

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

La santé mentale des populations canadienne et belge lors de la pandémie de COVID-19 : un enjeu stratégique pour la communication sanitaire

Auteure : Cassandra Ramalho
Promoteur : Olivier Champagne-Poirier
Année académique 2021-2022
Double diplôme de master en communication stratégique internationale

RÉSUMÉ

La crise de la COVID-19 a posé un degré de complexité inédit pour les communications de santé. Au milieu de l'infodémie, de la désinformation et des résistances aux mesures sanitaires, a été observée une montée d'impacts de santé mentale dans diverses populations. La littérature montrant que l'état psychologique des individus peut mener à des réponses non adaptatives face à une menace, ces impacts peuvent entraver les objectifs des communications sanitaires déployées lors de la COVID-19. D'un point de vue stratégique comme éthique, il importe de s'intéresser aux implications de la santé mentale pour les communications en crises sanitaires. Par l'analyse statistique d'un sondage populationnel, notre mémoire teste ainsi les relations entre des marqueurs psychologiques (anxiété et dépression) et des facteurs d'efficacité en communication stratégique vus par le modèle IDEA (Sellnow et al., 2017). Étudiant les populations canadiennes et belges lors de la deuxième vague de coronavirus, notre recherche montre que l'augmentation des signes d'anxiété et de dépression a été liée à l'intériorisation des risques (I), notamment au renforcement d'un sentiment de menace général relatif à la pandémie et de comportements de rejet face aux situations ou contenus évoquant la crise. L'aggravation de ces états a aussi été liée à la distribution des communications (D), par des relations avec la propension à mobiliser les médias sociaux pour s'informer et la méfiance manifestée envers les médias traditionnels. Au regard des explications sur la crise (E), plus les individus présentaient des signes d'anxiété et de dépression, plus ils allouaient de crédibilité aux récits alternatifs et moins ils en accordaient aux explications des autorités publiques (et vice versa). Enfin, la propension à poser des actions visant à mitiger la crise (A) diminuait parallèlement à l'augmentation de l'anxiété et de la dépression dans les échantillons. Révélant des relations entre l'aggravation des tensions psychologiques et chaque composante d'une communication de crise et du risque efficace selon le modèle IDEA, notre étude appelle la considération des impacts de santé mentale pour réfléchir à des approches communicationnelles mieux adaptées en temps de pandémie.

Mots-clefs : *Communication sanitaire, Covid-19, anxiété, dépression, IDEA*

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon promoteur, le professeur Olivier Champagne-Poirier, pour son aide précieuse et tout le temps consacré à me guider dans ce processus. Son écoute et son accompagnement dédiés à chaque étape de réalisation de ma recherche ont su maintenir ma motivation à travers tout mon cheminement.

Sur un plan plus personnel, je souhaite aussi témoigner mon immense gratitude à ma famille : mes parents, Josée Baillargeon et Pedro Ramalho, et mon frère, Philippe Ramalho. Mille mercis de m'avoir soutenue et encouragée sans relâche tout au long de mon parcours universitaire. En périodes de découragement, votre présence et votre compréhension m'ont été des plus déterminantes. Merci.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
REMERCIEMENTS	2
LISTE DES FIGURES	4
INTRODUCTION.....	5
1. COMMUNICATION ET CRISES SANITAIRES	7
1.1 Communication et santé publique	7
1.2 Communiquer en crises sociosanitaires : SRAS, H1N1 et Ebola	12
1.3 Pandémie de la COVID-19.....	18
2. CADRE THÉORIQUE. MODÈLE IDEA : PRISE EN COMPTE DES ENJEUX AFFECTIFS ET COGNITIFS LORS DE LA COVID-19.....	20
2.1 Communication de risque et modèle IDEA.....	20
2.2 Cognition et émotion : un équilibre délicat en temps de pandémie....	24
2.3 Intériorisation et santé mentale.....	27
2.4 Distribution et santé mentale	30
2.5 Explication et santé mentale	34
2.6 Actions et santé mentale	37
2.7 Faille dans la littérature	39
3. QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES	40
4. MÉTHODOLOGIE	45
4.1 Terrains d'analyse : le Canada et la Belgique	45
4.2 Mesures.....	48
5. RÉSULTATS	54
5.1 Portrait des troubles anxieux et dépressifs probables.....	54
5.2 Intériorisation	58
5.3 Distribution.....	63
5.4 Explication.....	68
5.5 Actions.....	72
6. DISCUSSION.....	76
6.1 Retour sur les hypothèses	77
6.2 Limites.....	85
7. CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1 — Troubles anxieux et dépressifs probables par tranche d'âge....	56
Figure 2 — Troubles anxieux et dépressifs probables chez les 18-24 ans..	57
Figure 3 — Proportions d'individus exprimant de forts sentiments de menace parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada	60
Figure 4 — Proportions d'individus exprimant de forts sentiments de menace parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables en Belgique.....	60
Figure 5 — Proportions d'individus jugeant les consignes gouvernementales exagérées parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables.....	62
Figure 6 — Santé mentale et canaux privilégiés pour s'informer.	64
Figure 7 — Proportions d'individus privilégiant les médias sociaux et autres plateformes en ligne pour s'informer parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables	66
Figure 8 — Santé mentale et méfiance envers les canaux d'information. ..	67
Figure 9 — Proportions d'individus adhérant aux fausses nouvelles et aux théories conspirationnistes parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables	71
Figure 10 — Proportions d'individus plutôt à fortement en désaccord avec les mesures sanitaires parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada.	74
Figure 11 — Proportions d'individus plutôt à fortement en désaccord avec les mesures sanitaires parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables en Belgique.....	74
Figure 12 — Proportions d'individus non favorables à la vaccination parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables	76

INTRODUCTION

Les enjeux de santé sont au cœur des préoccupations mondiales contemporaines. Alors que la propagation de virus comme l’Ebola ou le VIH cause la mort de près d’un million de personnes chaque année (Nations Unies, 2019), les troubles de santé mentale comme l’anxiété ou la dépression affectent le développement individuel, communautaire et socioéconomique au sein des populations mondiales (Organisation mondiale de la santé, 2022). Pour contrer ces impacts, les organisations de santé publique entreprennent diverses démarches, parmi lesquelles se distingue le recours à des initiatives de communication telles que des campagnes. Qu’elles visent à promouvoir certains comportements ou à en prévenir d’autres, ces dernières appellent l’usage de stratégies pour favoriser l’adhésion aux messages de santé. L’efficacité des communications déployées s’avère d’autant plus cruciale en situation d’urgences sanitaires, par exemple lors d’une pandémie. Alors que l’adoption collective des gestes de protection est essentielle pour traverser les crises, les pandémies sont marquées par des climats de confusion et d’inquiétude, qui fragilisent les populations et posent plusieurs défis en matière de communication.

D’une ampleur inédite, la pandémie de la COVID-19 a posé un contexte communicationnel des plus complexe, digne d’intéresser la recherche en communication stratégique. La crise du coronavirus s’est en effet accompagnée de marqueurs psychosociaux inquiétants (montée des théories du complot, perte de confiance envers les autorités, résistances aux consignes sanitaires, etc.), parmi lesquels se sont distingués des impacts de santé mentale notoires (Leboyer et Pelissolo, 2020 ; Qiu et al., 2020). Parce que la réponse affective et cognitive d’un individu face à une menace peut mener à l’adoption de réponses adaptatives et non adaptatives (Allen et Witte, 2004), ces états psychologiques sont susceptibles d’affecter l’atteinte des objectifs de communication de santé publique. Nous inscrivant dans les études en communication de risque menées en contexte de crise, nous proposons ainsi de réfléchir aux stratégies communicationnelles déployées dans des contextes comme celui de la COVID-19, sous l’angle des implications potentielles des impacts de santé mentale. Envisageant

l'efficacité des communications de crise et du risque dans la perspective du modèle IDEA (Sellnow et al., 2017), nous nous interrogerons plus précisément sur les relations entre les troubles de santé mentale que sont l'anxiété et la dépression, et certains facteurs clés liés à l'intériorisation des risques et des messages de santé, à la diffusion des communications, à la réception des explications données sur la pandémie et à l'adoption des actions de santé recommandées.

Pour traiter de ce sujet, nous reviendrons d'abord sur le rôle et les applications stratégiques de la communication en santé. Puis, nous aborderons les particularités des contextes de crises sociosanitaires en présentant quelques apprentissages communicationnels réalisés lors des épidémies du SRAS, de la H1N1 et de l'Ebola, pour ensuite nous pencher sur le cas de la COVID-19. Montrant la singularité de cette crise par son ampleur et son caractère multidimensionnel et inquiétant, nous poserons ensuite les fondements théoriques du modèle de communication stratégique IDEA, que nous mobiliserons pour examiner l'écosystème communicationnel de la pandémie du coronavirus. Après avoir détaillé les impacts psychologiques plus particulièrement observés lors de la crise, nous faisons état de la littérature qui a montré en quoi ces derniers sont apparus liés à des réponses populationnelles observées lors de la COVID-19. Posant nos questions et hypothèses à l'aune de ces recherches, nous proposons d'y répondre en mobilisant, à titre de données secondaires, les données de l'étude populationnelle réalisée par Généreux et al. (2020) sur les impacts psychosociaux des stratégies de communication lors de la pandémie. Une fois ces considérations méthodologiques placées, nous présentons les résultats obtenus de nos analyses statistiques et démontrons les liens entre la santé mentale et les composantes d'intériorisation, de distribution, d'explication et d'action du modèle IDEA. Nous terminons ce mémoire par un retour sur nos hypothèses, plaçant la contribution de notre recherche pour la communication sanitaire en temps de pandémie.

1. COMMUNICATION ET CRISES SANITAIRES

Dans un premier temps, nous revenons dans cette section sur la manière dont la communication s'intègre au domaine de la santé à travers ses différents rôles, usages et défis. La littérature montrant que les communications de santé gagnent autant en complexité et qu'en importance en contextes de crises sanitaires, il est ensuite présenté en quoi les situations de pandémie constituent des terrains d'investigation d'intérêt pour la recherche en communication de santé. Enfin, il est illustré que le contexte unique de la pandémie de COVID-19 mérite particulièrement de faire l'objet d'une réflexion plus poussée.

1.1 Communication et santé publique

La communication s'intègre aux enjeux de santé de différentes façons. Elle se présente dans les relations entre patients, personnel soignant, groupes d'experts, organisations sanitaires, autorités et populations. Au sens large, la communication de santé se définit comme « l'étude et l'utilisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé » (Renaud et de Soleto, 2007, p.32).

Dans ce cadre, la communication de santé publique est celle mobilisée par des institutions publiques pour s'adresser à des audiences larges et poursuit des objectifs de santé et de bien-être. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (World Health Organization, 1946, p.1). Nous comprenons ainsi que la communication de santé est concernée par des objectifs de bien-être qui vont au-delà de la condition physique. Composante de la santé et objet de plusieurs définitions, la notion générale de bien-être reflète donc le fonctionnement et l'épanouissement des personnes sous différents aspects (Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2014). Multidimensionnel, le bien-être comporte des éléments objectifs (conditions

de vie, possibilités de réalisation, de jouir d'une bonne santé, etc.) comme subjectifs (sentiments d'autonomie, de compétence, expériences d'anxiété, de peur, etc.) La santé et ses aspects physiques, mentaux et sociaux étant composantes du bien-être, les notions s'inscrivent dans une relation d'interinfluence : « il est clair que la santé influence le bien-être général, mais le bien-être est également un indicateur de bonne ou de mauvaise santé dans l'avenir. Le bien-être et la santé sont des concepts interactifs, possédant certains déterminants communs » (Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2014, p.98).

Dans le milieu de la santé, le rôle des communications pour promouvoir ces objectifs de santé et de bien-être et influencer les attitudes et comportements par des actions de sensibilisation est à cet effet reconnu :

De par sa matérialité et ses procédés (dont les procédés publicitaires), la communication scénarise, suscite des émotions, attire l'attention en vue de construire et d'imposer la définition des normes comportementales des individus. C'est le cas dans le domaine de la santé, dans lequel s'affirme simultanément l'importance de la responsabilité et du consentement individuels (caractéristiques de la démocratie sanitaire), tout comme celle des savoirs liés à l'expérience de la maladie. (Olivier-Yanniv, Botero et Orellana, 2021, p.6)

Pour atteindre les impacts visés, diverses stratégies de vulgarisation peuvent par exemple être mobilisées (Super et al., 2015). Selon Nutbeam (2006), la littératie en santé (*health literacy*), qui désigne les effets produits par toute action éducative en santé, est le fondement des pratiques d'hygiène personnelle et collective. Il s'agit de connaissances fonctionnelles (connaissances de base sur les risques, sur le système de santé, etc.), interactives (capacité individuelle à identifier les bonnes ressources, à les mobiliser, et à adopter les bons comportements) et critiques (capacités cognitive et sociale permettant d'agir sur des déterminants collectifs de la santé) (Nutbeam, 2006). C'est cette littératie, selon l'auteur, qui permettrait aux individus d'interpréter, mais aussi de gérer efficacement les messages de santé.

Si la fonction informative de la communication tire profit des stratégies de vulgarisation et de diffusion (face à face, médias de masse,

médias numériques, etc.), sa fonction de sensibilisation, étroitement liée à la première, appelle plutôt au recours à des stratégies de persuasion (Estarague, 2019). C'est ainsi que le *marketing social* intègre par exemple la réflexion sur la communication persuasive de santé publique : « Dans le domaine de la santé, les pouvoirs publics, tels l'État, les ministères ou les collectivités territoriales, ont souvent recours au savoir-faire du marketing social pour l'élaboration de campagnes de santé publique, encore appelées campagnes de prévention » (Marchioli, 2006, p.18). Empruntant au marketing ses principes et savoir-faire, le *marketing social* vise l'adoption volontaire de comportements devant bénéficier à un individu, à un groupe social ou à la société. Les neuf étapes que propose cette approche ne sont pas étrangères aux praticiens des communications : l'analyse du problème sociale à solutionner (ex. : alcool au volant) ; le choix des cibles prioritaires (ex. : les jeunes adultes) ; la définition des objectifs (ex. : dissuader d'adopter le comportement à risque) ; le développement de connaissances sur les cibles (ex. : croyances, motivations, état psychologique, etc.) ; l'élaboration d'un concept de campagne conséquent ; et les étapes de mise en œuvre qui sont le prétestage, la diffusion et l'évaluation des résultats (Marchioli, 2006).

Admettant que les techniques du marketing intègrent les communications de santé publique, les actions déployées dans le domaine se distinguent néanmoins par l'influence qu'elles tentent d'exercer. En effet, les comportements qui y sont recommandés ont pour particularité qu'ils exigent généralement d'engager les cibles dans une perte de confort (renoncer à des habitudes, des activités, etc.). Face à ce défi, il fait sens que les stratégies d'appel aux émotions soient couramment mobilisées en communication de risque et de prévention (Blondé et Girandola, 2016). Propice à attirer l'attention et à susciter la réflexion, leur usage présente un potentiel persuasif attrayant (Gilg, 2011). Au-delà du rôle que des recherches reconnaissent aux émotions dans le traitement d'un événement et dans la rétention d'une information (Agrawal et Duhachek, 2010), des études montrent qu'elles interviennent également dans le processus de décision et que certaines permettent même de prédire des comportements au-delà des croyances et des attitudes (Allen, Machleit et Kleine, 1992 ; Perrugini et Bagozzi, 2001). Qu'il

s'agisse de les induire ou de les considérer, les émotions ont donc une place importante dans l'élaboration des approches en communication de santé.

Pour Monahan (1995), l'exploitation d'émotions positives permet par exemple de rejoindre les publics plus hostiles, qui se montrent autrement plus réfractaires aux messages de santé chargés d'émotions négatives. Blanc et Brigaud (2013) ont pour leur part étudié l'influence de l'humour sur la mémoire dans une recherche portant sur des affiches à vocation préventive (tabac, obésité et alcool). Selon leurs résultats, l'humour a permis de capter davantage l'attention sur les messages, de les rendre plus convaincants et de favoriser leur mémorisation. Pour les auteurs, susciter une émotion positive a permis de réduire la pression sur les personnes plus résistantes, qui ont répondu aux messages de santé dans l'optique de préserver leur sentiment agréable et se sont ainsi montrées plus investies à les traiter (Blanc et Brigaud, 2013). En lien avec cette diminution d'opposition, Lee (2010) a aussi illustré l'importance de renforcer les messages d'auto-efficacités (ex. : vous pouvez changer) afin de rendre des individus concernés par un comportement à risque plus sensibles aux recommandations de santé.

Nonobstant ces approches plus positives, l'appel aux émotions et sentiments négatifs comme la honte, la culpabilité et la peur demeure une pratique plus répandue en communication de santé (Allen et Witte, 2004 ; Estarague, 2019 ; Lavoisier-Mérieux, 2002 ; Robins et Schriber, 2009). Liées à la conscience de soi et de son environnement, la honte et la culpabilité naissent chez les individus lorsqu'ils sont amenés à juger leur conduite inappropriée, voire immorale, face à certaines normes sociales (Becheur et Valette-Florence, 2014). La peur, définie comme une réaction émotionnelle face à une menace inspirant un degré suffisant de danger, a quant à elle pour particularité de s'accompagner d'un niveau d'éveil important, potentiellement avantageux en matière de communication persuasive (Laroche et al., 2001). L'emploi stratégique de ces émotions s'appuie généralement sur l'idée que les individus soumis à des messages menaçants désirons réduire leur sentiment négatif et seront ainsi mieux disposés à adopter les comportements recommandés (Allen et Witte, 2004 ; Blondé et Girandola, 2016).

Les recherches en communication de santé montrent toutefois deux côtés aux effets médiateurs des émotions négatives. Dans une étude sur les publicités contre la surconsommation d'alcool, Becheur et Valette-Florence (2014) ont par exemple trouvé que la culpabilité et surtout la honte ont eu des effets persuasifs notoires sur leur échantillon de 18-25 ans. Agrawal et Duhachek (2010), qui se sont aussi intéressés à l'influence de ces émotions dans les messages de lutte contre l'abus d'alcool, reconnaissent leur potentiel persuasif, mais notent toutefois des effets contreproductifs. Leurs résultats indiquent en effet que les individus honteux sont particulièrement réfractaires aux messages qui les culpabilisent davantage (Agrawal et Duhachek, 2010). L'étude de Lavoisier-Mérieux (2002) a, pour sa part, montré que l'intensité de la peur inspirée par des messages de sécurité routière était positivement associée à leur pouvoir persuasif sur un échantillon de jeunes adultes. Si l'usage de la peur peut « motiver » l'adhésion aux recommandations de santé, l'augmentation de cette émotion peut aussi faire obstacle à l'efficacité des communications sanitaires. La peur se situant entre « l'angoisse, la crainte et l'effroi » sur le plan individuel et entre « la panique et l'épouvante » sur le plan collectif (Jodelet, 2011, p.240), son exploitation dans l'approche communicationnelle est aussi associée à divers comportements adverses comme le déni (décrédibilisation des messages, sous-estimation du risque, etc.), la contre-argumentation ou l'effet *boomerang* (renforcement du comportement à risque) (Blumberg, 2000 ; Carrera, Muñoz et Caballero, 2010 ; Ruiter, Abraham et Kok, 2001).

Tantôt liés à l'instigateur, aux contenus des messages, aux méthodes de diffusion ou aux récepteurs, divers facteurs participent à expliquer que l'induction d'émotions négatives par des actions de communication puisse échouer ou réussir à différents degrés. Le rapport entre la perception des risques et celle de l'efficacité à s'en protéger est notamment mis en cause. Auteure du *Modèle étendu des processus parallèles* (EPPM), approche la plus appliquée dans la recherche sur l'appel à la peur, Witte (1992) explique que deux chemins s'offrent aux individus face à une menace : la voie adaptative visant un « contrôle du danger » (éliminer l'émotion négative en adoptant les comportements adéquats) et la voie non adaptative visant le « contrôle de la

peur » (éliminer l'émotion négative en rejetant les messages). Pour qu'un individu emprunte la première voie, Witte explique que l'intensité perçue de la menace ne doit pas dépasser celle du sentiment d'efficacité, qui concerne autant l'évaluation des recommandations proposées que les capacités personnelles à les appliquer (Allen et Witte, 2004). Ainsi, si la perception de la menace outrepassa l'impression de pouvoir s'en protéger, l'individu sera plus sujet à s'engager dans un contrôle de l'émotion, n'adoptant pas forcément les comportements de protection adéquats. Rappelant que des facteurs de nature socioculturelle et psychologique interviennent également dans l'évaluation des risques, Gilg (2011) souligne ainsi « qu'un niveau raisonnable d'optimisme et de vulnérabilité » (p.59) semble nécessaire pour qu'une communication de risque de santé parviennent à motiver des comportements de protection.

1.2 Communiquer en crises sociosanitaires : SRAS, H1N1 et Ebola

L'un des contextes qui posent le plus de défis à la communication de santé pour maintenir cet équilibre entre menace, ressentis négatifs et efficacité est sans équivoque celui des crises sociosanitaires. Les épidémies (propagation rapide d'une maladie dans une zone particulière) (Epidemics, 2001) et surtout les pandémies (épidémies d'envergure se répandant dans différentes zones) (Pandemics, 2007) ont en effet pour particularité d'exacerber les enjeux de santé publique, nécessitant l'adhésion volontaire et immédiate à des comportements d'intérêt commun contraignants. Alors que la communication préventive s'arrime à celle de crise, les stratégies communicationnelles doivent faire converger plusieurs objectifs : elles doivent informer, maintenir l'ordre et la confiance, rassurer et favoriser l'adhésion aux comportements adéquats (Gesser-Edelsburg et al., 2014 ; Gilles, 2020 ; Nahon-Serfaty, 2013 ; Seytre, 2016). S'intéresser à la communication de santé en contexte de crises sociosanitaires présente ainsi un intérêt certain pour la recherche en communication (Gesser-Edelsburg et al., 2014). La littérature savante s'est notamment développée sur la question lors du SRAS, de la H1N1 et de l'EBOLA.

1.2.1 Le SRAS

L'émergence du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003 a constitué la première urgence de santé publique de niveau mondiale déclarée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au cours du XXI^e siècle (World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2006). Touchant plusieurs pays et plus particulièrement la Chine (Hong Kong étant la ville source), la pandémie a donné lieu à des prises de conscience importantes.

Notamment, elle a entraîné une révision du Règlement sanitaire international (RSI) par l'OMS. La dispersion de la maladie ayant été amplifiée par la longue phase de déni des autorités chinoises, cette révision visait entre autres à rendre obligatoire le signalement précoce des urgences sanitaires de portée internationale par les États membres (Houssin, 2016). Alors que le gouvernement chinois a reconnu ses torts sous la pression médiatique (par suite de la publication devenue virale d'une lettre d'un médecin militaire de Pékin dans le magazine *Times*), les événements entourant le SRAS ont mis en lumière les impacts potentiels des médias en contexte de crises sanitaires (Yan, 2004). Si ces derniers ont joué un rôle de premier ordre pour relayer les informations de santé aux populations (Postel-Vinay et Chermardin, 2004 ; Tyshenko et Paterson, 2010) et contrer les messages trompeurs de certaines autorités politiques (Yan, 2004), ils ont aussi participé à amplifier la perception des risques, action qui a eu des effets positifs comme négatifs : « Cette inquiétude véhiculée par les médias a été utile, car elle a participé à la prise de conscience du risque et a donc facilité l'acceptation des mesures de gestion. [...] Cependant, au travers du prisme des médias, l'inquiétude peut vite alimenter des préjugés susceptibles de favoriser des attitudes irrationnelles » (Postel-Vinay et Chermardin, 2004, p.1063). Au Canada, Tyshenko et Paterson (2010) ont par exemple noté que la couverture médiatique du SRAS avait amplifié la perception des risques au-delà du nécessaire, engendrant une généralisation de la peur et de l'incertitude, ainsi qu'une stigmatisation « intense et prolongée » de certains

individus (ex. : personnes se remettant du SRAS, personnels hospitaliers, etc.).

Le SRAS fut également le premier contexte d'urgence de santé mondiale à fournir un aperçu des pouvoirs du Web en situation de pandémie. Selon Postel-Vinay et Chermardin (2004), le partage de données épidémiologiques et la diffusion quasi instantanée d'informations en ligne ont représenté pour la première fois des outils essentiels pour les autorités de santé publique. Les auteurs expliquent que le Web est devenu une ressource centrale pour les praticiens de santé en France comme ailleurs, qui devaient se tenir informés via des alertes électroniques et la publication quotidienne de mises à jour sur les plateformes des autorités de santé (Postel-Vinay et Chermardin, 2004). Toutefois, la puissance du Web a aussi eu des effets contreproductifs. Alors que les médias traditionnels comme numériques diffusaient des contenus liés au SRAS plus vite que les professionnelles de la santé (la presse scientifique nécessitant validation des données, approbation de comités, etc.), la propagation d'informations erronées, particulièrement en ligne, est devenue problématique. La création de plus de 500 000 nouveaux sites Web sur le SRAS (Charatan, 2003) en à peine deux mois de pandémie illustre à quel point le Web a complexifié la gestion des informations sanitaires pour les autorités de santé publique.

Ainsi, la perte de crédibilité à long terme des communications officielles chinoises (Peter et Chen, 2018), en comparaisons au rôle clé de la crédibilité alors accordée à l'OMS (Postel-Vinay et Chermardin, 2004), a montré l'importance de la confiance envers les instigateurs des messages de santé en pandémie. De pair à cet enjeu, les effets auxquels ont participé les médias et le Web exposent en quoi le contexte de crise sanitaire présente des défis particuliers pour les professionnels des communications de santé. Selon Robert A. Weinstein (2004), qui a tiré quelques principales leçons de la gestion du SRAS effectuée à Toronto, les événements entourant la propagation du syndrome ont concrétisé la place centrale des communications dans ce contexte particulier d'enjeux de santé publique, qui appellent selon

lui une information et une éducation proactives des praticiens de santé comme des publics.

1.2.2 La H1N1

La pandémie à grippe H1N1, qui a atteint en 2009 plus de 60 millions de personnes à travers le monde, a aussi donné lieu à une littérature importante en matière de communication sanitaire (Lin et al., 2014).

Par exemple, Gwinner (2012), qui a étudié le traitement médiatique de la H1N1 au Québec, a cherché à voir si les médias avaient contribué à amplifier certains risques, nourrissant ainsi l'inquiétude de la population. Les facteurs observés concernaient les désaccords dans et entre les sphères d'expertise (ex. : politique et scientifique), les contestations des messages des autorités et l'incertitude scientifique (doutes liés aux connaissances développées). Sa recherche a permis de relever les failles des stratégies communicationnelles opérées. Selon ses résultats, l'incertitude et les désaccords médiatisés ont eu des effets contreproductifs. Laissant place aux rumeurs et aux pseudo-experts, les médias ont exposé les faiblesses des communications de santé et encouragé la confusion. Ce climat ainsi créé a nui à ce que des chercheurs et chercheuses appellent le sentiment de cohérence (SOC). Le SOC désigne l'aptitude d'un individu à comprendre, à gérer et à donner un sens à des facteurs de stress (van Woerkum et Bouwman, 2012). Selon Super et al. (2015), plus le SOC est faible, plus un individu sera désarmé devant une menace. Sujet à l'anxiété, il sera ainsi davantage porté à résister aux messages (Super et al., 2015 ; van Woerkum et Bouwman, 2012). Ces perspectives concordent avec les observations de Gwinner (2012), qui a noté un rapport positif entre le degré de confusion et de contestation lors de cette pandémie. Par ailleurs, après que les autorités eurent débuté des campagnes de vaccination massives, l'étude souligne que les communications, relayées par les médias, ont alors servi à maintenir un état de crise stratégique, visant à faire adhérer la population au vaccin. À ce sujet, l'auteure évoque les limites d'une telle mobilisation d'affects négatifs : « les médias de masse ne permettant pas de cibler uniquement un public plus à risque, il fallait convaincre à la fois les sceptiques et les très inquiets »

(Gwinner, 2012, p. 86). Ce constat fait écho à ceux de l'étude menée par Chang (2012) à Taiwan, qui a trouvé que l'exposition à la couverture médiatique, lorsque les risques de santé liés à la H1N1 étaient ambigus et présentés de manière alarmante, augmentait la peur, la perception de la menace comme celle de la vulnérabilité, sans pour autant jouer sur l'adoption des comportements de santé.

De leur côté, Lin et ses collègues (2014), qui ont analysé 118 recherches de communication sur la H1N1, ont souligné que la panique et la confusion lors de cette pandémie ont majoritairement été le fait d'un battage médiatique inutilement inquiétant et de stratégies communicationnelles ne prenant pas assez en compte les variations de littératie, d'exposition et de traits psychologiques des publics visés. De fait, les auteurs concluent que des facteurs comme la confiance envers les autorités publiques et les sources d'information, les pratiques informationnelles et les niveaux d'inquiétudes et de connaissances à propos de la maladie devraient être pris en compte dans l'élaboration des communications en contexte de pandémie, et ce, afin de favoriser l'adhésion aux mesures de santé prescrites.

1.2.3 L'Ebola

Alors que 24 épidémies de maladie à virus Ebola ont été recensées en Afrique entre 1976 et 2013, les vagues qui se sont déclenchées plus particulièrement entre 2013 et 2016 ont atteint une ampleur inédite (Houssin, 2014). En date de juin 2016, c'est un total de plus 10 000 décès qui a été constaté en Sierra Leone, au Liberia et en Guinée (Houssin, 2014).

Selon Sey (2017), la non-maîtrise de cette épidémie a surtout été le fait d'une résistance constatée au sein des populations face aux mesures de protection. Non sans rappeler les constats de Gwinner (2012) sur les tendances à la contestation, des recherches ont souligné que cette résistance est apparue liée à des erreurs stratégiques commises en matière de communication sanitaire (Sey, 2017 ; Seytre, 2016 ; Gasquet-Blancard, 2017). Sey (2017) a par exemple effectué une analyse sémiologique des communications d'une campagne de sensibilisation menée en Côte d'Ivoire, Guinée, Sierra Leone et Liberia. Selon son analyse, la forte teneur d'aspects

négatifs dans les messages s'est avérée peu efficace : « À la vue de ces images, les populations sont prises de peur et de panique devant cette maladie. Le processus de montrer la gravité de la maladie aux populations a plus ou moins atteint sa cible, mais sans pour autant la convaincre (Sey, 2017, p.7). Seytre (2016), qui a réalisé une revue des communications sur l'Ebola déployées par l'OMS entre 2013 et 2016 en Afrique subsaharienne, a aussi relevé des erreurs stratégiques notoires : communications inutilement anxiogènes (créant inquiétude et anxiété), indifférenciées (même approche dans les zones touchées comme non touchées) et axées sur des recommandations dépourvues de justifications (quoi faire et ne pas faire, sans explications des raisons). Selon l'auteur, miser sur l'obéissance, particulièrement en période de crise sanitaire, est insuffisant pour espérer l'adoption des comportements de santé adéquats (Seytre, 2016). Faisant écho aux propos d'Olivier-Yanniv sur l'importance de l'adhésion volontaire au comportement de santé (Olivier-Yanniv, Botero et Orellana, 2021) et à Nutbeam (2006), sur celle de la littératie sanitaire, Seytre (2016) a ainsi souligné que les communications auraient gagné à miser davantage sur l'éducation et un ton plus représentatif des risques réels.

En outre, la médiatisation de contenus alarmants à l'échelle mondiale n'a pas manqué, comme lors du SRAS et de la H1N1, de générer peur, confusion et stigmatisation au sein des diverses populations (Mohammed et al., 2015a). Selon les recherches menées par Mohammed et ses collègues au Nigeria (2015a, 2015b), les impacts psychologiques de l'Ebola ont été marqués par l'apparition de troubles d'adaptations (réactions émotionnelles ou comportementales malsaines ou excessives face à un stress), ainsi que de troubles anxieux et dépressifs dans les populations. Si Seytre (2016) a positionné la communication de santé comme un outil central dans la gestion de la crise de l'Ebola, les apprentissages ici relevés soulignent une fois de plus la particularité du contexte communicationnel de pandémie et la pertinence de s'y attarder davantage.

Alors que la coercition simple est inefficace pour garantir l'adoption de comportements impératifs en crises sociosanitaires (Nutbeam, 2006 ; Seytre, 2016), le manque de consensus entrave l'efficacité persuasive de

l'appel aux experts (Gwinner, 2012) et les impacts de santé mentale remettent en question l'usage traditionnel des approches basées sur la peur. De surcroît, la littérature produite autour du SRAS, de la H1N1 et de l'Ebola montre que la confusion et la panique, tout comme les impacts psychologiques et les comportements de résistance observés lors de ces événements, sont apparues liées aux stratégies communicationnelles déployées. Parce que la communication est au centre de la gestion des crises sociosanitaires, la réflexion sur les communications de santé publique dans ces contextes particuliers nous apparaît ainsi nécessaire. En outre, cette problématique est des plus actuelles, alors que la pandémie récente de la COVID-19 nous a offert un terrain unique pour étudier la question.

1.3 Pandémie de la COVID-19

D'une ampleur sans précédent, la pandémie à la maladie à coronavirus a atteint au bout de deux ans près de 500 millions de personnes et fait plus de 6 millions de morts à travers le monde (JHU CSSE, s.d.). Crise sanitaire, économique, politique et sociale, la pandémie s'est transformée en véritable métacrise, qui a déchiré les groupes d'experts et posé moult défis communicationnels. Comme le soulignent Hoyt et ses collègues (2022), l'une des principales distinctions entre une crise isolée (ex. : attaque terroriste) et une crise en continu (ex. : la pandémie de COVID-19) réside dans la persistance de l'incertitude. Or, cette incertitude a acquis une dimension nouvelle face à l'envergure et à la longévité de la crise de COVID-19, créant ainsi un climat de confusion inédit (Algan et Cohen, 2021 ; Kemp, Bui et Porter, 2021 ; Jiwani et al., 2021).

Parmi les autres caractéristiques qui distinguent cette crise mondiale figure l'échelle des mesures de confinement et de distanciation sociale appliquées, qui a engendré solitude et isolement dans les populations (Traber et al., 2020 ; Mengin et al., 2020). Des études antérieures ont déjà fait état des conséquences psychologiques et physiques des contextes d'isolement. Une recherche longitudinale menée en milieu carcéral a par exemple montré que l'emprisonnement solitaire engendrait plus de troubles d'anxiété et de dépression que l'emprisonnement en groupe (Andersen et al., 2000). Dans

une revue de la littérature, Courtin et Knapp (2017) ont trouvé que l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées étaient associés négativement à la santé mentale et physique, et ce, par des études menées dans 15 pays. « Pourvoyeur d'ennui et d'isolement social » (Mengin et al., 2020, p.544), le confinement propre à la COVID-19 est susceptible d'avoir de nombreuses implications en santé mentale : conduites addictives, troubles alimentaires, troubles du sommeil, troubles de stress post-traumatique (TSPT), anxiété, dépression, etc.

Au côté du virus a aussi proliféré ce que l'Organisation mondiale de la santé a nommé une *infodémie*, soit une propagation quasi instantanée et à large échelle d'une multitude d'informations véridiques comme fausses (World Health Organization, 2020a). Comme remarqué pendant la H1N1 (Gwiner, 2012 ; Lin et al., 2014), le paysage médiatique a mis de l'avant nombreuses incohérences, incertitudes scientifiques et contestations publiques, qui ont laissé place à un foisonnement de fausses nouvelles (Jutzi et al., 2020). Selon Poupart et Bouscail (2021), la surabondance d'information a ainsi nourri une confusion, qui s'est accompagnée d'une perte de confiance et d'une montée inédite de l'adhésion aux théories du complot.

Qualifiée de « nerf de la guerre » par la vice-première ministre du Québec (Plante, 2020), la communication a émergé dans ce cadre à travers ses rôles structurant et persuasif (Nahon-Serfaty, 2013). Encore plus que lors des crises du SRAS, de la H1N1 ou de l'Ebola, cette force et omniprésence des communications autour de la pandémie n'a toutefois pas été sans effets pervers : « La pandémie et ses conséquences morbides, relayées de façon permanente par les médias et les réseaux sociaux, ont contribué à l'apparition ou à l'aggravation de stress, de troubles anxieux et dépressifs dans la population générale [...] » (Leboyer et Pelissolo, 2020, p. 669). Ainsi, la pandémie s'est fait le théâtre d'une catastrophe parallèle, que Leboyer et Pelissolo (2020) nomment la « vague psychiatrique de la COVID-19 » (p.670).

C'est donc dans ce climat brouillé d'interférences, auquel s'ajoute le phénomène que l'OMS (World Health Organisation, 2020b) a nommé la

fatigue pandémique (démotivation graduelle à suivre les consignes des autorités publiques et à appliquer les comportements recommandés), que les stratégies de communication sanitaire doivent être réfléchies. Compte tenu de l'envergure des défis et de la sévérité des menaces, la pandémie de la COVID-19 constitue un cadre d'étude particulièrement intéressant pour la recherche en communication de crises sociosanitaires. Ceci se voit d'autant plus par l'ébullition de travaux en sciences des communications nés autour de cette pandémie, qui a exacerbé les enjeux de santé physique et mentale comme aucune avant elle. Pour mieux penser les stratégies de communication de santé dans un tel cadre, il nous apparaît nécessaire de nous pencher davantage sur le contexte communicationnel complexe de la crise du COVID-19.

2. CADRE THÉORIQUE. MODÈLE IDEA : PRISE EN COMPTE DES ENJEUX AFFECTIFS ET COGNITIFS LORS DE LA COVID-19

Précisant d'abord les lignées théoriques de notre étude, cette section introduit les principes fédérateurs des recherches en communication de risque et présente notamment le modèle de communication stratégique IDEA. Après avoir explicité ce qui caractérise plus précisément la « vague psychiatrique de la COVID-19 » évoquée par Leboyer et Pelissolo (2020, p.670), nous mobilisons le cadre thématique du modèle IDEA pour illustrer les façons dont différents éléments rattachés aux réponses attitudinales et comportementales des populations dans ce cadre semblent liés aux considérations de santé mentale.

2.1 Communication de risque et modèle IDEA

Dans un contexte de communication de santé, notre recherche s'intègre à la lignée théorique des études en communication de risque, et plus particulièrement en situation de crise (Glik, 2007 ; Reynolds et Seeger, 2005). D'un point de vue pratique, la communication de risque vise à informer d'une menace et à influencer les attitudes et les comportements des personnes face à celle-ci (Reynolds et Seeger, 2005). Empruntant à la psychologie sociale, cognitive et économique, les travaux en communication de risque cherchent ainsi à mieux comprendre les processus et déterminants qui jouent sur la

perception des risques et l'adoption d'attitudes et de comportements variés face à ces derniers (Glik, 2007). La littérature développée dans ce champ souligne en effet que la détection et l'évaluation d'une même menace peuvent donner lieu à un large éventail de réponses cognitives, émotionnelles et comportementales (Glik, 2007).

Comme le soulignait Gilg (2011), différents facteurs, de nature individuelle comme sociale, interviennent sur la perception des risques : compréhension et expérience de la menace, probabilité des conséquences, contexte socioculturel, fiabilité perçue des sources d'information, états psychologiques et émotionnels préexistants, etc. (Glik, 2007 ; Bodemer et Gaissmaier, 2015). Puisque c'est la perception et la compréhension d'un risque et non le risque en lui-même qui motivent la réponse d'un individu face à une menace, il importe pour les professionnels en communication de risque de développer des connaissances sur les facteurs individuels comme contextuels susceptibles de jouer sur cette réception et, de fait, sur les réponses attitudinales et comportementales de leurs cibles (Glik, 2007). En particulier, les processus adaptatifs et non adaptatifs introduits par Witte (1992) au sein de l'évaluation menace/efficacité (contrôle de l'affect négatif avec ou sans contrôle du danger) nous amènent, dans le cadre cette étude, à nous intéresser davantage au rôle des composantes cognitives, affectives et comportementales dans l'écosystème de communication de risque.

C'est notamment sur cette dynamique tripartite que se sont penchés les auteurs à l'origine du modèle IDEA. Développé par des chercheurs de l'université de Floride centrale (*University of Central Florida – UCF*), ce modèle de communication stratégique prend pour prémisse que la communication de risque et de crise ne doit pas seulement informer, mais instruire et surtout motiver l'adoption de comportements de protection (Sellnow et al., 2017). De manière pratique et concrète, IDEA fournit un cadre thématique simple et transférable, permettant de comprendre et d'établir les paramètres d'une communication de risque ou de crise efficace lors de situations d'urgence variées (catastrophes naturelles, crises sanitaires, etc.). Fondée sur la théorie de l'apprentissage, l'approche IDEA — pour intériorisation, distribution, explication et action — explicite quatre

composantes essentielles à une communication de risque et de crise éducative efficace (Sellnow et al., 2017).

Selon Deanna D. Sellnow et Timothy L. Sellnow, la communication stratégique dans ce cadre doit d'abord considérer l'*intérieurisation* des risques par les cibles (Sellnow et al., 2017). Liés à l'évaluation subjective des messages et des risques, les éléments d'intériorisation doivent motiver les cibles à allouer attention et crédibilité aux contenus des communications, en soulignant notamment les impacts potentiels des risques, leur proximité, leur probabilité, leur gravité, ainsi que leur pertinence personnelle comme collective (ex. : menace pour ma santé, pour celle de mes proches, etc.). Deuxième composante du modèle, la *distribution* concerne la diffusion des communications de risque et de crise. De fait, elle se rattache aux canaux de communication (ex. : médias sociaux, télévision, journaux, sites Web officiels, etc.) impliqués dans la distribution des messages en contexte d'urgence : ces canaux permettent-ils de rejoindre les différents publics ? comment sont-ils perçus par les différentes cibles ? etc. (Anthony, Sellnow et Millner, 2013). Pour être efficace, l'*explication* doit quant à elle permettre aux cibles de développer une compréhension juste des risques et de leurs implications. Elle doit être claire, portée par des sources perçues comme fiables (instigateurs des messages), répondre au « quoi, quand, comment et pourquoi » à propos d'une menace et instruire sur ce qui est fait par les autorités responsables pour la contrer et en atténuer les dommages (Sellnow et al., 2017). Enfin, la composante de l'*action* appelle à l'intégration d'éléments clés dans l'approche communicationnelle pour favoriser l'adoption de comportements de protection spécifiques. En ce sens, elle concerne par exemple la précision des « directives actionnables » communiquées et vise ultimement l'adhésion à celles-ci et leur application concrète par les cibles (Sellnow et al., 2017). Dans cette perspective, la communication de risque et de crise doit donc inclure des éléments d'intériorisation, d'explication et d'action, et doit évidemment être diffusée pour atteindre efficacement les cibles.

La pertinence du modèle a d'ailleurs été démontrée dans le cadre d'études communicationnelles menées sur des situations de crise (ex. :

tremblement de terre) et notamment sur la pandémie d’Ebola (Sellnow-Richmond, George et Sellnow, 2018 ; Sellnow, Iverson et Sellnow, 2017). Mobilisant le modèle IDEA, des chercheurs ont en effet réalisé une analyse thématique de messages éducatifs de risque (*instructional risk messages*) communiqués à l’échelle locale (Dallas), nationale (États-Unis) et internationale dans les jours qui ont suivi l’infection et le décès de Thomas Eric Duncan au Texas, en 2014 (Sellnow-Richmond, George et Sellnow, 2018). Leurs résultats ont montré qu’une majorité des messages examinés favorisait la composante de l’explication (description des événements, de la situation, etc.) à celles de l’intériorisation et de l’action face au risque. En outre, les auteurs ont trouvé que les explications étaient rarement exemplifiées, et que lorsqu’elles l’étaient, elles se trouvaient plus souvent accompagnées d’exemples négatifs que positifs. Rappelant les conclusions de Lee (2010) sur l’importance de renforcer les messages d’auto-efficacité en communication de santé, les chercheurs concluent que l’exemplarité positive devrait être mobilisée par la communication de risque pour favoriser à la fois l’intériorisation (motiver les cibles à accorder de l’attention aux messages en les rendant moins inquiétants), l’explication (prévenir les mécompréhensions possibles d’une situation complexe) et l’action (faciliter l’adoption des bons gestes de protection) (Sellnow-Richmond, George et Sellnow, 2018).

L’utilité de l’approche IDEA peut être mesurée à partir des réponses comportementales des cibles des communications (actions entreprises, etc.), mais aussi par la prise en compte de leurs réponses cognitives (compréhension, efficacité, etc.) comme affectives (pertinence, valeur perçue, etc.) :

[Nous] soutenons que, dans le contexte d’une situation de crise, le résultat le plus important est comportemental, puisque les actions d’autoprotection appropriées permettent d’atténuer les dommages et de sauver des vies. Cependant, les aboutissements affectifs et cognitifs sont des catalyseurs essentiels pour motiver les gens à adopter le comportement souhaité. Les messages du modèle IDEA diffèrent donc radicalement de la plupart des messages sur la santé, les risques et les crises, car ils sont délibérément axés sur l’apprentissage en tant que variable de résultat. En d’autres termes, les messages sont construits stratégiquement pour inclure des appels à l’apprentissage affectif et cognitif en tant que moyens pour obtenir les résultats souhaités en

matière d'apprentissage comportemental (Sellnow et al., 2017, p.555, traduction libre).

Concevant l'efficacité des communications de risques sous l'angle du modèle IDEA, nous comprenons ainsi que les aspects cognitifs et affectifs gagnent à être considérés pour réfléchir les processus de communication lors d'une crise comme celle de la COVID-19.

2.2 Cognition et émotion : un équilibre délicat en temps de pandémie

Comme l'ont montré différentes recherches, les situations de crise comme les pandémies forment des contextes dans lesquels les capacités cognitives des individus peuvent être affectées par des tensions psychologiques et émotionnelles élevées (Gilg, 2011 ; Jodelet, 2011 ; Moscovici 2020). La détresse émotionnelle unique vécue durant la pandémie du coronavirus (Kemp, Bui et Porter, 2021) s'est en outre révélée par l'apparition et l'aggravation de marqueurs psychologiques inquiétants, parmi lesquels se sont distingués les troubles anxieux et dépressifs.

L'anxiété se définit par l'anticipation d'une incertitude, d'une vulnérabilité ou d'un danger, de nature réelle ou imaginée, qui suscite de fortes craintes et appréhensions chez les individus (Anxiety, 1967 ; Le Gall, 2001). Elle se rapproche de la peur par son ressenti et se distingue de l'inquiétude par son intensité, menant notamment à l'apparition de troubles psychologiques (Le Gall, 2001). Cette distinction pose ici une clé de compréhension importante au regard de notre intérêt de recherche. Si l'efficacité persuasive de susciter suffisamment d'inquiétude par les messages de santé est admise par la littérature, il demeure que plusieurs mettent en garde contre les risques d'outrepasser cette ligne entre peur et anxiété (Allen et Witte, 2004). Bien qu'ils reconnaissent un potentiel motivationnel à la peur comme à l'anxiété, Kemp, Bui et Porter (2021) insistent par exemple sur les effets contreproductifs rattachés à l'augmentation de l'intensité et du maintien de l'état anxieux chez certains individus. Plus spécialement, l'anxiété généralisée, qui se caractérise par « une inquiétude flottante, persistante et excessive » (Generalized Anxiety Disorder, 2004, traduction libre) est quant à elle connue par la psychologie et

les neurosciences pour compromettre les capacités de réflexion et de raisonnement des individus (Jodelet, 2011). Si l'anxiété se rattache à une logique de surréaction, la dépression s'apparente inversement à «une immobilisation de la vie psychique, à un empêchement de ressentir, à l'abolition de toute rêverie et de tout désir» (Laoukili, 2021, p.192). L'American Psychology Association définit la dépression majeure (en anglais *major depression*, expression d'usage pour désigner une dépression clinique) comme un «trouble affectif marqué par une humeur dysphorique, l'inactivité, le manque d'intérêt, l'insomnie, un sentiment de dévalorisation, une diminution de la capacité de penser et l'apparition de pensées suicidaires» (Major Depression, 1988, traduction libre). Comme les troubles d'anxiété, les troubles dépressifs interagissent donc avec les capacités de réflexion des individus, pouvant donner forme à des réactions comportementales déviantes. Si les implications des troubles anxieux en situation de crises sociosanitaires donnent lieu à une certaine littérature, celles des troubles dépressifs, mis en exergues par les conséquences morbides de la COVID-19 et ses mesures inédites de distanciation et d'isolement, demeurent jusqu'à présent peu étudiées en de tels contextes.

Au regard de ces définitions, différentes études ont brossé un portrait inquiétant de la présence de ces troubles dans le contexte de la COVID-19. Alors que la France a vu la prévalence de l'anxiété doubler au sein de sa population en mars 2020, la Chine rapportait en février 2020 une augmentation significative de détresse psychologique, plus marquée chez les femmes et les 18-30 ans (Leboyer et Pelissolo, 2020 ; Qiu et al., 2020). Ayant revu 68 recherches publiées dans 19 pays entre décembre 2019 et juillet 2020, Wang, Kala et Jafar (2020) ont pour leur part évalué la prévalence de l'anxiété et de la dépression à 33 % et à 30 % au sein d'un échantillon totalisant 288 830 individus. Leurs analyses dévoilent également des liens entre les marqueurs de détresse psychologique et certains facteurs sociodémographiques, alors que les femmes, les jeunes adultes, les personnes vivant en milieux ruraux et celles ayant un statut socioéconomique moindre étaient plus enclins à présenter de plus forts taux d'anxiété et de dépression. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude menée en Écosse par Hubbard

et ses collègues (2021), qui se sont intéressés aux relations entre des variables sociales, psychologiques et sociodémographiques, et la présence d'anxiété et de dépression durant la pandémie. Rappelant les constats de la littérature quant à la perception de la menace et aux effets de l'isolement (Andersen, Sestoft et Lillebæk, 2000 ; Allen et Witte, 2004 ; Courtin et Knapp 2017), leur recherche souligne l'importance de facteurs comme la solitude, le manque de soutien social et la perception du virus (menace et représentation de la maladie) dans l'interaction avec la santé mentale.

Aussi menée au Royaume-Uni, l'étude de Dawson et Golijani-Moghaddam (2020) et ses collègues (2020) fait état d'une augmentation marquée de troubles anxieux et dépressifs chez les individus, mais rend également explicite la présence de liens entre ces états et la propension à adopter certaines stratégies d'adaptation. Largement étudiées en sciences comportementales, les théories d'adaptation (*coping theories*) distinguent différentes formes et stratégies d'adaptation (Penley, Tomaka et Wiebe 2002). S'appuyant sur la catégorisation proposée par Carver (1997), qui discerne les *stratégies d'approche* (adaptation active, recadrage positif, planification, acceptation, soutien émotionnel et recourt à des supports d'information) et les *stratégies d'évitement* (dénial, consommation de substances, défoulement, désengagement, distraction et autculpabilisation), l'équipe de recherche a trouvé que l'augmentation de l'anxiété et de la dépression était associée à un plus grand recours aux stratégies d'évitement (Dawson et Golijani-Moghaddam, 2020). Non sans rappeler les voies adaptatives et non adaptatives identifiées par Witte (1992), cette relation entre l'aggravation de l'état dépressif ou anxieux et l'adoption de comportements de santé adverses (stratégies d'évitement ou non adaptatives) est aussi illustrée par des études antérieures (DiMatteo, Lepper et Croghan, 2000 ; Friedman-Wheeler et al., 2008) et par d'autres menées dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (Shamblaw, Rumas et Best, 2021).

Donnant corps à un contexte de bouleversements affectifs et cognitifs, la COVID-19 a ainsi posé plusieurs défis de communication aux autorités et instances de santé publique (World Health Organization, 2020a, 2020b ; Leboyer et Pelissolo, 2020). À la lumière des composantes du modèle IDEA,

nous présentons maintenant certains constats sur les manières par lesquelles les réponses populationnelles à la pandémie apparaissent liées à des considérations de santé mentale (Auxéméry et Tarquino 2020 ; De Coninck et al., 2021 ; Jauffret-Roustide et al., 2021 ; Olagoke, Olagoke et Hughes, 2020 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021).

2.3 Intériorisation et santé mentale

Une première catégorie d'enjeu à considérer au sein de l'écosystème communicationnel de la COVID-19 concerne l'intériorisation des risques et des contenus des communications de santé.

Comme l'explique le modèle EPPM de Witte (1992), l'évaluation d'un risque ou d'une menace enclenche chez un individu des processus à la fois cognitifs et affectifs. Cette mécanique d'intériorisation oppose notamment le sentiment de menace, qui se rattache à la perception de la gravité d'un risque, de sa proximité, de ses implications personnelles, etc. ; et le sentiment d'efficacité, qui peut être à la fois lié à la composante d'intériorisation (ex. : attention portée aux informations entourant la situation d'urgence), d'explication (ex. : capacité à faire sens de la situation) et d'action (ex. : efficacité perçue des recommandations proposées de ses propres capacités à les appliquer). Des recherches soutiennent que l'éveil d'un sentiment de menace suffisant par les actions de communication favorise l'intériorisation des risques et motive l'adoption des actions prescrites (Allen et Witte, 2004 ; Gilg, 2011 ; Lavoisier-Mérieux, 2002). Dans le cadre de la COVID-19, Idrees, Assif et Ghazal (2022) ont par exemple observé au Pakistan que la perception de la susceptibilité d'être infecté par le coronavirus avait un effet positif significatif sur l'adoption des comportements de protection. De la même manière, une recherche menée aux États-Unis a montré qu'une perception plus élevée des risques de contracter le virus et d'en mourir était associée à une plus grande fréquence des pratiques de distanciation sociale (Garfin et al., 2021).

Néanmoins, comme l'ont souligné Liu et ses collègues (2022), « [même] si la perception du risque d'infection peut être un facteur prédictif des comportements préventifs, une perception excessive du risque peut

augmenter la probabilité d'apparition d'affects négatifs » (p.2). Selon Li et al. (2021), ces affects négatifs se manifesteront par exemple par l'apparition de troubles anxieux et dépressifs qui, nous l'avons vu, peuvent perturber les capacités cognitives et les actions des individus. Le modèle EPPM stipulait en effet que lorsque le sentiment de menace d'un individu outrepassait son sentiment d'efficacité, les fortes tensions émotives et psychologiques auxquelles il pourra être sujet sont susceptibles de le mener à l'adoption de réponses de protection inadaptées (ex. : rejet des messages, déni des risques, renforcement des comportements à risque, etc.) (Witte, 1992). L'étude menée par Vacondio et ses collègues (2021) au Royaume-Uni, en Italie et en Autriche a par exemple montré que susciter un certain niveau d'inquiétude chez les individus était utile pour encourager l'adhésion aux gestes sanitaires. S'appuyant sur les résultats d'autres recherches, les auteurs reconnaissent toutefois qu'un trop fort niveau d'inquiétude peut susciter d'autres émotions comme la peur et l'anxiété, qui peuvent à leur tour mener à des réactions contreproductives. C'est notamment ce qu'ont trouvé Shi et son équipe (2021) en Chine, leurs analyses indiquant qu'un niveau excessif de perception des risques pouvait directement réduire la propension et la fréquence d'application des gestes de protections. Vacondio et son équipe invitaient en outre les responsables des communications sur la COVID-19 à adapter les messages de santé de sorte à induire des réactions émotionnelles proportionnelles aux risques réels (2021). Ayant montré que la perception des risques était liée aux émotions et à la santé mentale dans le cadre de la pandémie, Han et ses collègues (2021) soutiennent par ailleurs que des interventions devraient viser à réduire les préoccupations excessives relatives aux risques en contexte de crise, pour soutenir une plus saine gestion des émotions des individus et promouvoir leur santé mentale. Ayant trouvé que les gens plus anxieux tendaient à avoir une perception plus élevée des risques et que cette évaluation pouvait mener à l'adoption de comportements irrationnels, Monge-Rodriguez et al. (2021) insistent également sur l'importance de modérer les niveaux d'anxiété en contexte de pandémie.

Au-delà du sentiment de menace, les marqueurs liés à l'intériorisation des messages et des risques se rattachent donc aussi aux réponses non

adaptatives (Witte, 1992) ou stratégies d'évitement (Carver, 1997) adoptées par les individus pour réduire un sentiment négatif face à une menace (dénig, sous-estimation des risques, contre-argumentation, etc.). En lien avec ces logiques, Blumberg (2000) a par exemple développé un modèle de traitement défensif de l'information qui décrit quatre processus médiateurs pouvant conduire à un rejet de messages de santé menaçants : l'*évitement attentionnel*, qui consiste à ignorer tous messages liés à une menace de santé ; l'*atténuation de l'attention*, qui amène à recourir à des distractions pour éviter de traiter le contenu menaçant du message ; la *suppression*, qui se produit lorsque les individus s'efforcent de ne pas penser à l'information et évitent d'en voir la pertinence pour eux-mêmes ; et la *contre-argumentation*, qui survient quant à elle suite à une compréhension biaisée, par laquelle les individus développent une position critique envers les arguments du message de santé (Blumberg, 2000 ; Blondé et Girandola, 2016). Relatant des éléments directement liés à l'intériorisation des messages de risques de santé, cette approche semble trouver écho dans les attitudes et comportements observés durant la pandémie.

En effet, des études comme celle de Auxéméry et Tarquino (2020) ont par exemple observé que l'aggravation des troubles anxieux, associée au risque dépressif chez les personnes plus réactives au stress, menait à des tentatives d'évitement des facteurs anxiogènes. Cet évitement ou atténuation attentionnelle lié à la détresse émotive s'est en outre traduit, selon l'étude de Siebenhaar, Köther et Apers (2020), par une esquive des communications entourant la pandémie. De surcroît, Hoyt et ses collègues (2020) ont pour leur part trouvé que l'augmentation des taux d'anxiété et de dépression était associée à la perception d'une exagération dans la représentation médiatique de la crise. Si ces résultats évoquent aussi des questions liées aux canaux de communication et aux cadrages opérés, il ne demeure pas moins que cette évaluation, en tant que forme de décrédibilisation des communications de risque, correspond à la manifestation d'un certain niveau de rejet des messages de santé (Ruiter, Abraham et Kok, 2001).

Ainsi, la littérature montre que différents facteurs liés à la composante d'intériorisation du modèle IDEA participent à des observations différenciées

sur les réponses psychologiques et comportementales des individus, notamment dans le contexte de la COVID-19. L'interaction entre ces facteurs et les marqueurs de santé mentale apparaissent dès lors à considérer dans notre étude.

2.4 Distribution et santé mentale

Comme lors des pandémies antérieures, les canaux utilisés afin de distribuer les informations liées à la pandémie ont joué un rôle crucial lors de la crise de COVID-19. Les autorités du monde ayant déployé moult actions à travers les médias (télévision, radio, journaux, réseaux sociaux, site Web, affichage public, etc.) pour diffuser informations et consignes de santé, une pression sans précédent a été exercée sur nos canaux de communication (Hoyt et al., 2022). La consommation de médias traditionnels comme socionumériques a en outre connu une augmentation fulgurante (Hammad et Alquarni, 2021 ; Price et al., 2022 ; Shabahang, Aruguete et McCutcheon, 2020).

Devant cette situation, il convient de revisiter la connaissance scientifique relative aux canaux utilisés à des fins d'information par les populations en période de crise. À cet effet, la littérature produite à propos de l'Ebola a par exemple illustré que le Web avait joué un rôle important dans la diffusion de mésinformations (information diffusée sans savoir qu'elle est erronée) et de désinformations (information diffusée dans l'intention de tromper) (Fung et al., 2016). Dans une recherche internationale menée dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19 (Belgique, Canada, Angleterre, Philippines, Hong Kong, Nouvelle-Zélande, États-Unis, Suisse), De Coninck et ses collègues (2021) se sont intéressés aux relations que l'exposition aux contenus médiatiques pouvait entretenir avec les croyances en matière de conspiration et de mésinformation. Leurs résultats ont montré qu'une plus grande exposition aux médias traditionnels (télévision, radio, presse écrite) était associée à une plus faible propension à adhérer aux fausses informations, tandis qu'une plus forte mobilisation des médias sociaux pour s'informer était associée à une augmentation des fausses croyances. Si des études antérieures ont relié l'usage des médias sociaux à une baisse du bien-être chez les individus dans différents contextes (Brailovskaia et al., 2021),

des recherches plus récentes comme celle de Shabahang, Aruguete et McCutcheon (2020) ont trouvé que l'utilisation d'information de santé en ligne et l'exposition via internet aux nouvelles sur la pandémie prédisaient de manière significative l'anxiété liée au coronavirus. De nombreuses recherches font état de résultats similaires quant aux relations entre l'usage des médias sociaux et l'apparition de troubles anxieux et dépressifs (Gao et al., 2020 ; Hammad et Alqarni, 2021 ; Price et al., 2022 ; Şentürk et al., 2021). Dans une enquête menée en Espagne, Brailovskaia et ses collègues (2021) ont pour leur part montré que le recours aux médias sociaux, en opposition à celui aux journaux imprimés, numériques ou télévisés et aux sites gouvernementaux, était associé à une augmentation de l'anxiété chez les individus. La recherche de Bendau et ses collègues (2021) appuient cet effet différencié, alors que leurs résultats ont montré que le degré de détresse observé, touchant notamment l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs, était en grande partie influencé par le type de média mobilisé.

Néanmoins, les plateformes socionumériques ne sont pas les seuls médias auxquels la littérature a rattaché, comme lors des pandémies de SRAS, de H1N1 et d'Ebola, des impacts sur la santé psychologique durant la crise de la COVID-19. Si Garfin et ses collègues (2021) parlent de l'exposition médiatique en général comme une « menace » en contexte de pandémie, c'est notamment parce que leur recherche a montré que celle-ci avait contribué à amplifier les conséquences de santé publique :

Paradoxalement, alors que les journalistes et les responsables de la santé publique s'efforçaient de communiquer au niveau mondial des informations essentielles concernant l'évaluation des risques et les recommandations, une menace connexe a émergé : la détresse psychologique résultant de l'exposition répétée par les médias à l'épidémie. Ce contexte a non seulement des répercussions sur la souffrance immédiate d'une population déjà aux prises avec des conséquences sociales et économiques sans précédent, mais aussi sur la santé physique et mentale à long terme. (p.355, traduction libre)

Les auteurs déplorent en outre que les réactions de stress, aggravées par les médias, aient affecté le bon fonctionnement des systèmes de santé. Ils mentionnent à ce titre la ruée des consommateurs sur les masques de protection au début de la pandémie, qui a contribué à une pénurie de cet outil

essentiel dans les établissements de santé. Rappelant les constats de Sellnow-Richmond, George et Sellnow (2018) dans leur analyse de messages entourant l'Ebola, A. Olagoke, O. Olagoke et Hughes (2020) expliquent quant à eux que la diffusion de nouvelles liées au coronavirus via les médias grand public a été dominée par l'emploi de cadrages négatifs, mettant de l'avant les incertitudes sur la transmissibilité du virus, l'aggravation de la situation dans les établissements de soin de santé, etc. De fait, leur étude menée aux États-Unis a montré qu'une exposition fréquente à ces *mauvaises* nouvelles sur la pandémie était associée à l'apparition de symptômes dépressifs.

Que ce soit à travers l'usage des médias sociaux ou traditionnels, l'évaluation subjective de la crédibilité des canaux est également à considérer. À titre d'exemple, Wu et Shen (2022) se sont intéressés, au début de la crise de COVID-19, aux impacts de la confiance accordée aux médias sur les comportements de santé de leur échantillon chinois. Les chercheurs ont trouvé que le niveau de confiance accordé aux médias amplifiait les effets de la mobilisation de ces derniers pour s'informer sur le niveau de conformité des individus aux consignes sanitaires. Parallèlement, Zimand-Sheiner et ses collègues (2021) ont trouvé qu'une plus grande confiance accordée aux médias de masse influençait positivement l'effet de l'exposition aux informations de vaccination sur le développement d'attitudes positives envers le vaccin contre la COVID-19. Menée à Israël, l'étude a inversement montré qu'une plus grande confiance envers les médias sociaux affectait négativement cette même relation entre exposition et attitudes.

Lu et ses collègues (2021) se sont quant à eux penchés sur les relations entre les comportements de partage de l'information sur la pandémie et la confiance accordée à différents canaux (médias d'information et médias sociaux) et sources d'information (professionnels de la santé, institutions d'enseignement, agences gouvernementales, famille et amis). Leurs analyses suggèrent que les informations provenant des médias sociaux étaient les moins susceptibles d'être partagées, ce canal ayant été jugé comme le référent le moins fiable pour s'informer de la pandémie. Les médias d'information se sont aussi positionnés à un niveau moyen à faible de confiance et de volonté de partage. En outre, leurs résultats indiquent que l'intention de partage des

personnes faisant plus confiance aux deux types de médias était liée au déclenchement d'émotions comme la peur, l'anxiété ou la colère (Lu et al., 2021). La confiance ou la méfiance envers les canaux peut ainsi interagir avec les impacts de santé mentale. Par exemple, Tusev, Tonon et Capella (2020) ont trouvé au début de la crise du coronavirus que la confiance allouée aux médias traditionnels par les populations de provinces équatoriennes était associée à la diminution des niveaux d'anxiété et de stress chez ces dernières. Menée au Bangladesh au début de la pandémie, une autre étude a montré qu'une plus grande confiance dans les médias sociaux (réseaux sociaux et portails de nouvelles en ligne) et les médias traditionnels (télévision, radio et journaux) était associée à l'augmentation du taux d'anxiété, alors que la confiance envers les médias sociaux était aussi associée à un niveau de stress plus important (Patwary et al., 2022). Selon les auteurs, leurs analyses soulignent la nécessité pour les médias de masse de veiller continuellement à répondre aux besoins de leurs publics sans nourrir davantage leur inquiétude. En outre, ils nuancent leurs résultats en précisant que la quantité importante de chaînes télévisées (30) et de quotidiens (1191) diffusant les nouvelles au pays a donné lieu à une exposition répétée aux mises à jour sur la COVID-19, ce qui a pu susciter davantage l'inquiétude des individus (Patwary et al., 2022). En définitive, Patwary et ses collègues (2022) insistent sur la valeur des données trouvées par rapport aux usages des médias sociaux. Selon eux, ces dernières suggèrent que les taux de consommation et de confiance élevés envers ce type de canal ont pu aggraver la crise de santé mentale liée à la pandémie de la COVID-19.

Ainsi, l'efficacité de la distribution des messages, qui passe notamment par les usages et perceptions des individus face aux différents canaux, a joué sur l'adoption des actions sanitaires dans le cadre de la COVID-19. De fait, nous considérons les relations potentielles entre les facteurs psychologiques et les constats liés aux éléments clés de cette composante comme dignes d'intérêt.

2.5 Explication et santé mentale

Liées à la compréhension des risques et des messages, les explications communiquées en situation de crise doivent permettre aux populations de faire rapidement sens des événements, pour éviter l'escalade de panique et notamment favoriser l'adhésion volontaire aux recommandations. En accord avec le besoin d'explication venant de sources crédibles, plusieurs recherches ont en outre démontré que la confiance envers les instigateurs des messages de santé joue sur l'efficacité des stratégies de communication engagées en contexte de crise (Lin et al., 2014 ; Peter et Chen, 2018 ; Postel-Vinay et Chermardin, 2004). Si les enjeux de confiance envers les autorités ont été soulignés au cours des pandémies antérieures, la crise du coronavirus n'a pas manqué de les raviver : « En période d'incertitude, un leadership informé et digne de confiance est primordial. Or, la pandémie de coronavirus a présenté une situation unique avec une énorme ambiguïté, rendant le leadership, en particulier celui des gouvernements, crucial » (Kemp, Bui et Porter, 2021, p. 284, traduction libre). S'appuyant sur la littérature produite lors des pandémies d'Ebola et de H1N1, le récent ouvrage d'Antoine Bristelle montre par ailleurs que la confiance envers les institutions publiques en contexte de crises sanitaires a un impact direct et important sur l'adhésion des individus aux mesures de santé, qui influe ensuite sur la réduction des taux de mortalité (2021). Du fait de son importance, la question de la confiance envers les autorités a ainsi donné lieu à différentes recherches pendant la pandémie. Par exemple, Algan et Cohen (2021) ont signalé une perte de confiance très marquée des Français en la communauté scientifique. Pour les auteurs, cette diminution est inquiétante, parce qu'elle joue grandement sur l'adhésion aux gestes barrières, le respect de la distanciation et la propension au vaccin. Selon Laoukili (2021), les hésitations et contradictions manifestées par les autorités publiques et les responsables des communications de crise européens ont eu pour effet de nourrir les processus de déni et de méfiance au sein des populations, renforçant ainsi les postures de résistance face aux explications données par les autorités publiques et aux mesures exceptionnelles prescrites.

Des recherches comme celle de Jauffret-Roustide et ses collègues (2021) se sont aussi penchées sur les relations entre les variations de confiance et l'état psychologique des individus. Selon leurs résultats — où près de la moitié d'un échantillon de jeunes adultes s'est révélé présenter des symptômes modérés à sévères de dépression —, les individus qui déclaraient avoir perdu confiance en la capacité de leur gouvernement face à la pandémie étaient également ceux qui se déclaraient plus fragilisés. Kemp, Bui et Porter (2021), qui se sont intéressés au rôle de la détresse psychologique dans la consommation et les comportements sanitaires, ont détecté qu'une baisse de confiance envers le leadership était associée à l'augmentation de la peur et de l'anxiété, et vice versa. Rappelant les constats de Laoukili (2021) sur les comportements de résistance, cette interaction entre confiance et anxiété peut aussi faire écho à ce que des chercheurs ont nommé le *scepticisme motivé* (Blondé et Girandola, 2016). Face à une menace personnellement impliquante, les individus sujets à des ressentis négatifs pourront dans cette idée chercher à contester l'existence de la menace, en remettant en doute la source qui soutient sa présence (Blondé et Girandola, 2016).

Alors que les impacts des troubles dépressifs sur les décisions et comportements sociaux sont encore relativement peu explorés (Spazzoli, 2019), une recherche menée par Zak et Fakhar en 2006 offre une piste intéressante pour comprendre les potentielles relations entre la confiance et ces troubles de santé mentale. Collectant leurs données dans 41 pays, les scientifiques ont en effet trouvé que la dépression était négativement associée à la confiance, en son sens interpersonnel et généralisé. Qui plus est, leurs résultats ont désigné la dépression comme la variable qui permettait le mieux d'expliquer les variations de confiance, et ce, parmi les 80 variables examinées (Zak et Fakhar, 2006).

Lié aux enjeux de confiance, le climat d'ambiguïté de la COVID-19 s'est par ailleurs montré propice à l'essor de faits alternatifs et de pensées conspirationnistes (Jutzi et al., 2020 ; Kowalski et., 2020 ; Poupart et Bouscail, 2020). La croyance selon laquelle le virus serait lié au réseau 5G, qu'il serait une arme biologique créée en laboratoire, ou encore que la vaccination répondrait à des intérêts privés ou politiques, sont ainsi quelques

explications qui ont trouvé écho durant la crise (Shahsavari et al., 2020). Négativement associée au respect des mesures sanitaires (Kowalski et al., 2020 ; Laoukili, 2021), cette prise en importance des théories du complot et des fausses nouvelles est donc un autre facteur à considérer.

Pour Moscovici (2020), les contextes où se propagent l'insécurité et les conflits (ex. : guerre, catastrophe naturelle, pandémie, etc.) sont particulièrement propices à l'apparition de la mentalité conspirationniste. Puisqu'elles relèvent d'une présomption d'apparences trompeuses (Jodelet, 2011), ces croyances complotistes sont liées au développement d'une certaine méfiance envers les autorités (politiques, sanitaires, etc.). Selon différents auteurs (Jodelet, 2011 ; Poupart et Bouscail, 2021 ; Romero Reche, 2020), se tourner vers ces narratifs peut avoir un effet rassurant pour les individus, car cette adhésion leur permet de s'orienter face à une perte de repères (majeure dans le cadre de la COVID-19) tout en renforçant leur sentiment d'appartenance au sein d'un groupe. Tels qu'ils sont décrits par la littérature, la notion de *biais* et le phénomène *d'aversion pour l'incertitude* peuvent aussi être rattachés à cette tendance. Définis comme des « préférences subjectives pour une conclusion donnée entre plusieurs alternatives possibles » (Gilg, 2011, p.111), les *biais de sélectivité* (sélectionner certaines informations plutôt que d'autres) ou *de confirmation* (chercher les informations propices à confirmer des hypothèses) peuvent ainsi expliquer que les individus aient pris part à une montée de la mésinformation comme de la désinformation durant la COVID-19. Par ailleurs, Gilg (2011) explique que « lorsque les individus possèdent peu ou pas d'informations vis-à-vis d'un objet, ils préfèrent élaborer de fausses théories, tout à fait personnelles, plutôt que de rester dans l'incertitude » (p.111). Au vu du degré de confusion inédit de la crise, il apparaît raisonnable de penser que cette logique *d'aversion pour l'incertitude* posée par Gilg (2011) a pu elle aussi participer à renforcer l'adhésion aux croyances alternatives sur le coronavirus.

Répondant à des besoins affectifs (ex. : réduire un sentiment négatif) comme cognitifs (ex. : faire sens d'une situation), les croyances conspirationnistes peuvent être abordées comme des stratégies d'adaptation adverses dans le contexte de la pandémie (Jutzi et al., 2020). Jutzi et ses

collègues (2020) expliquent par exemple que face à une menace, les individus plus anxieux auront tendance à s'identifier plus fortement à un groupe saillant, près d'eux à un moment précis. Si les auteurs citent en exemple les messages de santé au ton nationaliste de gouvernements (ex. : « l'Autriche a jusqu'à présent mieux surmonté cette crise que les autres pays »), cette recherche d'appartenance se traduit également par l'adhésion à des croyances réunissant un certain nombre de personnes autour d'opinions (ex. : le port du masque est une atteinte inacceptable à la liberté), mais aussi dans la manifestation de comportements de résistance (ex. : les manifestations anti-masques) (Jutzi et al., 2020). Mentionnée plus haut, l'étude de De Coninck et ses collègues (2021) a aussi exploré les relations que pouvaient entretenir la désinformation et l'adhésion aux théories conspirationnistes avec des troubles comme l'anxiété et la dépression. Bien qu'ils n'aient pu établir de relations significatives avec l'anxiété dans la majorité des régions examinées, les auteurs ont tout de même trouvé que la dépression était à la fois associée à de plus fortes adhésions aux informations trompeuses et aux théories conspirationnistes. Impliquant méfiance et contestation, les croyances aux fausses nouvelles et aux théories complotistes participent donc à complexifier la tâche des communications sanitaires, notamment par leurs relations potentielles avec la santé psychologique.

Les schémas cognitifs permettant aux individus d'expliquer la crise semblent ainsi liés à l'état de santé mentale de ces derniers, tout comme à la crédibilité qu'ils attribuent aux instigateurs officiels des messages de santé. De fait, des stratégies explicatives alternatives se multiplient, rendant la tâche d'autant plus complexe pour les autorités publiques œuvrant à la mitigation de la crise.

2.6 Actions et santé mentale

Pour reprendre les mots de Vacondio et al. (2021) :

Les efforts déployés pour contenir la propagation du coronavirus soulignent le rôle central de la conformité des citoyens avec les comportements d'autoprotection. Comprendre les processus qui sous-tendent les décisions d'autoprotection est donc essentiel pour

communiquer efficacement sur les risques pendant la pandémie de COVID-19 (p.1, traduction libre).

Ainsi, la considération des défis liés à l'intériorisation, à la distribution et l'explication nous amène à nous pencher plus directement sur les enjeux touchant les actions de protection, perçues dans le modèle IDEA comme les résultats les plus importants pour contrer les risques imminents en contexte de crise (Sellnow et al., 2017).

Tandis que Bristelle (2021) insistait sur l'importance du respect des mesures sanitaires pour diminuer les taux de mortalité, de nombreuses manifestations de comportements de résistance ont été observées à travers les populations durant la COVID-19 (manifestations anti-masque, antivaccin, etc.). L'étude de van den Broek-Altenburg (2021), qui a investi les territoires belges et hollandais, a par exemple montré que l'efficacité perçue des politiques et des mesures appliquées augmentait significativement la probabilité d'adopter les comportements recommandés. Selon des recherches comme celles menées aux États-Unis et au Canada par Shamblaw, Rumas et Best (2021), les variations d'adhésion aux gestes barrières interagiraient aussi avec des facteurs psychologiques. En effet, l'équipe a trouvé que l'aggravation des troubles dépressifs et anxieux était associée à une augmentation de comportements de désengagement envers les mesures sanitaires. Inversement, la recherche de Jauffret-Roustide et ses collègues (2021) a indiqué que les personnes plus fragilisées étaient celles qui disaient adopter le plus les gestes barrières. Selon l'équipe, cette adhésion n'échappait toutefois pas à l'influence de la *fatigue pandémique* (difficulté à respecter les mesures sanitaires au long terme). Par ailleurs, il est à mentionner que la « fragilité » ici évoquée demeure une expression vague, qui n'inclut pas exclusivement les troubles dépressifs et anxieux, tel que les a plus spécifiquement testés la recherche de Shamblaw, Rumas et Best (2021).

Rappelant l'importance de l'équilibre entre la perception de menace (gravité des risques et vulnérabilité relative) et celle de l'efficacité à s'en protéger (recommandations de santé et capacité à les appliquer), Rochira et ses collègues (2022) ont par ailleurs observé en Italie que la peur et l'anxiété étaient associées à l'engagement dans des comportements de protection mal-

adaptatifs divers. Aux États-Unis, Schneider et Leonard (2021) ont pour leur part trouvé que l'augmentation de l'anxiété chez leurs répondants et répondantes était associée à une diminution de leur sentiment de contrôle. Essentiel pour maintenir une impression d'efficacité relative face à la menace, ce sentiment est aussi crucial pour pondérer le niveau d'incertitudes considérable qui marque le contexte de la COVID-19. En outre, les données de Schneider et Leonard (2021) ont également montré que la croyance en l'efficacité du port du masque et en la capacité de ce geste de protection à influencer les comportements sanitaires des autres (ex. : porter le masque dans un lieu public va motiver les autres à le porter aussi) modère la relation entre anxiété et contrôle.

Bien que la littérature soit moindre concernant les interactions de la dépression avec les comportements de santé en contexte de crise sanitaire, des études dans le domaine de la santé ont par exemple montré que la dépression était susceptible d'entraîner une mauvaise adhésion à différentes recommandations prodiguées par les praticiens (ex. : changement d'habitudes alimentaires, prise de médicaments, etc.) (Lunghi, Zongo et Guénette, 2018). Plus récemment, les résultats d'une recherche menée en Chine ont également révélé que les adultes présentant des symptômes dépressifs étaient moins susceptibles de respecter les mesures de distanciation sociale appliquées pendant les premières vagues de coronavirus (Gao et al., 2021).

Parce que l'adhésion aux gestes sanitaires et leur application à grande échelle sont essentielles pour contrer une crise comme celle de la COVID-19, comprendre les relations susceptibles de jouer sur l'application des actions de santé dans ce contexte devient nécessaire pour mieux adapter les approches en communication.

2.7 Faille dans la littérature

Lors de notre recension des écrits, nous avons trouvé plusieurs recherches qui étudiaient par exemple les relations entre les médias (leur couverture, leurs usages, etc.) et la réponse émotionnelle et psychologique de différentes populations en contexte de pandémie (Bendau et al., 2021 ; Brailovskaia et al., 2021 ; De Coninck et al., 2021 ; Garfin et al., 2021 ; Gwinner, 2012 ;

Hammad et Alqarni, 2021 ; Lin et al., 2014 ; Postel-Vinay et Chermardin, 2004 ; Price et al., 2022 ; Şentürk at al., 2021, Tyshenko et Paterson, 2010). Nous avons également trouvé des études qui se sont intéressées aux relations entre les approches communicationnelles déployées en temps de crise et les réponses attitudinales et comportementales des populations (résistance, adoption des gestes sanitaires, stigmatisation d'individus, etc.) (Gesser-Edelsburg et al., 2014 ; Sey, 2017 ; Seytre, 2016 ; Vacondio et al., 2021 ; Weinstein, 2004), ainsi qu'entre ces réponses et les indicateurs de santé mentale des individus (Auxéméry et Tarquino 2020 ; DiMatteo, Lepper et Croghan, 2000 ; Friedman-Wheeler et al., 2008 ; Han et al., 2021 ; Jauffret-Roustide et al., 2021 ; Li et al., 2021 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021). En revanche, nous n'avons trouvé aucune recherche dont l'objet principal était d'explorer les relations entre la santé mentale et des considérations de communication stratégique en temps de pandémie, et encore moins durant la crise de la COVID-19. Le modèle IDEA soulignant l'importance des facteurs affectifs et cognitifs, il s'agit pour nous d'une faille dans la connaissance qui doit être comblée, afin de réfléchir des stratégies plus efficaces lors de futures crises.

3. QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Nous avons vu que la communication en santé adopte différentes approches (vulgarisation, appel aux émotions, etc.) et fait face à différents défis (réactions émotionnelles, adaptations inadéquates aux risques, etc.) pour atteindre des objectifs à la fois informationnels et persuasifs. Poursuivant des objectifs de santé et de bien-être, la communication de santé publique fait face à des enjeux d'autant plus importants lors crises sociosanitaires. La littérature en communication qui s'est développée autour des épidémies et pandémies du SRAS, de la H1N1 et de l'Ebola a en effet alloué une place centrale aux communications dans ce contexte particulier de risques de santé. En outre, les recherches produites ont illustré le rôle structurant des communications de santé publique durant ces crises, mais aussi les effets directs et indirects auxquels elles ont contribué, par exemple face à la confusion, à l'inquiétude et aux comportements adverses observés. Accompagnée de conséquences

multidimensionnelles, la crise de la COVID-19 a quant à elle soulevé des enjeux de santé et de bien-être sans précédent. Posant des défis inédits aux professionnels en communication de santé publique, cette pandémie mérite plus spécifiquement d'être étudiée.

En particulier, le modèle de communication IDEA apporte une aide intéressante pour réfléchir l'efficacité des stratégies dans cet écosystème communicationnel atypique. Développé par Deanna et Timothy Sellnow, l'approche théorique place que la communication de risque ou de crise doit faciliter l'intériorisation des messages, permettre d'expliquer de manière appropriée des événements, être adéquatement diffusée et mener à des actions de protection (Sellnow et al., 2017). Si la finalité comportementale est vue comme l'objectif premier en situation d'urgence, le modèle souligne l'importance de s'intéresser aux facteurs affectifs et cognitifs, ces derniers pouvant jouer sur l'efficacité de chaque composante. Marquée par une augmentation dans les populations de troubles psychologiques notamment liés à l'anxiété et à la dépression, la crise de la COVID-19 a justement donné lieu à un contexte de bouleversements affectifs et cognitifs (Auxéméry et Tarquino 2020 ; Hubbard et al., 2021 ; Kemp, Bui et Porter, 2021 ; Leboyer et Pelissolo, 2020). Plusieurs recherches menées durant la pandémie semblent par ailleurs montrer que ces débalancements psychologiques ont interagi négativement avec des réponses populationnelles rattachables aux quatre composantes du modèle IDEA (Bendau et al., 2021 ; De Coninck et al., 2021 ; Jauffret-Roustide et al., 2021 ; Liu et al., 2022 ; Monge-Rodriguez et al., 2021 ; Rochira et al., 2022 ; Schneider et Leonard, 2021).

En accord avec les définitions de la santé et du bien-être proposées par l'OMS (Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2014), ces observations nous portent à croire que les communications de santé déployées dans un cadre comme celui de la COVID-19 doivent poursuivre des objectifs de santé physique (faire adhérer aux comportements de protection, etc.), mais aussi de santé mentale. Envisageant les communications de risque sous la vision du modèle IDEA, nous comprenons parallèlement que les facteurs affectifs et cognitifs constituent des clés de voûte à l'élaboration de stratégies communicationnelles efficaces. La

littérature ayant mis en lumière le rôle des communications sur l'état de bien-être des individus (Gwinner, 2012; Lin et al., 2014; Leboyer et Pelissolo, 2020; Sey, 2017; Seytre, 2016) et l'influence des états émotionnels et psychologiques qui en découlent sur l'engagement dans des attitudes et comportements (Allen, Machleit et Kleine, 1992 ; DiMatteo, Lepper et Croghan, 2000 ; Jodelet, 2011 ; Kemp, Bui et Porter, 2021 ; LeDoux, 2000 ; Perrugini et Bagozzi, 2001 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021), nous jugeons que la considération des indicateurs de santé mentale s'intègre au modèle IDEA, en tant qu'éléments pouvant jouer sur l'intériorisation, la distribution, l'explication et l'action. Proposant une réflexion jusqu'à présent peu entamée dans la littérature, notre mémoire visera à tester les relations entre la santé mentale et certains facteurs clés des composantes d'efficacité du modèle de communication stratégique IDEA. Remarquant en outre que les contextes canadien et belge ont été peu explorés par les études en communication relevées autour de la COVID-19, nous proposons ainsi de nous pencher sur la question générale suivante :

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, comment les indicateurs d'une communication de risque ou de crise efficace sont-ils liés aux indicateurs de santé mentale des populations belges et canadiennes ?

Plus précisément, nos analyses permettront de répondre aux questions présentées ci-dessous et de vérifier les hypothèses qui suivent :

Q1 : *Quelle est la relation entre les troubles anxieux et dépressifs, et l'intériorisation des risques liés à la pandémie de COVID-19 ?*

Rappelant les résultats d'études antérieures (Gill, 2011 ; Lavoisier-Mérieux, 2002 ; Witte, 1992), plusieurs recherches menées durant la pandémie ont insisté sur l'importance du rapport entre la perception de la menace (gravité des risques et vulnérabilité relative) et celle de l'efficacité à s'en protéger (recommandations de santé et capacité à les appliquer). Notamment, certaines ont montré que le développement d'une perception exagérée des risques (intériorisation biaisée) était lié à l'augmentation de tensions émotionnelles et psychologiques, pour leurs parts liées à des réactions irrationnelles et non adaptatives face aux risques (Han et al., 2021 ;

Liu et al., 2022 ; Monge-Rodriguez et al., 2021; Shi et al., 2021 ; Vacondio et al. ; 2021). Du fait de ces études, (**H1**) nous pouvons nous attendre à trouver que l'augmentation du sentiment de menace sera liée à celle des signes d'anxiété et de dépression.

La deuxième sous-composante qui retiendra notre attention en matière d'intériorisation concerne plus directement les questions de réception des communications de santé. La littérature évoquée a en effet établi des liens entre l'aggravation de troubles psychologiques et des attitudes et comportements de rejet des messages liés au déni (décrédibilisation des messages, sous-estimation du risque, etc.) (Hoyt et ses collègues, 2020 ; Ruiter, Abraham et Kok, 2001) et à l'évitement des contenus et sujets potentiellement anxiogènes (Auxéméry et Tarquino, 2020 ; Blumberg, 2000). Au regard de ces études, nous posons les hypothèses suivantes : nous croyons que l'augmentation des niveaux d'anxiété et de dépression sera liée à (**H2**) la décrédibilisation des communications de santé de même qu'à (**H3**) l'évitement des contenus ou pensées liés à la COVID-19.

Q2 : *Quelle est la relation entre les troubles anxieux et dépressifs, et les canaux de distribution utilisés par les individus pour s'informer pendant la pandémie ?*

Deux aspects seront ici considérés. Le premier concerne les canaux privilégiés par les individus pour s'informer de la situation sanitaire. Selon la littérature présentée, le recours aux médias traditionnels, mais surtout aux médias sociaux, serait associé à la diminution des indicateurs de santé mentale (Brailovskaia et al., 2021 ; Gao et al., 2020 ; Garfin et al., 2021 ; Hammad et Alqarni, 2021 ; Price et al., 2022 ; Shabahang, Aruguete et McCutcheon, 2020 ; Şentürk et al., 2021), eux-mêmes associés à l'occurrence d'attitudes et comportements adverses dans les contextes de crise sanitaire (Mohammed et al., 2015a ; Tyshenko et Paterson, 2010; Garfin et al., 2021). Des études montrent par ailleurs que la confiance accordée aux différents canaux interagit avec la propension à les mobiliser, l'attitude adoptée face aux contenus présentés et la présence d'affects négatifs (Patwary et al., 2022 ; Tusev, Tonon et Capella, 2020 ; Wu et Shen, 2022 ; Zimand-Sheiner et al.,

2021). De fait, **(H4)** nous croyons que plus les individus présenteront des signes d'anxiété et de dépression, plus ils accorderont de la crédibilité aux médias sociaux et moins ils en alloueront aux médias traditionnels.

Q3 : *Quelle est la relation entre les troubles anxieux et dépressifs, et la crédibilité allouée aux explications officielles et alternatives offertes pendant la pandémie ?*

Alors que la perte de confiance envers les autorités a eu des impacts négatifs sur l'adoption des mesures sanitaires durant la COVID-19 (Algan et Cohen, 2021 ; Bristelle, 2021 ; Laoukili, 2021), des études portent à penser que cette diminution était liée à l'augmentation de troubles anxieux et dépressifs chez les individus (Jauffret-Roustide et al., 2021 ; Kemp, Bui et Porter, 2021). Parallèlement, d'autres recherches ont relié la hausse d'adhésion aux récits alternatifs (fausses nouvelles, théories du complot, etc.) à l'augmentation de ces mêmes troubles psychologiques (De Coninck et al., 2021 ; Jutzi et al., 2020). Au regard de ces résultats, **(H5)** nous pouvons poser l'hypothèse que l'augmentation des taux d'anxiété et de dépression sera parallèlement associée et à une baisse de la crédibilité allouée aux explications des autorités officielles et à hausse de la crédibilité allouée aux explications alternatives.

Q4 : *Quelle est la relation entre les troubles anxieux et dépressifs, et l'adhésion aux actions de protection prescrites pendant la COVID-19 ?*

Enfin, le dernier point sur lequel nous nous pencherons concerne plus directement les liens entre la santé mentale des individus et l'adoption des mesures sanitaires prescrites par les autorités publiques durant la pandémie de COVID-19. Particulièrement problématiques pour l'atteinte des objectifs de santé individuels comme collectifs, le manque d'adhésion aux mesures et le non-respect des gestes de protection ont été reliés à l'apparition de troubles de santé mentale par plusieurs études (Gao et al., 2021 ; Lunghi, Zongo et Guénette, 2018 ; Rochira et al., 2022 ; Schneider et Leonard, 2021 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021 ; van den Broek-Altenburg, 2021). Poursuivant la réflexion entamée par ces auteurs, nous pensons que l'anxiété et la dépression seront associées à **(H6)** une diminution de l'application

pratique des consignes sanitaires et (H7) une diminution de l'adhésion générale aux gestes barrières (perception de leurs pertinence et efficacité relatives, intention de les appliquer, etc.).

4. MÉTHODOLOGIE

Pour répondre aux questions de recherche et vérifier nos hypothèses, nous adopterons une démarche hypothético-déductive, centrée sur l'analyse statistique d'un sondage populationnel. Conformément à cette approche, nous exploiterons des données secondaires issues de l'enquête internationale menée par Généreux et ses collègues (2020). Regroupant des chercheurs de huit pays (Canada, États-Unis, Angleterre, Suisse, Belgique, Hong Kong, Philippines, Nouvelle-Zélande), l'étude mesure les impacts psychosociaux des stratégies de communication déployées lors de la pandémie, par l'entremise d'un questionnaire anonyme diffusé en ligne (Généreux et al., 2020). Administré par la firme Léger et déployé à différentes périodes depuis le printemps 2020, le sondage a été proposé à des adultes (18 ans et plus) sélectionnés au hasard parmi les panels de la firme. Pour assurer une certaine représentativité des sous-populations, un échantillonnage par quotas (non-probabiliste) et des méthodes de pondération (âge, sexe, langue, région) ont été appliqués. Des recherches ayant démontré la hausse de marqueurs sociaux inquiétants en aval de la première vague de COVID-19 (Usher et al., 2020), nous avons choisi de nous pencher sur les réponses psychocomportementales collectées par Généreux et al. (2020) entre le 6 et le 18 novembre 2020, soit lors de la deuxième vague de COVID-19. En outre, afin de permettre une interprétation plus concrète et précise des données, nous nous centrerons sur le Canada et la Belgique. Les échantillons à partir desquels nous réaliserons nos analyses se composent de 2004 adultes canadiens et de 1014 adultes belges. Les parties qui suivent offrent une mise en contexte des pays examinés ainsi que les différentes mesures mobilisées et créées pour notre étude.

4.1 Terrains d'analyse : le Canada et la Belgique

Selon Statistique Canada (<https://www.statcan.gc.ca/fr/debut>), le Canada compte une population estimée en date du 1^{er} janvier 2022 à

38 526 760 individus, répartis dans 10 provinces et 3 territoires. Deuxième plus grand pays du monde sur le plan de sa superficie, le Canada est à la fois un État fédéral et une monarchie constitutionnelle.

Composée de trois communautés et de 3 régions subdivisées en un total de 10 provinces, la Belgique est elle aussi un État fédéral de monarchie constitutionnelle, qui présentait en janvier 2022 une population légale totalisant les 11 584 008 habitants (*Les provinces*, s. d. ; *Régions*, s.d. ; Statbel, 2022).

En matière de gestion d'urgence sanitaire, les deux pays démocratiques répondent à l'autorité de l'OMS, soit l'autorité responsable de la santé au sein de l'Organisation des Nations unies (ONU). Après les apprentissages difficiles du SRAS en 2003, l'OMS a développé un plan de coordination mondiale, devant permettre de stopper rapidement la propagation de virus et de limiter les impacts socioéconomiques considérables des situations de pandémie. Par ce programme, l'OMS a imposé à tous les États membres, dont le Canada et la Belgique, de développer des plans nationaux de gestion de risque et de réponse en cas de pandémie (Fallon, Thiry, et Brunet, 2020). En Belgique, ce plan de préparation a été établi par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Bien que l'entité joue un rôle central au niveau fédéral, le transfert de compétences de l'État fédéral vers les Communautés et Régions opéré lors de la 6^e réforme de l'État a engendré une gestion fragmentée de la crise de COVID-19 à travers le territoire belge (Fallon, Thiry, et Brunet, 2020 ; *La sixième réforme de l'État*, s.d.). Le Canada a observé une situation semblable en matière de gestion pandémique. Comme l'ont souligné Guénette et Mathieu (2020), « le fédéralisme canadien prend forme de telle sorte que ce sont les provinces qui sont compétentes pour mettre en place la vaste majorité des mesures sanitaires et épidémiologiques nécessaires en vue de lutter contre la COVID-19 » (p.502). Bien que la pandémie ait frappé différemment les provinces lors des vagues de coronavirus, les mesures principales mises en place par leurs gouvernements sont demeurées semblables (Guénette et Mathieu 2020).

Développé par l'*University of Oxford*, le *COVID-19 Government Response Tracker* (OxCGRT) nous a en outre permis de comparer la sévérité des mesures appliquées au Canada et en Belgique pour la période environnant la collecte de nos données (début septembre 2021 à mi-novembre 2021). Il est à préciser que ces résultats ne figureront pas dans nos analyses, mais servent plutôt à mieux comprendre les contextes dans lesquels se trouvaient les échantillons examinés. Établissant un degré de sévérité sur une échelle de 0 à 100 (100 = les plus strictes), les données produites révèlent que le niveau de sévérité des mesures imposées par le gouvernement canadien était généralement plus élevé qu'en Belgique (OxCGRT, s.d.). En effet, du côté canadien, le score minimal de rigueur des mesures s'est atteint vers la mi-septembre (63,43) et le score maximal, vers la fin novembre (72,69). Chez les Belges, le score minimal s'est plutôt situé au début du mois d'octobre (47,22), alors que le score maximal a été observé dès le début du mois de novembre (65,74) (OxCGRT, s.d.). Nous noterons que dès le début du mois d'octobre, le niveau de sévérité des mesures sanitaires canadiennes s'est situé à un niveau minimal de 65,28, soit un score semblable au maximum atteint par les mesures du gouvernement belge seulement au début du mois de novembre (65,74) (moment où le score canadien est pour sa part grimpé à 68,98) (OxCGRT, s.d.). En date du 6 novembre 2020 (début de notre collecte), les mesures appliquées au Canada étaient par exemple les suivantes : fermeture de tous les établissements d'enseignement, interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes ; fermeture de la plupart des milieux de travail ; port du masque obligatoire dans les lieux publics ; fermeture des frontières et restriction des déplacements internes. Pour la même date et les mêmes facteurs, les mesures en Belgique étaient semblables, à la différence que seulement certains établissements d'enseignement étaient fermés, que tous les milieux de travail sauf les secteurs essentiels étaient fermés et qu'il n'y avait aucune restriction sur les déplacements internes (OxCGRT, s.d.). Sans négliger la différence de sévérité générale des mesures, les populations faisaient ainsi face à des contraintes quotidiennes semblables.

Enfin, à l'heure d'une deuxième vague plus difficile que la première, le Canada comme la Belgique faisaient face à des répercussions

socioéconomiques importantes : perte d'emplois, faîtes, accumulation de décès, perturbation des prix de consommation, des habitudes de vies, etc. (Fallon, Thiry, et Brunet, 2020 ; Gouvernement du Canada, S.C., 2020). Sur le plan politique, nous noterons toutefois que les Belges sortaient d'une longue crise au moment de notre collecte de données, alors que leur pays venait à peine de former son gouvernement fédéral, et ce, 16 mois après l'élection législative de 2019 (Quatremer, 2020).

4.2 Mesures

Pour évaluer d'abord la présence de troubles anxieux et dépressifs dans nos échantillons, nous avons utilisé des indices reconnus, le GAD-7 (*General Anxiety Disorder*) et le PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*). Afin de nous intéresser ensuite aux relations entre ces échelles et les facteurs précédemment identifiés, nous avons mobilisé différents énoncés du questionnaire administré par Généreux et son équipe (2020) et créé des indices à partir des résultats collectés. Nous présentons ici toutes ces mesures.

Anxiété généralisée probable (GAD-7)

Développée par les sciences de la psychologie pour aider au diagnostic des troubles d'anxiété généralisée (Spitzer et al., 2006), l'échelle GAD-7 a aussi été validée pour mesurer l'anxiété à travers des études populationnelles (Löwe et al., 2008). Composé d'une série de sept questions, l'outil invite les individus à indiquer la fréquence à laquelle ils ont ressenti certains problèmes durant les deux dernières semaines : 1. Se sentir nerveux, anxieux ou tendu ; 2. Être incapable de stopper ou de contrôler ses inquiétudes ; 3. Trop s'inquiéter pour tout et rien ; 4. Éprouver de la difficulté à se détendre ; 5. Se sentir si agité qu'il est difficile de rester tranquille ; 6. Être facilement ennuyé ou irrité ; 7. Se sentir effrayé, comme si quelque chose de grave allait se produire (Spitzer et al., 2006). Chaque item est coté de 1 à 4, selon quatre possibilités de réponses : 1 = Jamais ; 2 = Plusieurs jours ; 3 = Plus de la moitié des jours ; 4 = Presque tous les jours. Ainsi, les scores d'anxiété obtenus par l'échelle GAD-7 varient de 7 à 28. Un seuil égal ou supérieur à 17 permet d'estimer la présence probable de troubles indiquant une anxiété généralisée, condition spécifique et particulièrement contraignante qui

nécessite un suivi thérapeutique (Spitzer et al., 2006). Ce faisant, l'échelle GAD-7 est appropriée pour mesurer le niveau d'anxiété des Canadiens et des Belges dans notre étude. En outre, nos statistiques de fiabilité appuient la pertinence de la construction de l'échelle, indiquant des Alpha de Cronbach très élevés pour nos deux bases ($\alpha = 0,943$ pour le Canada et $\alpha = 0,939$ pour la Belgique).

Dépression probable (PHQ-9)

Servant au dépistage des troubles du spectre de la dépression, le questionnaire PHQ-9 fonctionne de manière semblable à l'échelle GAD-7. Validée dans la recherche comme la pratique (Kroenke, Spitz et Williams, 2001), l'échelle se compose de neuf items et invite les personnes à mesurer sur une échelle de 4 valeurs (1 = Jamais ; 2 = Plusieurs jours ; 3 = Plus de la moitié des jours ; 4 = Presque tous les jours) la fréquence à laquelle elles ont fait l'expérience des sentiments et pensées suivants : 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ; 2. Vous sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) ; 3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir ; 4. Vous sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie ; 5. Peu d'appétit ou trop d'appétit ; 6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille ; 7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision ; 8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude ; 9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre. Pour notre outil, les scores possibles se situent ainsi entre 9 et 36. Selon l'échelle d'Henry Chung, qui divise la sévérité des troubles dépressifs en cinq niveaux (aucun, moyen, modéré, modéré-sévère et sévère), un seuil égal ou supérieur au niveau modéré (19 pour notre échelle) relève la présence probable de troubles de dépression, appelant à la planification d'un traitement (Kroenke et Spitzer, 2002). Ainsi, l'échelle PHQ-9 est appropriée pour mesurer les troubles dépressifs au sein des échantillons utilisés aux fins de cette étude. Par ailleurs, nos statistiques de fiabilité confirment la pertinence

de la construction de l'échelle, affichant des Alpha de Cronbach très élevés pour nos jeux de données canadien ($\alpha = 0,927$) et belge ($\alpha = 0,904$).

Intériorisation

Pour nous intéresser aux relations entre la santé mentale et l'intériorisation des risques et des messages pendant la COVID-19, nous avons d'abord porté attention à la relation entre le sentiment de menace posé par la pandémie et les niveaux d'anxiété et de dépression (H1). Pour ce faire, le questionnaire a demandé aux répondants et répondantes belges et canadiens d'évaluer la menace que représente selon eux le coronavirus, notamment face à ces quatre éléments : Pour vous personnellement ; Pour votre famille ; Pour vos amis ; Pour votre communauté locale. Pour chaque énoncé, les répondants devaient indiquer un score de 1 à 5 (1 = très faible ; 5 = très élevé). Afin de mesurer le niveau global de menace perçue, nous avons créé l'indice « menace » à partir de la sommation des scores de ces énoncés. Nos statistiques confirment la fiabilité des construits de l'échelle, indiquant des Alpha de Cronbach élevés de 0,890 pour l'échantillon canadien et de 0,894 pour l'échantillon belge. L'indice étant adéquat pour mesurer le sentiment de menace des répondants et répondantes, nous l'avons ensuite mis en relation avec les échelles GAD-7 et PHQ-9 pour observer les liens avec leur état de santé mentale.

Ensuite, nous avons porté intérêt aux relations entre le niveau d'anxiété et de dépression et des facteurs liés à la réception des communications de santé au sein de nos échantillons canadien et belge. Pour observer jusqu'aux formes plus faibles de rejet des messages, qui passent notamment par une décrédibilisation (H2), il a été demandé aux répondants et répondantes d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 (10 exprimant un accord complet) leur niveau d'accord avec l'énoncé suivant : « Les consignes du gouvernement sont exagérées ». Nous souhaitions aussi porter attention aux stratégies d'évitements pouvant se manifester dans nos échantillons (H3). Pour cela, il a été demandé aux personnes répondantes si elles avaient, au cours du dernier mois, essayé très fort de ne pas penser à la crise ou même changé leurs habitudes pour éviter toutes situations qui auraient pu leur faire

penser à la crise (1 = Oui ; 2 = Non). De nouveau, nous avons mobilisé les résultats de ces énoncés pour les mettre en relation avec GAD-7 et PHQ-9.

Distribution

Pour évaluer le degré d'utilisation de différents canaux d'information par les individus (H4), il a été demandé aux répondants et répondantes d'indiquer sur une échelle de 1 à 4 (1 = principalement/toujours, 2 = souvent, 3 = parfois, 4 = peu/jamais) dans quelle mesure ils mobilisaient les canaux suivants : Télévision ; Radio ; Journaux (y compris en ligne) ; Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, autres réseaux, Instagram, etc.) ; Autres plateformes en ligne (excluant les journaux en ligne et les réseaux sociaux). Pour nous intéresser parallèlement aux fluctuations de la confiance manifestée par nos échantillons envers ces canaux (H4), nous leur avons demandé de juger sur une échelle de 1 à 10 (10 = très susceptible) à quel point ils croyaient ou non les canaux suivants susceptibles de diffuser des informations fausses, erronées ou inventées sur le coronavirus : Médias grand public (presse écrite, radio, télévision, numérique) ; Blogues, sites d'information ou médias alternatifs aux médias d'information grand public ; Sites Web consacrés à la santé et au bien-être ; Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, etc.) ; Messageries instantanées (WhatsApp, Messenger, Discord, Telegram, etc.) ; Plateformes de vidéo en ligne (YouTube, Twitch, etc.). Pour observer les rapports avec la santé mentale, les résultats de ces énoncés ont été mis en relation avec GAD-7 et PHQ-9.

Explication

Pour observer les liens entre les troubles anxieux et dépressifs et la confiance envers les autorités (H5), nous avons créé trois indices de confiance distincts. Le questionnaire constitué par Généreux et al. (2020) invitait les individus à évaluer sur une échelle de 1 à 10 (1 = niveau très bas ; 10 = niveau très élevé) les énoncés suivants : Votre niveau de confiance à l'égard des scientifiques, médecins et spécialistes de la santé ; Votre niveau de confiance à l'égard des organismes de santé nationaux ; Votre niveau de confiance à l'égard des organismes de santé internationaux ; Votre niveau de confiance à l'égard des gouvernements ; Votre niveau de confiance à l'égard des politiciens. En

regroupant les trois premiers items, nous avons créé une échelle de confiance envers les autorités en santé publique. Nous jugeons cette échelle fiable, alors que nos analyses indiquent un Alpha de Cronbach très élevé pour les échantillons canadien ($\alpha = 0,928$) et belge ($\alpha = 0,919$). Nous avons aussi créé une échelle de confiance dans les autorités politiques en regroupant les deux derniers énoncés. Cette échelle s'avère pertinente pour notre étude, alors que nos analyses indiquent des Alpha de Cronbach très élevés (Canada : $\alpha = 0,910$, Belgique : $\alpha = 0,951$). En regroupant tous les énoncés, nous avons aussi créé un indice de confiance général envers les autorités publiques (sanitaires et politiques), dont les analyses confirment aussi la pertinence dans nos deux bases (Canada : $\alpha = 0,922$; Belgique : $0,905$).

Parallèlement, nous souhaitons considérer les relations potentielles entre l'aggravation des troubles psychologiques (GAD-7 et PHQ-9) et l'adhésion aux explications alternatives (H5). Pour mesurer ces degrés d'adhésions, nous avons créé deux indices distincts. L'échelle « théorie du complot » a été créée à partir de la sommation de cinq énoncés, avec lesquels nos échantillons étaient invités à mesurer leur niveau d'accord sur une échelle de 1 à 10 (10 = accord complet) : J'estime que mon gouvernement cache des informations importantes entourant le coronavirus ; J'estime que le coronavirus a été fabriqué intentionnellement dans un laboratoire ; J'estime que le coronavirus a été fabriqué par erreur dans un laboratoire ; J'estime que l'industrie pharmaceutique est impliquée dans la propagation du coronavirus ; J'estime qu'il existe un lien entre la technologie 5G et le coronavirus. L'échelle s'avère pertinente pour notre étude, alors que nos analyses indiquent des Alpha de Cronbach élevés pour nos bases de données (Canada : $\alpha = 0,799$; Belgique : $\alpha = 0,782$). Pareillement, pour nous intéresser à la croyance des individus dans les fausses nouvelles, nous avons demandé aux échantillons d'évaluer leur accord (1 = désaccord complet, 10 = accord complet) avec les énoncés suivants : J'estime que le coronavirus ne se transmet pas dans les pays chauds ; J'estime que le coronavirus contamine principalement les personnes de plus de 55 ans ; J'estime que le coronavirus n'est pas plus dangereux que la grippe saisonnière (influenza) ; Je pense que le soleil ou les températures supérieures à 25 degrés Celsius permettent de

prévenir le coronavirus (COVID-19) ; Je pense que le nouveau coronavirus peut se transmettre par les piqûres de moustiques ; Je crois que vaporiser de l'alcool ou du chlore sur tout mon corps tuera le nouveau coronavirus. La sommation de ces six énoncés nous a permis de créer l'échelle « fausses nouvelles » dont la fiabilité est montrée par nos analyses (Canada : $\alpha = 0,847$; Belgique : $\alpha = 0,785$).

Action

Pour examiner dans quelle mesure les individus se plient aux différentes normes (H6), il leur a d'abord été demandé d'indiquer un score de 1 à 10 (1 = niveau très bas, 10 = niveau très élevé) à leur niveau de respect des consignes données par les autorités. Le questionnaire a également permis de mesurer le niveau d'accord et les intentions de nos échantillons envers les mesures émises par les gouvernements et autorités publiques (H6). Ainsi, il a été demandé aux répondants et répondantes d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 (10 exprimant un accord complet) leur niveau d'accord avec les énoncés suivants : Respecter les mesures d'isolement est important pour protéger les personnes les plus vulnérables ; Respecter la mesure de distanciation sociale est important pour ralentir la propagation du virus ; Respecter les mesures imposées par le gouvernement permettra de mettre fin à la pandémie ; Je serais prêt(e) à adopter des mesures de confinement encore plus strictes pour limiter la propagation du virus. Afin de mesurer plus globalement l'adhésion des individus à ces consignes sanitaires (H7), au sens de la propension à les appliquer comme de la croyance en leur efficacité, nous avons créé l'indice « adhésion aux mesures sanitaires » à partir de la sommation des résultats de ces quatre énoncés. Nos statistiques confirment la fiabilité de l'échelle créée, indiquant des Alpha de Cronbach élevés pour l'échantillon canadien ($\alpha = 0,874$) et pour l'échantillon belge ($\alpha = 0,868$). Toujours dans l'objectif de vérifier le lien entre les troubles psychologiques et l'adhésion aux mesures sanitaires (H7), il a également été demandé aux personnes répondantes si elles étaient prêtes à se faire vacciner, dans l'éventualité où un vaccin éprouvé pour la prévention du coronavirus leur était rendu disponible (Oui = 1 ; Non = 2). Rappelons ici que les données ont été collectées avant le début des campagnes de vaccination au Canada et en Belgique. Ces indices et résultats ont ensuite

été mis en relation avec les échelles GAD-7 et PHQ-9 pour observer les liens entre la composante d'action et les indicateurs de santé mentale.

5. RÉSULTATS

Les troubles anxieux et dépressifs relevant de conditions sociopsychologiques, il apparaît pertinent, pour mieux introduire nos analyses, de débiter en brossant un portrait de la présence de ces troubles dans nos échantillons, segmenté selon des traits sociodémographiques. Par la suite, nous présentons les résultats obtenus en lien avec nos intérêts de recherche, à savoir si l'anxiété et la dépression dans le contexte de la COVID-19 apparaissent liées à des enjeux relatifs aux composantes d'intériorisation, de distribution, d'explication et d'action du modèle IDEA.

5.1 Portrait des troubles anxieux et dépressifs probables

Pour mieux situer et interpréter les données, nous nous sommes d'abord intéressées à la manière dont se dessinent les troubles anxieux et dépressifs probables dans les populations étudiées, en termes de proportion, d'âge et de sexe. Selon nos analyses, environ 21 % ($n = 427$) des individus du Canada ($N = 2004$) et 19 % ($n = 192$) des personnes en Belgique ($N = 1014$) présentaient un haut niveau d'anxiété, soit des signes d'une probable anxiété généralisée lors de la diffusion du questionnaire (score égal ou supérieur à 17 sur notre échelle GAD-7). Du côté des troubles dépressifs, ce sont environ 27 % ($n = 532$) de notre échantillon canadien et 21 % ($n = 211$) de notre échantillon belge qui présentaient des troubles probables suffisamment inquiétants pour justifier la mise en marche d'un traitement (score égal ou supérieur à 19 pour notre échelle PHQ-9).

Statistiquement, les personnes qui montraient des troubles anxieux et dépressifs probables et celles qui n'en montraient pas étaient différentes en âge. Au Canada, l'âge moyen des personnes manifestant des niveaux élevés d'anxiété selon GAD-7 était de 36 ans, alors que la moyenne d'âge des individus présentant de faibles taux d'anxiété selon la même échelle était statistiquement plus élevée, se situant à 48 ans ($t = 12,278$, $df = 2002$, $p < 0,01$). Dans l'échantillon belge, l'âge moyen observé chez les personnes

présentant des troubles probables d'anxiété généralisée est significativement plus bas, se situant à 45 ans, tandis qu'il est à 52 ans pour les personnes n'apparaissant pas touchées par ces troubles ($t = 5,184$, $df = 1012$, $p < 0,01$). Parallèlement, les individus montrant des signes de troubles dépressifs probables modérés à élevés affichaient un âge moyen de 37 ans au Canada et de 46 ans en Belgique. La moyenne d'âge des personnes ne présentant pas ou peu de troubles dépressifs probables au sein de nos échantillons était aussi statistiquement plus élevée, se situant plutôt à 48 ans du côté canadien ($t = 13,372$; $df = 2002$, $p < 0,01$) et à 52 ans du côté belge ($t = 4,515$; $df = 1012$, $p < 0,01$). Dans un pays comme dans l'autre, nous avons observé que les moyennes d'âge des personnes qui semblaient plus fortement touchées par ces troubles psychologiques étaient plus basses que celles des personnes qui ne semblaient pas ou peu touchées par ces états.

Pour mieux comprendre cette différence, nous nous sommes aussi intéressées à la répartition des troubles en fonction de l'âge. Ce faisant, nous avons segmenté les échantillons canadien ($N = 2004$) et belge ($N = 1014$) en sept groupes d'âge distincts : les 18-24 ans ($n = 341$ CA ; $n = 53$ BE) ; les 25-34 ans ($n = 359$ CA ; $n = 192$ BE) ; les 35-44 ans ($n = 316$ CA ; $n = 121$ BE) ; les 45-54 ans ($n = 298$ CA ; $n = 219$ BE) ; les 55-64 ans ($n = 300$ CA ; $n = 174$ BE) ; les 65-74 ans ($n = 299$ CA ; $n = 215$ BE) ; et les 75 ans et plus ($n = 91$ CA ; $n = 40$ BE). Nous avons ensuite vérifié les proportions que représentait chaque tranche d'âge au sein des groupes présentant des troubles anxieux ($n = 427$ CA ; $n = 192$ BE) et dépressifs ($n = 532$ CA ; $n = 211$ BE) probables dans nos échantillons. Cette répartition est illustrée en pourcentage par la figure ci-dessous (figure 1).

Figure 1 — Troubles anxieux et dépressifs probables par tranche d'âge

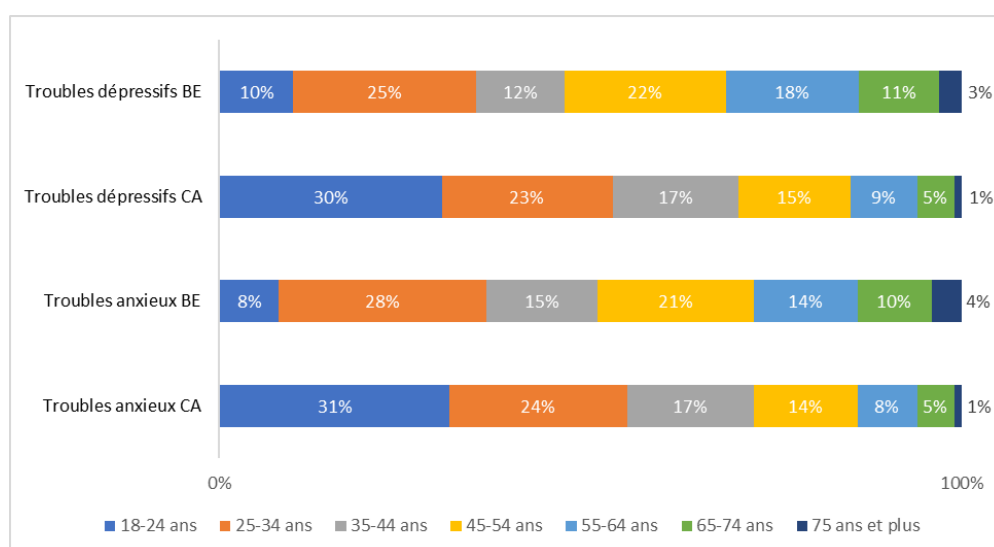


Figure 1 — Répartition en pourcentage des troubles probables d'anxiété généralisée (score égal ou supérieur à 17 sur notre échelle GAD-7) et de dépression modérée à sévère (score égal ou supérieur à 19 sur notre échelle PHQ-9) par tranche d'âge, au Canada et en Belgique.

Comme nous le voyons, le groupe d'âge le plus représenté parmi les cas de forts taux d'anxiété et de dépression identifiés au Canada était celui des 18-24 ans, alors qu'il s'agissait plutôt de celui des 25-35 ans en Belgique. Nous noterons toutefois qu'une différence importante entre le nombre de répondants et de répondantes âgés de 18 à 24 au sein de nos échantillons ($n = 341$ au Canada et $n = 53$ en Belgique) a pu jouer sur ces données. C'est notamment ce que nos analyses amènent à croire, lorsque nous mesurons plutôt les taux d'individus par groupe d'âge qui présentaient des troubles anxieux et dépressifs. Comme l'illustrent les graphiques ci-dessous (figure 2), les constats les plus inquiétants ont en effet été observés chez les 18-24 ans : 39 % des jeunes adultes canadiens ($n = 133$) et 30 % des jeunes adultes belges ($n = 16$) étant touchés de probables troubles d'anxiété généralisée ; 47 % de ces Canadiens ($n = 159$) et 38 % de ces Belges ($n = 20$) étant touchés de probables troubles dépressifs modérés à sévères. Malgré le fait que les 18-24 ans représentaient 8 % de l'échantillon belge, nous remarquons ainsi qu'ils sont surreprésentés dans les cas de forts taux probables d'anxiété et de dépression. À titre comparatif, 11 % des Canadiens âgés de 55 à 64 ans ($n = 32$) et 16 % des Belges dans la même tranche d'âge ($n = 27$) semblaient touchés de troubles anxieux probables, alors que 17 % des Canadiens ($n = 50$)

et 21 % des Belges (n = 37) de ce groupe d'âge montraient des signes de troubles dépressifs probables.

Figure 2 — Troubles anxieux et dépressifs probables chez les 18-24 ans

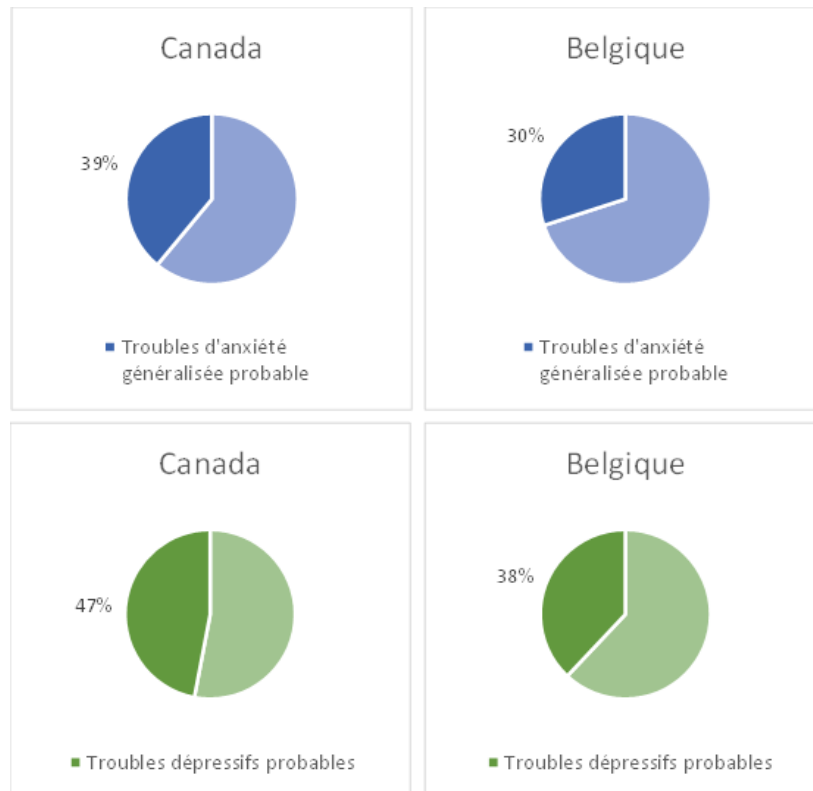


Figure 2 — Présence de troubles probables d'anxiété généralisée (score égal ou supérieur à 17 sur notre échelle GAD-7) et de dépression modérée à sévère (score égal ou supérieur à 19 sur notre échelle PHQ-9) chez les 18-24 ans au Canada et en Belgique.

Du côté des genres, nos résultats montrent que les hommes et les femmes étaient généralement tout autant touchés par les troubles anxieux et dépressifs probables, avec une propension légèrement plus importante chez les femmes. En effet, parmi les personnes atteintes de probables troubles anxieux dans l'échantillon canadien, environ 51 % (n = 216) se sont identifiées au genre féminin, alors qu'un peu moins de 49 % (n = 208) s'identifiaient au genre masculin et 0,5 % (n = 2), comme non binaire. En Belgique, les individus présentant une forte anxiété étaient environ à 60 % (N = 116) des femmes, à 39 % (n = 75) des hommes et à 0,5 % (n = 1) des personnes non binaires. Les répondants et répondantes montrant des troubles dépressifs probables (modérés à sévères) se chiffraient au Canada à 50 % (n = 263) de femmes, à un peu plus de 49 % (n = 266) d'hommes et à un peu moins de 0,5 % (n = 2) d'individus non binaires. Enfin, en Belgique, les gens

manifestant des troubles dépressifs probables et inquiétants se sont identifiés à 59 % (n = 216) comme étant des femmes, à 40 % (n = 82) comme étant des hommes et à environ 1 % (n = 2) comme n'appartenant à aucun des genres en particulier.

Nos résultats montrent ainsi que d'importantes proportions de répondants et de répondantes (20 à 30 % des échantillons), notamment chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans (30 à presque 50 % de cette tranche d'âge), démontraient des troubles probables d'anxiété et de dépression inquiétants au moment de la deuxième vague de COVID-19. En outre, nos analyses ont révélé des corrélations positives d'effet très élevé entre l'augmentation des taux d'anxiété et celle des taux de dépression dans les deux pays : $r = 0,834$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,783$; $p < 0,01$ en Belgique. En d'autres mots, plus les individus de nos échantillons présentaient des signes d'anxiété, plus ils présentaient des signes de dépression (et vice versa). Ces résultats placent l'omniprésence du phénomène au sein des populations et, de fait, la pertinence de s'intéresser aux potentielles implications de ces états psychologiques pour les communications stratégiques pendant la COVID-19.

5.2 Intériorisation

L'intériorisation des risques et des messages étant une composante importante pour l'efficacité des communications stratégiques en situation de crise, nous nous sommes d'abord penchées sur les relations potentielles entre le sentiment de menace face à la pandémie et ses risques, et la présence d'anxiété et de dépression au sein de nos échantillons.

Des corrélations réalisées entre les échelles GAD-7 et PHQ-9 et l'indice « menace » créé ont montré des relations bilatérales positives entre le sentiment de menace général des individus de nos échantillons et l'augmentation chez ces derniers de signes d'anxiété ($r = 0,192$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,153$; $p < 0,01$ en Belgique) et de dépression ($r = 0,160$; $p < 0,01$ du côté canadien et $r = 0,123$; $p < 0,01$ du côté belge). Bien que ces corrélations puissent être qualifiées de faibles, ces données indiquent que plus

les personnes interrogées ressentait une menace face à la pandémie, plus elles présentaient des symptômes d'anxiété et dépression, et vice versa.

Pour mieux illustrer nos résultats, nous avons également croisé les échelles GAD-7 et PHQ-9 avec les scores attribués à chaque énoncé formant l'indice « menace ». Ici, nous avons jugé qu'un score alloué de 1 à 3 indiquait un sentiment de menace faible à moyen, alors que l'attribution d'un score de 4 ou 5 exprimait un fort sentiment de menace (l'attribution d'un score de zéro indiquant que la personne sondée ne savait pas ou préférait ne pas répondre). De fait, nous nous sommes penchées sur les proportions au sein des groupes d'individus présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables qui ont indiqué un fort sentiment de menace à chaque énoncé de menace. Parmi les individus canadiens présentant de probables troubles d'anxiété généralisée ($n = 427$), 36 % percevaient un niveau de menace important pour leur personne ($n = 152$) ; 45 % ressentait une forte menace pour leur famille ($n = 190$) ; 34 % ressentait ce niveau de menace pour leurs amis ($n = 146$) ; et 48 % exprimaient un sentiment de menace élevé pour leur communauté locale ($n = 203$). Du côté des répondants et répondantes belges présentant des troubles probables d'anxiété inquiétants ($n = 192$), 38 % ont ressenti une menace élevée pour eux-mêmes ($n = 72$) ; 47 % percevaient une forte menace pour leur famille ($n = 90$) ; 33 %, pour leurs amis ($n = 64$) ; et 44 %, pour leur communauté locale ($n = 85$). Au sein des personnes canadiennes touchées par des troubles dépressifs probables ($n = 532$), 35 % ressentait un niveau de menace important pour leur personne ($n = 184$) ; 43 % percevaient une forte menace pour leur famille ($n = 231$) ; 33 %, pour leurs amis ($n = 175$) ; et 45 % exprimaient un sentiment de menace élevé pour leur communauté locale ($n = 241$). Dans l'échantillon belge, 38 % des personnes potentiellement touchées par des troubles dépressifs modérés à sévères ont dit ressentir une menace élevée pour eux-mêmes ($n = 80$) ; 47 % percevaient une forte menace pour leur famille ($n = 100$) ; 35 %, pour leurs amis ($n = 74$) ; et 44 %, pour leur communauté locale ($n = 93$). Ces résultats sont illustrés par les graphiques ci-dessous (figures 3 et 4).

Figure 3 — Proportions d'individus exprimant de forts sentiments de menace parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada

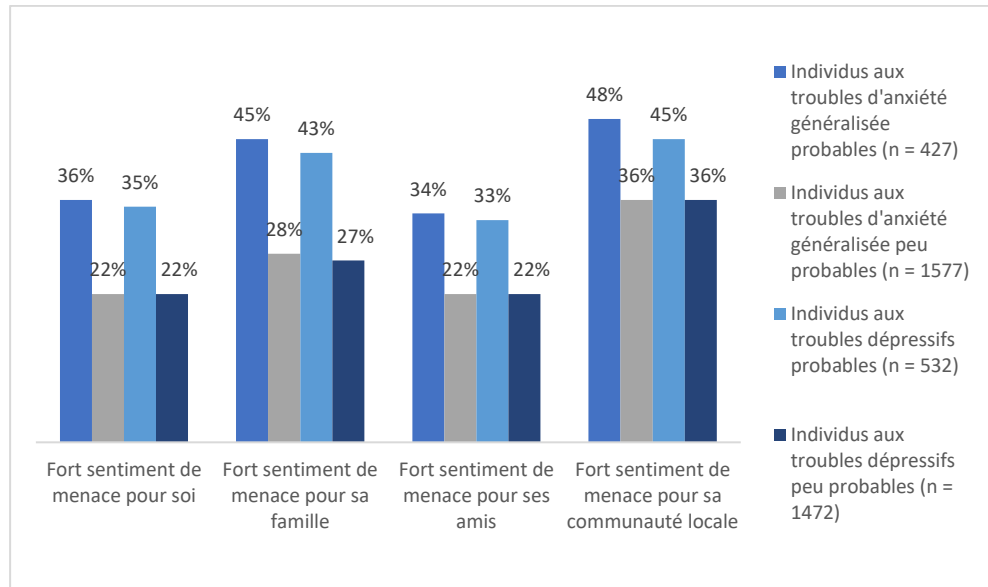


Figure 3 — Pourcentages d'individus ayant attribué un score 4 ou 5 (élevé à très élevé) à leur niveau de menace ressenti pour eux-mêmes, leurs familles, leurs amis et leur communauté locale face à la COVID-19, au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada.

Figure 4 — Proportions d'individus exprimant de forts sentiments de menace parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables en Belgique

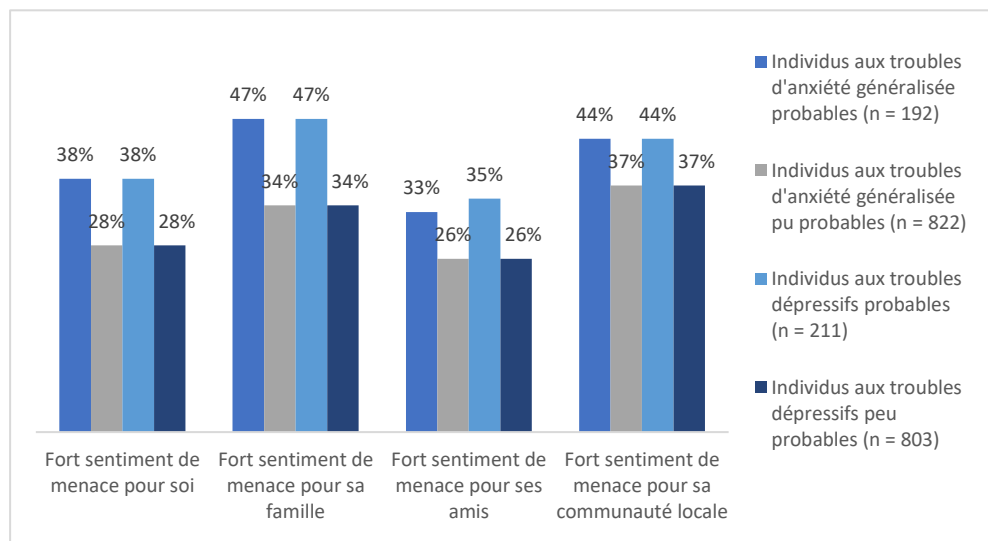


Figure 4 — Pourcentages d'individus ayant attribué un score 4 ou 5 (élevé à très élevé) à leur niveau de menace ressenti pour eux-mêmes, leurs familles, leurs amis et leur communauté locale face à la COVID-19, au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables en Belgique.

Comme nous le voyons, le ratio de personnes touchées par des troubles anxieux et dépressifs probables indiquant percevoir un haut niveau de menace est, dans tous les cas, plus élevé que celui des personnes

apparaissant peu ou pas touchées par ces troubles. De pair aux corrélations trouvées, ces résultats semblent ainsi s'accorder avec la perspective de chercheurs comme Allen et Witte (2004) et Super et al. (2015), qui soulignaient que l'évaluation qu'un individu fait de la gravité d'une menace, notamment en opposition à celle qu'il fait de ses capacités à s'en protéger, est liée la présence de tensions psychologiques chez ce dernier. Dans l'échantillon canadien comme belge, nous observons en outre que les plus forts niveaux de menace perçue, tant chez les personnes probablement atteintes de troubles que chez celles qui ne l'étaient probablement pas, concernent les risques pour la famille et la communauté locale. Il est intéressant de constater que les sentiments de menace pour soi-même et ses amis sont moindres au Canada comme en Belgique.

Ensuite, nous avons porté intérêt aux relations entre la variation des indicateurs d'anxiété et de dépression au sein des échantillons canadien et belge, et les manifestations de réactions défensives de rejet passant par la décrédibilisation des messages sur les risques et l'évitement attentionnel des contenus liés à la crise. Nos analyses ont relevé des relations positives bilatérales entre l'augmentation des scores liés à l'anxiété ($r = 0,181$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,110$; $p < 0,01$ en Belgique) et à la dépression ($r = 0,183$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,110$; $p < 0,01$ en Belgique) et ceux liés au fait de juger les consignes sanitaires exagérées. Révélant des effets faibles à modérés, ces résultats montrent que plus les individus montraient des signes d'anxiété et de dépression, plus ils jugeaient les directives exagérées, et vice versa. Puisque nous estimons que l'attribution d'un score de 8 à 10 représente un fort accord avec l'énoncé, nous pouvons en outre voir que parmi les personnes canadiennes ($n = 427$) et belges ($n = 192$) présentant des troubles d'une probable anxiété généralisée, environ 27 % ($n = 116$) au Canada et 20 % ($n = 38$) en Belgique estimaient que les consignes de leur gouvernement sont exagérées. À contrario, seulement 16 % ($n = 251$) des Canadiens ($n = 1577$) et 12 % ($n = 99$) des Belges ($n = 822$) présentant de faibles taux d'anxiété partageaient cette opinion. De même, 26 % ($n = 139$) des Canadiens ($n = 532$) et 18 % ($n = 37$) des Belges ($n = 211$) présentant des troubles dépressifs probables modérés à élevés jugeaient les consignes

gouvernementales exagérées, alors que 16 % (n = 228) des personnes au Canada (n = 1472) et 12 % (n = 100) de celles en Belgique (n = 803) étant peu ou pas atteintes par ces troubles probables pensaient de la même manière. La figure ci-dessous (figure 5) illustre en quoi les troubles d’anxiété et de dépression probables apparaissent liés à la considération des messages et consignes sanitaires exagérées. Cette forme de rejet des messages peut être appréhendée telle une stratégie d’autoprotection consistant à décrédibiliser les messages ou à sous-estimer les risques qu’ils communiquent (Ruiter, Abraham et Kok, 2001).

Figure 5 — Proportions d’individus jugeant les consignes gouvernementales exagérées parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables

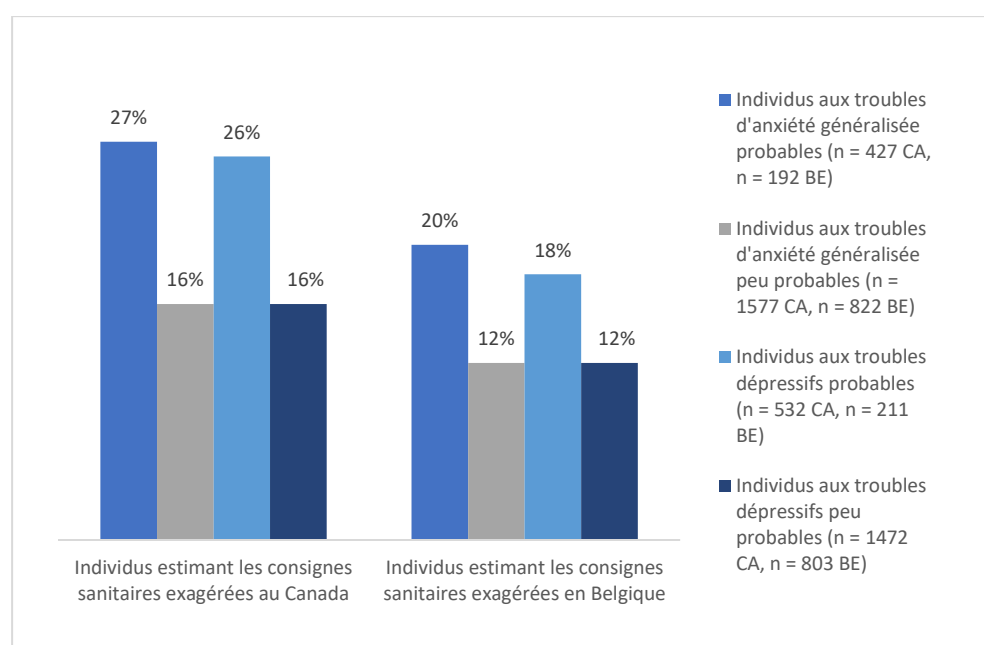


Figure 5 — Pourcentages d’individus ayant attribué un score de 8 à 10 à l’énoncé « les consignes du gouvernement sont exagérées » (10 = accord complet) au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables dans les échantillons canadien et belge.

Par ailleurs, les données de l’OxCGRT (s.d.) ayant montré que le niveau de sévérité des mesures imposées par le gouvernement canadien était plus élevé qu’en Belgique au moment de la diffusion du questionnaire (6 au 18 novembre 2020), il n’est pas étonnant de constater que les proportions de personnes indiquant trouver les consignes sanitaires exagérées soient plus importantes dans l’échantillon canadien que dans l’échantillon belge.

Toujours dans l'objectif de nous intéresser aux enjeux d'intériorisation, nous souhaitons porter attention aux stratégies d'évitement pouvant se manifester chez les répondants et répondantes. Comme indiqué plus haut, les personnes sondées ont été amenées à indiquer si elles avaient fourni des efforts conscients dans le dernier mois (ex. : changer leurs habitudes) pour éviter toutes situations pouvant leur faire penser à la crise. Notre étude a montré des corrélations bilatérales négatives dans les deux échantillons entre la propension à éviter de penser à la pandémie et l'augmentation des indicateurs d'anxiété ($r = -0,414$, $p < 0,01$ pour le Canada et $r = -0,381$; $p < 0,01$ pour la Belgique) et de dépression ($r = -0,373$; $p < 0,01$ au Canada et $r = -0,327$; $p < 0,01$). En d'autres mots, ces résultats indiquent des effets modérés à forts entre les facteurs, qui nous permettent d'affirmer que plus les personnes répondantes semblaient anxieuses ou dépressives, plus elles évitaient ce qui leur fait penser à la pandémie, et vice versa. Pareilles données sont selon nous très importantes, d'autant plus qu'il s'agit des corrélations les plus fortes observées avec les troubles de santé mentale. Une telle tendance est problématique face aux objectifs poursuivis par les communications de santé publique durant une pandémie. Parce que l'adoption volontaire et étendue des comportements de protection est essentielle pour contrer une crise comme celle de la COVID-19 (Olivier-Yaniv, Botero et Orellana, 2021), il est impératif pour ces autorités et professionnels des communications de maintenir les populations informées de l'évolution de la situation et surtout des comportements adéquats à adopter. Or, l'évitement attentionnel des contenus liés à la pandémie (ex. : ignorer les nouvelles, bulletins, communiqués ou conversations à ce sujet) est susceptible d'entraver l'intériorisation des risques et l'adoption des recommandations de santé prescrites par les autorités publiques (Siebenhaar, Köther et Apers, 2020).

5.3 Distribution

Pour explorer les liens entre les troubles anxieux et dépressifs, et les enjeux d'efficacité rattachables à la distribution des communications de risque, nous avons d'abord examiné les relations entre les canaux privilégiés par les individus pour s'informer de la pandémie et l'augmentation de ces troubles

psychologiques. Le tableau suivant (figure 6) résume les résultats de nos analyses corrélationnelles, où l'identification d'une relation négative entre la mobilisation d'un canal et les scores d'anxiété et de dépression signifie que plus les tensions psychologiques augmentent, plus le canal tend à être mobilisé et vice versa.

Figure 6 — Santé mentale et canaux privilégiés pour s'informer

<i>Canaux d'information</i>	<i>Anxiété</i>	<i>Dépression</i>
<i>Télévision</i>	CA : $r = 0,077$; $p < 0,01$ BE : $r = 0,064$; $p < 0,05$	CA : $r = 0,066$; $p < 0,01$ BE : $r = 0,080$; $p < 0,05$
<i>Radio</i>	CA : <i>Non significatif</i> BE : $r = 0,079$; $p < 0,05$	CA : <i>Non significatif</i> BE : $r = 0,117$; $p < 0,01$
<i>Journaux (y compris en ligne)</i>	CA : <i>Non significatif</i> BE : <i>Non significatif</i>	CA : <i>Non significatif</i> BE : $r = 0,075$; $p < 0,05$
<i>Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, autres réseaux, Instagram, etc.)</i>	CA : $r = -0,194$; $p < 0,01$ BE : $r = -0,128$; $p < 0,01$	CA : $r = -0,195$; $p < 0,01$ BE : $r = -0,091$; $p < 0,01$
<i>Autres plateformes en ligne</i>	CA : $r = -0,124$; $p < 0,01$ BE : $r = -0,107$; $p < 0,01$	CA : $r = -0,120$; $p < 0,01$ BE : $r = -0,106$; $p < 0,01$

Figure 6 — Corrélations entre le degré de mobilisation de différents canaux pour s'informer de la pandémie de COVID-19 et l'augmentation des scores d'anxiété et de dépression dans les échantillons canadien et belge.

Hormis quelques corrélations bilatérales positives de très faibles effets observées entre l'aggravation de l'anxiété et de la dépression et la diminution de l'usage de la télévision, de la radio et des journaux pour s'informer, les plus fortes corrélations significatives relevées se situent entre l'augmentation des signes anxieux et dépressifs et la mobilisation des réseaux sociaux et autres sources en ligne. Bien que les effets soient faibles, ces résultats indiquent que plus les individus de nos échantillons présentaient d'indicateurs d'anxiété et de dépression, plus ils mobilisaient les réseaux sociaux et autres sources en ligne pour s'informer de la crise, et vice versa.

Ce constat nous apparaît des plus intéressant, d'autant plus lorsque nous nous attardons aux écarts observés entre les taux de personnes présentant des troubles probables et ceux des personnes n'en faisant pas état qui ont dit

privilégier ces canaux pour s'informer. Par exemple, sur le total d'individus ayant répondu à l'énoncé dans l'échantillon canadien (N = 1935), c'est en effet près de 36 % (n = 149) des individus aux troubles anxieux probables (n = 415) qui ont indiqué mobiliser « souvent, principalement ou toujours » les médias sociaux pour se tenir informé, alors que seulement 20 % (n = 314) des personnes canadiennes aux plus faibles taux d'anxiété (n = 1520) ont répondu de même. En Belgique, sur un total de 965 réponses collectées, c'est environ 21 % (n = 38) des personnes affichant de forts taux d'anxiété (n = 184) qui mobilisaient au même degré ce canal, alors que seulement 13 % (n = 101) des personnes moins anxieuses (n = 781) disaient l'utiliser autant. Nous observons également des écarts d'usage des médias sociaux à des fins informationnelles selon la présence de troubles indiquant une probable dépression. En effets, chez les personnes répondantes du Canada présentant des troubles dépressifs probables (n = 518), 33 % ont dit (n = 171) utiliser « souvent, principalement ou toujours » les médias sociaux pour s'informer. En comparaison, seulement 21 % (n = 292) des individus peu ou pas touchés par ces troubles ont dit en faire de même (n = 1417). Enfin, du côté belge, 21 % (n = 43) des personnes semblant présenter des troubles dépressifs inquiétants (n = 203) ont dit mobiliser grandement ce canal, alors qu'environ 13 % (n = 96) des personnes peu touchées ont indiqué le privilégier (n = 762). Comme le montre le graphique ci-dessous (figure 7), des écarts semblables ont été relevés quant au rapport entre les troubles psychologiques probables et l'usage plus élevé d'autres plateformes en ligne pour s'informer.

Figure 7 — Proportions d'individus privilégiant les médias sociaux et autres plateformes en ligne pour s'informer parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables

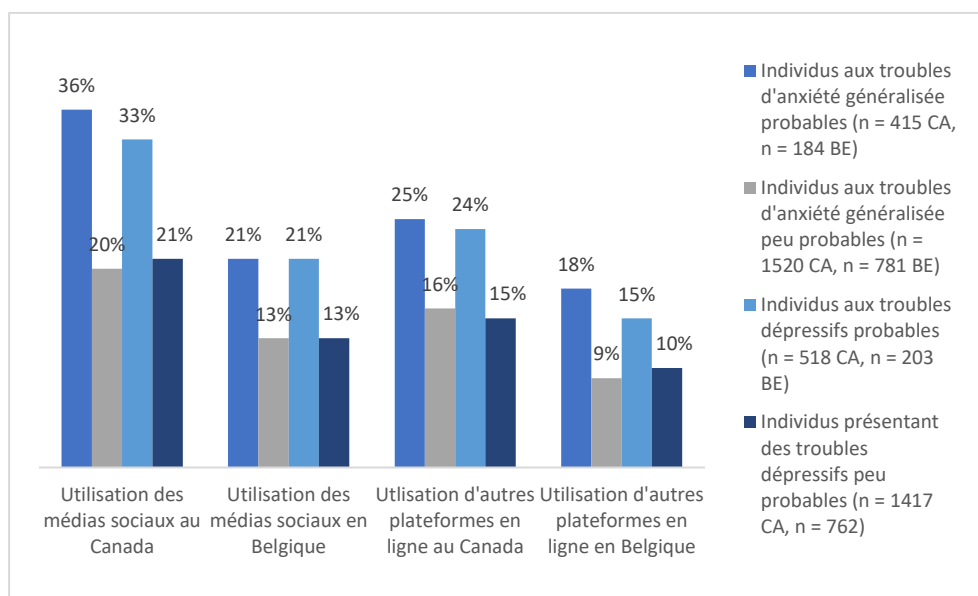


Figure 7 — Pourcentages d'individus ayant attribué un score de 1 ou 2 (1 = principalement/toujours et 2 = souvent) à leur niveau de mobilisation des canaux au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables dans les échantillons canadien et belge.

Nous observons ainsi que le ratio d'individus disant privilégier les médias et autres canaux en ligne (excluant les journaux en ligne) pour s'informer de la pandémie est apparu, au sein de nos échantillons, toujours plus élevé dans les groupes présentant des troubles probables d'anxiété généralisée et de dépression modérée à sévère. Ces résultats font écho à ceux de plusieurs autres recherches menées durant la pandémie (De Coninck et al., 2021 ; Gao et al., 2020 ; Hammad et Alqarni, 2021 ; Price et al., 2022 ; Şentürk et al., 2021 ; Shabahang, Aruguete et McCutcheon, 2020), qui ont aussi relever la présence de relations entre l'usage des médias sociaux et d'autres plateformes en ligne et l'augmentation de troubles comme l'anxiété et la dépression au sein des populations.

Parallèlement, la distribution des communications de risques est aussi affectée par la perception que les individus ont des canaux diffusant ces informations. De fait, nous avons également cherché à voir si la présence probable de troubles anxieux et dépressifs pouvait être liée à une plus grande méfiance envers certains canaux plus que d'autres. Le tableau qui suit (figure 8) présente les résultats de nos analyses corrélationnelles, où une relation négative signifie que la propension à croire un canal plus susceptible

de diffuser de la désinformation est associée à l'augmentation des scores d'anxiété et de dépression (et vice versa).

Figure 8 — Santé mentale et méfiance envers les canaux d'information

<i>Canaux d'information</i>	<i>Anxiété</i>	<i>Dépression</i>
<i>Médias grand public</i>	CA : $r = 0,172$; $p < 0,01$ BE : $r = 0,116$; $p < 0,01$	CA : $r = 0,174$; $p < 0,01$ BE : $r = 0,091$; $p < 0,01$
<i>Blogues, sites d'information ou médias alternatifs</i>	CA : Non significatif BE : Non significatif	CA : Non significatif BE : Non significatif
<i>Sites Web consacrés à la santé et au bien-être</i>	CA : $r = 0,140$; $p < 0,01$ BE : Non significatif	CA : $r = 0,156$; $p < 0,01$ BE : $r = 0,073$; $p < 0,05$
<i>Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, etc.)</i>	CA : Non significatif BE : Non significatif	CA : Non significatif BE : Non significatif
<i>Messageries instantanées (WhatsApp, Messenger, Discord, etc.)</i>	CA : $r = -0,050$; $p < 0,05$ BE : Non significatif	CA : $r = -0,54$; $p < 0,05$ BE : Non significatif
<i>Plateformes de vidéos en ligne (YouTube, Twitch, etc.)</i>	CA : Non significatif BE : Non significatif	CA : Non significatif BE : Non significatif

Figure 8 — Corrélations entre le degré de méfiance manifestée envers les différents canaux pour s'informer de la pandémie de COVID-19 et l'augmentation de scores d'anxiété et de dépression dans les échantillons canadien et belge.

Nos calculs n'ont permis de révéler que très peu de corrélations significatives entre la méfiance manifestée envers ces canaux et les variations d'indicateurs d'anxiété et de dépression. Nous avons tout de même trouvé des relations bilatérales significatives entre l'augmentation de la méfiance envers les médias grand public et la montée des taux d'anxiété ($r = 0,172$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,116$; $p < 0,01$ en Belgique) et de dépression ($r = 0,174$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,091$; $p < 0,01$ en Belgique). Bien que ces effets soient moindres, il demeure possible d'affirmer que plus les répondants et répondantes canadiens et belges présentaient des signes d'anxiété et de dépression, plus ces personnes jugeaient les médias grand public susceptibles de diffuser de l'information fausse ou erronée (et vice versa). Au Canada, nos analyses ont en outre indiqué des corrélations bilatérales significatives entre l'augmentation des indicateurs d'anxiété ($r = 0,140$; $p < 0,01$) et de dépression

($r=0,156$; $p<0,01$), et la méfiance envers les sites Web consacrés à la santé et au bien-être. De la même manière, ces résultats permettent d'affirmer que plus les individus de l'échantillon canadien semblaient anxieux ou dépressifs, moins ces derniers faisaient confiance à ces sites Web à titre de source d'information sur la pandémie, et vice versa. Aucune corrélation significative n'a cependant été relevée en Belgique concernant cette même source d'information.

N'ayant pu établir de relations entre la méfiance envers les réseaux sociaux comme canaux d'information et les conséquences psychologiques du contexte de COVID-19, il est intéressant de constater que l'augmentation des signes d'anxiété et de dépression au sein de nos échantillons est d'une part associée à une plus forte utilisation des médias sociaux et plateformes alternatives en ligne pour s'informer, et, d'autre part, à une plus forte méfiance manifestée envers les médias traditionnels.

5.4 Explication

De la même manière que la perception des canaux peut jouer sur la distribution, les explications des événements et des risques doivent provenir de sources perçues comme fiables afin d'être jugées crédibles par les cibles. De fait, nous avons porté intérêt aux potentielles relations entre la confiance allouée aux autorités publiques par les individus et leur état de santé mentale. Globalement, nous avons observé des relations négatives significatives entre la baisse de l'indice de confiance générale envers les autorités et l'augmentation des niveaux d'anxiété ($r = -0,147$; $p<0,01$ au Canada et $r = -0,169$; $p<0,01$ en Belgique) et de dépression ($r = -0,137$; $p<0,01$ au Canada et $r = -0,154$; $p<0,01$ en Belgique). En d'autres mots, ces résultats indiquent que plus les individus de nos échantillons semblaient anxieux ou dépressifs, moins ils avaient confiance envers les autorités, et vice versa.

Pour soutenir et nuancer nos observations, nous avons également considéré la question de la confiance selon deux types d'autorités distincts : les autorités liées au domaine de la santé et celles rattachées au domaine politique et gouvernemental. Dans l'échantillon canadien, nous avons trouvé des relations bilatérales négatives semblables entre l'anxiété et le niveau de

confiance accordé aux autorités de santé publique ($r = -0,116$; $p < 0,01$) et entre l'anxiété et la confiance octroyée aux autorités politiques ($r = -0,162$, $p < 0,01$). Du côté belge, des corrélations bilatérales négatives se sont aussi révélées entre l'augmentation de l'anxiété et la diminution de la confiance dans les autorités de santé ($r = -0,170$; $p < 0,01$) et les autorités politiques ($r = -0,134$; $p < 0,01$). Des relations similaires ont aussi été constatées en matière d'indicateurs de dépression. Effectivement, nos analyses ont indiqué des relations bilatérales négatives entre l'augmentation des signes de dépression et la confiance manifestée envers les autorités sanitaires ($r = -0,107$; $p < 0,01$ au Canada ; $r = -0,155$; $p < 0,01$ en Belgique) comme politiques ($r = -0,151$, $p < 0,01$ au Canada ; $r = -0,120$; $p < 0,01$ en Belgique). Bien que les effets soient moindres, ces résultats permettent d'affirmer que plus les personnes des échantillons canadiens et belges faisaient état de scores élevés sur les échelles d'anxiété et de dépression, moins elles avaient confiance dans les autorités de santé publique comme politiques, et vice versa.

Alors que 20 à 30 % des personnes sondées au Canada et en Belgique en novembre 2020 étaient touchées par des troubles anxieux et dépressifs probables, pareils résultats peuvent être problématiques au regard des objectifs de communications de santé. En effet, rappelons que des études menées lors des pandémies du SRAS (Peter et Chen, 2018 ; Postel-Vinay et Chermardin, 2004) et de la H1N1 (Lin et al., 2014 ; Prati, Pietrantoni et Zani, 2011) ont montré que la confiance dans les autorités était une composante centrale pour assurer l'efficacité des réponses aux crises sociosanitaires. En outre, la perte de confiance est également remise en cause par la littérature face aux difficultés éprouvées quant à la réception des explications des événements et des risques fournies par les autorités publiques et à l'adoption des comportements de protection recommandés par ces dernières (Algan et Cohen, 2021 ; Laoukili, 2021). Pour soutenir nos résultats, nous avons par ailleurs testé cette relation entre confiance, application des consignes sanitaires et adhésion aux mesures prescrites (pertinence perçue, intentions, etc.) au sein de nos échantillons. Nos analyses ont révélé des corrélations significatives d'effets de moyennes à grandes tailles entre la confiance générale accordée aux autorités et le respect des consignes sanitaires au

Canada ($r = 0,499$; $p < 0,01$) et en Belgique ($r = 0,386$; $p < 0,01$), mais aussi entre cette même confiance générale et l'adhésion aux mesures dans les échantillons canadien ($r = 0,600$; $p < 0,01$) et belge ($r = 0,476$; $p < 0,01$). Montrant que plus les individus faisaient confiance aux autorités, plus ils avaient tendance à respecter les mesures et à y adhérer (et vice versa) ; ces données soutiennent d'autant l'intérêt de s'intéresser aux facteurs comme la santé mentale, pouvant interagir avec cet élément clé de confiance.

En lien avec la remise en question des explications des autorités publiques concernant la pandémie et face au climat de désinformation qui a caractérisé la crise du COVID-19 (Jutzi et al., 2020; Poupert et Bouscail, 2021; World Health Organization, 2020a), nous nous sommes aussi penchées sur la montée des explications alternatives observée durant cette pandémie. De fait, nous avons examiné les liens possibles entre les impacts de santé mentale et l'adhésion aux théories conspirationnistes et fausses nouvelles circulant lors de la collecte de données. Pour nos échantillons canadien et belge, les analyses ont révélé des relations bilatérales significatives entre l'adhésion aux théories du complot dans les échantillons et l'augmentation des signes d'anxiété ($r = 0,221$: $p < 0,01$ pour le Canada et $r = 0,259$; $p < 0,01$ pour la Belgique) et de dépression ($r = 0,240$; $p < 0,01$ du côté canadien et $r = 0,257$; $p < 0,01$ du côté belge). D'effets de faibles à moyennes tailles, ces corrélations montrent que plus les individus de nos échantillons semblaient anxieux ou dépressifs, plus ils avaient tendance à adhérer aux théories complotistes et vice versa. Des relations semblables ont été observées en ce qui concerne l'adhésion aux fausses nouvelles. Nos analyses ont en effet montré des corrélations bilatérales significatives entre la croyance aux fausses nouvelles et la montée d'indicateurs d'anxiété ($r = 0,198$; $p < 0,01$ pour le Canada et $r = 0,137$; $p < 0,01$ pour la Belgique) et de dépression ($r = 0,240$; $p < 0,01$ au Canada et $r = 0,179$; $p < 0,01$ en Belgique). Bien qu'elles soient d'effets moindres, ces relations indiquent que plus les individus de nos échantillons montraient des signes d'anxiété et de dépression, plus ils avaient tendance à croire les contenus des fausses nouvelles et vice versa.

Cette relation entre augmentation des tensions psychologiques et adhésion aux récits alternatifs s'est en outre illustrée dans nos analyses complémentaires. En effet, nous avons comparé le taux d'individus s'étant dits assez à complètement en accord avec les énoncés composant nos indices « théories du complot » et « fausses nouvelles » au sein des groupes de personnes plus touchées et moins touchées par ces troubles de santé mentale probables. Pour ressortir ces proportions de nos données, nous avons jugé que l'attribution d'un score d'une valeur de 7 à 10 (1 = désaccord complet ; 10 = accord complet) aux cinq énoncés composant l'indice « théories du complot » exprimait un niveau élevé d'adhésion aux explications conspirationnistes (score total entre 35 et 50 sur l'échelle « complot »). De la même manière, nous avons considéré l'attribution d'un score d'une valeur de 7 à 10 (1 = désaccord complet ; 10 = accord complet) aux six énoncés composant notre indice « fausses nouvelles » comme exprimant un niveau élevé de croyances dans les fausses nouvelles (score total entre 42 et 60 sur l'échelle « fausses nouvelles »). Le graphique ci-dessous (figure 9) permet d'illustrer les différentes proportions de personnes au sein des groupes plus touchés et moins touchés par ces troubles probables, qui ont obtenu des scores d'adhésion élevés aux théories du complot et aux fausses nouvelles.

Figure 9 — Proportions d'individus adhérant aux fausses nouvelles et aux théories conspirationnistes parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables

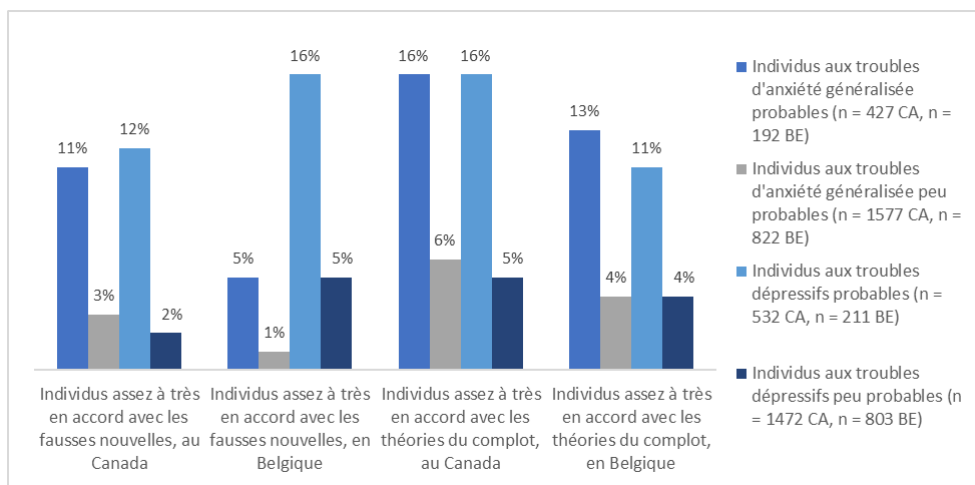


Figure 9 — Pourcentages d'individus ayant attribué un score de 7 à 10 (10 exprimant un accord complet) aux énoncés composant les indices « fausses nouvelles » et « théorie du complot » au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables dans les échantillons canadien et belge.

Alors que 16 % des personnes canadiennes au taux élevés de troubles dépressifs ($n = 532$) et anxieux ($n = 427$) probables ont par exemple indiqué un fort niveau d'accord avec les théories du complot, seulement 6 % des Canadiens présentant peu ou pas de troubles dépressifs ($n = 1472$) et 5 % présentant peu ou pas de troubles anxieux ($n = 1577$) manifestaient un niveau semblable d'adhésion. Ainsi, nous constatons que les ratios d'individus adhérant aux explications alternatives données concernant la pandémie de la COVID-19 se sont révélés plus importants au sein des groupes présentant des troubles probables d'anxiété généralisée et de dépression dans nos échantillons canadien et belge.

Considérant les résultats présentés ci-dessus, il est intéressant de constater que l'aggravation de l'état psychologique des individus dans nos échantillons apparaît, d'une part, associée à une diminution de la confiance envers les autorités politiques comme sanitaires et, d'autre part, à une augmentation de la confiance plutôt accordée aux explications alternatives proposées. D'un point de vue communicationnelle, ces résultats sont importants, alors que la crédibilité allouée aux explications des autorités officielles est une composante nécessaire à l'efficacité des communications de risques déployées en contexte de crise (Sellnow et al., 2017).

5.5 Actions

Le modèle IDEA désignant les retombées comportementales comme les résultats les plus importants en contexte de crise (Sellnow et al., 2017), nous nous sommes penchées sur les relations entre l'état de santé psychologique de nos échantillons et des facteurs liés à l'efficacité des actions sanitaires prescrites. Les données récoltées par le questionnaire nous ont permis de nous intéresser au respect des comportements de protection par les individus, à leur favorabilité envers les mesures sanitaires et à leurs intentions d'application envers ces dernières.

D'abord, nos analyses ont relevé des corrélations négatives significatives entre le degré d'application des gestes sanitaires des Canadiens et les scores d'anxiété ($r = -0,094$, $p < 0,01$) et de dépression ($r = -0,135$; $p < 0,01$). Bien que les effets identifiés soient relativement faibles, ces résultats

soutiennent que les variables bougeaient alors en sens inverse : lorsque les niveaux d'anxiété et de dépression augmentaient chez les répondants et répondantes du Canada, leur niveau de respect des consignes diminuait, et vice versa. Du côté de l'échantillon belge, nos résultats n'ont toutefois pu établir de relation significative entre les variations de tensions psychologiques et le degré de respect des consignes sanitaires.

En plus de sonder les échantillons sur leur application des mesures, le questionnaire a également permis de mesurer leur niveau d'accord avec les mesures annoncées ou discutées par les autorités publiques du Canada et de la Belgique. Mettant en relation notre indice créé d'adhésion aux mesures sanitaires avec les échelles GAD-7 et PHQ-9, nos analyses ont révélé une corrélation de faible effet entre l'adhésion aux consignes sanitaires et les taux d'anxiété observés au sein de l'échantillon canadien ($r = -0,083$, $p < 0,01$). L'étude de l'échantillon belge nous a permis de relever une corrélation négative semblable, d'un effet un peu plus important ($r = -0,135$, $p < 0,01$). En ce qui concerne les scores sur l'échelle de dépression, l'examen des données collectées a révélé des corrélations bilatérales significatives avec l'adhésion générale aux mesures au Canada ($r = -0,104$; $p < 0,01$) et en Belgique ($r = -0,149$; $p < 0,01$). Bien que leurs effets soient faibles, ces corrélations indiquent que lorsque les scores d'anxiété et de dépression augmentaient chez les personnes répondantes, leur niveau d'adhésion aux gestes barrières diminuait parallèlement, et vice versa.

Pour nuancer nos analyses, nous nous sommes attardées aux taux d'individus au sein des groupes plus et moins touchés par ces troubles probables qui ont exprimé un certain désaccord envers les énoncés composant notre indice « adhésion aux mesures sanitaires ». Pour rappel, le questionnaire invitait les personnes répondantes à évaluer leur niveau d'accord avec ces derniers sur une échelle de 1 à 10 (10 = accord complet). Ici, nous avons colligé les ratios de personnes ayant attribué des scores de 1 à 5 aux énoncés, signifiant qu'elles se considéraient fortement à plutôt en désaccord avec ceux-ci. Les graphiques ci-dessous (figures 10 et 11) résument nos observations.

Figure 10 — Proportions d'individus plutôt à fortement en désaccord avec les mesures sanitaires parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada

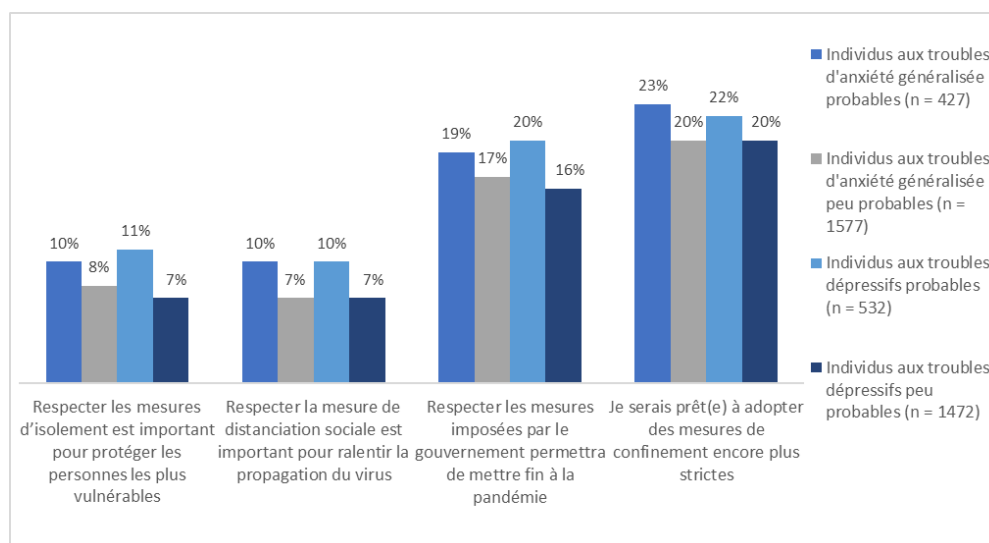


Figure 10 — Pourcentages d'individus ayant attribué un score de 1 à 5 (1 = fortement en désaccord, 5 = plutôt en désaccord) aux énoncés composant l'indice « adhésion aux mesures sanitaires » au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada.

Figure 11 — Proportions d'individus plutôt ou fortement en désaccord avec les mesures sanitaires parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables en Belgique

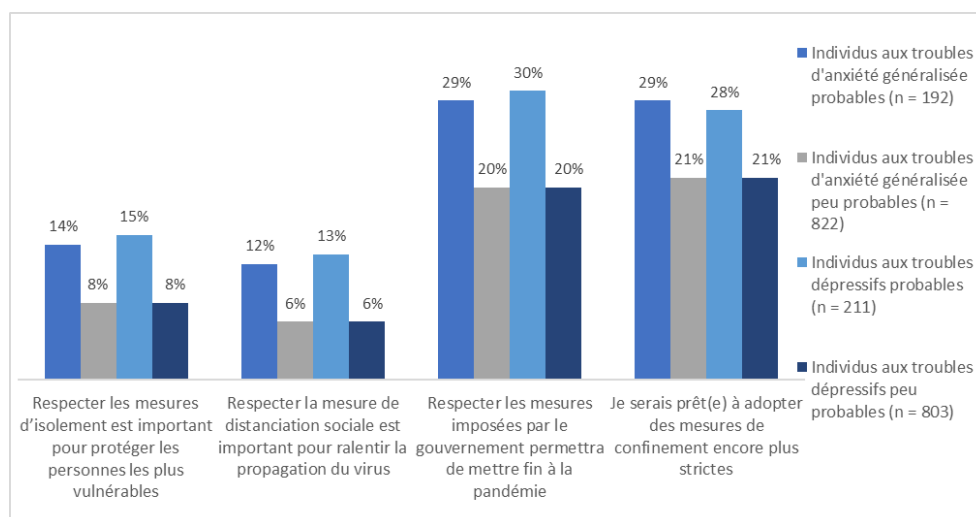


Figure 11 — Pourcentages d'individus ayant attribué un score de 1 à 5 (1 = fortement en désaccord, 5 = plutôt en désaccord) aux énoncés composant l'indice « adhésion aux mesures sanitaires » au sein des groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables en Belgique.

Si les ratios trouvés en matière d'accord avec les mesures se ressemblent un peu plus du côté canadien (les proportions étant toujours légèrement plus élevées chez les personnes touchées par des troubles anxieux et dépressifs probables), nous avons observé des différences plus importantes du côté de la Belgique. En effet, le ratio de personnes qui ont manifesté un

certain désaccord envers les mesures d'isolement et de distanciation sociales a été presque deux fois plus important chez les personnes présentant de potentiels troubles que chez celles n'en présentaient peu ou pas. De la même manière, c'est autour de 30 % des Belges affichant des troubles anxieux et dépressifs probables qui ont indiqué ne pas être prêts à appliquer des mesures de confinement plus sévères et ne pas croire que respecter les mesures prescrites permettra de contrer la pandémie.

En lien avec les intentions manifestées envers l'application des consignes sanitaires, nous nous sommes aussi penchées sur les relations potentielles entre les troubles de santé mentale et la propension à la vaccination. Rappelons ici que les données de nos bases belge et canadienne ont été collectées avant le début des campagnes de vaccination. Pour les deux échantillons, nos analyses ont montré des relations bilatérales significatives entre la variation des indicateurs d'anxiété chez les individus et leur propension à se faire vacciner ($r = 0,092$, $p < 0,01$ au Canada ; $r = 0,152$, $p < 0,01$ en Belgique). Bien que les effets soient moindres, ces relations permettent d'affirmer qu'au moment de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 (automne 2020), plus le niveau d'anxiété augmentait chez les personnes répondantes du Canada et de la Belgique, moins ces dernières étaient disposées à se faire vacciner (et vice versa). De même, la mise en relation des scores de dépression avec la propension au vaccin a révélé des corrélations bilatérales significatives entre les deux variables : $r = 0,091$; $p < 0,01$ dans l'échantillon canadien et $r = 0,163$; $p > 0,01$ dans l'échantillon belge. Même si les effets peuvent être qualifiés de faibles, ces données indiquent que plus les répondants et répondantes présentaient des signes de dépression, moins ces personnes se disaient prêtes à se faire vacciner. Comme le montre la figure ci-dessous (figure 12), les ratios de personnes ayant répondu négativement à la proposition se sont montrés plus importants chez les individus touchés de troubles anxieux et dépressifs probables que chez les personnes présentant peu ou pas de symptômes, et ce, en Belgique comme au Canada.

Figure 12 — Proportions d'individus non favorables à la vaccination parmi les groupes présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables

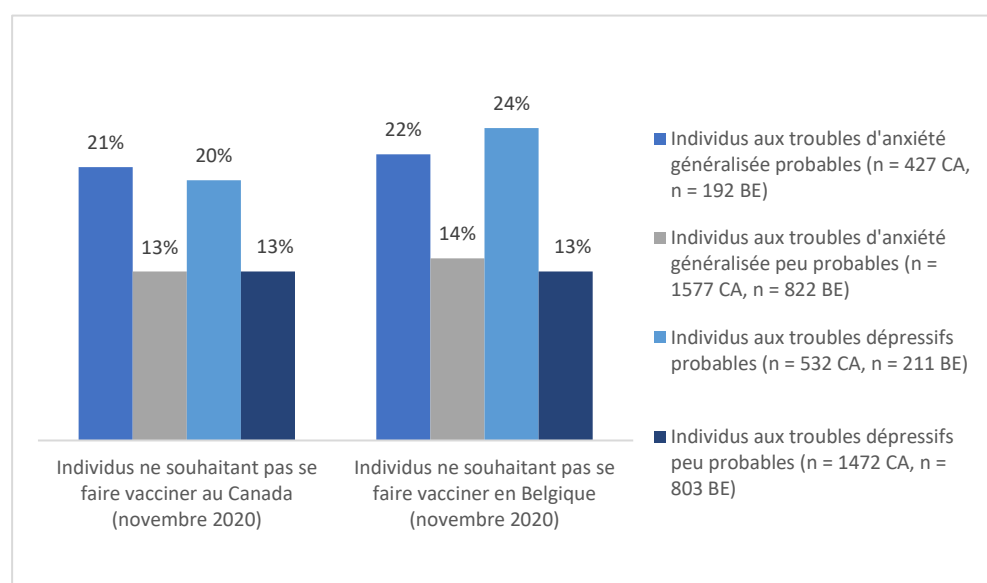


Figure 12 — Pourcentages d'individus présentant ou non des troubles anxieux et dépressifs probables au Canada et en Belgique ayant répondu en novembre 2020 qu'ils n'accepteraient pas de se faire vacciner, dans l'éventualité où un vaccin éprouvé pour la prévention du coronavirus leur serait rendu disponible.

D'un point de vue communicationnel, ces constats sont importants, alors que la vaccination a ensuite intégré les principaux objectifs de santé publique des deux pays. Nos analyses soulignent ainsi la présence de relations entre les indicateurs de santé mentale et les réponses populationnelles face aux actions de santé prescrites. De pair aux résultats présentés plus haut, ces données soutiennent l'importance de considérer l'état de santé mentale des individus dans la réflexion sur les communications stratégiques en situation de crise sanitaire.

6. DISCUSSION

Dans un contexte comme la pandémie de la COVID-19, les communications des autorités publiques doivent motiver l'adhésion volontaire à des comportements de protection essentiels pour contrer les risques de santé. Selon le modèle IDEA, cette efficacité des communications stratégiques en temps de crise est liée à l'intériorisation des risques et messages de santé par les cibles, à la distribution des contenus et à la qualité des explications proposées, devant converger en l'application d'actions sanitaires définies. Or, la littérature s'étant penchée sur les stratégies d'adaptation (Carver, 1997 ; DiMatteo, Lepper et Croghan, 2000 ; Friedman-Wheeler et al., 2008 ; Penley

et al., 2002), les appels à la peur (Witte, 1992 ; Allen et Witte, 2004) et les enjeux de communication en contexte de pandémie (Dawson et Golijani-Moghaddam, 2020 ; Mohammed et al., 2015a, 2015b ; Auxéméry et Tarquino 2020 ; De Coninck et al., 2021 ; Jauffret-Roustide et al., 2021 ; Olagoke, Olagoke et Hughes, 2020 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021) suggèrent que les réponses émotionnelles et psychologiques face à une menace peuvent avoir des effets adverses sur l'adoption d'attitudes et de comportements adéquats. Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressées aux relations potentielles entre des troubles de santé mentale (anxiété et dépression) et des enjeux affectant l'efficacité des communications sanitaires durant la COVID-19, selon la perspective du modèle IDEA.

6.1 Retour sur les hypothèses

Les aprioris théoriques laissaient envisager certains résultats quant aux analyses proposées par cette étude. Au fait des analyses effectuées lors de cette recherche, nous revenons ici sur nos hypothèses de départ.

Intériorisation

En ce qui a trait à l'importance de la santé mentale face à l'intériorisation des risques et des messages de santé, nous avons trouvé que l'augmentation des signes d'anxiété et de dépression était significativement associée à l'augmentation du sentiment de menace général chez les individus canadiens et belges (et vice versa). De manière intéressante, les plus fortes perceptions de risque étaient associées aux implications pour la famille et la communauté dans toutes les sous-populations (les risques pour soi et ses amis arrivant au second rang), alors que les pourcentages de personnes percevant de hauts niveaux de menace pour ces quatre éléments étaient toujours plus élevés dans les sous-populations canadiennes et belges atteintes de probables troubles anxieux et dépressifs (voir figures 3 et 4, p. 60).

S'alignant avec notre première hypothèse, les relations faibles à modérées et les différences de proportions trouvées semblent concorder avec les résultats de Han et ses collègues (2021) et ceux de l'équipe de Monge-Rodriguez (2021), qui ont établi des liens entre la prise en importance de la perception des risques liés à la COVID-19 et l'aggravation de troubles

psychologiques. Alors qu'éveiller un degré d'inquiétude raisonnable peut être utile pour susciter une perception appropriée des risques (Allen et Witte, 2004 ; Gilg, 2011 ; Postel-Vinay et Chermardin, 2004), une perception exagérée des risques peut augmenter la probabilité de troubles comme l'anxiété et la dépression (Liu et al., 2022). Si les relations trouvées par notre étude peuvent sembler positives d'un point de vue stratégique, il importe de rappeler les différences entre anxiété et inquiétude. La confusion entre les termes étant rependue (Le Gall, 2001), l'anxiété se distingue de l'inquiétude par son intensité et l'apparition de troubles psychologiques. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en garde contre les risques d'outrepasser cette ligne entre peur et anxiété (Allen et Witte, 2004). Or, nos analyses montrent qu'il y a eu, dans le cadre de la COVID-19, un dépassement de ce qui pourrait être considéré comme une « saine » inquiétude, alors que 20 à 30% des individus présentaient des signes inquiétants d'anxiété et de dépression. Nos résultats témoignent effectivement d'une augmentation et d'une omniprésence des taux d'anxiété et de dépression, des états psychologiques et affectifs pour leur part associés à différents comportements adverses (Liu et al., 2022 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021 ; Vacondio et al., 2021). Face à la longévité de la crise, il convient en outre de rappeler les propos de Kemp, Bui et Porter (2021), qui soulignaient les effets contreproductifs du maintien de l'état anxieux chez les individus.

Mis ensemble, nos résultats montrent ainsi que les communications de santé gagnent à considérer les niveaux d'anxiété et de dépression dans leurs relations avec la menace posée lors d'une crise sanitaire. Alors que les répondants et répondantes présentant des troubles probables percevaient une plus forte menace pour les membres de leur famille que pour eux-mêmes, il devient d'une importance stratégique de s'interroger sur le recours aux approches misant sur la peur de transmettre le virus à ses proches. Ces approches sont particulièrement susceptibles de nourrir non uniquement l'inquiétude, mais les troubles anxieux et dépressifs des populations étudiées.

Par ailleurs, nos analyses ont montré que plus les individus canadiens et belges présentaient des signes d'anxiété et de dépression, plus ces derniers tendaient à décrédibiliser les risques de santé (juger les mesures sanitaires des

gouvernements exagérées) et vice versa. Mis en lien avec les précédents résultats (perception d'une menace davantage pour les autres que pour soi), ces constats appuient d'autant plus que les troubles de santé mentale ont été associés lors de la COVID-19 à une intériorisation problématique des risques.

De pair à ces résultats, nos données ont aussi établi des relations significatives entre l'augmentation des taux d'anxiété et de dépression et la hausse d'une tendance à éviter toutes situations pouvant rappeler la pandémie (et vice versa). D'effets modérés à forts, ces corrélations entre évitement attentionnel et état psychologique sont les plus fortes trouvées dans notre étude. Confirmant nos deuxième et troisième hypothèses, et soutenues par nos analyses descriptives (voir figure 5, p.62), les relations relevées entre les impacts de santé mentale et ces comportements de rejet par évitement ou décrédibilisation de contenus liés la pandémie concordent avec les résultats d'autres études menées autour de la COVID-19 (Auxéméry et Tarquino, 2020 ; Ruiter, Abraham et Kok, 2001 ; Siebenhaar, Köther et Apers, 2020). Pouvant être envisagée comme des stratégies d'autoprotection adverses répondant à des tensions psychologiques suscitées par une menace (Blumberg, 2000 ; Carver, 1997 ; Ruiter, Abraham et Kok, 2001), l'adoption de telles postures est problématique pour l'atteinte des objectifs des communications sanitaires en temps de crise. De pair aux recherches évoquées, notre étude porte à croire que les conséquences psychologiques de la pandémie sont liées à des comportements pouvant entraver la réception et l'intériorisation des messages sur les risques de santé et, ultimement, l'adoption des actions de protection auxquelles doivent menées les efforts de communication déployés.

Distribution

La distribution des messages étant un autre facteur essentiel à l'efficacité des communications en temps de crise, nous nous sommes intéressées à la perception et aux usages de différents canaux au Canada et en Belgique. En accord avec nos intérêts de recherche, nos résultats ont révélé des relations significatives d'effets faibles à modérés, montrant que l'augmentation des signes d'anxiété et de dépression chez les Canadiens et les Belges était

associée à une plus forte utilisation des médias sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, etc.) et plateformes alternatives en ligne pour s'informer de la pandémie (et vice versa). Parallèlement, l'aggravation des niveaux d'anxiété et de dépression a aussi été associée à une plus forte méfiance manifestée envers les médias grand public (presse écrite, radio, télévision, numérique) dans nos deux échantillons, ainsi qu'à une méfiance manifestée envers les sites Web consacrés à la santé et aux bien-être au Canada. Ces données vont dans la direction de notre hypothèse de départ (H4), selon laquelle les individus montrant davantage d'indicateurs d'anxiété et de dépression accorderaient plus de crédibilité aux médias sociaux et moins aux traditionnels, et mobiliseraient davantage les médias sociaux pour s'informer de la pandémie.

Ne pouvant établir de liens qu'avec des troubles anxieux et dépressifs « probables », notre étude montre également que les médias sociaux sont proportionnellement plus mobilisés par les personnes probablement atteintes de troubles que celles présentant peu ou pas de symptômes en Belgique et au Canada (voir figure 7, p.66). De fait, nos données s'inscrivent en accord avec la littérature qui a discerné un rôle problématique des médias sociaux face à la santé mentale durant la COVID-19 (Bendau et al., 2021 ; Brailovskaia et al., 2021 ; Gao et al., 2020 ; Hammad et Alqarni, 2021 ; Patwary et al., 2022 ; Price et al., 2022 ; Şentürk et al., 2021 ; Shabahang, Aruguete et McCutcheon, 2020 ; Tusev, Tonon et Capella, 2020). En effet, si des études ont établi des liens, entre autres au Canada et en Belgique, entre l'usage des médias sociaux pour s'informer et la croissance de désinformation lors de la COVID-19 (De Coninck et al., 2021 ; Lits et al., 2021), Garfin et ses collègues (2021) expliquaient que la propagation d'informations trompeuses via ces réseaux est susceptible d'avoir augmenté la perception des risques et la peur liée au coronavirus chez les individus. Ne permettant de dire si l'usage privilégié des médias sociaux figure parmi les causes des impacts de santé mentale ou si ce sont plutôt les troubles psychologiques qui ont motivé cette préférence, les relations que nous avons trouvées montrent tout de même que les impacts de santé mentale interagissent bien avec l'utilisation de ces réseaux. De fait, nos résultats justifient que les responsables des communications publiques

portent une attention particulière à ces canaux lors de crises sanitaires. Comme la recherche de Garfin et son équipe (2021) appelait un « usage responsable des médias sociaux » par les autorités (p. 356), notre mémoire appelle un usage réfléchi des réseaux sociaux pour la communication sanitaire, devant notamment chercher à prévenir et à désamorcer les réactions émotionnelles face aux contenus qui y circulent sur la menace de santé.

Qui plus est, les relations établies entre l'augmentation de l'anxiété et de la dépression chez les Canadiens et les Belges et celle de la méfiance envers les canaux médiatiques plus « officiels » (journal télévisé, radio, presse écrite, etc.) (et vice versa) concordent avec les résultats de Tusev, Tonon et Capella (2020). Ces derniers ont trouvé des liens positifs entre la confiance accordée aux médias traditionnels par la population équatorienne et la diminution des taux d'anxiété. Alors que des études ont montré que la confiance accordée aux canaux de distribution amplifiait les effets de leur mobilisation pour s'informer sur la conformité des individus aux mesures sanitaires (Wu et Shen, 2022 ; Zimand-Sheiner et al., 2021), la relation que nous avons relevée constitue une autre considération stratégique importante. Le rapport d'une population avec ses médias d'information étant grandement lié au contexte socioculturel (Patwary et al., 2022), la généralisation de ce constat est toutefois limitée. En revanche, pour les deux pays concernés, nos données appellent à se questionner sur les fonctionnements des médias sociaux (algorithmes qui exposent en priorité à des contenus concordant avec nos intérêts, opinions, etc.) et les types de contenus livrés via ces canaux pour y diffuser des communications sanitaires adaptées.

Explication

Les explications fournies dans le cadre d'une communication stratégique efficace doivent être perçues comme fiables pour assurer la bonne réception des messages et recommandations de santé. Des études ayant montré que la confiance envers les autorités responsables était associée aux indicateurs de santé mentale (Jauffret-Roustide et al., 2021 ; Kemps, Bui et Porter, 2021), nous nous sommes intéressées aux relations entre les troubles psychologiques et la confiance allouée aux instigateurs officiels des messages de santé

(autorités politiques et sanitaires), comme aux récits alternatifs relevés durant « l'infodémie » de COVID-19 (théories du complot et fausses nouvelles).

Dans nos échantillons belge et canadien, nos résultats ont montré des relations significatives de faibles effets, indiquant que plus les individus présentaient des signes d'anxiété et de dépression, moins ils disaient faire confiance aux autorités de santé comme politiques (et vice versa). Nos analyses complémentaires ont aussi révélé au Canada et en Belgique des relations significatives d'effets de moyennes à grandes tailles entre la confiance accordée aux autorités (politiques et sanitaires), l'adhésion générale aux mesures sanitaires et le respect de ces consignes par les individus. Essentielle en contexte de crise (Kemp, Bui et Porter, 2021), la confiance envers les instances publiques a ainsi été liée par nos résultats, comme par ceux d'autres études, à l'application des actions de santé par les populations (Algan et Cohen, 2021 ; Bristelle, 2021). Interagissant avec cette confiance, les impacts de santé mentale lors de pandémies doivent impérativement être considérés par les responsables des communications publiques en temps de crise, alors que leurs stratégies doivent mener à l'adoption des gestes de protection par la majorité.

Parallèlement, nos analyses ont également relevé des relations significatives d'effets faibles à modérés, signalant que plus les individus de nos échantillons canadien et belge manifestaient des signes d'anxiété et de dépression, plus ils avaient tendance à adhérer aux théories complotistes et à croire les fausses nouvelles (et vice versa). Nos analyses descriptives démontrent que les individus probablement touchés par des troubles anxieux ou dépressifs adhéraient davantage aux récits alternatifs (voir figure 9, p.71). En effet, tant au Canada qu'en Belgique, il y a eu proportionnellement deux fois plus d'adhérents aux récits alternatifs au sein des individus touchés par ces troubles probables, comparativement aux répondants et répondantes qui ne montraient de troubles probables. De fait, nos résultats s'alignent avec ceux de De Coninck et son équipe (2021), qui ont trouvé des relations entre l'adhésion aux théories du complot et la dépression au début de la pandémie, et avec ceux de Jutzi et ses collègues (2020), qui ont montré que les croyances conspirationnistes lors de la COVID-19 pouvaient être abordées comme des

stratégies d'adaptation affectives et cognitives. Si des auteurs soutiennent que la désinformation s'est en grande partie diffusée sur les médias sociaux lors de la COVID-19 (Garfin et al., 2021 ; Hammad et Alqarni, 2021), ces constats s'accordent également avec ceux établis plus haut, indiquant des rapports entre l'augmentation des troubles psychologiques probables et l'usage privilégié des médias sociaux. L'adhésion aux récits alternatifs lors de la pandémie ayant été négativement associée au respect des mesures sanitaires (Kowalski et al., 2020 ; Laoukili, 2021), l'interaction relevée entre la propension de ces croyances et les impacts de santé mentale constitue une autre considération communicationnelle importante.

Confirmant notre cinquième hypothèse, nos résultats indiquent que plus les Canadiens et les Belges montraient des signes d'anxiété et de dépression, plus ils allouaient de la crédibilité aux récits alternatifs et moins ils en allouaient aux explications officielles. Particulièrement problématique pour l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être, ces tendances parallèles appuient l'intérêt pour les stratégies en communication sanitaires de considérer les impacts de santé mentale au sein de leurs approches en temps de pandémie, pour veiller à la circulation et à l'acceptation des bonnes informations de santé.

Action

Enfin, nous avons exploré plus directement les relations entre l'état psychologique des Belges et des Canadiens, et leurs perceptions et applications des mesures sanitaires communiquées dans leur pays. Si nos analyses ont permis de relever des corrélations de faibles effets entre la diminution de l'application des consignes sanitaires au Canada et l'augmentation des indicateurs d'anxiété et de dépression (et vice versa), nous n'avons pu relever de corrélations significatives entre ces variables du côté belge.

En revanche, nos données ont révélé dans nos deux échantillons des relations significatives de faibles effets, légèrement plus forts du côté belge, entre la baisse d'adhésion générale aux mesures sanitaires (perception de leur pertinence, de leur efficacité, etc.) et la montée des scores anxieux et

dépressifs (et vice versa). En outre, nous nous sommes attardées aux proportions d'individus, parmi les sous-populations probablement touchées de troubles et celles moins affectées, ayant manifesté un certain désaccord avec les énoncés composant notre indice (pris individuellement). Nous avons constaté que des proportions plus importantes chez les personnes probablement atteintes de troubles manifestaient, au Canada et un peu plus fortement en Belgique, un certain désaccord avec les mesures d'isolement et de distanciation sociale, et disaient ne pas être prêtes à appliquer des mesures plus strictes ou croire que le respect des mesures permettrait de contrer la pandémie (voir figures 10 et 11, p. 74). Enfin les analyses ont aussi montré des relations significatives de faibles effets (légèrement plus élevé du côté belge) entre l'augmentation des taux d'anxiété et de dépression au Canada et en Belgique et le refus de se faire vacciner contre le coronavirus (le sondage ayant été diffusé avant le début des campagnes de vaccination). Proportionnellement, les individus manifestant un désaccord face à la vaccination étaient plus nombreux chez les personnes probablement atteintes de troubles que chez celles apparaissant moins touchées par les troubles anxieux et dépressifs (voir figure 12, p.76).

N'ayant pu trouver de corrélation significative entre le respect des consignes et les troubles psychologiques du côté belge, notre sixième hypothèse ne peut être confirmée que partiellement. En revanche, bien que les relations trouvées entre la santé mentale et les facteurs d'adhésion aux actions sanitaires soient faibles, ces dernières demeurent significatives et sont appuyées par les différences trouvées en matière de proportion : les proportions d'individus plus réfractaires étant apparues partout plus élevées du côté des personnes présentant des troubles probables que chez celles n'en présentant peu ou pas. De fait, ces résultats s'alignent avec notre septième hypothèse et les données de la littérature sur laquelle nous nous appuyions (Gao et al., 2021 ; Lunghi, Zongo et Guénette, 2018 ; Rochira et al., 2022 ; Schneider et Leonard, 2021 ; Shamblaw, Rumas et Best, 2021 ; van den Broek-Altenburg, 2021). Comme l'étude menée par l'équipe de Gao (2021) en Chine et celle menée aux États-Unis et au Canada par Shamblaw, Rumas et Best (2021), notre mémoire montre que l'état de santé mentale des

individus de nos échantillons a interagi négativement avec leur adhésion aux mesures sanitaires durant la pandémie. Cette résistance plus observée chez les personnes atteintes de troubles anxieux et dépressifs probables concorde en outre avec la perspective de Witte (1992) selon laquelle des réactions affectives et cognitives intenses face à une menace peuvent mener à l'adoption de comportements non adaptés (Allen et Witte, 2004).

En accord avec le modèle IDEA, les actions prescrites doivent être perçues comme faisables, claires et utiles pour favoriser leur application collective. Tandis que les données de recherches comme celle de van den Broek-Altenburg (2021) appuient statistiquement cette idée, la perception d'efficacité des mesures joue un rôle important dans leur mise en action. Si les troubles anxieux et dépressifs sont ainsi liés à cette adhésion, il importe pour les responsables des communications publiques de considérer les impacts de santé mentale pour réfléchir à des approches mieux adaptées à un contexte comme celui de la COVID-19.

Comme Han et ses collègues (2021) ou Monge-Rodriguez et son équipe (2021) en ont conclu de leurs études avant nous, nous croyons que les résultats trouvés dans ce mémoire justifient la pertinence de travailler, au sein des communications sanitaires, à modérer les niveaux d'anxiété et de dépression en contexte de pandémie.

6.2 Limites

Malgré le mérite de la recherche réalisée et la qualité de nos données, quelques limites demeurent à mentionner pour permettre une lecture éclairée de nos analyses. L'étude adoptant une approche quantitative pour examiner les implications potentielles des états de santé mentale durant la COVID-19, la prise en compte simultanée des différents facteurs contextuels ayant pu jouer sur les réponses des participantes et participants demeure restreinte. Par exemple, les individus composant les échantillons ne faisaient pas nécessairement face aux mêmes mesures restrictives au moment de remplir le sondage, au vu des différences régionales dans la gestion de la crise opérée au Canada et en Belgique. Bien que les méthodes d'échantillonnage aient assuré une certaine représentativité des sous-populations étudiées, il est aussi

à noter que l'échantillon canadien (N = 2004) était presque deux fois plus large que l'échantillon belge (N = 1014). Ce faisant, la sous-segmentation s'est effectuée sous base de plus petits nombres, ce qui a pu augmenter la probabilité d'erreur. Par ailleurs, les données ayant été produites par un sondage en coupe instantanée, ces dernières sont représentatives des populations au moment du sondage. De fait, les constats ne sauraient être généralisés à toutes les périodes de la pandémie. Provenant d'un sondage autoadministré, ces mêmes données ne nous permettent en outre de parler que de troubles anxieux et dépressifs « probables », dans la mesure où les diagnostics n'ont pu être confirmés ou affirmés par des professionnels de santé certifiés. Par ailleurs, bien que nos statistiques aient confirmé la fiabilité des indices créés pour cette étude (ex. : sentiment de menace, confiance envers les autorités politiques et sanitaires, théorie du complot, fausses nouvelles et adhésion aux mesures sanitaires.), il demeure que ces dernières n'ont pu être éprouvées par des recherches passées comme l'ont par exemple été les échelles GAD-7 et PHQ-9.

Pour bien comprendre la portée de nos résultats, il importe également de rappeler que les analyses corrélationnelles présentées ne visent en aucun cas à expliquer l'influence directe d'une variable sur une autre, mais bien à poser des relations entre ces dernières. Les indices GAD-7 et PHQ-9 ne permettant pas de segmenter les sources des troubles, il nous est par ailleurs impossible d'isoler la part des troubles de santé mentale réellement liée aux communications de santé. Nonobstant ces limites, les relations et rapports descriptifs établis dans le cadre de notre étude suffisent à démontrer la présence de liens entre les troubles anxieux et dépressifs probables et différents enjeux liés à l'efficacité des communications sanitaires déployées lors de la COVID-19. L'objectif de ce mémoire n'était pas de mesurer les sources exactes de ces troubles, mais bien d'examiner leur participation à des effets contreproductifs pour l'efficacité des stratégies de communication. De fait, nous sommes d'avis que les résultats présentés justifient de considérer la santé mentale dans la réflexion en communication de risque en crise sanitaire.

7. CONCLUSION

Si la communication stratégique peut avoir avantage à maintenir un degré d'inquiétude « sain » face à un risque de santé, nos analyses démontrent que le basculement d'une large part de la population vers des états de troubles psychologiques probables peut menacer l'efficacité de la communication stratégique en temps de crise. Nos résultats montrent que des proportions importantes d'individus belges et canadiens (20 à 30 % des échantillons, dont 30 à 50 % des adultes âgés de 18 à 24 ans) présentaient des troubles probables d'anxiété généralisée et de dépression en novembre 2020. Loin du phénomène marginal, les troubles de santé mentale observés lors de la COVID-19 relèvent d'enjeux de masse, affectant la réponse sociale à la crise.

Illustrant plus qu'une présence notoire de troubles probables dans nos échantillons, nous avons démontré que l'aggravation des taux d'anxiété et de dépression était négativement associée à chaque objectif d'une communication de crise et du risque efficace, tels que vus par le modèle IDEA (Sellnow et al., 2017). En effet, l'augmentation des seuils d'anxiété et de dépression a été liée à l'intériorisation des risques de la pandémie, notamment au renforcement d'un sentiment de menace général face à la pandémie, de même qu'à des comportements de rejet face aux situations ou contenus évoquant la pandémie (décrédibilisation des consignes sanitaires et évitement attentionnel volontaire). L'aggravation de ces états a aussi été associée à la distribution des communications de santé par des relations observées avec la propension à mobiliser les médias sociaux pour s'informer et à manifester une méfiance envers les médias traditionnels. Des tendances parallèles ont été relevées au regard des explications fournies autour de la crise et de ses risques. Plus les individus présentaient des signes d'anxiété et de dépression, plus ils allouaient de crédibilité aux récits alternatifs et moins ils en accordaient aux explications des autorités publiques (et vice versa). Enfin, lorsque les taux d'anxiété et de dépression augmentaient dans les échantillons canadien et belge, la propension à poser des actions visant à mitiger la crise diminuait. Nos données démontrent effectivement des liens avec les niveaux d'adhésion aux mesures sanitaires et avec la propension à la vaccination.

Soutenus par nos analyses descriptives, nos résultats montrent qu'un contexte comme la pandémie de COVID-19, qui fait état d'un basculement entre inquiétude et troubles psychologiques, place des conditions où la communication stratégique est court-circuitée par des processus affectifs et cognitifs adverses. Si notre mémoire s'ajoute aux quelques recherches qui ont souligné les implications de l'anxiété en situation de crises sociosanitaires, nos résultats amènent des pistes intéressantes pour une réflexion encore nouvelle sur les implications des troubles dépressifs dans ces contextes. Si l'adhésion du plus grand nombre aux mesures sanitaires est essentielle pour traverser une pandémie, les observations établies soutiennent le besoin pour les responsables des communications de considérer les états de santé mentale des populations dans leurs réponses à une crise sanitaire. Sur le plan stratégique, cela implique de réfléchir à des approches visant notamment à désamorcer ces tensions psychologiques, apparues liées à des réponses sociosanitaires adverses dans notre étude.

En outre, nos résultats remettent en cause l'usage de stratégies centrées sur l'appel aux émotions négatives comme la peur, dans un contexte où persistent incertitudes et craintes comme lors de la COVID-19. Susceptible d'aggraver les états psychologiques relevés, cette approche pourrait, dans de telles circonstances, renforcer les attitudes et comportements adverses qui accompagnent ces tensions psychologiques. À la lumière de nos résultats, il devient légitime de se questionner sur ce qui pourrait constituer une stratégie de communication sanitaire plus optimale, permettant de répondre à des impératifs stratégiques comme éthiques : informer les individus sur la pandémie et les convaincre d'adopter les actions de protection, tout en cherchant à diminuer les effets néfastes sur leur santé mentale.

Par ailleurs, comme le soulignait le secrétaire général de l'ONU en mars 2020 : « Nous sommes dans une situation sans précédent et les règles normales ne s'appliquent plus. Nous ne pouvons recourir aux outils ordinaires dans une période aussi extraordinaire. La créativité de la réponse doit correspondre à la nature unique de la crise ; et l'ampleur de la réponse, à la gravité de la situation » (ONU Info, 2020, 1 : 21, traduction libre). Ainsi, si la créativité est de mise pour contrer une métacrise comme celle de la

COVID-19, elle concerne également le travail des professionnels en communication, qui doivent élargir leurs perspectives et adapter leurs approches auprès des populations fragilisées.

Dans ces circonstances, une piste de stratégie cohérente à laquelle il semble opportun de s'intéresser est l'utilisation de l'humour dans les communications sanitaires. Des études en publicités et en psychologie lui ayant reconnu des effets persuasifs comme salutaires (Estarague, 2019 ; Nicholls, 2020), différents chercheurs soutiennent que l'humour pourrait constituer une source d'efficacité en communication de santé (Blanc et Brigaud, 2013 ; Chaieb et Gharbi 2017 ; Estarague, 2019 ; Lee, 2010 ; Monahan, 1995 ; Yoon et Mayer, 2014). Selon Martin (2004), l'humour aiderait par exemple à augmenter le sentiment de maîtrise face à un stress ou à une menace, renforcement qui pourrait être favorable à l'adhésion aux messages et aux mesures de santé (Allen et Witte, 2004). Permettant des apaisements momentanés de ressentis difficiles (anxiété, colère, etc.), l'humour aiderait à rendre l'insupportable plus supportable (Pasqueron de Fommervault, 2012) et à améliorer la santé mentale à plus long terme (Blanc et Brigaud, 2013 ; Gelkopf et Kreidler, 1996). Alors que Seghir (2020) parle de l'humour comme une « rhétorique salutaire contre la terreur et l'hystérie collectives » (p.109), Kodak et Oduro (2020) ont par exemple insisté sur les bienfaits sociaux et psychologiques que l'humour a pu jouer pendant la pandémie du coronavirus. En mars 2020, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont en outre recommandé aux autorités ukrainiennes de mettre à profit l'humour pour accroître la diffusion des informations de santé importantes (PNUD et UNICEF, 2020). Réfléchir à l'introduction de l'humour dans un contexte de crise sanitaire apparaît donc pertinent.

C'est notamment ce qu'ont fait des États comme Taiwan, qui a intégré l'humour dans sa stratégie globale pour contrer la COVID-19. Ayant tiré nombreux apprentissages de l'épidémie de SRAS en 2003, le gouvernement taiwanais a implanté dès le retour du SRAS le principe que la ministre du numérique, Audrey Tang, décrit comme « *fast, fare and fun* » (BBC Click, 2020, 0 : 57). Basée sur l'innovation sociodigitale et la mobilisation autour

de l'apprentissage pour tous (citoyens comme autorités politiques et scientifiques), la stratégie déployée a été réfléchie au regard d'éléments qui rappellent les enjeux observés dans notre étude. Revenant d'un historique de perte de confiance importante envers les autorités (le taux d'approbation du gouvernement étant de 9 % dans la population en 2014), le gouvernement taiwanais a pensé son approche pour s'éloigner des mesures trop coercitives (BBC Click, 2020 ; Biello, 2020). En outre, la planification de leur stratégie a tenu compte des impacts de santé mentale (anxiété, etc.) et de la désinformation qui ont par exemple accompagné la crise du SRAS en 2003 (BBC Click, 2020 ; Biello, 2020).

Face à ces considérations, Audrey Tang et ses collègues ont entre autres misé sur un axe nommé « *humor over rumor* », qui a notamment appelé la collaboration des autorités de santé avec des humoristes (BBC Click, 2020; Center for Collective Learning, 2021). Dans cette idée, pour que les faits se diffusent plus que la désinformation, les processus de vérification se devaient d'être rendus participatifs et, pour se faire, amusants (HPI School of Design Thinking, 2021). De fait, « *humor over rumor* » a amené les autorités de santé publique à diffuser une réponse humoristique factuelle sous forme de mèmes (représentations visuelles humoristiques, voire parodiques, d'éléments culturels reconnaissables) à chaque rumeur identifiée dans l'univers numérique. Selon Audrey Tang, les individus tendaient à retenir et à partager davantage les informations présentées en mèmes (Biello, 2020). Au lieu de combattre l'usage des médias sociaux et leur pouvoir de viralité, la stratégie visait donc à tirer avantage de la participation sociodigitale des individus et à encourager la diffusion des faits en suscitant l'interaction sociale et les émotions positives. Pour favoriser la réception des messages et des recommandations de santé, les autorités taiwanaises ont ainsi misé sur l'apprentissage ludique, alors que les consignes sanitaires étaient distribuées par un chien animé parlant (Biello, 2020). Le potentiel des méthodes de ludification des messages et des apprentissages est par ailleurs reconnu en communication persuasive, comme le soulignent Bonenfant et Genvo (2014). En effet, les auteurs soutiennent que l'approche présente des avantages en

termes de réceptivité et de motivation, et qu'elle peut, plus largement, contribuer à un mieux-être collectif.

Certes, l'humour aura des effets différenciés selon le type d'humour et les caractéristiques socioculturelles du milieu dans lequel il s'intègre (Estarague, 2019 ; Lagaré, 2009). Toutefois, les principes qui ont guidé les décisions stratégiques du gouvernement taiwanais et l'efficacité établie de leur gestion en début de pandémie (BBC Click, 2020) incitent à réfléchir aux manières par lesquelles les communications peuvent être à la fois efficaces et contribuer au bien-être global des populations en temps de crise. Pour de futures études, il serait dès lors pertinent de se pencher davantage sur la potentialité de l'approche humoristique en communication de crises sociosanitaires : Les messages humoristiques pourraient-ils favoriser l'intériorisation des risques de santé ? Des communications plus ludiques qu'alarmantes pourraient-elles motiver davantage l'adhésion aux actions de santé prescrites ? D'autres questions pour d'autres recherches.

BIBLIOGRAPHIE

- Agrawal, N. et Duhachek, A. (2010). Emotional Compatibility and the Effectiveness of Antidrink Messages: A Defensive Processing Perspective on Shame and Guilt. *Journal of Marketing Research*, 47(2), 263-273. <https://doi.org/10.1509/jmkr.47.2.263>
- Algan, Y. et Cohen, D. (2021). Les Français au temps du Covid-19 : Économie et société face au risque sanitaire. *Notes du conseil d'analyse économique*, 66(2), 1-12. <https://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2021-2-page-1.htm>
- Allen, C. T., Machleit, K. A. et Kleine, S. S. (1992). A Comparison of Attitudes and Emotions as Predictors of Behavior at Diverse Levels of Behavioral Experience. *Journal of Consumer Research*, 18(4), 493-504. <https://doi.org/10.1086/209276>
- Allen, M. et Witte, K. (2004). Une méta-analyse des appels à la peur : Implications pour des campagnes de santé publique efficaces. *Questions de communication*, 5, 133-148. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7101>
- Andersen H.S., Sestoft D., et Lillebæk T. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. nonvsolitary confinement. *Acta Psychiatr Scand*, 102(1), 19-25. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0447.2000.102001019.x?sid=nlm%3Apubmed>
- Anthony, K. E., Sellnow, T. L. et Millner, A. G. (2013). Message convergence as a message-centered approach to analyzing and improving risk communication. *Journal of Applied Communication Research*, 41, 346–364. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00909882.2013.844346>
- Auxéméry, Y. et Tarquinio, C. (2020). Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : Conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes, et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques létaux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(7), 699-710. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.001>
- Anxiety. (1967). *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.
- BBC Click. (2020). *Humour v Rumour, Masks, The Spokesdog And The Premier's Bottom - How Taiwan Tackles The Coronavirus* [video]. <https://www.youtube.com/watch?v=ClmT6bZX5yE>

- Becheur, I. et Valette-Florence, P. (2014). L'usage des émotions négatives en communication de santé publique : Étude des effets de la peur, la culpabilité et la honte : RAM. *Recherche Et Applications En Marketing*, 29(4), 96-119.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0767370114538901>
- Bendau, A., Petzold, M. B., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., Ströhle, A. et Plag, J. (2021). Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 283-291. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1007/s00406-020-01171-6>
- Biello, D. (2020, 1^{er} juin). *How digital innovation can fight pandemics and strengthen democracy* [video]. Ted Talks.
https://www.ted.com/talks/audrey_tang_how_digital_innovation_can_fight_pandemics_and_strengthen_democracy/transcript
- Blanc, N. et Brigaud, E. (2013). Pourquoi ne pas rire de ce qui nous fait peur ? L'humour, une stratégie efficace pour communiquer en santé publique. *Publicité et Santé : Des liaisons dangereuses ? Le point de vue de la psychologie* (p.47-80). InPress.
https://www.researchgate.net/publication/258490742_Pourquoi_ne_pas_rire_de_ce_qui_nous_fait_peur_L_humour_une_strategie_efficace_pour_com-mu-ni-quer_en_sante_publique
- Blondé, J. et Girandola, F. (2016). Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. *L'Année psychologique*, Vol. 116(1), 67-103. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2016-1-page-67.htm>
- Blumberg, S. J. (2000). Guarding against threatening HIV prevention messages: An information processing model. *Health Education & Behavior*, 27, 780-795.
<https://doi.org/10.1177/109019810002700611>
- Bodemer, N. et Gaissmaier, W. (2015). Risk Perception. Dans *The SAGE Handbook of Risk Communication* (p. 10-23). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483387918>
- Bonenfant, M. et Genvo, S. (2014). Une approche située et critique du concept de gamification. *Sciences du jeu*, (2).
<https://journals.openedition.org/sdj/286>
- Brailovskaia, J., Miragall, M., Margraf, J., Herrero, R. et Baños, R. M. (2021). The relationship between social media use, anxiety and burden caused by coronavirus (covid-19) in Spain. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01802-8>

- Bristelle, A. (2021). *À qui se fier ? De la crise de confiance institutionnelle à la crise sanitaire*, Paris, Nouvelles éditions de l'Aube.
- Carrera, P., Muñoz D. et Caballero, A. (2010). Mixed emotional appeals in emotional and danger control processes. *Health Communication*, 25(8), 726–36.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521914>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long : Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Center for Collective Learning. (2021, 11 juin). *Humor over Rumor - Audrey Tang* [video]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=aG_3ovT9eUE
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). CERC: Psychology of a Crisis.
https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC_Psychology_of_a_Crisis.pdf
- Chaieb, A. et Gharbi, A. (2017). Faire appel à la peur ou à l'humour dans la communication antitabac ? L'optimisme comparatif comme indicateur d'efficacité publicitaire. *Recherches En Sciences De Gestion*, (122), 21-51. <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2017-5-page-21.htm>
- Chang, C. (2012). News Coverage of Health-Related Issues and Its Impacts on Perceptions: Taiwan as an Example. *Health Communication*, 27(2), 111-123. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.569004>
- Charatan, F. (2003). Explosion of internet advertisements for protection against SARS. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7395), 900.
<https://doi.org/10.1136/bmj.326.7395.900/c>
- Courtin, E. et Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dawson, D. L. et Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 126-134. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- De Coninck, D., Frissen, T., Matthijs, K., d'Haenens, L., Lits, G., Champagne-Poirier, O., Carignan, M.-E., David, M. D., Pignard-Cheynel, N., Salerno, S. et Généreux, M. (2021). Beliefs in conspiracy theories and misinformation about COVID-19: Comparative perspectives on the role of anxiety, depression and exposure to and trust in information sources. *Frontiers in*

Psychology, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646394>

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. et Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>

Epidemics. (2001). Dans *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.

Estarague, J. (2019). *Le processus d'influence de l'humour dans une communication préventive du surpoids et de l'obésité : Le cas de la parodie et de l'humour noir* [thèse de doctorat, Université Montpellier]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02057037>

Fallon, C., Thiry, A. et Brunet, S. (2020). Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 24532454(8), 5-68. <https://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2020-8-page-5.htm>

Friedman-Wheeler, D. G., Haaga, D. A. F., Gunthert, K. C., Ahrens, A. H., et McIntosh, E. (2008). Depression, Neuroticism, and Mood-regulation Expectancies for Engagement and Disengagement Coping Among Cigarette Smokers. *Cognitive Therapy and Research*, 32(1), 105-115. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9099-5>

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. et Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4). APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

Garfin, D. R., Fischhoff, B., Holman, E. A. et Silver, R. C. (2021). Risk perceptions and health behaviors as COVID-19 emerged in the United States : Results from a probability-based nationally representative sample. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 27(4), 584-598. <https://doi.org/10.1037/xap0000374>

Gasquet-Blanchard, C. (2017). L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Santé Publique*, 29, 453-464. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.3917/spub.174.0453>

Gelkopf, M. et Kreidler, S. (1996). Is Humor Only Fun, An Alternative Cure or Magic? The Cognitive Therapeutic Potential of Humor. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10(4), 235-254, (publication n° 89068678). ProQuest Global.

Generalized Anxiety Disorder. (2004). *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.

Généreux, M., David, M., Carignan, M.-E., Champagne-Poirier, O., Blouin-

- Genest, G. et Roy, M. (2020). *Impacts psychosociaux de la pandémie de COVID-19 : Résultats d'une large enquête Québécoise – Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses*. https://ccnmi.ca/wp-content/uploads/sites/3/2020/11/Report-on-Quebec-Regional-Survey_October-2020_FR.pdf
- Gesser-Edelsburg, A., Mordini, E., James, J., Greco, D. et Green, M.S. (2014) Risk Communication Recommendations and Implementation During Emerging Infectious Diseases: A Case Study of the 2009 H1N1 Influenza Pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8(2), 158-169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24735822/>
- Gilg, A. (2011). *Représentations sociales, théorie du management de la terreur, et construction du risque lié au VIH dans le contexte d'une relation intime sexuelle : Une approche quasi-expérimentale* [thèse de doctorat, Université de Provence]. <https://scanr.enseignementsup-recherche.gouv.fr/publication/these2011AIX10219>
- Gilles, T. (2020). Psychopathologie de crise : Chronique des tensions ordinaires en situation sanitaire extraordinaire. Phase 1 : la réorganisation anxieuse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(7), 690-694. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.05.003>
- Glik, D. C. (2007). Risk Communication for Public Health Emergencies. *Annual Review of Public Health*, 28(1), 33-54. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2020, octobre 20). *La COVID-19 au Canada : Le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2020003-fra.htm>
- Guénette, D. et Mathieu, F. (2021). Le Canada devant ses principes constitutionnels sous-jacents en temps de crise : regards sur la gestion de la COVID-19. *Les Cahiers de droit*, 62(2), 495–537. <https://doi.org/10.7202/1077697ar>
- Gwinner, C. (2012). Traitement médiatique de la grippe H1N1 par deux quotidiens québécois : les journaux au service de la Direction. *Les Cahiers du journalisme*, (24). https://www.cahiersdujournalisme.net/pdf/24/04_GWINNER.pdf
- Hammad, M. A. et Alqarni, T. M. (2021). Psychosocial effects of social media on the Saudi society during the Coronavirus Disease 2019 pandemic: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16(3). APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248811>
- Han, Q., Zheng, B., Agostini, M., Bélanger, J. J., Gützkow, B., Kreienkamp, J., Reitsema, A. M., van Breen, J. A., Collaboration, P. et Leander,

- N. P. (2021). Associations of risk perception of COVID-19 with emotion and mental health during the pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 284, 247-255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.049>
- Hanseeuw, B., Cougnon, L., Heeren, A., Gurnet, N. et Lits, G. (2020). Le (dé-) confinement, un enjeu humain et sociétal : Focus sur l'impact de « l'infodémie » de COVID-19 en Belgique francophone. *Louvain médical*, 139(05), 369-374. <http://hdl.handle.net/2078.1/230673>
- HIP School of Design Thinking. (2021, 28 septembre). *Global Design Thinking Conference 2021 | Keynote "Digital Social Innovation" by Audrey Tang* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9vXViHzbCtI>
- Houssin, D. (2016). 5. *Approche globale de la sécurité sanitaire au prisme des accords internationaux*. Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-26.htm>
- Houssin, D. (2014). La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? *Politique étrangère*, 4, 85-95. <https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-85.htm>
- Hoyt, D. L., Hiserodt, M., Gold, A. K., Milligan, M. A., & Otto, M. W. (2022). Is ignorance bliss? Examining the effect of news media exposure on anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(2), 91-97. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001434>
- Hubbard, G., den Daas, C., Johnston, M., & Dixon, D. (2021). Sociodemographic and psychological risk factors for anxiety and depression: Findings from the covid-19 health and adherence research in scotland on mental health (charis-mh) cross-sectional survey. *International Journal of Behavioral Medicine*. APA PsycInfo.
- Huddy, L. (2004). Fear and How It Works: Science and the Social Sciences. *Social Research: An International Quarterly*, 71, 801-805. https://www.researchgate.net/profile/Leonie-Huddy/publication/265806633_Fear_and_How_It_Works_Science_and_the_Social_Sciences/links/578d2cdf08ae59aa6681585d/Fear-and-How-It-Works-Science-and-the-Social-Sciences.pdf
- Idrees, M., Asif, M., & Ghazal, S. (2022). Effect of risk perceptions, fear and myths about covid-19 infection susceptibility on protective behaviors in pakistan. *Asean Journal of Psychiatry*, 23(2). <https://www.aseanjournalofpsychiatry.org/abstract/effect-of-risk-perceptions-fear-and-myths-about-covid19-infection-susceptibility-on-protective-behaviors-in-pakistan-86647.html>
- Jauffret-Roustide, M., Coulaud, P.-J., Jesson, J., Filipe, E., Bolduc, N., & Knight, R. (2021). Les oubliés de la pandémie. *Esprit*, 6, 57-65.

<http://www.cairn.info/revue-esprit-2021-6-page-57.htm>

JHU CSSE. (s.d.). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)* [ensemble de données]. Johns Hopkins University.
<https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Jiwani, Z., Cadwell, O. G., Parnes, M., & Brown, A. D. (2021). Uncertainty in the time of corona : Precautionary adherence, fear, and anxiety in New York city during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(4), 251-255. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001308>

Jodelet, D. (2011). Dynamiques sociales et formes de la peur. *Nouvelle revue de psychologie*, 2(12), 239-256. <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2011-2-page-239.htm>

Jutzi, C.A., Willardt, R., Schmid, P.C et Jonas, E. (2020). Between Conspiracy Beliefs, Ingroup Bias, and System Justification: How People Use Defense Strategies to Cope With the Threat of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7555435/#B61>

Kemp, E., Bui, M. et Porter, M. I. (2021). Preparing for a crisis: Examining the influence of fear and anxiety on consumption and compliance. *Journal of Consumer Marketing*, 38(3), 282-292. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1108/JCM-05-2020-3841>

Kodak, B. et Oduro, J.A. (2020). Online Humour as a Coping Mechanism in the Face of Corona Virus Pandemic: The Kenyan Context. *East African Scholars Journal of Psychology and Behavioural Sciences*, 2, 1-8.
[https://www.researchgate.net/publication/344173910_East_African_Scholars_Journal_of_Psychology_and_Behavioural_Sciences_Abbreviated_Key_Title_EAS_J_Psychol_Behav_Sci_Online_Humour_as_a_Coping_Mechanism_in_the_Face_of_Corona_Virus_Pandemic_The_Kenyan_CKowalski, J., Marchlewska, M., Molenda, Z., Górska, P., et Gawęda, Ł. \(2020\). Adherence to safety and self-isolation guidelines, conspiracy and paranoia-like beliefs during COVID-19 pandemic in Poland—Associations and moderators. *Psychiatry Research*, 294. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113540>](https://www.researchgate.net/publication/344173910_East_African_Scholars_Journal_of_Psychology_and_Behavioural_Sciences_Abbreviated_Key_Title_EAS_J_Psychol_Behav_Sci_Online_Humour_as_a_Coping_Mechanism_in_the_Face_of_Corona_Virus_Pandemic_The_Kenyan_CKowalski, J., Marchlewska, M., Molenda, Z., Górska, P., et Gawęda, Ł. (2020). Adherence to safety and self-isolation guidelines, conspiracy and paranoia-like beliefs during COVID-19 pandemic in Poland—Associations and moderators. Psychiatry Research, 294. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113540)

Kroenke, K. et Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515.
[http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url =
https://www.proquest.com/scholarly-journals/phq-9-new-depression-diagnostic-severity-measure/docview/217052580/se-2?accountid = 13835](http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/phq-9-new-depression-diagnostic-severity-measure/docview/217052580/se-2?accountid=13835)

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., et Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lagaré, S. (2009). *Les origines évolutionnistes du rire et de l'humour* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4085>
- Laoukili, A. (2021). Pandémie et processus sociopsychiques. *Connexions*, 115(1), 185-200. <https://www-cairn-info.ezproxy.usherbrooke.ca/revue-connexions-2021-1-page-185.htm>
- Laroche, M., Toffoli, R., Zhang, Q., Pons, F. (2001). A cross-cultural study of the persuasive effect of fear appeal messages in cigarette advertising: China and Canada. *International Journal of Advertising*, 20(3), 297-317. <https://doi.org/10.1080/02650487.2001.11104895>
- La sixième réforme de l'Etat*, (s. d.). Belgium.be. https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat
- Lavoisier-Mérieux, L.-M. (2002). *De l'efficacité des stratégies de communication publicitaires menaçantes : Une étude de la relation entre émotions négatives et persuasion dans le domaine de la lutte contre l'insécurité routière*. 35. <http://archives.marketing-trends-congress.com/2002/Materiali/Paper/Fr/LAVOISIER%20MERIEUX.pdf>
- Leboyer, M. et Pelissolo, A. (2020). Les conséquences psychiatriques du COVID-19 sont devant nous.... *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(7), 669-671. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.020>
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuit in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
- Lee, M. J. (2010). The Effects of Self-Efficacy Statements in Humorous Anti-Alcohol Abuse Messages Targeting College Students: Who Is In Charge? *Health Communication*, 25(8), 638-646. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521908>
- Le Gall, A. (2001). Distinguer les faits. Séparer les notions. *L'Anxiété et l'angoisse*, 3-16. <https://www.cairn.info/l-anxiete-et-l-angoisse--9782130521051-p-3.htm>
- Les provinces*. (s. d.). Belgium.be.

https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/provinces

- Li, Q., Luo, R., Zhang, X., Meng, G., Dai, B., & Liu, X. (2021). Intolerance of COVID-19-Related Uncertainty and Negative Emotions among Chinese Adolescents: A Moderated Mediation Model of Risk Perception, Social Exclusion and Perceived Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2864. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062864>
- Lin, L., Savoia, E., Agboola, F., et Viswanath, K. (2014). What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-484>
- Lits, G., Cougnon, L.-A., Heeren, A. et Hanseeuw, B. (2021). *Rapport CoviCom 2 Final.pdf*. <https://osf.io/https://osf.io/na3k4>
- Liu, B., Liu, H., Han, B., Zhao, T., Sun, T., Tan, X. et Cui, F. (2022). Trends and Factors Associated With Risk Perception, Anxiety, and Behavior From the Early Outbreak Period to the Controlled Period of COVID-19 Epidemic: Four Cross-Sectional Online Surveys in China in 2020. *Frontiers in Public Health*, 9, 768867. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.768867>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. et Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Lunghi, C., Zongo, A. et Guénette, L. (2018). Utilisation des bases de données médico-administratives du Québec pour des études en santé mentale : Opportunités, défis méthodologiques et limites – cas de la dépression chez les personnes diabétiques. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 107-126. <https://doi.org/10.7202/1058612ar>
- Lu, L., Liu, J., Yuan, Y. C., Burns, K. S., Lu, E. et Li, D. (2021). Source trust and COVID-19 information sharing: The mediating roles of emotions and beliefs about sharing. *Health Education & Behavior*, 48(2), 132-139. <https://doi.org/10.1177/1090198120984760>
- Major Depression. (1988). *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.
- Marchioli, A. (2006). Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : Apports et implications des récents modèles de la communication persuasive : *Market Management*, Vol. 6(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/mama.031.0017>
- Martin, R. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor-international Journal of Humor Research - HUMOR*, 17, 1-19.

<https://doi.org/10.1515/humr.2004.005>

- Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A. et Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*, 46(3), S43. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
- Mohammed, A., Sheikh, T. L., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Oluabunwo, C. et Eaton, J. (2015a). Mental health in emergency response: Lessons from Ebola. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 955-957. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00451-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00451-4)
- Mohammed, A., Sheikh, T. L., Gidado, S., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Oluabunwo, C., Waziri, N., Shuaib, F., Adeyemi, J., Uzoma, O., Ahmed, A., Doherty, F., Nyanti, S. B., Nzuki, C. K., Nasidi, A., Oyemakinde, A., Oguntimehin, O., Abdus-Salam, I. A. et Obiako, R. O. (2015b). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study--2014. *BMC public health*, 15, 824. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2167-6>
- Monahan, J. L. (1995). Thinking Positively: Using Positive Affect when Designing Health Messages. Dans E. Maibach, & R. L. Parrott (éd.), *Designing health messages : Approaches from communication theory and public health practice* (p. 81-98). SAGE Publications. <https://www.doi.org/10.4135/9781452233451.n5>
- Monge-Rodríguez, F. S., Jiang, H., Zhang, L., Alvarado-Yeppez, A., Cardona-Rivero, A., Huaman-Chulluncuy, E. et Torres-Mejía, A. (2021). Psychological Factors Affecting Risk Perception of COVID-19 : Evidence from Peru and China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6513. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126513>
- Moscovici, S. (2020). Reflections on the Popularity of 'Conspiracy Mentalities'. *International Review of Social Psychology*, 33(1), 9. DOI: <http://doi.org/10.5334/irsp.432>
- Nahon-Serfaty, I. (2013). Vaccins et communication : La convergence comme stratégie de création de valeur sociale. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 8, 1-12. <http://journals.openedition.org.ezproxy.usherbrooke.ca/communiquer/173>
- Nations Unies. (2019, 25 janvier). *Les 10 menaces pour la santé mondiale en 2019 selon l'OMS*. <https://unric.org/fr/les-10-menaces-pour-la-sante-mondiale-en-2019-selon-loms/>
- Nicholls, C. (2020). Online Humour, Cartoons, Videos, Memes, Jokes and

- Laughter in the Epoch of the Coronavirus. *Text Matters: A Journal of Literature, Theory and Culture*, 10, 274-318.
<https://doi.org/10.18778/2083-2931.10.17>
- Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Olagoke, A. A., Olagoke, O. O. et Hughes, A. M. (2020). Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 865-874. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12427>
- Ollivier-Yaniv, C., Botero, N. et Orellana, M. H. (2021). Du gouvernement des conduites à l'appropriation par les publics : Un éclairage par la communication publique sanitaire. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 32, 153-168.
<http://journals.openedition.org/communiquer/8663>
- ONU Info. (2020, 20 mars). *COVID19 : « Une crise humaine qui fait appel à notre solidarité »* [vidéo]. YouTube. United Nations.
<https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2020-03-19/remarks-virtual-press-encounter-COVID-19-crisis>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 17 juin). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. (2014). Rapport sur la santé en Europe 2012 : la quête du bien-être.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327882>
- Organisation mondiale de la santé (2009). Programme mondial de lutte contre la grippe, « Préparation et action en cas de grippe pandémique », Document d'orientation, <https://apps.who.int>.
- OxCGRT. (s.d.). *Relationship between number of COVID-19 cases and government response* [base de données].
<https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/stringency-scatter>
- Pandemics. (2007). *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.
- Pasqueron de et Fommervault, I. (2012) *Je ris donc je suis*. Le rire et l'humour au carrefour de deux processus identitaires : socialisation et individuation [mémoire de master, Aix-Marseille Université].
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00736627>
- Patwary, M. M., Bardhan, M., Browning, M. H. E. M., Disha, A. S., Haque, M. Z., Billah, S. M., Kabir, M. P., Hossain, M. R., Alam, M. A., Shuvo, F. K. et Salman, A. (2022). Association between Perceived Trusted of COVID-19 Information Sources and Mental Health

- during the Early Stage of the Pandemic in Bangladesh. *Healthcare*, 10(1), 24. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010024>
- Penley, J. A., Tomaka, J. et Wiebe, J. S. (2002). The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>
- Perugini, M. et Bagozzi, R. P. (2001). The role of desires and anticipated emotions in goal-directed behaviours: Broadening and deepening the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 40(1), 79-98. <https://doi.org/10.1348/014466601164704>
- Peter, A., et Chen, M. (2018). China: Official communication challenged by false news and rumours. *Le Temps des medias*, 30(1), 47-61. <https://www.cairn.info/revue-le-temps-des-medias-2018-1-page-47.htm>
- Plante, C. (2020, 11 novembre). Le Dr Arruda appuyé par un conseiller en communications à 20 000 \$ par mois. *La Tribune*. <https://www.latribune.ca/COVID-19/le-dr-arruda-appuye-par-un-conseiller-en-communications-a-20-000--par-mois-1d0df2382efcfb91ebc383ebe1251d7d>
- PNUD et UNICEF. (2021, 3 mars). 'Infodemic' of COVID-19 disinformation bad for Ukrainians health, study for UN finds. <https://reliefweb.int/report/ukraine/infodemic-covid-19-disinformation-bad-ukrainians-health-study-un-finds-enuk>
- Postel-Vinay, N. et Chemardin, J. (2004). La communication sur le SRAS : Un outil essentiel de santé publique. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 21(6), 1061-1065. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(04\)71577-6](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(04)71577-6)
- Poupart, F. et Bouscail, M. (2021). Psychological and psychopathological issues of conspiracy theories: From the COVID-19 health crisis to the existential crisis. *Annales Médico-Psychologiques*, 179(4), 311-316. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.03.004>
- Prati G., Pietrantonio L. et Zani, B. (2011). Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: the role of trust and personal beliefs. *Health Educ Res*, 26(5), 761–769. https://www.researchgate.net/publication/51166018_Compliance_with_recommendations_for_pandemic_influenza_H1N1_2009_The_role_of_trust_and_personal_beliefs
- Price, M., Legrand, A. C., Brier, Z. M. F., van Stolk-Cooke, K., Peck, K., Dodds, P. S., Danforth, C. M. et Adams, Z. W. (2022). Doomscrolling during COVID-19 : The negative association between daily social and traditional media consumption and mental health symptoms during the COVID-19 pandemic. *Psychological*

Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1037/tra0001202>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. et Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, (33).
<https://gpsych.bmj.com/content/33/2/e100213>

Quatremmer, J. (2020, 1^{er} octobre). *Belgique : Un gouvernement après quasiment deux ans de crise*. Libération.
https://www.liberation.fr/planete/2020/10/01/belgique-un-gouvernement-apres-quasiment-deux-ans-de-crise_1801047/

Régions. (s.d.). Belgium.be.
https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/regions

Renaud, L. et de Sotelo, C. R. (2007). Communication et santé : Des paradigmes concurrents. *Santé Publique*, 19(1), 31-38.
<https://www.cairn.info/journal-sante-publique-2007-1-page-31.htm>

Reynolds, B. et W. Seeger, M. (2005). Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model. *Journal of Health Communication*, 10(1), 43-55.
<https://doi.org/10.1080/10810730590904571>

Robins, R. W. et Schriber, R. A. (2009). The Self-Conscious Emotions: How are they Experienced, Expressed, and Assessed? *Social and Personality Psychology Compass*, 3(6), 887-898.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00217.x>

Rochira, A., Gatti, F., Prati, G., Mannarini, T., Fedi, A., Procentese, F., Albanesi, C., Barbieri, I., Compare, C., Gattino, S., Guarino, A., Marzana, D., Tzankova, I. et Aresi, G. (2022). An integrated model of compliance with covid-19 prescriptions: Instrumental, normative, and affective factors associated with health-protective behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1007/s12529-021-10052-8>

Romero Reche, A. (2020). Théorie du complot, secret et transparence. *Rue Descartes*, 2(98), 81- 102. <https://www.cairn.info/revue-rue-descartes-2020-2-page-81.htm>

Ruiter, R. A. C., Abraham, C. et Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology and Health*, 16, 613-630.
https://www.researchgate.net/publication/247533036_Scary_Warnings_and_Rational_Precautions_A_Review_of_the_Psychology_of_Fear_Appeals

Schneider, A. B. et Leonard, B. (2021). From anxiety to control: Mask-

wearing, perceived marketplace influence, and emotional well-being during the covid-19 pandemic. *Journal of Consumer Affairs*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/joca.12412>

- Seghir, A. (2020). L'humour thérapeutique aux temps du Coronavirus. Analyse sémio-pragmatique des images humoristiques sur Facebook. https://revues.imist.ma/index.php/SEMEION_MED/article/view/22298
- Sellnow-Richmond, D. D., George, A. M., et Sellnow, D. D. (2018). An IDEA Model Analysis of Instructional Risk Communication in the Time of Ebola. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 1(1), 135-166. <https://doi.org/10.30658/jicrcr.1.1.7>
- Sellnow, D.D., Iverson, J., et Sellnow, T.L. (2017). The evolution of the operational earthquake forecasting community of practice: The L'Aquila communication crisis as a triggering event for organizational renewal. *Journal of Applied Communication Research*, 45(2), 121–139. DOI:10.1080/00909882.2017.1288295
- Sellnow, D. D., Lane, D. R., Sellnow, T. L., et Littlefield, R. S. (2017). The IDEA Model as a Best Practice for Effective Instructional Risk and Crisis Communication. *Communication Studies*, 68(5), 552-567. <https://doi.org/10.1080/10510974.2017.1375535>
- Şentürk, E., Geniş, B., Menkü, B. E. et Cosar, B. (2021). The effects of social media news that users trusted and verified on anxiety level and disease control perception in COVID-19 Pandemic. *Klinik Psikiyatri Dergisi: The Journal of Clinical Psychiatry*, 24(1), 23-32. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.69772>
- Sey, H. J. (2017). Communication de crise en santé : Cas de la fièvre à virus Ébola dans trois localités de la Côte d'Ivoire. *Communication en Question*, 9, 135-154. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02194734>
- Seytre, B. (2016). Les errances de la communication sur la maladie à virus Ebola. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0524-z>
- Shabahang, R., Aruguete, M. S., et McCutcheon, L. E. (2020). Online health information utilization and online news exposure as predictors of COVID-19 anxiety. *North American Journal of Psychology*, 22(3), 469-482. APA PsycInfo. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-73700-010&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>
- Shahsavari, S., Holur, P., Tangherlini, T. R. et Roychowdhury, V. (2020). Conspiracy in the time of corona: automatic detection of covid-19 conspiracy theories in social media and the news. *arXiv [Preprint]*. <https://arxiv.org/abs/2004.13783>

- Shamblaw, A. L., Rumas, R. L. et Best, M. W. (2021). Coping during the COVID-19 pandemic: Relations with mental health and quality of life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 62(1), 92-100. <https://doi.org/10.1037/cap0000263>
- Shi, G., Zhong, X., He, W., Liu, H., Liu, X. et Ma, M. (2021). Factors influencing protective behavior in the post-COVID-19 period in China : A cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12199-021-01015-2>
- Siebenhaar, K. U., Köther, A. K. et Alpers, G. W. (2020). Dealing With the COVID-19 Infodemic : Distress by Information, Information Avoidance, and Compliance With Preventive Measures. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.567905>
- Spazzoli, R. (2019). *Mental health and social decision making: How depression alters the way we trust* [mémoire de maîtrise, University of Cape Town]. <https://open.uct.ac.za/handle/11427/31013>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. et Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092–1097. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326>
- Statbel. (2022). *Structure de la population* <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
- Super, S., Wagemakers, M., Picavet, H. S. J., Verkooijen, K. T. et Koelen, M. A. (2015). Strengthening sense of coherence: Opportunities for theory building in health promotion. *Health Promotion International*, 31(4), 869-878. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav071>
- Traber, D., Jauffret-Roustide, M., Roumian, J., Morgiève, M., Vellut, N., Briffault, X. et Clot, C. (2020). L’impact du confinement sur la santé mentale, l’importance des signaux fins et des indicateurs fins. Résultats préliminaires de l’enquête Covadapt. *L’Information psychiatrique*, 96, 632-638. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2164>
- Tusev, A., Tonon, L. et Capella, M. (2020). The Initial Mental Health Effects of the Covid-19 Pandemic Across Some Ecuadorian Provinces, *INVESTIGATIO*, (15), 11–24. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2020.15.2>
- Tyshenko, M. G. et Paterson, C. (2010). The Social Amplification of Risk and SARS as a Risk Issue. Dans *SARS Unmasked* (p. 121-146). McGill-Queen’s University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.cttq484s.9>

- University of Oxford. (s.d.). *COVID-19 Government Response Tracker*.
<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>
- Usher, K., Jackson, D., Durkin, J., Gyamfi, N. et Bhullar, N. (2020). Pandemic-related behaviours and psychological outcomes; A rapid literature review to explain COVID-19 behaviours. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 1018-1034. <https://doi.org/10.1111/inm.12790>
- Vacondio, M., Priolo, G., Dickert, S. et Bonini, N. (2021). Worry, perceived threat and media communication as predictors of self-protective behaviors during the COVID-19 outbreak in Europe. *Frontiers in Psychology*, 12. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.577992>
- van den Broek-Altenburg, E. et Atherly, A. (2021). Adherence to COVID-19 policy measures: Behavioral insights from The Netherlands and Belgium. *PLoS ONE*, 16(5). APA PsycInfo.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-52325-001&site=ehost-live>
- van Woerkum, C. et Bouwman, L. (2012). 'Getting things done': An everyday-life perspective towards bridging the gap between intentions and practices in health-related behavior. *Health Promotion International*, 29(2), 278-286.
<https://doi.org/10.1093/heapro/das059>
- Wang, Y., Kala, M. P. et Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(12). APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
- Weinstein, R. A. (2004). Planning for Epidemics—The Lessons of SARS. *The New England Journal of Medicine*, 350(23), 2332-2334.
<https://www.proquest.com/docview/223939378/abstract/FC57086F2BC14372PQ/1>
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59(4), 329–349. <https://doi.org/10.1080/03637759209376276>
- World Health Organization (WHO). (2020a, 15 février). *Live with @DrTedros on health security from the @MunSecConf*. [tweet]. Twitter.
https://twitter.com/WHO/status/1228680399733194756?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1228680399733194756%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1_%ref_url=https%3A%2F%2Fnews.un.org%2Fen%2Fstory%2F2020%2F02%2F1057481

- World Health Organization (WHO). (2020b). *Pandemic fatigue Reinigorating the public to prevent COVID-19*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf>
- World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. (2006). SARS: how a global epidemic was stopped. WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207501>
- World Health Organization. (1946) Constitution of the World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Wu, Y. et Shen, F. (2022). Exploring the impacts of media use and media trust on health behaviors during the COVID-19 pandemic in China. *Journal of Health Psychology*, 27(6), 1445-1461.
<https://doi.org/10.1177/1359105321995964>
- Yan, C. (2004). Les médias chinois, entre le marché et la censure. *Etudes*, 401(10), 309-319. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2004-10-page-309.htm>
- Yoon, H. J. et Mayer, J. M. (2014). Do humour and threat work well together? *International Journal of Advertising*, 33(4), 725-740.
<https://doi.org/10.2501/IJA-33-4-725-740>
- Zak, P. J. et Fakhar, A. (2006). Neuroactive hormones and interpersonal trust: International evidence. *Economics & Human Biology*, 4(3), 412-429. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2006.06.004>
- Zimand-Sheiner, D., Kol, O., Frydman, S. et Levy, S. (2021). To Be (Vaccinated) or Not to Be: The Effect of Media Exposure, Institutional Trust, and Incentives on Attitudes toward COVID-19 Vaccination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12894.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182412894>

