-R			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	1.404	0.582
Aucune vaccination	Vaccination totale	0.412	0.954
Vaccination partielle	Vaccination totale	-1.872	0.382

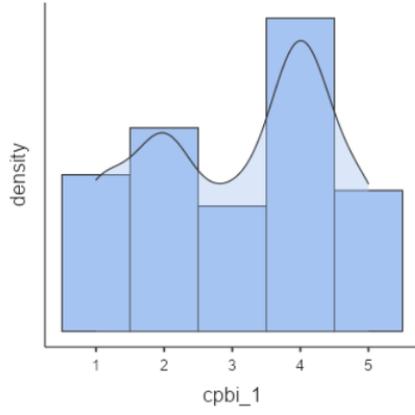
Test de comparaison deux à deux : Vaccination et QIPS			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	1.074	0.728
Aucune vaccination	Vaccination totale	0.586	0.910
Vaccination partielle	Vaccination totale	-0.842	0.823

Test de comparaison deux à deux : Vaccination et CSS			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	1.562	0.511
Aucune vaccination	Vaccination totale	1.261	0.646
Vaccination partielle	Vaccination totale	-0.891	0.804

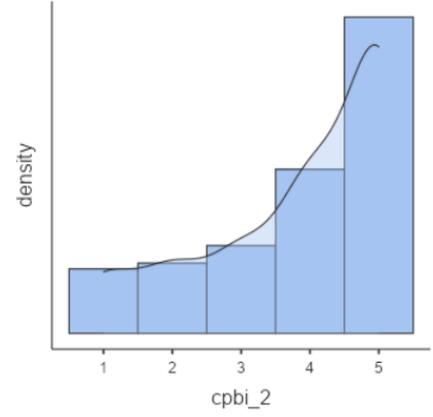
Test de comparaison deux à deux : Vaccination et PHQ-9			
Variables		W	p
Aucune vaccination	Vaccination partielle	0.150	0.944
Aucune vaccination	Vaccination totale	-1.394	0.586
Vaccination partielle	Vaccination totale	-1.817	0.404

Annexe 12 : Répartition des réponses aux dix items du CPBI

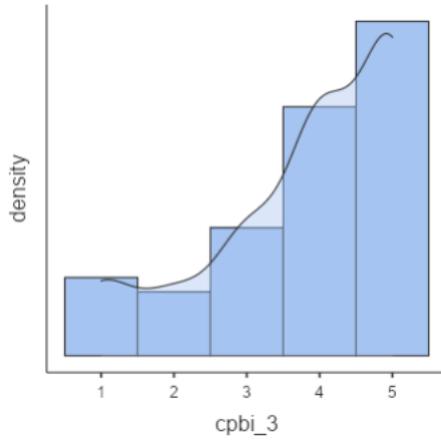
Item 1



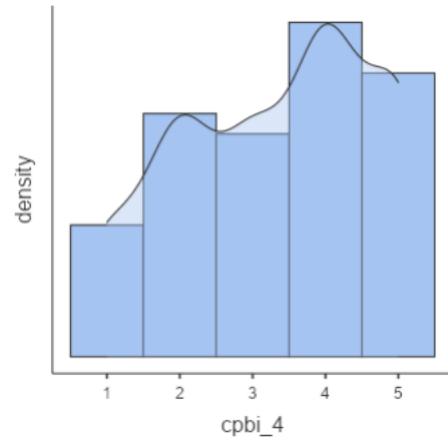
Item 2



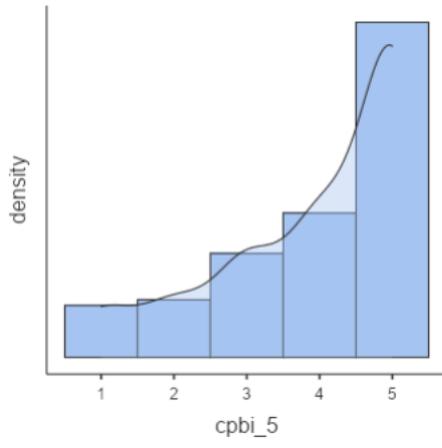
Item 3



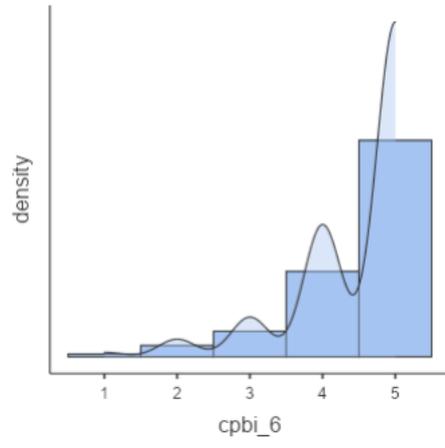
Item 4



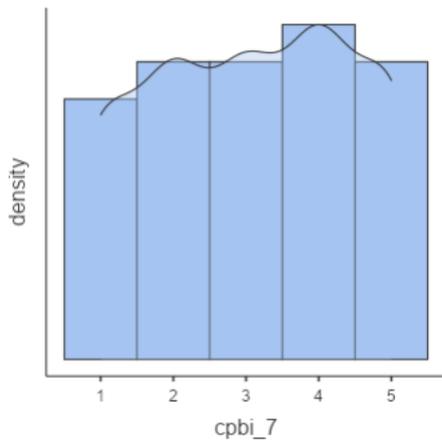
Item 5



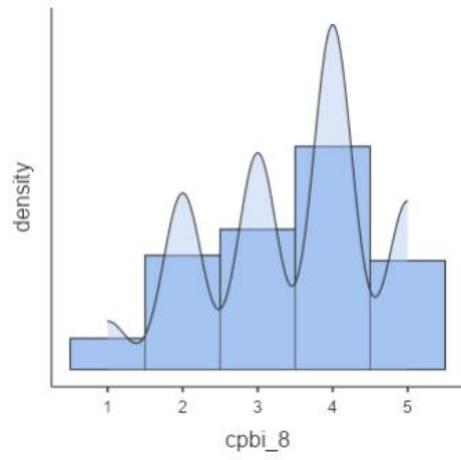
Item 6



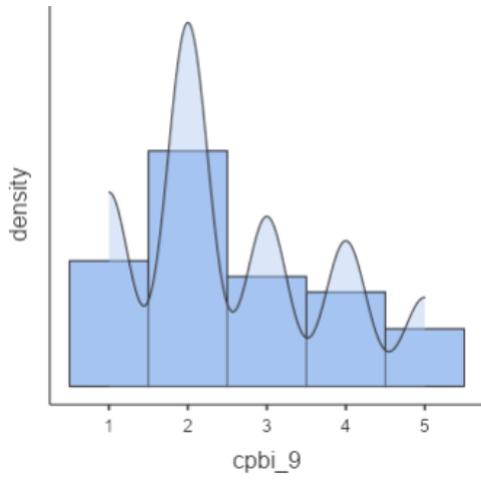
Item 7



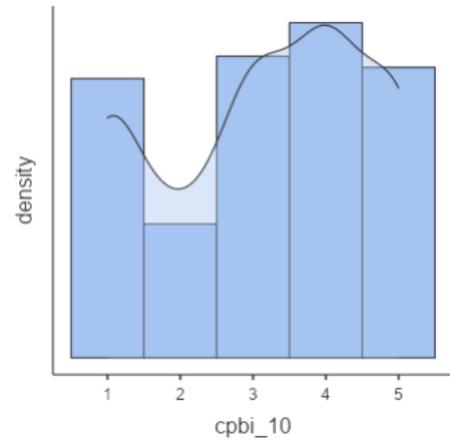
Item 8



Item 9



Item 10



RESUME

Cette étude prend place dans le contexte de la pandémie de COVID-19, apparue en décembre 2019 en Chine. Depuis cette date, le monde entier tente de faire face à ce virus menaçant. Pour ce faire, de nombreuses mesures préventives et restrictives ont été mises en place dans le but de freiner la propagation du virus et ainsi protéger la population. Dès lors, des chercheurs anglais ont jugé intéressant d'évaluer la probabilité auto-déclarée d'adopter les mesures préventives. Ils ont conçu l'outil *The COVID-19 Preventive Behaviors Index (CPBI* ; Breakwell et al., 2021) dans ce but. Cet outil n'ayant aucun équivalent francophone, nous avons saisi l'opportunité de travailler au développement et à la validation d'une version française de ce questionnaire.

Par conséquent, notre hypothèse principale était de trouver, au sein de la version française du CPBI, les mêmes qualités psychométriques (ajustement du modèle factoriel aux données et cohérence interne) que celles présentes dans la version originale. D'autres hypothèses ont également été émises quant à l'impact que pouvaient avoir certaines données sur la probabilité d'adopter les mesures préventives. Parmi ces variables, nous pouvons citer l'âge, le statut relationnel, la vaccination ou encore la présence de stress, de symptômes dépressif ou d'inquiétudes. C'est pour cette raison que des outils de mesure psychologique ont été ajoutés à cette étude.

Les analyses statistiques effectuées à partir de l'échantillon de 120 participants n'ont pas permis de confirmer pleinement l'ajustement du modèle à un facteur aux données récoltées. Cependant, plusieurs liens ont pu être décelés entre la probabilité d'adopter les mesures préventives et le degré de vaccination, les efforts et bénéfices liés à la mise en place des mesures et la présence de stress inhérent à la pandémie.

Cette étude présente plusieurs limites, qui n'ont pas permis de pouvoir obtenir les résultats souhaités. Cependant, bien qu'ils ne soient pas tous concluants, les résultats obtenus sont encourageants et laissent le champ libre à de nouvelles études.