

Faculté de santé publique

L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide durant la pandémie COVID-19

Mémoire réalisé par
Tiffany Lejeune

Promoteur(s)
Vincent Lorant

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide durant la pandémie COVID-19

Mémoire réalisé par
Tiffany Lejeune

Promoteur(s)
Lorant Vincent

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

J'aimerais remercier avant tout mon promoteur, Monsieur Vincent Lorant qui m'a énormément soutenu dans ce projet. Sa disponibilité, son regard critique et sa bienveillance m'ont permis d'enrichir ma réflexion et d'approfondir mes recherches. Je remercie également Madame Katharina Seeber pour le temps qu'elle y a accordé et Monsieur Van den Broeck pour avoir accepté d'être lecteur pour le mémoire.

Ensuite, je souhaite remercier tout le corps enseignant qui m'a permis, tout au long de mon parcours universitaire, d'enrichir mes connaissances et de m'épanouir dans mes études.

Et enfin, j'aimerais remercier ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenu et épaulé. Avoir un bon soutien social m'a aidé à ne jamais baisser les bras.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

I. Introduction.....	9
A. Description du recours aux soins de santé mentale par la population	9
B. Effets de la période COVID-19 sur la détresse psychologique	11
1. Ampleur de la détresse psychologique liée au COVID-19	11
2. Facteurs influençant la détresse psychologique due à la période COVID-19 ..	12
C. Modèles explicatifs de la souffrance psychologique sur la recherche d'aide.....	16
1. Cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé.....	16
2. Description des modèles spécifiques explicatifs de la recherche d'aide	17
3. Synthèse des modèles spécifiques explicatifs de la recherche d'aide	21
D. La recherche d'aide en période COVID-19.....	23
1. Etat d'utilisation des services de soins de santé mentale	23
2. Facteurs explicatifs de la recherche d'aide en période COVID-19	24
3. Sélection des variables dans le modèle d'analyse	30
E. Dispositifs de soutien en période de confinement.....	31
1. Contexte politique	31
2. Typologie des interventions	31
3. Présentation des dispositifs.....	32
F. Questions de recherche.....	35
1. L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19	35
2. Effet modérateur de la temporalité sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	35
3. Effet modérateur du réseau social sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	36
II. Matériel & méthodes	37
A. Base de données.....	37
B. Mesures des variables	38

1. Recherche d'aide	38
2. Détresse psychologique	38
3. Temporalité.....	39
4. Support social	39
C. Stratégies d'analyses.....	40
III. Résultats	42
A. Statistiques descriptives.....	42
1. Analyse univariée	42
2. Analyse bivariée	43
B. Effet de la détresse psychique sur la recherche d'aide en période COVID-19....	46
C. Influence de la temporalité sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19.	47
1. Analyse statistique descriptive multivariée	47
2. Analyse statistique inférentielle multivariée	47
D. Influence du support social sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19.	50
1. Analyse statistique descriptive multivariée	50
2. Analyse statistique inférentielle multivariée	50
IV. Discussion	52
A. Principaux résultats en lien avec les hypothèses de départ.....	52
1. L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	52
2. Effet modérateur de la temporalité sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	53
3. Effet modérateur du support social sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	54
B. Concordances avec études similaires et interprétation des résultats.....	54

1. L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	54
2. Effet modérateur de la temporalité sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	55
3. Effet modérateur du support social sur la recherche d'aide en période COVID-19.....	56
C. Limites	57
D. Perspectives	58
V. Conclusion.....	59
VI. Bibliographie.....	61

I. Introduction

A. Description du recours aux soins de santé mentale par la population

La santé mentale inclut, un bien-être cognitif, émotionnel, social et concerne également comment un individu interagit avec son environnement. Sous le terme maladie mentale sont englobés les troubles de la pensée, de l'humeur et du comportement qui peuvent se manifester différemment en fonction des personnes. Si ces désordres psychologiques ne sont pas traités, ils peuvent avoir de lourdes conséquences sur la population, entraînant des symptômes psychosomatiques, des conflits intrapersonnels, l'addiction à des substances et pouvant mener jusqu'au suicide (Luitel et al., 2017).

Pourtant, dans la population mondiale, la plupart des personnes qui ont besoin de soins en santé mentale ne les reçoivent pas. En effet, la faiblesse du taux de consultation chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique non psychotique a été mise en évidence dans plusieurs études dans la population mondiale. L'Organisation Mondiale de la santé a notamment effectué une étude sur 14 pays en 2004 pour étudier la prévalence, la sévérité et les traitements des troubles mentaux. Ils ont estimé que le taux médian de dépression non traitée est de 56,3% dans le monde (Kohn et al., 2004). Dans les pays sous-développés, les résultats ont montré que 76.3% à 85.4% des personnes présentant un trouble mental sévère ne reçoivent pas de traitement. Mais ce constat est également alarmant dans les pays développés. Effectivement, malgré la plus grande disponibilité dans l'offre d'aide et le moindre impact des facteurs structurels, le même rapport de l'OMS montre que 35,5% à 50,3% des personnes avec un trouble mental sévère ne reçoivent pas de traitement dans les pays développés. Ce phénomène touche donc non seulement les pays moins développés mais aussi le monde entier avec près de deux tiers des personnes atteintes de maladie mentale qui ne bénéficient pas de soins professionnels (Demyttenaere et al., 2004; Manescu et al., 2020).

Dans l'Union européenne, une étude appelée projet ESEMeD met en évidence l'insuffisante utilisation des services de soins de santé mentale. Elle concerne 6 pays à savoir la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et les Pays Bas. Il était demandé aux participants de donner des renseignements sur la fréquence avec laquelle ils consultaient les services de santé en fonction de leur santé mentale ainsi que des informations sur les traitements qu'ils avaient reçu à la suite de leur consultation au cours de l'année précédente. Les résultats de cette étude ont montré que seulement 25.7% des participants, soit une personne sur quatre parmi les personnes qui présentaient un trouble mental, ont eu recours aux soins de santé

mentale au cours de l'année. Ces résultats montrent donc que les services de soins en santé mentale sont sous- utilisés en Europe (Alonso et al., 2004).

Concernant la Belgique, les quelques données disponibles s'alignent avec le constat international. En effet, dans un rapport de la KCE est abordé l'organisation des soins de santé mentale en Belgique. Il est mis en évidence sur base du projet ESEMeD de l'OMS, que parmi les belges qui ont des problèmes de santé mentale, 30% feront appel à un soutien professionnel dans les 12 mois et que pour 43 %, ils se feraient aider par un psychiatre ou un médecin généraliste (Alonso et al., 2002 ; Alonso et al., 2004). Ceci montre donc la sous-utilisation des soins de santé mentale également dans notre pays (Mistiaen et al., 2019). Le taux de la population souffrant de symptômes de maladie mentale ne bénéficiant pas de soins professionnels est donc similaire pour la Belgique (Bruffaerts et al., 2007).

Cependant, une limitation importante des études citées ci-dessus porte sur le fait qu'elles sont transversales et ne prennent donc pas en compte un laps de temps suffisamment long dans leurs analyses. La demande d'aide a été évaluée comme présente si elle a été effectuée au cours des 12 derniers mois. Or, on ignore par ce fait que la demande d'aide peut être effectuée tardivement à cause d'un retard dans la recherche de traitement. En effet, si on prend en compte la durée de recours sans limitation de temps dans les données du projet ESEMeD pour la Belgique, les troubles de l'humeur seront traités à 93,7%, les troubles anxieux à 84,5% et les troubles alcooliques à 61,2%. Les taux de recours augmentent donc certes mais on observe que la durée médiane du recours est bien trop tardive. En moyenne, il faudra un an pour demander de l'aide en matière de troubles de l'humeur. Ce délai atteindra pour les troubles anxieux une durée de 16 ans et pour les troubles alcooliques, il faudra attendre en moyenne jusqu'à 18 ans. Il ne faudra donc pas interpréter la sous-utilisation des soins de santé comme une démarche qui s'avère inexistante mais comme une procédure qui peut être prise vraiment tardivement. Néanmoins, la prise en compte de la durée sans limitation pour effectuer un recours ne sous-estime pas le problème rencontré de la sous-utilisation des services de soins de santé mentale (Bruffaerts, R et al., 2007).

Ceci nous montre donc que les services de soins de santé mentaux sont donc sous-utilisés et que ce constat est le même que ce soit au niveau mondial, européen ou belge. Nous aborderons dans la section des modèles explicatifs de la recherche d'aide les explications de ce faible recours dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Mais avant cela, discutons d'abord de cette pandémie et de ses effets sur la santé mentale de la population pour mieux cerner l'importance de la recherche d'aide en cette période.

B. Effets de la période COVID-19 sur la détresse psychologique

1. Ampleur de la détresse psychologique liée au COVID-19

Début février, la Belgique fut touchée par la pandémie de COVID-19. Pour tenter de diminuer le taux de transmission du virus, le gouvernement imposa des mesures sanitaires strictes comme des restrictions de déplacements et des mises en quarantaine, imposant un certain isolement social à la population belge qui avait pour obligation de limiter ses contacts sociaux.

Ces mesures de confinement ainsi que les conditions sanitaires, sociales et économiques liées à la pandémie ont amené une détérioration de la santé mentale de la population mise en évidence dans de nombreuses études dans le monde entier. En Chine, il a notamment été mis en évidence que les restrictions sanitaires augmentent la détresse psychologique, réduisent la satisfaction de vie et aggravent l'état de santé physique des populations. En effet, une grande variété de problèmes psychologiques, tels que des troubles paniques et anxieux ainsi que de la dépression ont été détectés à la suite du confinement (Zhang et al., 2020 ; Qiu et al. 2020 ; Wang et al., 2020). Aux Etats-Unis, il a été également démontré que la prévalence de détresse psychologique chez les adultes américains était plus élevée en 2020 pendant la pandémie qu'en 2018 passant de 4 à 14% (McGinty et al., 2020). Dans les études au niveau européen, une détérioration de la santé mentale au Royaume-Uni ainsi qu'en Italie avait été également mise en évidence dans la littérature trois semaines après le début du confinement (Pierce et al., 2020 ; Rossi et al., 2020).

En Belgique, cette détresse psychologique a été mise en évidence par l'enquête « Covid et moi » réalisé par le professeur Vincent Lorant à l'université catholique de Louvain. Les résultats obtenus en Belgique sont conformes à ceux trouvés dans les autres pays cités précédemment. En effet, il a été montré une augmentation d'en moyenne 2,3 fois la détresse psychologique ressentie par les personnes mises en quarantaine, par rapport à la population générale en temps normal. Ce constat a été obtenu en comparant la détresse psychologique durant le confinement à celle présentée par l'étude belge de santé de 2018 réalisée en période hors COVID-19. De plus, il a été souligné que chez la moitié des répondants, un signe de détresse psychologique s'est déclaré dès la première semaine de confinement (Lorant et al., 2021).

2. Facteurs influençant la détresse psychologique due à la période COVID-19

Il existe une multitude de facteurs de risque qui déterminent l'apparition et le développement de cette détresse psychologique liée au confinement à respecter lors de cette pandémie. Dans cette section, nous en aborderons une série mais d'autres facteurs existent. Tout d'abord, nous verrons les facteurs de prédisposition comme l'âge, le genre ou l'existence de problèmes psychiques ou physiques préexistants. Ensuite, nous verrons les facteurs déclencheurs de cette détresse comme la peur de la contagion. Enfin, nous verrons les facteurs de maintien de cette détresse, à savoir la durée du confinement, les conditions de travail ainsi que le soutien social. Ce dernier peut aussi être compris comme un facteur de prédisposition. Il est à noter que tous ces facteurs sont multiplicatifs c'est à dire que les risques engendrés par un facteur peuvent s'additionner l'un à l'autre (Conseil Supérieur de la Santé, 2021).

a) Facteurs de prédiction

Tout d'abord, concernant les facteurs de prédisposition, il a été démontré que les effets de la pandémie sur la santé mentale n'affectent pas tous les groupes sociodémographiques de la même manière, certains groupes de la population étant plus vulnérables que d'autre.

Concernant les classes d'âge, les plus jeunes semblent plus à risque de détresse psychologique suite au confinement. Cette catégorie d'âge serait dès lors plus confrontée à l'anxiété, à la dépression et à l'agitation. Ce constat a été confirmé dans une étude internationale regroupant huit pays (Généreux et al., 2020) et également dans une étude sur la population belge (Lorant et al., 2021). En effet, même si les personnes âgées sont plus à risque de la maladie COVID-19, elles ont généralement un capital social plus limité et des activités sociales et professionnelles moins diversifiées et peuvent donc être moins affectées par les mesures de confinement comparativement aux jeunes (Lorant et al., 2021). Ceci s'explique aussi par le fait que les étudiants ont été plus affectés par le confinement à cause la fermeture des écoles, de l'annulation d'événements sociaux et par la moindre efficacité des cours et des examens effectués en distanciel (Xiong et al., 2020 ; Wang et al., 2020). L'agitation à laquelle cette tranche d'âge est confrontée peut être aussi expliquée par l'augmentation du temps sur les écrans au cours de cette période (Imran et al., 2020). De plus, la détresse peut aussi provenir du fait qu'ils sont plus à risque de violence durant le confinement (Guessoum et al., 2020).

Pour ce qui est du genre, de nombreuses études montrent que les femmes sont plus à risque de souffrir de détresse psychologique que les hommes durant le confinement (Brooks et al. 2020 ; Généreux et al., 2020 ; Qiu et al., 2020 ; Wang et al., 2020). Cette hypothèse est

également confirmé dans la population belge (Lorant et al., 2021). Ceci serait dû au fait qu'elles représenteraient un pourcentage plus élevé du secteur de l'emploi susceptible d'être affecté négativement par la pandémie. Elles seraient plus susceptibles de travailler dans les secteurs informels, comme c'est le cas dans le secteur des soins de santé que nous aborderons plus loin (Wang et al., 2020). De plus, cette constatation peut être aussi attribuable à leur rôle au sein de la famille, devant souvent combiner un rôle de soutien émotionnel en plus d'un soutien financier et avec une augmentation de la charge des enfants due à la fermeture des écoles (Xiong et al., 2020).

Un troisième groupe à risque sont les personnes qui étaient déjà physiquement, mentalement ou socialement vulnérables avant l'épidémie (Wang et al., 2020). En effet, les personnes atteintes de maladies mentales peuvent voir leurs symptômes de stress et d'anxiété augmenter face à la pandémie. Du fait qu'il a été montré que les maladies chroniques présentaient un taux de mortalité plus élevé au COVID-19, de la peur et de l'anxiété peuvent également se déclarer chez les patients atteints de ces troubles (Xiong et al., 2020).

b) Facteurs de déclenchement

Ensuite, dans les facteurs déclencheurs de la détresse psychologique, le facteur le plus important est le caractère intrusif avec lequel la population a été confronté par l'urgence collective. Il a également été rapporté que durant cette période de pandémie COVID-19, la peur de la contagion jouait aussi un rôle. De plus, les personnes à risque qui sont exposées ou celles qui côtoient un proche à risque sont plus susceptibles d'avoir une augmentation du stress et de l'anxiété (Inchausti et al, 2020). Ceci a été confirmé dans l'étude sur la population en Belgique. Un taux d'exposition au COVID-19 plus élevé était lié à un risque plus élevé de détresse psychologique (Lorant et al. 2021).

c) Facteurs de maintien

Enfin, dans les facteurs de maintien, nous retrouvons premièrement la durée du confinement. Celle-ci augmenterait le risque de détresse psychologique en fonction de sa durée et non par son intensité. En effet, dans plusieurs études sur le SARS, il a été montré qu'à une période de quarantaine plus longue était associée à une augmentation de la détresse psychologique, le stress engendré par la quarantaine durant plus longtemps (Brooks et al. 2020). Le même constat a été observé dans une étude réalisée à Toronto qui a comparé deux périodes de confinement à savoir moins et plus de dix jours. Ceux qui avaient expérimenté une période de quarantaine plus longue présentaient des symptômes de stress post-traumatique plus élevés

que ceux mis en quarantaine plus courte (Hawryluck et al., 2004). Dans une étude réalisée sur des prisonniers en isolement total, il a été démontré les effets à long terme que peut provoquer une durée de confinement prolongée sur la santé mentale. Comparés à la population carcérale générale, ces prisonniers ont montré des taux disproportionnellement élevés de détresse psychiatrique et d'automutilation associés à des symptômes de dépression, d'anxiété ou de culpabilité pour la moitié des participants (Reiter et al., 2020). Ceci a également été confirmé dans l'enquête sur la population belge lors de la pandémie de COVID-19. Lorsque la période de confinement augmentait, le risque de détresse psychologique était plus élevé (Lorant et al., 2021). La durée de confinement est donc un facteur de maintien de la détresse psychologique. Ceci nous intéressera particulièrement dans le cadre de notre étude.

Deuxièmement, toujours dans les facteurs de maintien, nous aborderons les conditions de travail. En effet, suite au confinement strict, la charge de travail ayant soit augmentée ou diminuée a provoqué dans les deux cas un facteur de stress supplémentaire agissant sur la détresse psychologique. Concernant la diminution de travail, les pertes financières dues au chômage sont des facteurs de risque importants de détresse psychologique engendrant beaucoup de stress et donc un risque de détresse psychologique (Xiong et al., 2020). Pour ce qui est des effets liés à l'augmentation de travail, nous prendrons le cas des services de soins de santé qui sont très concernés par ce constat. En effet, dans un contexte où une mauvaise santé mentale est déjà présente dans le personnel médical, cette pandémie entraîne des niveaux de stress, d'anxiété et de dépression élevés qui dépassent le seuil de tolérance psychologique et émotionnelle (Bell & Wade, 2021). Des symptômes psychiatriques graves ont été rapportés chez un pourcentage considérable de professionnels de la santé durant la pandémie du COVID-19 (Young et al., 2020). Les travailleurs en contact direct avec les patients atteints de COVID-19, le personnel moins expérimenté et ceux qui ne se sentent pas soutenus au niveau social sont les plus touchés par le risque de détresse psychologique. Les femmes sont également un groupe plus à risque car, comme nous l'avons vu, elles sont plus susceptibles de s'occuper de la famille et sont plus nombreuses dans les soins infirmiers (Chen et al., 2021).

Un troisième facteur de maintien est l'exposition fréquente aux médias avec la diffusion d'informations non vérifiées sur la propagation de l'épidémie qui peut augmenter cette anxiété. En effet, avec la situation imprévisible et les nombreuses inconnues entourant le COVID-19, les fausses nouvelles se propagent facilement via les rapports continus d'informations sur les flambées de la maladie dans la presse et les médias sociaux. Elles sont, de ce fait, susceptibles

d'augmenter le stress, l'anxiété et la peur. De plus, regarder des personnes souffrir de la pandémie peut également augmenter le sentiment de tristesse et d'anxiété (Xiong et al., 2020).

Le dernier facteur de maintien que nous allons aborder est le rôle du soutien social qui peut aussi être considéré comme un facteur de prédisposition. Celui-ci va aussi nous intéresser dans le cadre de notre étude comme nous le verrons par la suite. En effet, l'augmentation de la détresse psychologique peut être également provoquée par un niveau de soutien social plus faible via la réduction des activités sociales. Des recherches antérieures ont montré que la solitude et l'isolement pouvaient engendrer des symptômes dépressifs (Hwang et al., 2020). En limitant le contact avec les personnes extérieures, les restrictions peuvent augmenter le sentiment de stress chez les individus (Leigh-Hunt et al., 2017) mais aussi causer de la frustration et de l'ennui. Ces facteurs influencent donc significativement la détresse psychologique (Brooks et al., 2020). Ainsi, le confinement a eu comme conséquence de provoquer un isolement, réduisant le soutien social et provoquant une augmentation de la détresse psychologique (Lorant et al., 2021). Encore plus alarmant, l'isolement provoqué par ce confinement est aussi associé aux comportements suicidaires comme le montre cette étude sur l'association des comportements suicidaires et l'expérience du COVID-19 (Ammerman et al. 2021). La solitude a donc une grande influence sur la détresse psychologique en période de pandémie. Elle se manifeste par une perte du sentiment d'appartenance, mécanisme clé du lien entre capital social, santé psychologique et santé physique. Le manque de soutien social joue donc un rôle de facteur de maintien dans la détresse psychologique mais aussi de prédisposition durant la pandémie COVID-19.

Cette détresse s'ajoute à un contexte préexistant où l'utilisation des services de soins de santé mentale est plus basse que le taux de prévalence de problème en santé mentale dans la population et ce même quand les services sont abordables et disponibles comme nous l'avons vu dans la section précédente (Demyttenaere et al., 2004). Nous aborderons d'ailleurs plus loin l'état d'utilisation de ces services en période COVID-19. En conséquence, les effets psychosociaux directs et indirects du COVID-19 représentent un défi urgent pour la recherche, la pratique et les politiques en matière de santé mentale (Holmes et al., 2020). Il est donc indispensable de connaître ces facteurs de risques de détresse psychologique et il est également indispensable de comprendre les mécanismes qui sous-tendent le recours aux services de santé mentale en période COVID-19. C'est ce que nous verrons dans la section suivante.

C. Modèles explicatifs de la souffrance psychologique sur la recherche d'aide

Comme la revue de littérature l'a mis en évidence dans la première section, les systèmes de soins de santé mentale en Belgique sont sous-utilisés, autrement dit les personnes en détresse psychologique ne vont pas chercher l'aide dont elles ont besoin. Une compréhension détaillée des processus sociaux et cognitifs impliqués dans la recherche d'aide psychologique est essentielle pour orienter une meilleure utilisation de ces services. C'est pourquoi, nous allons passer en revue quelques modèles explicatifs de la recherche d'aide afin de mieux appréhender les facteurs qui contribuent aux lacunes dans ces comportements de recherche. Mais avant de passer aux modèles explicatifs spécifiques, il est important de cadrer la recherche d'aide dans un cadre théorique général, la recherche d'aide étant interdisciplinaire et multifactorielle. Dans la figure ci-dessous, nous pouvons retrouver le cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé que nous allons utiliser.

1. Cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé

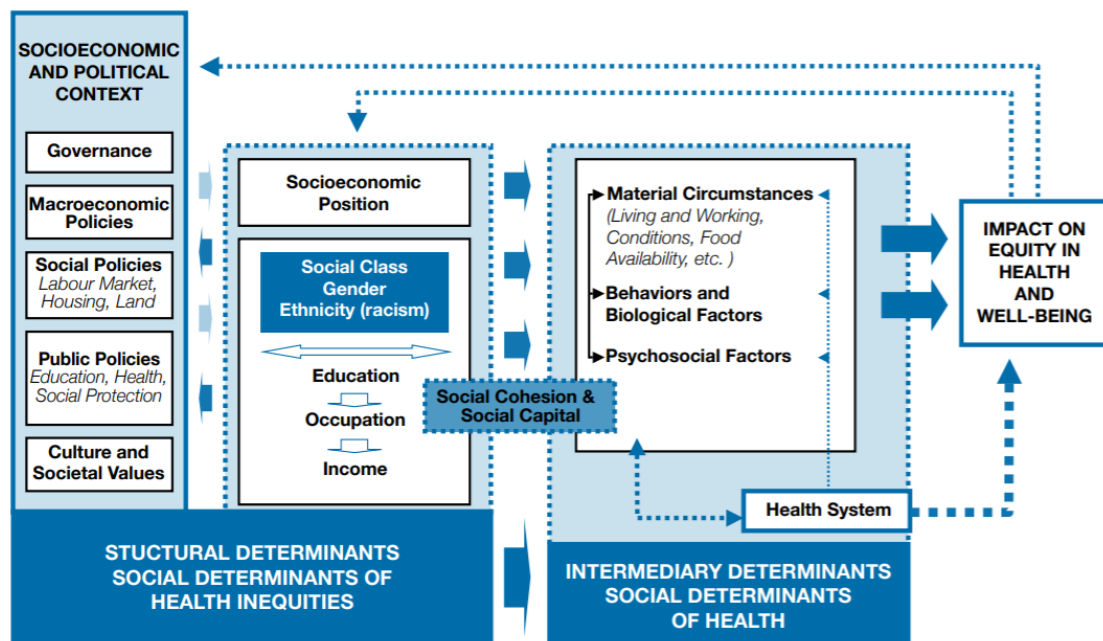


Figure 1 Cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2007

Comme nous pouvons le voir, l'impact sur la recherche d'aide est influencé par des déterminants intermédiaires, eux-mêmes influencés par les déterminants structurels. Les déterminants intermédiaires sont composés des circonstances matérielles comme dans notre cas les conditions de travail en période COVID-19 par exemple, des comportements biologiques et psychosociaux comme la détresse psychologique et ses facteurs de risques vus dans la section

précédente. Les déterminants structurels font référence à la position socioéconomique incluant par exemple la classe sociale, le sexe, le revenu qui interagit avec le contexte socioéconomique et politique que nous aborderons dans la dernière section de cette introduction. Le lien entre ces deux déterminants est effectué par la cohésion sociale et le capital social qui vont particulièrement nous intéresser dans cette section. De plus, la recherche d'aide va elle-même également influencer les deux types de déterminants (OMS, 2007).

2. Description des modèles spécifiques explicatifs de la recherche d'aide

Nous allons à présent explorer une série de modèles en faisant un point sur les avantages et les inconvénients de chacun afin de sélectionner le modèle le plus adéquat pour étudier les déterminants de la recherche d'aide dans les soins de santé mentale en période COVID-19. Nous aborderons donc les différents modèles qui se retrouvent sur la cartographie de la figure ci-dessous en gris.

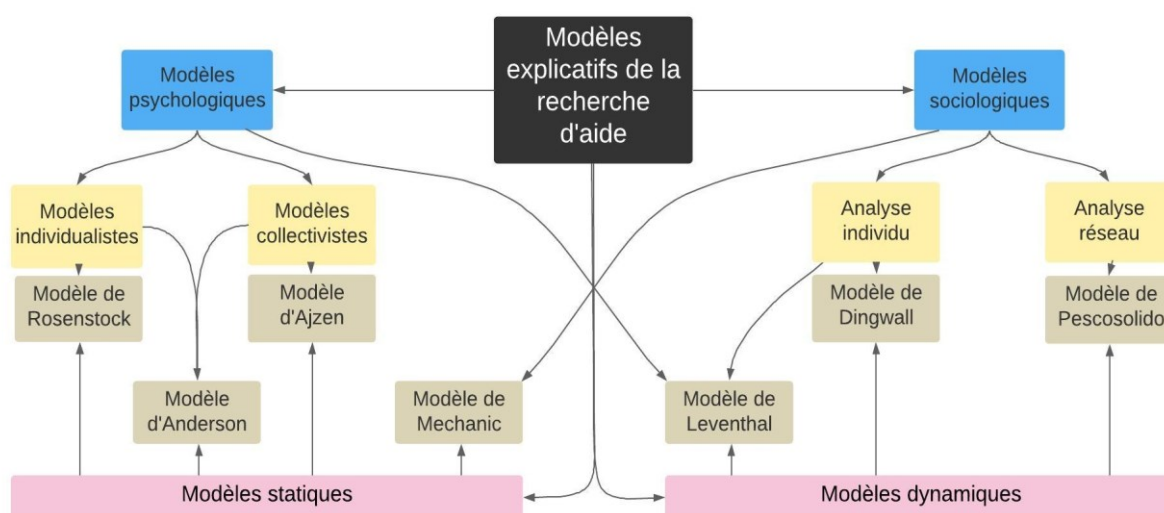


Figure 2 Cartographie des modèles explicatifs de la recherche d'aide

a) Modèle croyance en santé de Rosenstock

Pour commencer, nous aborderons le modèle de croyance en santé de Rosenstock. Ce modèle fait partie de la catégorie des modèles individualistes car il se concentre sur l'explication du comportement en référence à des caractéristiques personnelles ou à des processus cognitifs rationnels. Il comporte six domaines pour prédire la recherche d'aide psychologique à savoir la sensibilité, la gravité, les bénéfices et les obstacles perçus, tous les éléments supplémentaires qui peuvent inciter l'individu à chercher de l'aide et enfin, le sentiment d'auto-efficacité (Rosenstock, 2005).

Malgré qu'il présente un grand nombre de variables cognitives pertinentes, il manque cependant à ce modèle des variables cognitives sociales indispensables à la compréhension des mécanismes de la recherche d'aide comme les intentions et l'influence sociale que nous verrons dans le modèle suivant. De plus, il n'y a pas de distinction entre l'étape motivationnelle dominée par des variables cognitives et la phase volontaire où l'action est planifiée, exécutée et maintenue (Nobiling & Maykrantz, 2017). Ce modèle n'est donc pas pertinent pour l'étude des déterminants de la recherche d'aide en période COVID-19 car il ne prend pas en compte l'influence du soutien social.

b) Modèle du comportement planifié d'Ajzen.

Ensuite, pour inclure les intentions et l'influence sociale qui manquaient au modèle précédent, nous passerons à un modèle collectiviste. En effet, sa particularité porte sur l'explication du comportement en interactions avec les autres. L'intention est définie comme la disposition à effectuer la recherche d'aide et est régie par trois déterminants à savoir l'attitude, la norme subjective et le contrôle comportemental perçu (Mak & Davis, 2014).

Même si ce modèle prend en compte les intentions de réaliser un comportement et l'influence sociale comparé au modèle de Rosenstock, il ne prend malheureusement pas en compte la dimension émotionnelle et se concentre uniquement sur la composante cognitive du recours d'aide. Or, les représentations émotionnelles sont bien présentes dans la recherche d'aide à savoir par exemple la peur générée par le recours à un professionnel de la santé (Postolica et al., 2018). Il est à noter que ce modèle est une extension d'un autre modèle appelé modèle des actions raisonnées auquel a été ajoutée la dimension du contrôle comportemental perçu lui donnant une meilleure prédiction pour la recherche d'aide (Armitage & Conner 2001).

c) Modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Anderson

Nous passerons à présent à un modèle qui intègre les deux perspectives, individualiste et collectiviste, vues précédemment. En effet, ce modèle souligne l'importance des influences psychosociales telles que les attitudes et les croyances ainsi que l'importance des ressources habilitantes telles que l'accès aux soins ou le soutien social (Wyke et al., 2013). Il se compose de quatre barrières à la recherche d'aide à savoir le manque de connaissances sur les maladies mentales, l'ignorance sur l'accès au diagnostic, les préjugés sur les maladies mentales et la discrimination perçue (Anderson, 1995 ; Naito et al., 2021).

Mais le problème des modèles individualistes et collectivistes est qu'ils sont statiques et rigides. En effet, ils ne représentent pas la recherche d'aide comme un processus, une série

de décisions ou d'actions qui sont prises et réfléchies au fil du temps mais comme une décision unique et singulière. C'est pourquoi nous allons à présent voir des modèles plus dynamiques qui reconnaissent la recherche d'aide comme faisant partie d'une « carrière de malade » plus large et socialement ancrée. Ils conceptualisent la recherche d'aide comme des processus complexes avec de multiples petites décisions et des stratégies d'action qui ont lieu au fur et à mesure que les symptômes sont ressentis, évalués et gérés (Wyke et al, 2013 ; Biddle et al., 2007).

d) Modèle du bon sens d'autorégulation de Leventhal

Un modèle plus dynamique provenant de la psychologie est le modèle du bon sens d'autorégulation de Leventhal. En effet, pour cet auteur, le processus d'identification du début de l'expérience de la maladie est d'une rare complexité et ne peut être pleinement apprécié que dans un cadre temporel flexible. Cinq éléments vont influencer la représentation et l'évaluation de la détresse et donc influencer la décision d'agir à savoir les déclarations et les croyances, les causes perçues de la maladie, la chronologie, les conséquences et la curabilité. Il faudra également y ajouter l'influence des représentations émotionnelles (Petrie & Weinman, 1997 ; Leventhal et al., 2007 ; Elwy et al., 2011 ; Attari et al., 2016).

Ce modèle d'autorégulation est donc un modèle cognitivo-affectif qui a l'avantage de mettre en évidence l'existence à la fois d'une composante émotionnelle et non uniquement la composante cognitive. Il serait donc pertinent pour notre analyse des déterminants de la recherche d'aide en période COVID-19 car il inclurait la motivation des individus à chercher de l'aide. Cependant, même si ce modèle est plus dynamique que les modèles présentés précédemment, ce modèle n'inclut pas l'aspect social. Or, il faudrait pouvoir observer les relations entre la communauté et les individus et la recherche d'aide comme un processus social. C'est pourquoi nous présenterons à présent des modèles sociologiques car ces modèles conceptualisent la recherche d'aide comme un processus social plutôt que par une réponse individuelle (Biddle et al., 2007).

e) Modèle de comportement de maladie de Mechanic

Contrairement aux modèles psychologiques qui considèrent encore implicitement les individus comme des décideurs rationnels, les sociologues comme David Mechanic tiennent compte de l'impact de facteurs contextuels plus larges. En effet, la recherche d'aide va être influencée par l'intériorisation de valeurs et de normes. Elle va être générée si elle est cohérente avec le contexte social de l'individu et si le besoin de soigner la détresse psychologique est

suffisamment grand. Pour ce faire, il suggère que le genre et les variables socio-économiques constituent des marqueurs saillants du rôle et du statut social (Silverman, 2014). Ce modèle serait donc pertinent pour inclure le rôle des facteurs socio-démographiques dans l'étude de la recherche d'aide en cas de détresse psychologique durant la pandémie. (Mechanic, 2007)

Cependant, l'utilisation de caractéristiques telles que le sexe ou l'appartenance ethnique comme indicateurs pour mesurer les facteurs structurels sociaux constituent des mesures indirectes qui ne représentent pas correctement le contexte social des vies et des systèmes de croyances des gens (Biddle et al., 2007; Pescosolido, 1992)

f) Modèle d'action contre la maladie de Dingwall

Un autre sociologue, Dingwall, décrit la recherche d'aide dans son modèle d'action contre la maladie comme une action sociale intentionnelle dépendante des significations attribuées aux symptômes. Il la décrit comme un processus en trois étapes : l'évaluation des symptômes, la décision d'agir et la surveillance des effets de l'action. Des mouvements répétés et circulaires sont permis à travers ces étapes, car de nouveaux symptômes ou des actions infructueuses nécessitent une nouvelle évaluation (Biddle et al., 2007). Il est à noter que ces éléments sont également retrouvés dans le modèle Mechanic précédent.

L'avantage de ce modèle est qu'il est itératif et dynamique. Les effets des actions ou des inactions sont surveillés dans un processus continu jusqu'à ce que l'équilibre soit rétabli. Grâce à ce processus, l'équilibre peut changer : ce qui est accepté comme normal actuellement peut être différent de ce qui avait été accepté comme normal par le passé. Un autre avantage de ce modèle est que l'aspect social est une caractéristique essentielle dans ce modèle (Wyke et al., 2013). Cependant, ce modèle, tout comme le modèle de Leventhal, conceptualise l'influence sociale par leurs effets sur les cognitions et le comportement individuel. Autrement dit, ce sont les interactions qui sont censées avoir un impact sur les interprétations des individus, le centre d'analyse reste donc l'individu et pas le réseau social. Pourtant, le réseau social devrait être dans la recherche d'aide, la caractéristique centrale qui, par sa structure et son contenu, conduit la réponse individuelle. C'est ce que nous allons voir à travers le modèle suivant de Pescosolido.

g) Modèle d'épisode de réseau de Pescosolido

Le dernier modèle que nous allons aborder est le modèle d'épisode de réseau. Il reconnaît l'importance des actions individuelles, mais cherche également à les comprendre dans le contexte des réseaux sociaux avec lesquels les individus interagissent. Il met l'accent sur les processus sociaux qui façonnent l'évaluation des actions. En effet, Pescosolido souligne que la

structure du réseau, à savoir la taille et la force des liens, interagit avec son contenu culturel, les croyances dominantes et la nature des expériences au sein des réseaux sociaux. Cette structure du réseau va aider à identifier les individus susceptibles d'être influencés par les autres, tandis que la compréhension du contenu des réseaux sociaux aide à révéler le rôle des croyances culturelles dominantes sur la recherche d'aide. Ceci va donc nous permettre d'étudier qui, par la structure du réseau et quoi, par son contenu, influencent la recherche d'aide. De plus, les influences structurelles sont également incluses dans le modèle, mettant en évidence l'importance de la disponibilité réelle des services et attentes à leur égard (Wyke et al., 2013).

Les avantages de ce modèle sont nombreux. Premièrement, il est le seul modèle à considérer sérieusement le système de santé. En effet, il le caractérise comme faisant partie du réseau d'un individu qui fournit des informations, des conseils et un soutien. Son deuxième avantage est l'inclusion des réseaux dans l'étude de la recherche d'aide. En effet, étant donné que le milieu social a un grand effet sur le comportement individuel et sur les systèmes de santé, il agit comme un tampon entre les individus et les institutions et s'inscrit ainsi dans le processus décisionnel du recours d'aide (Young, 2004). Troisièmement, ce modèle nous permet de comprendre l'expérience de la détresse psychologique dans sa continuité et laisse la possibilité de tenir compte des événements de façon dynamique en respectant les séquences et les multiples options disponibles. Quatrièmement, il inclut l'influence de l'expérience des interactions passées avec les services de santé sur la recherche d'aide accordant ainsi de l'importance à l'expérience passée comme future (Gerhardt & Kirchgässler, 1987). Tous ces avantages nous font choisir le modèle de Pescosolido comme cadre théorique pour étudier les mécanismes de recherche d'aide en période COVID-19 (Pescosolido, 2006).

3. Synthèse des modèles spécifiques explicatifs de la recherche d'aide

Pour récapituler cette section, nous avons comparé plusieurs modèles explicatifs afin de sélectionner le plus adéquat pour expliquer les processus sociaux et cognitifs impliqués dans la recherche d'aide en période COVID-19. Tout d'abord, nous avons abordé la recherche d'aide comme pouvant être le résultat de facteurs individuels ou collectifs comme indiqué en jaune sur la cartographie des modèles à la figure 2. Le modèle de Rosenstock avait une vision individualiste, expliquant la recherche d'aide en référence à des caractéristiques personnelles pendant que Ajzen avait une perspective plus collectiviste, référent la recherche d'aide comme étant en interaction avec les autres. Le modèle d'Anderson peut être présenté comme le modèle

qui réunit les deux perspectives avec la combinaison d'influences psychosociales et les ressources habilitantes.

Ensuite, nous avons vu que la recherche d'aide pouvait être comprise de façon statique ou dynamique comme indiqué en rose sur la cartographie des modèles à la figure 2. En effet, les cadres théoriques individualistes et collectivistes présentés précédemment comme celui de Rosenstock, Ajzen et Anderson sont caractérisés par une approche statique et comprennent la recherche d'aide comme étant un simple choix rationnel des acteurs. Ces modèles ne considèrent pas la recherche d'aide comme un processus où une série de décisions sont prises au cours du temps. Ils ne sont donc pas un bon choix pour comprendre les mécanismes sous-jacents à l'utilisation des services de santé mentale (Pattyn, 2014). C'est pourquoi nous nous sommes dirigés vers des modèles plus dynamiques comme celui de Leventhal, Dingwall et Pescosolido.

Et enfin, nous avons pu observer que la recherche d'aide fait partie de plusieurs approches disciplinaires comme indiqué en bleu sur la cartographie des modèles. Les modèles psychologiques comme celui de Leventhal, Rosenstock, Ajzen et Anderson abordent la recherche d'aide comme le résultat de facteurs essentiellement individuels par opposition aux modèles sociologiques comme ceux de Mechanic, Dingwall et Pescosolido, qui eux, abordent la recherche d'aide comme un processus social. Il faut élargir, comme le font les modèles sociologiques, la perspective de la dépendance unique à une analyse rationnelle à des modèles de décisions socialement construits. C'est pourquoi nous utiliserons des modèles sociologiques pour pouvoir observer les relations entre la communauté et les individus.

Notre choix se tourne donc vers le modèle de Pescosolido qui combine tous ces aspects. En effet, c'est un modèle dynamique qui combine la « carrière de malade », les réseaux sociaux, le soutien social et les perspectives du cours de la vie (Pescosolido, 2006). Il est donc pertinent pour étudier les déterminants de la recherche d'aide en lien avec la détresse psychologique car contrairement aux autres modèles, il prend en compte le support social dont on a vu l'importance comme facteur de maintien de la détresse psychologique dans la section précédente. De plus, il considère la recherche d'aide comme faisant partie d'une « carrière de malade » plus large que les autres modèles et non pas comme une simple décision unique ce qui rentre dans le cadre de notre analyse longitudinale. Nous allons aborder dans la section suivante les variables à inclure dans ce modèle.

D. La recherche d'aide en période COVID-19.

Comme nous l'avons vu dans la deuxième section de cette introduction sur les effets du COVID-19 sur la détresse psychologique, le confinement a amené une détérioration significative de la santé mentale de la population belge avec une augmentation de la détresse psychologique (Lorant et al., 2021). C'est pourquoi nous allons aborder en premier lieu l'état d'utilisation des services de soins de santé mentale durant cette pandémie afin de voir comment ils ont été affectés dans cette période caractérisée par une augmentation de la détresse psychologique. Ceci va nous permettre, en deuxième lieu, de pouvoir décrire les facteurs influençant cette utilisation. À fin de rappeler la rubrique précédente, nous citerons quel modèle explicatif sous-tend la prédiction de chaque facteur. Nous rappellerons que le modèle explicatif que nous avons sélectionné pour la recherche d'aide en période COVID-19 est celui de l'épisode de réseau de Pescosolido. Pour sélectionner les variables à inclure dans ce modèle, nous nous baserons sur des études empiriques pour montrer la pertinence de ces facteurs dans l'influence de la recherche d'aide durant la pandémie COVID-19. En troisième lieu, nous récapitulerons les variables à inclure dans le modèle ainsi que les intérêts de notre étude.

1. Etat d'utilisation des services de soins de santé mentale

Dans les premières phases de la pandémie, la plupart des études ont signalé tout d'abord une réduction des prestations des services de santé mentale communautaires et psychiatriques. En effet, dans une étude effectuée au Royaume-Uni, il a été rapporté que par rapport aux périodes habituelles, le nombre de patients hospitalisés dans une unité de santé mentale a diminué de 20% au cours des 4 semaines suivant le début de la pandémie (Sheridan et al., 2020).

Ensuite, une discontinuité des soins et un manque d'accès aux médicaments ont également été rapportés provoquant une détresse supplémentaire à cause de l'arrêt de traitement. Des personnes ont rapporté avoir dû d'ailleurs reporter leurs psychothérapies étant à peine sur le point de commencer (Sheridan et al., 2021).

Et enfin, les soins de santé mentale ont été marqué par une adaptation rapide des prestations de services à distance durant la pandémie COVID-19. L'utilisation de ces services de télécommunication est cependant fort discutée. il a été rapporté que durant la pandémie COVID-19, en raison du manque d'accès ou de capacité à utiliser la technologie et du manque d'intimité pour prendre des rendez-vous à distance, ces services n'ont pas toujours été considérés comme suffisants. (Sheridan et al., 2021) Il semblerait d'ailleurs que cette

télécommunication ne soit principalement utilisée que pour les soins de santé mentale déjà existant. En effet, une étude indique que ces services ont permis la continuité de la plupart des soins ambulatoires pour les cas de personnes recevant déjà des soins de santé mentale (Flint et al., 2020). Une autre étude effectuée par l'ensemble des organismes assureurs en collaboration avec L'INAMI montre également que dans seulement 72% des cas, la raison de la télécommunication était pour le suivi d'une maladie déjà existante. Et pour seulement respectivement 8% et 13% des cas pour de nouveaux symptômes dus ou non au COVID-19. Il a été souligné que en général, c'est le dispensataire de soin lui-même qui propose de réaliser la télécommunication durant la période de confinement. Dans seulement 16 % des cas le patient proposait lui-même la télécommunication (Avalosse et al., 2020). Cependant, nous aborderons dans la section suivante sur les dispositifs d'aide les avantages que peuvent apporter ces télécommunications durant la période COVID-19.

Nous constatons donc que les premières études sur la période COVID-19 mettent en évidence que les services de soins de santé mentale sont moins utilisés qu'en période habituelle, qu'il y a une discontinuité dans les soins prodigués et que l'offre de soins en distanciel ne semble pas suffisante (Sheridan et al., 2021). Pourtant, nous avons vu dans la première section de cette introduction qu'en période hors COVID-19, ces services sont déjà sous-utilisés (Mistiaen et al., 2019 ; Johson et al. 2021). Ce constat est étonnant face à l'augmentation de la détresse psychologique de cette période expliquée dans la deuxième section de cette introduction. Nous allons donc nous intéresser aux facteurs qui peuvent expliquer ce faible recours en période COVID-19.

2. Facteurs explicatifs de la recherche d'aide en période COVID-19

En réalisant un parallélisme avec la section précédente, les facteurs explicatifs du recours d'aide que nous allons aborder constituent les déterminants de la recherche d'aide que nous avons vu dans le cadre théorique général à savoir le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé. Nous allons pour décrire ces facteurs, commencer par les facteurs intermédiaires qui agissent directement sur la recherche d'aide dont nous verrons les facteurs psychologiques et comportementaux. Nous verrons ensuite le support social qui va permettre le lien entre ces déterminants intermédiaires et les déterminants structuraux comme nous l'avons vu précédemment. Et enfin, seront abordés les déterminants structuraux dont nous aborderons les facteurs socio-démographiques, la temporalité (faisant référence aux périodes de confinement et déconfinement de l'épidémie) et le système de soins.

a) Facteurs psychologiques et comportementaux

Pour commencer à décrire les facteurs explicatifs de la recherche d'aide en période COVID-19, nous commencerons donc avec les déterminants intermédiaires. Parmi ceux-ci, les barrières comportementales sembleraient plus importantes que les barrières structurelles pour la recherche d'aide. C'est d'ailleurs ce que postule le modèle de Leventhal qui considère que celle-ci est influencée par la représentation dont le patient se fait de la maladie, sans prendre en compte les facteurs structuraux. Ce constat est principalement présent pour les cas légers alors que les cas graves sont eux plus touchés par les barrières structurelles. En effet, malgré la disponibilité des soins de santé mentale et leurs coûts, la population considère généralement les problèmes de santé physique plus importants que les problèmes de santé mentale. Parmi les personnes atteintes d'un trouble du DSM-IV au cours des douze derniers mois, le faible besoin perçu était une des raisons la plus courante pour ne pas aller chercher une aide professionnelle. Ce constat était plus fréquent chez les cas modérés et légers que chez les cas graves (Andrade et al., 2014). Pour la période COVID-19, il a été confirmé que la peur, la dépression, les traumatismes et la perception de la santé mentale peuvent prédire efficacement le comportement de recherche d'aide psychologique (Liang et al., 2020). De plus, il a été montré que les personnes utilisaient moins les services de santé mentale par peur d'être exposé au virus, par souhait de ne pas vouloir alourdir les services et par croyance que l'aide ne serait pas disponible (Abbas et al., 2021). Ce dernier élément faisant référence à la cinquième barrière que Leventhal explique dans son modèle à savoir les croyances sur la capacité de traitement.

Concernant l'expérience antérieure avec la recherche d'aide qui était incluse dans le modèle de l'épisode de réseau de Pescosolido qui postule que les expériences passées façonnent notre décision à recourir à une aide, il a été montré que la confiance envers les professionnels de soins de santé mentale et l'attitude positive envers eux sont des déterminants qui ont un impact sur l'utilisation des services de soins de santé mentale (Jung et al., 2017). Si la personne a une attitude de méfiance envers les soins de santé, les conséquences pourraient être un report de la recherche d'aide et l'évitement d'utilisation des services de soins de santé mentale (Sweeney et al., 2005). En effet, 26,9% personnes souffrant de troubles graves déclarent abandonner leur traitement suite à des expériences négatives avec les prestataires de soins (Andrade et al., 2014). Durant la période COVID-19, il a bien été montré que l'expérience de la recherche d'aide psychologique est prédictif du comportement de recherche d'aide (Liang et al., 2020).

Ainsi, le facteur le plus prédictif associé à l'utilisation des services de santé mentale est la présence d'un trouble mental. Et ce, en particulier lorsqu'il s'agit d'un trouble de l'humeur. En effet, la proportion de personnes qui consultent les services de soins de santé étant en moyenne de 26% pour les troubles anxieux et de 36,5% les troubles de l'humeur. De plus, la coexistence de plus d'un trouble mental est significativement associée à la probabilité d'utiliser les services de santé mentale (Alonso et al., 2004). C'est pour ces raisons que nous allons inclure comme variable la détresse psychologique dans notre modèle pour évaluer si la présence de celle-ci peut influencer la recherche d'aide en période COVID-19. Nous partirons comme hypothèse qu'une personne présentant une détresse psychologique aura plus tendance à recourir à une aide professionnelle qu'une personne n'en présentant pas.

b) Support social

Ensuite, pour effectuer le lien entre les déterminants intermédiaires et structuraux, nous voyons à présent l'influence du support social dans la recherche d'aide. Cette influence est expliquée par le modèle explicatif de Pescosolido qui nous indique que le réseau va agir comme tampon entre les institutions et les individus dans le processus décisionnel et donc entre les déterminants intermédiaires et structuraux. En effet, une étude montre l'influence de l'entourage sur la nécessité perçue des soins de santé mentale. Certains groupes peuvent être plus susceptibles de suggérer à consulter que d'autres à savoir la police, les spectateurs, les voisins et les amis. Les pressions sociales, économiques, morales et juridiques associées aux positions de ces personnes peuvent expliquer cette différence (Calnan, 1983). De plus, avoir quelqu'un dans son réseau social avec un problème mental semble avoir un effet positif sur la demande d'aide en améliorant l'attitude envers les maladies mentales (Jung et al., 2017). Concernant la période COVID-19, il a été montré que rester en contact avec ses amis et sa famille par des appels téléphoniques ou des appels vidéo peut atténuer la détresse liée à l'isolement social (Hwang et al., 2020). Il a également été montré qu'une des causes de la sous-utilisation des services de soins de santé mentale est le sentiment d'abandon des patients à la suite du manque de contact et des contacts superficiel par télécommunication (Sheridan et al., 2021). Ces constatations posées et étant donné que le modèle explicatif de la recherche d'aide de Pescosolido postule que la structure du réseau, à savoir la taille et la structure de ses liens, va aider à identifier les individus susceptibles d'être influencés par les autres, nous incluerons le support social dans notre analyse pour évaluer dans quels cas il influence la recherche d'aide en lien avec la détresse psychologique en période COVID-19. Nous posons l'hypothèse qu'un soutien social élevé pourrait augmenter le recours à une aide psychologique.

c) Facteurs socio-démographiques.

Les facteurs socio-démographiques ainsi que le système de soins et la temporalité constituent les derniers déterminants que nous allons étudier à savoir les déterminants structuraux. Parmi les facteurs socio-démographiques, nous retrouvons les facteurs culturels. La littérature nous montre que faire partie d'une minorité ethnique peut être une barrière à la recherche d'aide dans les maladies mentales. En effet, l'attitude des professionnels de la santé envers les minorités ethniques peut avoir une influence sur la recherche d'aide pour ces groupes. Ceux-ci peuvent être stigmatisés par les préjugés implicites des praticiens qui peuvent les diminuer et même les maltraiter. Le fait d'être victime de discrimination pour les minorités ethniques nous ramène aux barrières de la recherche d'aide expliquée par le modèle d'Anderson. Il parle de préjugés envers les personnes atteintes de maladie mentale comme barrière à la recherche d'aide. De plus, il est montré que dans ces populations, le soutien social peut être faible et qu'il faut les encourager à chercher un réseau social pour éviter l'isolement durant le COVID-19. Il faut aussi prêter attention au fait que les facteurs de stress sociaux et environnementaux sont déjà élevés dans ces populations et que le COVID-19 pourrait aggraver les disparités existantes en matière de santé mentale. En effet, elles seront encore plus réticentes à utiliser les soins de santé si ces populations se sentaient déjà négligées par les autorités en temps normal (Ezell et al., 2021).

Concernant l'âge et le genre, ce sont des facteurs susceptibles d'être associés à une plus grande probabilité d'utilisation des services de soins de santé mentale. Ceci est notamment expliqué par le modèle explicatif de Mechanic que nous avons vu dans la section sur les modèles explicatifs de la recherche d'aide. L'individu va prendre la décision de recourir si c'est en adéquation avec son rôle social, le sexe et l'âge étant des marqueurs saillants de celui-ci. En effet, les femmes et les personnes avec un âge plus élevé, avec un pic dans le groupe d'âge des 35 à 49 ans, y ont plus souvent recours (Alonso et al. 2004). Au contraire, les jeunes vont plus souvent se tourner vers des proches plutôt que vers des professionnels pour faire face à leurs problèmes et donc moins chercher de l'aide. Ceci serait expliqué notamment par le fait que cette tranche d'âge plus jeune aurait une attitude relativement négative à l'égard des psychologues. Les raisons en seraient qu'ils s'inquiètent du jugement des autres, qu'ils ont des attentes irréalisables concernant les interventions d'un psychologue ou encore que les inconvénients pratiques comme le transport ou le coût l'emportent dans leur décision (Hunt & Eisenberg, 2010). Le fait de s'inquiéter du jugement des autres fait référence aux barrières de la recherche d'aide expliquées par le modèle d'Anderson. Il parle de l'attente de discrimination comme

barrière à la recherche d'aide. Pour ce qui est de la période COVID-19, nous pouvons effectuer le même constat. Effectivement, une étude effectuée pendant deux semaines lors du début de la pandémie en Chine a confirmé que les étudiants étaient effectivement un groupe à risque de sous-utilisation des services de santé mentale (Liang et al., 2020). L'âge et l'éducation ont également été mis en évidence comme prédicteur significatif de la recherche d'aide en période COVID-19 en Indonésie (Maba et al., 2020).

Pour ce qui est des autres facteurs socio-démographiques, une étude récente effectuée en Chine met en évidence que les veufs, les résidents ruraux, les personnes à faible niveau d'éducation et à faible revenu économique sont associés à un faible recours d'aide durant la période COVID-19 (Zhang et al., 2020). Une étude réalisée en Indonésie rajoute comme facteurs socio-démographiques le fait de vivre dans une zone infectée par le COVID-19 qui serait prédictif de la recherche d'aide en période COVID-19 (Maba et al., 2020).

d) Système de soins

Comme nous l'avons vu, l'influence des facteurs structuraux sur la recherche d'aide est incluse dans le modèle explicatif de Pescosolido. Le système de soins est considéré dans ce modèle comme partie intégrante du réseau de l'individu qui lui apporte des informations ce qui met en évidence l'importance du système de santé dans la recherche d'aide. L'OMS montre dans un rapport de 2011 que les services de santé mentale sont sous-financés dans le monde entier ce qui empêche l'accès aux soins de santé mentale à un grand nombre de personne. Il est à noter que ces barrières structurelles semblent toucher plus les cas graves que les cas légers de trouble en santé mentale (Andrade et al., 2014). En Belgique, les soins de santé mentale sont néanmoins généralement considérés comme plutôt abordables avec une bonne couverture mais une minorité de personnes n'ont pas les moyens financiers d'y accéder. En effet, le rapport de performance du système de soins de santé belge de 2019 du KCE a démontré que 8% de la population belge a dû renoncer à des soins dont des soins de santé mentales pour des raisons financières (Mistiaen et al., 2019). Dans notre pays, les assurances complémentaires excluent souvent le traitement des pathologies mentales et la couverture de base de la psychothérapie reste également un problème dans notre pays (Van Herck & Van de Cloot, 2013). De plus, dans la « carrière de malade », les délais d'attente pour une consultation peuvent constituer en un obstacle pour la recherche d'aide. En effet, dans le rapport de performance du système de soins de santé belge de 2019 de la KCE est renseigné que 37% des patients ont dû, pour avoir une première consultation avec une structure ambulatoire de santé mentale, attendre au moins un mois (Mistiaen, 2019). Ce temps d'attente étant très long pour la prise en charge d'un patient,

il peut donc constituer un obstacle à la recherche d'aide. Nous prenons comme hypothèse qu'avec l'augmentation de la détresse psychologique de la population et la probable hausse en demande de soins de santé mentale, que ces délais risquent de s'allonger davantage. Nous venons donc à nous demander ce qui a été mis en place durant la période COVID-19 pour augmenter l'accès aux dispositifs de soins de santé mentale au niveau structurel et c'est que nous verrons dans la section suivante.

Durant la période COVID-19, la pression exercée sur le système a perturbé les services de soins de santé mentale notamment dans la continuité des soins comme nous l'avons vu précédemment. Ceci peut être expliqué par le fait qu'un nombre croissant de patients COVID-19 utilisaient des ressources hospitalières et médicales, délaissant les autres services comme ceux des soins de santé mentale (Xiong et al., 2020). Les travailleurs de la santé ont souvent dû être réaffectés dans des unités COVID-19 ce qui limitait le personnel disponible. Une autre explication du manque de personnel était dû aux effets indirects des restrictions comme par exemple la responsabilité supplémentaire en matière de garde d'enfants et d'éducation à domicile dues à la fermeture des écoles (RESPOND project, 2021). De plus, il a été signalé un manque d'accès aux informations quant à la demande d'aide urgente et à la reprise des soins (Sheridan et al., 2021). Ce point fait référence au modèle d'utilisation des services d'Anderson dans lequel il explique que l'une des barrières à la recherche d'aide est l'ignorance sur la façon d'accéder au diagnostic et aux traitements. Nous verrons dans la sous-rubrique d'auto-gestion dans la section des dispositifs de soutien quelles interventions ont été mises en place pour améliorer cet accès à l'information.

e) Temporalité

Nous terminerons cette rubrique avec le dernier déterminant structurel que nous allons aborder à savoir la temporalité de la pandémie COVID-19, ce facteur faisant référence aux périodes de confinement et de déconfinement de la population. La période COVID-19 impose des restrictions qui pourraient avoir une grande influence sur les comportements de recherche d'aide. En effet, une étude sur la communauté de Hong Kong lors de l'épidémie de SRAS, en 2003 a démontré que la population avait augmenté sa recherche en services de santé durant la période de quarantaine et de manière générale, avait augmenté ses comportements favorables à la santé. Il a été notamment observé que la population avait adopté un mode de vie plus sain, dépensé plus de ressources pour la santé et opté pour une meilleure hygiène personnelle. (Lau et al., 2005). Ce constat nous montre l'influence potentielle que pourrait avoir la quarantaine sur la recherche d'aide. Nous pouvons supposer que le même constat pourrait émaner de la

période COVID-19. C'est pourquoi nous sélectionnerons la temporalité à inclure dans notre modèle d'analyse pour déterminer dans quels cas la recherche d'aide en lien avec la détresse psychologique est influencée par la temporalité. Nous émettrons comme hypothèse que la recherche d'aide sera plus importante en période de confinement car comme nous l'avons vu dans la deuxième rubrique de l'introduction, les restrictions sanitaires ont eu comme conséquences d'augmenter la détresse psychologique. Nous supposons donc que cette augmentation de détresse psychologique puisse être accompagnée d'une augmentation de la recherche d'aide.

3. Sélection des variables dans le modèle d'analyse

Pour notre modèle d'analyse, nous sélectionnerons la détresse d'aide comme variable pour étudier son impact sur la recherche d'aide en période COVID-19. La temporalité sera également incluse pour voir son influence sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide. Il en sera de même pour le support social.

Notre étude pourra compléter les précédentes études de plusieurs manières. Premièrement, les données sur le recours d'aide en période COVID-19 disponibles actuellement concernent principalement la période du premier confinement. Or, nos données ayant été collectées de mars à novembre 2020 comme nous le verrons dans la section méthode, permettront de donner une perspective plus large sur le recours d'aide comparé à la plupart des études actuelles et pourront, de ce fait, prendre en compte l'influence des périodes de confinement et de déconfinement durant la période de la pandémie COVID-19, également encore peu abordées dans la littérature. Deuxièmement, notre étude est effectuée en Belgique alors qu'aucune étude ne dispose de la proportion de personnes ayant cherché une aide psychologique en période COVID-19 pour la Belgique actuellement (Avalosse et al, 2020). Et troisièmement, il a été souligné un manque de connaissance sur les facteurs de résilience en période COVID-19 (RESPOND project, 2021). Notre étude va pouvoir permettre la mise en évidence des effet modérateurs du support social et de la temporalité pour ajouter une connaissance supplémentaire à ce sujet.

E. Dispositifs de soutien en période de confinement

Comme nous l'avons vu dans la troisième section de cette introduction sur les modèles explicatifs et plus précisément dans le cadre théorique général, le cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé, l'impact sur la recherche d'aide est également influencé par le contexte socio-économique et politique via des déterminants structuraux. C'est pourquoi, avant d'aborder les dispositifs de soutien en période de confinement, nous allons décrire le contexte politique. Nous aborderons donc ensuite les dispositifs disponibles pour la population durant cette période avec une typologie de ceux-ci avant d'en présenter quelques-uns. Seront d'abord présentés les dispositifs d'auto prise en charge pour ensuite passer aux services de santé mentale disponibles à distance comme les télécommunications et enfin une intervention qui cible le soutien social.

1. Contexte politique

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le contexte politique influence la recherche d'aide via les déterminants structuraux. Ceci se retrouve également dans le modèle explicatif plus spécifique de Pescosolido. Il est donc indispensable de prendre en compte le contexte politique pour pouvoir comprendre les interventions possibles en santé publique. En effet, les mesures de restriction qui influencent notre santé mentale et donc la recherche d'aide dépendent directement du régime politique. C'est par exemple grâce à l'économie politique du pays qu'il est possible de demander aux personnes de rester chez eux sans qu'ils risquent de mourir de faim (Greer et al., 2020). Les décisions politiques prises par un pays pour contrôler l'épidémie peuvent varier d'un pays à l'autre et leurs effets peuvent donc être différents sur la santé mentale. Le projet RESPOND (2021) étudie notamment les impacts de ces mesures sur la santé mentale. Prendre en compte la décision politique peut donc permettre le développement d'interventions plus réalistes et durables et permet une meilleure compréhension des politiques de santé publique (Greer et al., 2020).

2. Typologie des interventions

Afin de garantir une prévention efficace, le conseil supérieur de la santé recommande aux gouvernements de prendre une approche échelonnée des interventions et adaptée aux groupes cibles. Pour ce faire, il faut tout d'abord renforcer l'accessibilité des soins en s'appuyant sur des structures fiables notamment par les interventions en ligne que nous verrons

plus bas. Ceci permet de pouvoir fournir des soins surtout en cas de besoin urgent (Xiong et al., 2020). Cependant, les télécommunications peuvent constituer une barrière pour l'accès à l'aide des personnes âgées en période de confinement en cause la fracture numérique. Une étude réalisée en Chine montre en effet que cette tranche de la population a rencontré des difficultés lors de l'utilisation des téléphones portables pour pouvoir demander de l'aide (Wang et al., 2020). Pour éviter cette fracture numérique, une approche mixte combinant les interventions en ligne et en présentiel en particulier pour ce public est conseillée (Almeda et al., 2021).

Ensuite, il faut renforcer le processus d'adaptation pour pouvoir augmenter la résilience de la population générale en favorisant des interventions adaptées aux groupes à risques que nous avons mis en évidence dans la section sur les effets du confinement. De plus, les gouvernements doivent renforcer, en temps opportun, la communication d'information de qualité relative au COVID-19 et éviter la désinformation qui augmente l'anxiété (Xiong et al., 2020). Il est abordé plus bas dans les dispositifs d'auto prise en charge comment augmenter l'accès à l'information. De plus, les services de santé mentaux doivent s'assurer d'avoir des communications claires sur la prestation de services, sur les symptômes de contagion et sur les directives gouvernementales (Raphael et al., 2021).

Et enfin, il est impératif de garantir la continuité des soins et d'éviter leurs reports. En effet, la pandémie a mis sous pression notre système de santé engendrant une réduction du recours aux soins qui est problématique comme nous l'avons vu dans la section précédente. Le conseil supérieur de la santé recommande en ce sens un système capable d'identifier rapidement les besoins psychosociaux des patients et qui permet de les orienter facilement (CSS, 2021). Il faut également créer des programmes pour mieux soutenir les travailleurs de la santé, adapté aux pressions uniques de ce système (Young et al., 2020). C'est ce que propose le cadre de préparation et d'action en santé mentale que nous pouvons citer (Ransing et al., 2020).

3. Présentation des dispositifs

a) Promouvoir l'auto prise en charge

Comme l'indique l'organisation mondiale de la santé dans le projet « Who mind », les personnes peuvent prendre en charge leur propre santé mentale en prenant soin d'eux-mêmes ou à l'aide de leurs proches (OMS, 2007). Pour cela, les personnes doivent savoir comment éviter les situations qui pourraient nuire à leur santé mentale et comment la préserver. Ils peuvent par exemple apprendre à gérer leur émotion, leur niveau de stress et savoir quand ils

ont besoin d'aide ainsi que comment la chercher et chez qui (Hwang et al., 2020). Dans cette optique, plusieurs organisations ont créé des dispositifs pour fournir les informations dont la population a besoin pour pouvoir augmenter sa capacité à s'occuper d'elle-même. Ces sites d'informations pourraient permettre de pallier au manque d'informations accessibles rapporté dans la section précédente.

Au niveau international, l'organisation mondiale de la santé a créé une section sur son site (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>) pour promouvoir des conseils au grand public afin de préserver leur santé physique et mentale. Ils concernent comment maintenir une activité physique à la maison, manger sainement, arrêter de fumer et des conseils plus spécifiques sur comment prendre soin de sa santé mentale en fonction du public visé.

Au niveau fédéral, un site d'information (www.info-coronavirus.be) a été créé où est regroupé toute l'information à propos du virus en Belgique. On peut notamment y retrouver des renseignements sur la vaccination, les dépistages et les mesures sanitaires. Un numéro de téléphone est également disponible pour toute demande d'information sur le COVID-19, le 0800/14 689. Pour l'aide psychologique, une section d'aide psychosociale a été élaborée avec mise à disposition d'une grande série de numéros et de sites d'aide classés en fonction du public visé. Une brochure pour accompagner les personnes qui vivent un deuil durant cette période a également été créée. La croix rouge de Belgique a également créé une plateforme sur son site avec des conseils pour pouvoir mieux gérer cette période (<https://croix-rouge.be/coronavirus>). Elle a également rendu disponible sur son site un cours sur les recommandations quant aux comportements à adopter face au COVID-19, sous la forme d'un « micro-learning » avec des conseils pour gérer le stress en cette période.

Au niveau régional, l'Aviq, l'agence pour une vie de qualité, a créé une campagne de sensibilisation (<https://COVID-19.aviq.be/fr/trouver-du-soutien>) pour permettre aux personnes qui éprouvent des difficultés à trouver le soutien dont elles ont besoin. Pour la recherche d'aide, elle y a spécifiquement créé une section « trouver du soutien » et un numéro de téléphone gratuit le 0800/16 061 qui propose une série d'aides téléphoniques et rappelle également les numéros d'urgence. De plus, il existe un numéro d'urgence sociale gratuit dont l'objectif est d'écouter et réorienter les personnes qui ont besoin d'une aide sociale pendant le confinement. En Wallonie, il faudra composer le 1718 et à Bruxelles le 0800 35 243.

Concernant les informations disponibles sur ces sites d'informations, elles concernent principalement comment garder un mode de vie sain, comment gérer son stress et comment préserver sa santé mentale. Elles conscientisent également la population sur le fait qu'il existe beaucoup de fausses informations qui circulent. Pour en finir avec celles-ci, elles proposent de les vérifier en consultant des sources fiables comme les sites des autorités belges ou le site de l'OMS. Ils préconisent donc de rester informé avec des sources fiables mais de minimiser la quantité qui pourrait être source d'anxiété. Ils conseillent d'utiliser les réseaux sociaux pour partager des ondes positives et pour garder contact avec ses proches. Ils mettent en garde sur la consommation inappropriée d'alcool ou de drogue comme moyen de coping pour gérer l'isolement social mais plutôt chercher à en parler à un professionnel de la santé. Les personnes peuvent également utiliser les compétences apprises par le passé pour faire face à d'autres situations difficiles pour gérer leur stress. Les derniers conseils proposent d'aider la communauté et se montrer reconnaissant envers les professionnels de la santé. Un point est également mis en évidence sur le risque de discrimination en cette période, rappelant qu'il ne faut pas stigmatiser des personnes ou un groupe qui aurait été contaminé et se montrer respectueux envers les uns et les autres.

b) Télécommunication

L'« E-mental health » traduit l'utilisation des technologies numériques pour fournir, soutenir ou améliorer les services de santé mentale. Elle présentait déjà de nombreux avantages avant d'être utilisée durant la pandémie. En effet, elle permet une meilleure accessibilité, une meilleure qualité des soins et, dans certains contextes elle s'avère même plus efficace que les traitements dispensés en particulier sur chaque personne (Shore et al., 2018). De plus, elle permet de pouvoir traiter un grand nombre de patients, permet une plus grande utilisation et améliore les soins de santé mentale dans les établissements de soins primaires (Bashshur et al., 2016).

Pour pallier à la probable hausse des besoins de prise en charge psychologique, l'INAMI a pris des mesures temporaires concernant les soins psychologiques de première ligne. Pour assurer la continuité des soins, elle a décidé d'autoriser les psychologues cliniciens et les orthopédagogues à pouvoir effectuer des consultations par vidéo. Elle a également autorisé le dépassement du maximum de séances qui pouvait être pris en charge. Et depuis le 2 avril 2020, les soins psychologiques de première ligne sont remboursés aux mêmes conditions quel que soit l'âge du patient. On peut retrouver toutes ces informations sur leur site internet (<https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/>)

F. Questions de recherche

Dans cette section, nous allons expliciter les trois questions de recherche que nous aborderons dans notre étude. La première concernera l'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19, la seconde portera sur l'influence de la temporalité dans la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période de COVID-19 et la troisième visera l'influence du support social dans cette même relation.

1. L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19

Comme nous l'avons vu dans la section des effets du confinement sur la détresse psychologique, les mesures de restrictions ont impacté très négativement la santé mentale de la population entraînant une nette augmentation de la détresse psychologique de la population belge durant la pandémie COVID-19 (Lorant, et al., 2021). Cependant, l'utilisation de ces services de soins de santé mentale semble peu élevée comparé à la détresse psychologique de la population soulevée dans l'étude précédente. Il en est donc à se demander si la détresse psychologique a une influence sur la recherche d'aide en période COVID-19. Nous posons l'hypothèse que la détresse ait effectivement un impact sur la recherche d'aide en supposant que plus la détresse est grande, plus les personnes iront chercher l'aide dont ils ont besoin.

2. Effet modérateur de la temporalité sur la recherche d'aide en période COVID-19.

Nous nous poserons donc également la question de l'impact de la temporalité sur la recherche d'aide en lien avec la détresse psychologique. En effet, nous avons vu, toujours dans la section dédiée à la détresse due au confinement, qu'une longue période de confinement était associée à un risque plus élevé de détresse psychologique (Lorant, et al., 2021). C'est pourquoi nous appuyons l'hypothèse que la temporalité ait un impact sur la recherche d'aide en période COVID-19. En effet, on pourrait s'attendre à ce que la demande d'aide soit plus importante en avril 2020 comme elle concerne une période où les mesures sanitaires étaient beaucoup plus strictes comparé au mois de juin où il y a eu un assouplissement des mesures pour être à nouveau plus importante en novembre lors de la deuxième vague de l'épidémie. De plus, il est à noter que nous supposons qu'il puisse y avoir une décroissance dans la recherche d'aide au fur à mesure du temps étant donné que ce sont les mêmes individus qui participent à chaque vague. Nous nous demanderons donc dans quels cas la temporalité de la pandémie du COVID-19 a une influence sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide.

3. Effet modérateur du réseau social sur la recherche d'aide en période COVID-19.

Enfin, nous allons étudier l'effet du support social sur la recherche d'aide en période COVID-19. En effet, comme nous l'avons vu dans la section sur les modèles explicatifs de la recherche d'aide, le modèle de Pescosolido stipule que les réseaux dans lesquels les individus interagissent influencent la recherche d'aide de par leur taille et la force des liens dans leur recherche d'aide. C'est pourquoi nous allons étudier, en lien avec la détresse psychologique, l'influence que peut avoir notre réseau social sur notre décision de recourir à une aide psychologique. Nous posons comme hypothèse que le support social pourrait jouer un rôle de modérateur dans la relation de la recherche d'aide. Dans l'hypothèse où la détresse psychologique est génératrice d'une influence sur la recherche d'aide, posséder un soutien social fort pourrait accentuer ce lien en augmentant par exemple la tendance à chercher de l'aide. Nous nous questionnerons donc pour connaître dans quels cas la temporalité de la pandémie du COVID-19 a une influence sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide.

En récapitulatif, les questions de recherche abordées seront donc :

- La détresse psychologique a-t-elle un impact sur la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19 ?
- Dans quels cas la temporalité de la pandémie du COVID-19 influence-t-elle la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide ?
- Dans quels cas le support social influence-t-il la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide durant la pandémie du COVID-19 ?

Dans la prochaine section nous présenterons comment nous allons procéder pour pouvoir y répondre et nous présenterons également le matériel que nous avons à disposition.

II. Matériel & méthodes

Cette rubrique matériel et méthodes va nous permettre de décrire ce que nous avons à disposition pour réaliser notre étude et comment nous allons la réaliser. Il y sera tout d'abord abordé la description de la base de données ainsi que le processus de collecte des données. Ensuite, nous passerons à la description des variables utilisées et de la méthode de mesure. Et enfin, nous aborderons les stratégies d'analyses qui seront employées pour répondre aux questions de recherche. Les résultats de nos analyses seront disponibles dans la rubrique suivante.

A. Base de données

Nous utilisons les données secondaires de l'enquête « Covid et moi » de l'équipe de recherche du professeur Vincent Lorant à l'institut de recherche santé et société (IRSS) de l'Uclouvain et du professeur Kris Van den Boeck de l'Université d'Anvers. L'objectif initial de cette étude est d'analyser, durant la période de confinement, les risques de détresse psychologique liés à la pandémie et aux mesures de restrictions. Cette enquête a débuté en mars 2020, quelques jours après l'annonce du premier confinement, sur la population belge. Une deuxième série de données furent ensuite collectées en avril, lors du pic de la première vague ainsi qu'une troisième série lors du déconfinement en juin 2020. Enfin, en novembre, lors de la deuxième vague de l'épidémie, une nouvelle collecte de données a été réalisée. Au total, ce ne sont pas moins de 63337 répondants qui auront participé à l'enquête sur l'ensemble des quatre périodes. Au niveau de la collecte des données, le questionnaire était rédigé sous format électronique pour permettre de toucher un grand nombre de personnes, le plus rapidement possible et surtout, en respectant les mesures sanitaires en vigueur. Il a été diffusé largement à l'aide de la radio, de la télévision et des journaux (Lorant et al., 2021). Nous avons extrait de cette base de données, une base secondaire avec les individus qui ont participé aux quatre périodes de collecte pour obtenir les données longitudinales de l'enquête.

B. Mesures des variables

1. Recherche d'aide

Notre variable d'intérêt pour nos questions de recherche sera la recherche d'aide en période COVID-19, exprimée par la question 51 dans l'enquête « Covid et moi ». Les répondants ont été invités à répondre à la question : « Souhaitez-vous des conseils pour mieux faire face à cette période ? » Répondez par oui ou par non. Notre variable dépendante est de ce fait qualitative binaire. Si les répondants répondaient de manière positive, ils étaient dirigés vers la page « trouver du soutien » de l'Aviq sur laquelle sont renseignées une multitude d'informations et de conseils pour gérer la période. Une réponse négative les emmenait vers un message de remerciement classique. Le clic des participants nous permet donc d'identifier les personnes qui sont en demande d'informations. Cependant, cette variable n'étant pas disponible lors de la première collecte de données, nous avons donc appliqué un filtre pour sélectionner les observations correspondantes.

2. Détresse psychologique

La variable détresse psychologique est mesurée par l'échelle du GHQ-12. Elle est constituée de 12 items dont les réponses sont établies sur un continuum dont la première réponse traduit l'absence de problème de santé mentale et la dernière réponse traduit la présence d'un problème de santé mentale. Quatre dimensions seront ainsi évaluées dans ce questionnaire à savoir la dépression, l'anxiété, la désadaptation sociale et la somatisation. Elle permet d'identifier les personnes qui présentent un trouble psychologique dans la population en détectant l'incapacité des personnes à poursuivre une activité quotidienne ainsi que de détecter l'apparition de nouveaux symptômes de détresse psychologique comme des troubles mentaux actuels non psychotiques. Ceci est permis par seuil de détection bas. De ce fait, il ne permet pas d'effectuer un diagnostic, la détresse étant définie par le niveau le moins différencié des maladies mentales. Cette échelle va donc nous permettre de détecter un trouble très transitoire, dans le cas où la personne se sent moins bien qu'avant (Goldberg et al., 1997).

Cette échelle est très utilisée dans les enquêtes de santé publique car elle est simple à administrer et rapide à compléter. Elle possède également de très bonnes propriétés psychométriques. Au niveau de sa fiabilité, elle obtient un score alpha de Chronbach de 0,90 et pour sa discrimination, elle obtient un delta de 0.94 (Hankins M., 2008). Dans notre enquête, les participants sont invités à répondre à chaque question par quatre possibilités allant de « pas

du tout », coté à un score de 1 à « beaucoup plus que d'habitude », coté par un score de 4. L'addition de ces scores permet de calculer un score global qui, lorsqu'il est élevé, traduit une possible détresse psychique. Concernant la notation, nous avons utilisé un score continu allant de 0 à 12, avec un score de 4 ou plus indiquant la probabilité d'un trouble mental. Nous avons dès lors créé trois classes en fonction de ces résultats avec une catégorie détresse faible pour un score strictement plus petit que 4, de 4 à 7 pour une détresse modérée et strictement plus grand que 7 pour la catégorie forte détresse (Goldberg et al., 1997 ; Hankins, 2008).

3. Temporalité

La temporalité a été mesurée en fonction de la période à laquelle les données ont été collectées. La première correspond au tout début de l'épidémie, quelques jours après l'annonce du confinement en mars. La deuxième période correspond au mois d'avril quand l'épidémie a atteint son pic lors de la première vague. La troisième période de l'enquête correspond à la période de relâchement des mesures en juin et la dernière fait elle référence au mois de novembre lorsqu'il y a eu la deuxième vague de l'épidémie. Comme il a été annoncé, la variable recherche d'aide n'était pas encore disponible dans la première vague de l'épidémie, c'est pourquoi elle n'apparaîtra pas dans notre analyse.

4. Support social

Le support a été mesurée par l'échelle de support social de Oslo, constituée de 3 items. L'addition des réponses à ces trois questions nous donne un résultat allant de 3, correspondant à un faible soutien social et à un score de 14 correspondant à un soutien social fort (Kocalevent et al., 2018). Nous pouvons classer ces résultats en trois catégories allant de faible soutien social pour des valeurs de 3 à 8, un soutien modéré pour les valeurs de 9 à 11, jusqu'à un soutien social fort pour les valeurs de 12 à 14 (Bøen et al., 2012).

C. Stratégies d'analyses

Nous utiliserons le programme SPSS qui nous permettra d'effectuer nos analyses statistiques. Nous allons dans un premier réaliser un tableau avec les statistiques descriptives univariées afin de décrire notre échantillon. Dans un second temps, nous effectuerons un deuxième tableau où seront reprises les statistiques descriptives bivariées non pondérées de la variable recherche d'aide et la variable détresse psychologique en fonction de chaque variable d'exposition clé et chaque variable socio-démographique. Le but sera d'avoir une idée de comment elles se comportent. Nous en dégagerons les potentiels liens que nous pouvons observer entre les variables et les confirmerons grâce aux tests de Wald que nous mettrons également à disposition dans le tableau avec leur significativité.

Concernant la première question de recherche, à savoir l'effet de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19, nous effectuerons nos analyses avec la recherche d'aide comme variable dépendante et la détresse psychologique comme variable explicative. Le lien entre les deux variables sera décrit par le tableau des statistiques descriptives bivariées et confirmé graphiquement. Ce graphique nous permettra d'étudier l'effet dose-réponse, également appelé exposition-réponse.

Pour la deuxième question de recherche, nous étudierons l'influence de la temporalité dans la relation entre la recherche d'aide et la détresse psychologique. Pour ce faire, la recherche d'aide sera prise comme variable d'intérêt et la détresse psychologique et la temporalité comme variables explicatives. La troisième question de recherche sur l'influence du support social dans la relation entre la recherche d'aide et la détresse psychologique sera étudiée avec la recherche d'aide comme variable dépendante et la variable détresse psychologique et support social comme variables explicatives. Dans ces deux questions, le but sera de mettre en évidence le rôle des modérateurs de la recherche d'aide en période COVID-19.

Pour décrire la direction des variables indépendantes sur la recherche d'aide en période COVID-19 que nous venons de citer pour les deuxième et troisième questions, nous nous appuierons d'abord sur des tableaux de statistiques descriptives multivariées. On pourra y retrouver les fréquences de la recherche d'aide pour chaque variable explicative ainsi que les tests d'indépendance χ^2 avec leur significativité pour confirmer le lien entre les deux variables. Le rôle de ces test est de comparer deux distributions pour voir si on peut considérer qu'elles suivent des lois différentes ou non. Ceux-ci postulent comme hypothèse nulle l'indépendance des variables étudiés. Une p-valeur significativement inférieure au seuil alpha

0.05 pourrait permettre de rejeter cette hypothèse nulle et confirmer la présence du lien entre les variables. Ensuite, pour connaître la direction de cette relation, il faudra effectuer des régressions logistiques binaires, la variable d'intérêt étant de type qualitative dichotomique. Cette modélisation pourra nous permettre d'établir un modèle pour prédire la recherche d'aide en fonction de nos variables explicatives. Cette régression sera effectuée avec une méthode de rééchantillonnage d'auto-amorçage de 1000 observations avec comme variables de contrôles le genre, l'âge et le niveau d'éducation pour pouvoir représenter au maximum la population belge lors de l'analyse et contrôler les biais de sélection que l'on pourrait rencontrer. Dans les tableaux reprenant les coefficients résultats des régressions logistiques, nous pourrons y retrouver les odds ratio pour chaque classe des variables qualitatives. Sur cette base, nous pourrons analyser si les variables sont des facteurs de vulnérabilité ou de risque pour notre variable dépendante, la recherche d'aide. En effet, l'odds ratio étant obtenu pour une variable explicative qualitative et la recherche d'aide n'étant pas un phénomène rare, nous pourrons l'interpréter comme un risque relatif. Un score significativement au-dessus de 1 nous indiquera une augmentation de la tendance à aller chercher de l'aide alors qu'un score en-dessous de 1 nous indiquera une diminution de la probabilité d'aller recourir à une aide.

L'analyse des interactions dans le modèle de régression logistique sera également effectuée pour dégager les effets modérateurs. En effet, penser que l'interaction entre la détresse psychologique et la recherche d'aide est directe et unique serait très réducteur vis-à-vis de la réalité, nous parlerons d'ailleurs dans ce cas plutôt d'interdépendance. En effet, dans ce cas nous serions dans une perspective behavioriste ou déterministe où seules les caractéristiques individuelles et l'influence du contexte joueraient un rôle dans la prédiction du comportement de recherche d'aide. Nous obtiendrions un modèle unidirectionnel statique résultat d'une chaîne linéaire de causes et d'effets invariants sans décrire les modifications qu'implique une telle liaison (Baron & Kenny, 1986). C'est pourquoi, nous devons envisager une perspective plus interactionnelle avec l'intervention d'une ou plusieurs variables supplémentaires dans la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide afin de prendre en compte à la fois l'influence du contexte et les caractéristiques de l'environnement. C'est pourquoi nous nous intéresserons dans les questions suivantes à l'ajout de variables supplémentaires comme la temporalité et le support social qui seraient donc des variables modératrices et auraient pour rôle d'affecter la direction ou l'intensité de la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide (Rascale & Irachabal, 2001)

III. Résultats

Après avoir supprimé les valeurs manquantes et avoir appliqué un filtre pour ne pas prendre en compte les observations de la première collecte de données comme la question sur la recherche d'aide n'y était pas abordée, nous obtenons pour notre base de données secondaires un total de 18582 observations.

A. Statistiques descriptives

1. Analyse univariée

Sur le tableau 1 ci-dessous, se trouvent les fréquences en pourcentage des variables mesurées pour notre analyse.

Tableau 1 Statistiques descriptives univariées des variables de notre échantillon mesurées entre avril et novembre 2020, enquête «Covid et moi», Belgique 2020 (N=18582).

Variables		Pourcentage
Recherche d'aide	Oui	21.5
	Non	78.5
Déresse psychologique	Faible	57.2
	Modérée	22.5
	Forte	20.2
Temporalité	Avril	33.3
	Juin	33.3
	Novembre	33.3
Support social	Faible	64.1
	Modéré	34.2
	Fort	1.7
Genre	Masculin	26.6
	Féminin	73.4
Classe d'âge	15-24	3.5
	25-34	15.1
	35-44	20.5
	45-54	23.5
	55-64	21.1
	65-74	13.9
	75+	2.4

Pour la variable d'intérêt, la recherche d'aide en période COVID-19, nous pouvons y observer que 21.5% de l'échantillon ont cliqué sur le lien pour avoir de l'aide contre 78.5% qui n'ont pas cliqué.

Concernant la détresse psychologique, la catégorie faible détresse psychologique concerne 57.2% de notre échantillon, la modérée concerne 22.5% et la catégorie forte quant à elle, concerne 20.2% de l'échantillon.

Le même pourcentage d'individus est observé pour chacune des périodes de la variable temporalité à savoir 33.3%. Pour la variable support social, la classe faible concerne 64.1% de notre échantillon, la modérée 34.2% et la catégorie forte 1.7%.

Pour le genre, notre échantillon est composé majoritairement de femmes. Effectivement, celles-ci composent 73.4% de notre population alors que les hommes ne représentent que 26.6%.

Nous pouvons observer que les classes d'âge les plus représentées sont celles du milieu représentant entre 20.5% pour les 35-44 ans et 23.5% pour les 45-54 ans et que les moins représentées sont les classes des plus jeunes avec 3.5% de l'échantillon ainsi que celle des plus âgés qui représente 2.4%.

2. Analyse bivariée

Sur le tableau 2 suivant se trouvent les statistiques descriptives pour la recherche d'aide en période COVID-19 en colonne de gauche et pour la détresse psychologique en colonne de droite. Les données disponibles sont la fréquence en pourcentage, le test de Wald et sa significativité. On peut retrouver ces données en lignes pour chaque variable d'exposition clé à savoir la détresse psychologique, la temporalité de la pandémie COVID-19, le support social et pour les variables socio-démographiques la classe d'âge, genre et éducation.

Pour commencer la lecture de ce tableau avec les variables d'exposition, dans la détresse psychologique, le taux de recherche d'aide est plus élevé chez les détresses fortes avec 39.2% puis dans les détresses modérées avec 24.9% et descend jusqu'à 13.7% pour les détresses faibles. Il semble qu'en fonction du niveau de détresse psychologique, l'effet sur la recherche d'aide est différent. Nous vérifierons cette relation exposition-réponse avec un graphique plus loin dans la section

Tableau 2 Statistiques descriptives bivariées de la recherche d'aide et de la détresse psychologique dans l'échantillon, non pondérées, mesurées entre avril et novembre 2020, enquête «Covid et moi», Belgique 2020, (N=18582).

	Recherche d'aide			Détresse psychologique			
		Oui		Modérée	Forte	Oui	
	%	Wald	Signification	%	%	Wald	Signification
Détresse psy							
Faible	13.7	1035.3	<0.01*				
Modérée	24.9	258.04	<0.01*				
Forte	39.2	1022.2	<0.01*				
Temporalité							
Avril	27.4	196.26	<0.01*	25.1	22	347.14	<0.01*
Juin	18.1	150.67	<0.01*	18.3	14.9	247.69	<0.01*
Novembre	18.7	129.43	<0.01*	24.2	23.8	1.16	0.28
Support social							
Faible	18.7	147.85	<0.01*	58.6	45.2	861.33	<0.01*
Modéré	25.8	125.39	<0.01*	39.4	51.2	774.69	<0.01*
Fort	32.6	36.73	<0.01*	2	3.6	140.55	<0.01*
Age							
15-24	31.7	262.03	<0.01*	26	30	352.46	<0.01*
25-34	28.6	2.55	0.11	24.5	25	8.8	0.03*
35-44	24.3	16.49	<0.01*	24.2	23.3	15.8	<0.01*
45-54	20.9	37.75	<0.01*	22.2	22.2	30.7	<0.01*
55-64	17.2	74.14	<0.01*	21.3	17	70.9	<0.01*
65-74	14.7	96.88	<0.01*	19.8	10.8	139.42	<0.01*
75+	15.6	34.73	<0.01*	19.3	10.1	72.32	<0.01*
Genre							
Féminin	22.9	68.68	<0.01*	23.3	20.3	131.55	<0.01*
Masculin	17.3	68.68	<0.01*	22	15.5	131.55	<0.01*
Education							
Secondaire	23.3	8.83	0.12	19.5	20.3	13.05	<0.01*
Supérieur	21	5.56	0.18	22.9	20	7.06	0.008*
Autre	23.8	0.115	0.734	22.6	24.2	12.05	<0.01*

Pour la temporalité de la pandémie COVID-19, nous pouvons voir que les personnes ont été plus en détresse durant les périodes de confinement que durant la période de déconfinement. En effet, en avril, le taux de détresse était de 25.1% pour la détresse modérée et 22% pour la forte, en novembre de 24.2% et 23.8% comparé à la période de juin où il descendait à 18.3% et 14.9%. La recherche d'aide semble elle aussi suivre la temporalité des mesures sanitaires à savoir une recherche plus basse en juin avec 18.1% et plus élevée en avril avec 27.4% et en novembre avec 18.7%. Plus loin dans la section, nous étudierons l'influence du support social sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide.

Toujours dans le tableau 2 de la page précédente, nous pouvons observer que parmi les personnes qui ont un soutien social faible, 58.6% présentent une détresse psychologique modérée et 45.2% une forte. Ce qui est un taux nettement plus élevé que dans le soutien social fort où on a relevé que 2% de détresse modérée et 3.6% de détresse forte. Le soutien social fort est donc associé à une détresse psychologique plus basse que le soutien social modéré et faible. Concernant la recherche d'aide, elle augmente en fonction du soutien social des personnes. Ceux avec un soutien social faible présentent 18.7% de recherche d'aide contre 32.6% pour ceux avec un soutien social fort. Toutes les relations énoncées sont significatives ($p < 0.01$). Nous verrons plus loin dans la section l'influence du support social sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide.

Passons aux variables socio-démographiques avec la variable âge. Nous pouvons observer pour la détresse psychologique que la classe des 15-24 ans présente la plus grande détresse, 26% de détresse modérée et 30% de détresse forte, en opposition avec les classes plus âgées où on retrouve les taux les plus bas avec 19.3% de détresse modérée et 10.1% de détresse forte pour les plus de 75 ans. Mais concernant la recherche d'aide, on peut observer que ce sont également les 15-24 qui ont le pourcentage de recherche d'aide le plus important avec 31.7% et en opposition, ce sont les classes plus âgées qui ont le taux le plus bas de recherche d'aide comme chez les 65-74 ans avec seulement 14.7%. On notera que seule la classe des 25-35 n'obtient pas de lien significatif ni avec la détresse psychologique ni avec la recherche d'aide ($p > 0.05$). De manière générale, la détresse psychologique est plus présente chez les jeunes mais ce sont ceux-ci qui vont le plus consulter. Parallèlement, ce sont chez les personnes plus âgées que l'on constate le moins de détresse et ce sont aussi ces personnes qui consultent le moins.

Pour le genre, la détresse psychologique touche plus les femmes que les hommes avec respectivement 23.3% et 22% pour la détresse modérée et 20.3% et 15.5% pour la détresse forte. Mais ce sont également les femmes qui ont le plus haut taux de recherche d'aide avec 22.9% contre 17.3% pour les hommes. On peut noter que le genre a un lien significatif avec la détresse psychologique et la recherche d'aide peu importe le genre.

Au niveau de l'éducation, aucun lien n'a été dégagé entre cette variable et la recherche d'aide. Cependant, pour la détresse psychologique, la classe avec les formations « autres » ont un pourcentage de détresse plus élevé avec 22.6 % pour la modérée et 24.2% pour la forte en comparaison avec la classe ayant soit un diplôme de secondaire ou primaire qui renseignent 19.5% de détresse modérée et 20.3% de détresse forte. Ces catégories ont un lien significatif avec la détresse psychologique.

B. Effet de la détresse psychique sur la recherche d'aide en période COVID-19

Nous avons vu à la section précédente dans le tableau 2 qu'il existait un lien entre la détresse psychologique et la recherche d'aide (tests de Wald significatifs à $p < 0.01$). Quand la détresse psychologique augmentait, on pouvait observer une augmentation de la recherche d'aide dans les chiffres allant de 13.7% pour la détresse psychologique basse à 39.2% pour la détresse forte. Nous allons à présent confirmer cet effet exposition-réponse graphiquement.

Sur la figure 3 ci-dessous nous pouvons observer l'effet de l'exposition à la détresse psychologique pour chaque niveau repris en abscisse par rapport au pourcentage de recherche d'aide positionné en ordonnée. Grâce à celui-ci, nous pouvons confirmer l'effet exposition-réponse. En effet, nous pouvons clairement voir que lorsque la détresse psychologique augmente, le taux de recherche d'aide augmente, lui aussi.

Effet de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19

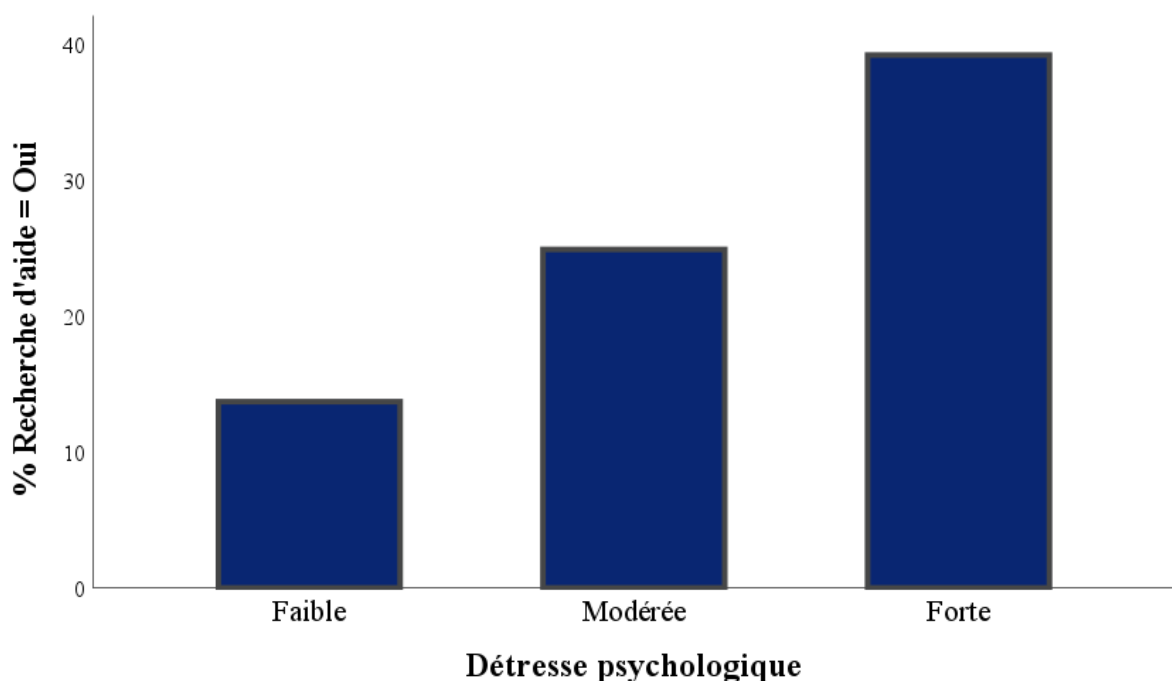


Figure 3 Graphique en barres de l'effet de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19, enquête "Covid et moi ", Belgique, 2020, (N=18582), en X=Pourcentage de recherche d'aide, en Y=Catégories de détresse psychologique (faible, modérée, forte)

Nous pouvons en déduire, grâce aux statistiques descriptives et au graphique ci-dessous que plus la détresse psychologique augmente, plus la demande d'aide va elle aussi augmenter. Autrement dit que plus une personne va présenter une détresse psychologique forte, plus elle va aller chercher de l'aide durant la période COVID-19.

C. Influence de la temporalité sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19.

1. Analyse statistique descriptive multivariée

Le tableau 3 ci-dessous détaille les fréquences de la recherche d'aide dans la variable détresse psychologique en fonction de la temporalité de la pandémie COVID-19. En lignes, on peut retrouver les classes de détresse psychologique et en colonnes les périodes durant lesquelles des individus ont répondu.

Tableau 3 Statistiques descriptives multivariées de la recherche d'aide dans la détresse psychologique en fonction de la temporalité mesurée entre avril et novembre 2020, enquête «Covid et moi», Belgique 2020, (N=18582).

Recherche d'aide = Oui		Temporalité		
		Avril	Juin	Novembre
% Détresse psychologique	Faible	18.4	11.9	11.7
	Modérée	30.4	23.5	20.6
	Forte	45.7	39.8	32.7
Test chi ²		374.97	427.315	300.88
Signification		<0.01*	<0.01*	<0.01*

Nous pouvons y observer qu'en fonction du temps, la demande d'aide a tendance à décroître pour chaque catégorie. En effet, pour la faible détresse psychologique, nous passons de 18,4% de personnes ayant fait une demande d'aide à 11,9% en juin et nous descendons jusque 11.7% en novembre. Ce constat est le même pour la catégorie détresse modérée allant de 30.4% à 20.6% en passant par 23.5% et de même pour la catégorie des personnes ayant une forte détresse psychologique avec un pourcentage de 45.7% au départ puis 39.8% en juin pour descendre jusque 32.7% en novembre. Il semblerait donc qu'un lien existe entre la temporalité de la pandémie COVID-19 et la recherche d'aide en fonction de la détresse psychologique qui sera confirmé par les tests d'indépendance chi² ci-dessus ($p < 0.01$).

2. Analyse statistique inférentielle multivariée

Un modèle de régression a été effectué pour pouvoir évaluer le sens du lien dégagé entre nos trois variables par le test d'indépendance chi² ci-dessus. Pour ce faire, nous avons effectué un tirage au sort de 1000 observations dans notre échantillon et nous les avons tirées dans chaque catégorie d'appartenance pour l'âge, le genre et l'éducation à fin de correspondre au mieux à la population belge. Les résultats se trouvent dans le tableau 4 suivant.

Tableau 4 Coefficients de la régression logistique de la recherche d'aide en fonction de la détresse psychologique en relation avec la temporalité pondérés pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation, enquête «Covid et moi», Belgique 2020, (N=18582, LRI=122.57, $p<0.01$).

		Recherche d'aide			
Covariable		Wald	OR	95% IC	Signification
Détresse psychologique		385.38			
(ref= faible)	Modérée	85.14	1.91	1.69, 2.23	<0,01*
	Forte	355.28	3.78	3.25, 4.28	<0,01*
Temporalité		82.61			
(ref=avril)	Juin	60.75	0.59	0.53, 0.68	<0,01*
	Novembre	57.63	0.58	0.51, 0.70	<0,01*
Détresse psy		7.57			
x Temporalité	Modérée x Juin	2.39	1.18	0.95, 1.46	0.122
	Modérée x Novembre	0.01	1.01	0.82, 1.26	0.909
	Forte x Juin	5.27	1.28	1.06, 1.62	0.022*
	Forte x Novembre	0.06	0.87	0.80, 1.21	0.873
	Constante	1095.29	0.23		<0.01*

Pour la variable détresse psychologique, il est indiqué qu'en prenant en base de comparaison la détresse psychologique faible, la détresse psychologique modérée et forte est associée à une augmentation de la recherche d'aide. (OR=1.91, $p<0.01$ & OR=3.78, $p<0.01$) Il est à noter que c'est la détresse forte qui augmente le plus la recherche d'aide.

Concernant la temporalité, nous pouvons observer que comparé à la période d'avril qui présente déjà une réduction de la demande d'aide (catégorie de référence, OR=0.23, $p<0.01$), la période de novembre va réduire également cette demande mais de façon moins importante (OR=0.58, $p<0.01$) et la période de juin va la réduire de façon encore légèrement moins importante (OR=0.59, $p<0.01$). Les périodes de COVID-19 sont donc associées à une réduction de la recherche d'aide, cependant, c'est la période de juin lors du déconfinement où cette réduction est la moins importante suivie de la période de novembre. Les personnes ont donc tendance à ne pas aller chercher de l'aide durant le confinement mais vont aller en chercher un peu plus durant le mois de juin qui correspond au déconfinement.

Pour ce qui est des interactions entre la détresse psychologique et la temporalité, une seule relation a été identifiée comme significative. Il s'agit de l'association entre le mois de juin et la détresse psychologique. Certes la période de juin diminue la recherche d'aide comme nous venons de le voir mais pas dans le cas où elle est associée à une détresse psychologique forte. En effet, dans ce cas, la détresse psychologique élevée sera tout de même associée à une

augmentation de la recherche d'aide. ($OR=1.28$ $p<0.022$) Cependant, elle ne sera pas aussi forte que lorsque l'on ne prend pas en compte la temporalité. Les interactions de la détresse modérée avec la période de juin et novembre n'ont pas donné de résultats significatifs. Il en est de même pour la relation entre la détresse forte et le mois de novembre. Nous ne pouvons donc pas inférer de résultats sur ces interactions.

Ceci nous montre donc que même lorsque l'on prend en compte la temporalité de la pandémie COVID-19, la forte détresse psychologique augmente toujours le recours à l'aide. Ce sera aussi le cas pour la détresse modérée mais de façon moins importante. De plus, la demande d'aide en avril a été démontrée comme étant basse et, comparé à cette période, les personnes auront plus tendance à aller chercher de l'aide en novembre durant le deuxième confinement pour à nouveau moins y aller durant la période de juin du premier confinement. Il a aussi été confirmé qu'en juin, quand les personnes éprouvent une détresse psychique élevée, ils vont tout de même aller consulter mais pas aussi facilement que pendant les autres périodes de la pandémie COVID-19.

D. Influence du support social sur la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période de pandémie COVID-19.

1. Analyse statistique descriptive multivariée

Ci-dessous figure le tableau 5 reprenant les fréquences en pourcent de la recherche d'aide en fonction de la variable support social en lignes et de la détresse psychologique en colonnes. Il y est indiqué en lignes les catégories de support social et en colonnes celles de la détresse psychologique. Ce tableau semble nous indiquer que le pourcentage de personnes qui ont recherché de l'aide durant la pandémie COVID-19 est différent en fonction du support social. En effet, il semble que les taux de recherche d'aide soient plus importants pour les personnes avec un soutien social fort et ce pour chaque modalité de la détresse psychologique. Dans la catégorie de la détresse faible, nous pouvons observer qu'un faible support social entraîne une recherche d'aide de 12.8% alors que le soutien social fort augmente la recherche d'aide à 20.4%. Le même constat est ainsi fait pour la catégorie de détresse modérée où le pourcentage de recherche d'aide passe de 23.6% avec un soutien social faible à 32.9% avec un soutien social fort. Pour la détresse forte, nous observons également une augmentation de la recherche d'aide avec un passage de 39.1% à 40.9% pour le support social élevé. Le lien entre le support social et la relation entre la recherche d'aide en période COVID-19 et la détresse psychologique est confirmé par le test d'indépendance χ^2 ($p < 0.05$).

Tableau 5 Statistiques descriptives multivariées de la recherche d'aide dans la détresse psychologique en fonction du support social, non pondéré, enquête «Covid et moi», Belgique 2020, (N=18582).

		% Détresse psychologique			Chi ²	Signification
Recherche d'aide = Oui		Faible	Modérée	Forte		
Support social	Faible	12.8	23.6	39.1	684.42	<0.01*
	Modéré	16.3	26.5	39.1	308.07	<0.01*
	Fort	20.4	32.9	40.9	10.52	0.045*

2. Analyse statistique inférentielle multivariée

Pour évaluer le sens du lien que nous venons de mettre en évidence, nous effectuons une régression logistique où nous prenons comme catégorie de référence la situation la plus favorable pour une personne, c'est-à-dire lorsque la détresse psychologique est faible et que le support social est élevé. Pour correspondre au mieux à la population belge, nous avons effectué un tirage au sort de 1000 observations dans notre échantillon et nous les avons tirées dans chaque catégorie d'appartenance pour l'âge, le genre et l'éducation. Les résultats sont disponibles dans le tableau 6 suivant.

Tableau 6 Coefficients de la régression logistique de la recherche d'aide en fonction de la détresse psychologique en relation avec le support social, pondéré pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation, enquête «Covid et moi», Belgique 2020, (N=18582, LRI=1086, $p<0.01$)

		Recherche d'aide			
Covariable		Wald	OR	95% IC	Signification
Détresse psychologique		10.197			0.006
(ref = faible)	Modérée	3.45	1.91	0.96, 3.78	0.063
	Forte	10.18	2.69	1.46, 4.95	<0,01*
Support social		25.358			<0.01*
(ref = fort)	Faible	4.71	0.56	0.34, 0.94	0.03*
	Modéré	1.09	0.76	0.45, 1.27	0.296
Détresse psy x Support social		11.819			0.19
	Modérée x Faible	0.76	1.10	0.55, 2.20	0.782
	Modérée x Modéré	0.01	0.96	0.48, 1.94	0.919
	Forte x Faible	2.41	1.63	0.88, 3.03	0.121

On peut y observer qu'au niveau de la détresse psychologique, la catégorie élevée augmente significativement la recherche d'aide comparé à la catégorie faible. (OR=2.69, $p<0.01$). Une personne avec une forte détresse psychologique et en interaction avec un gros soutien social aura donc plus tendance à aller consulter.

Pour ce qui est du support social, la catégorie support social faible va diminuer le recours à l'aide en comparaison avec la catégorie de référence qui est un soutien social fort. (OR=0.56, $p=0.03$). Une personne présentant un soutien social faible aura donc moins tendance à consulter qu'une personne avec un soutien social fort. Les autres interactions ne sont cependant pas significatives, nous ne les interpréterons donc pas ($p>0.05$).

Ceci nous indique donc que le support social va pouvoir amplifier ce recours à l'aide si il est élevé dans le cas d'une détresse forte et le diminuer dans le cas d'une détresse faible si il est lui aussi faible en période COVID-19. Une personne avec une grosse détresse psychologique et un gros soutien social aura donc plus tendance à aller consulter et une personne avec une faible détresse psychologique et peu de soutien social aura moins tendance à consulter durant la pandémie COVID-19.

IV. Discussion

Dans cette section, nous allons en premier lieu mettre en lien les résultats obtenus dans la section précédente et nos hypothèses de départ. Ensuite, nous allons mettre ces résultats en parallèle avec des études similaires pour pouvoir les interpréter et mettre en évidence des différences possibles avec la littérature. Puis, nous discuterons des limites de cette étude. Et enfin, nous proposerons des alternatives pour de futures recherches.

A. Principaux résultats en lien avec les hypothèses de départ

Nous commencerons par rappeler les trois questions de recherche ainsi que leurs hypothèses. Ensuite, nous résumerons les résultats obtenus pour chaque question. Et enfin, nous effectuerons une comparaison entre les résultats obtenus avec les hypothèses de départ.

1. L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19

Pour notre première question de recherche, à savoir quel est l'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19, nous avons émis l'hypothèse suivante : nous supposons qu'une personne présentant une grande détresse psychologique aurait plus tendance à recourir à une aide professionnelle en période COVID-19.

Dans les résultats de notre étude, nous avons mis en évidence l'existence du lien entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période COVID-19. Nous en avons également déduit que présenter une détresse psychologique modérée et forte va augmenter le recours à une aide. De plus, il a été démontré que la détresse psychologique élevée augmentait plus fortement le recours à l'aide qu'une détresse modérée. Une personne présentant une détresse forte va donc encore plus aller chercher de l'aide qu'une personne avec une détresse modérée et au contraire, une personne avec une détresse psychologique faible va moins chercher de l'aide durant la pandémie COVID-19.

En comparant les résultats obtenus avec les hypothèses de départ, nous pouvons observer que nous arrivons aux mêmes affirmations. En effet, nous avons bien mis en évidence dans notre analyse le fait que la détresse psychologique a un impact sur la recherche d'aide en période COVID-19. Nous avons également bien montré que plus la détresse est grande chez une personne, plus elle aura tendance à recourir à une aide. Nous pouvons donc stipuler que les

hypothèses de départ et les conclusions obtenues par les analyses sont donc identiques pour la première question de recherche.

2. Effet modérateur de la temporalité sur la recherche d'aide en période COVID-19.

Concernant la seconde question de recherche, nous avons supposé que l'on pourrait s'attendre à ce que la demande d'aide soit plus importante en avril 2020 qui concerne une période où les mesures sanitaires étaient beaucoup plus strictes comparé au mois de juin où il y a eu un assouplissement des mesures pour être à nouveau plus importante en novembre lors de la deuxième vague de l'épidémie. Cependant, nous avons également soumis une seconde hypothèse qu'il puisse y avoir une décroissance dans la recherche d'aide au fur à mesure du temps étant donné que ce sont les mêmes individus qui participent à chaque vague de l'épidémie de COVID-19.

À la suite de notre analyse, il a été montré que présenter une détresse modérée ou forte est toujours associé à une augmentation de la recherche d'aide avec la prise en compte de la variable temporalité de la période COVID-19 dans la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide mais que celle-ci est cependant légèrement diminuée. Concernant la temporalité de la pandémie COVID-19, il a été dégagé de l'analyse que les personnes avaient déjà peu demandé de l'aide en avril et, en comparaison à cette période, qu'ils avaient encore moins tendance à aller chercher de l'aide en novembre, durant le second confinement, et encore moins durant la période de juin qui correspond au déconfinement. L'interaction significative entre la période de juin et la détresse modérée a cependant mis en évidence que même si la période de juin diminue la recherche d'aide comme nous venons de le voir, son association avec une détresse forte va quand même pousser les personnes à aller consulter.

Comparés à nos hypothèses de départ, ces résultats ne sont pas concordant avec les deux hypothèses mais uniquement avec la première. En effet, nous avons bien montré que la demande d'aide en avril était basse et, comparé à cette période, le recours à l'aide en novembre, durant le deuxième confinement, sera encore plus bas et encore plus bas pour la période de juin durant le premier confinement. Cependant, ils ne concordent pas avec la seconde hypothèse. En effet, les résultats montrent que la recherche d'aide va légèrement réaugmenter pour la période de novembre et ne pas décroître comme l'hypothèse le formulait. Nous avons donc bien confirmé la première hypothèse de départ et infirmé la seconde hypothèse pour notre seconde question de recherche.

3. Effet modérateur du support social sur la recherche d'aide en période COVID-19.

L'hypothèse émise pour la troisième question de recherche était que posséder un soutien social fort pourrait accentuer la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide.

Concernant les résultats de notre étude, il a notamment été montré que la prise en compte du support social dans la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période COVID-19 augmentait encore plus la recherche d'aide. Il a également été montré que les personnes qui ont un soutien social modéré sont plus susceptibles d'aller chercher de l'aide et ceux qui ont un soutien fort, encore plus. Cependant, une interaction entre avoir un soutien modéré et une détresse psychologique forte a été mise en évidence comme diminuant légèrement la tendance à aller chercher de l'aide.

En comparant ces résultats avec les hypothèses de base, nous pouvons donc affirmer l'hypothèse initiale. En effet, il a bien été montré une accentuation dans la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide étant donné que lorsque l'on prend en compte le support social des personnes, avoir une détresse modérée ou forte est donc toujours associée à une augmentation de la recherche d'aide en particulier chez ceux qui ont un support social fort.

B. Concordances avec études similaires et interprétation des résultats

Nous allons à nouveau reprendre chaque question de recherche mais pour cette fois confronter les résultats obtenus avec la littérature afin de pouvoir les interpréter.

1. L'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19

Pour la première question de recherche, nous avons pour rappel démontré que la détresse psychologique pouvait impacter la recherche d'aide en période COVID-19 en augmentant le recours à une aide dans le cas d'une détresse forte et en le diminuant en cas de détresse faible. La littérature concorde avec ces résultats. En effet, une étude réalisée sur des étudiants en Chine durant la période COVID-19 sur les facteurs influençant le comportement de recherche d'aide a confirmé que les étudiants qui étaient en mauvaise condition psychologique ont davantage sollicité des conseils de professionnels. Cet impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide est notamment expliqué par le fait que lorsque cette détresse est forte, elle est plus facilement identifiable. Les symptômes, la perception de la

sensibilité et de la gravité deviennent plus clairs. Ceci a pour conséquence d'augmenter la probabilité d'un changement de comportement et donc, une recherche d'aide (Liang et al., 2020). Cette explication fait référence au modèle explicatif de la recherche d'aide de Rosenstock sur la représentation de la maladie que nous avons vu dans l'introduction théorique. La gravité perçue et la sensibilité perçue de la détresse psychologique vont donc influencer la recherche d'aide. (Nobiling & Maykrantz, 2017)

L'impact de la détresse psychologique forte sur la recherche d'aide semble plutôt rassurant. En effet, cela voudrait dire que quand les personnes ont une détresse psychologique forte et donc un grand besoin de soins de santé mentale, l'identification de cette pathologie via l'augmentation des symptômes va les pousser à aller consulter. Cependant, le constat de l'impact de la détresse psychologique faible sur la recherche d'aide semble plutôt inquiétant. En effet, ceux qui ont une détresse psychologique faible ont par conséquent, moins de possibilité de l'identifier ce qui réduit la probabilité d'aller chercher une aide psychologique.

2. Effet modérateur de la temporalité sur la recherche d'aide en période COVID-19

Les résultats obtenus pour la deuxième question de recherche où nous avons démontré l'influence de la temporalité de la pandémie COVID-19 dans la relation entre la détresse psychologique et la recherche d'aide coïncident avec plusieurs recherches. En effet, nous avons montré que la recherche d'aide avait été basse durant la période de pandémie COVID-19 mais un peu moins basse en période de déconfinement que durant les périodes de confinement. Une étude réalisée en 2003 confirme ce résultat. Dans une étude sur la communauté de Hong Kong lors de l'épidémie de SRAS, il est montré que la population avait augmenté sa recherche en services de santé durant la période de quarantaine (Lau et al., 2005). Cette étude est donc concordante avec nos résultats qui montre que la recherche d'aide augmente en période de confinement.

Ce constat montre que la recherche d'aide suit l'effet des restrictions sanitaires sur la détresse psychologique. En effet, cela veut dire que dans les périodes où le risque de détresse psychologique est plus élevé, la recherche sera un peu moins basse que durant les autres périodes de la pandémie mais restera cependant basse ce qui explique la faible utilisation des services de soins mentale durant la période COVID-19.

3. Effet modérateur du support social sur la recherche d'aide en période COVID-19.

Dans notre troisième question de recherche, nous avons démontré dans le cadre de notre troisième question de recherche que le soutien social fort pouvait être un facteur qui augmentait la tendance à recourir à une aide en cas de détresse psychologique. D'autres recherches ont également souligné ce constat. En effet, une étude a montré que l'augmentation des symptômes de détresse psychologique, associée à la disponibilité d'un soutien social était prédictive de la recherche d'aide. La connaissance d'une personne qui fait une demande d'aide à un professionnel peut influencer ses proches à consulter à leur tour (Rickwood & Braithwaite, 1994). Une autre étude souligne l'importance de la confiance envers les professionnels. Une étude réalisée en Chine sur les probabilités de dépression chez des femmes enceintes a également montré que le support social était un facteur protecteur de l'intention de rechercher de l'aide. (Wang et al., 2021). Cette relation entre haut support social et recherche d'aide est également expliquée, dans une étude sur des adolescents, par le fait que les expériences passées positives et l'encouragement des autres provenant du réseau social pouvaient influencer positivement la recherche d'aide (Gulliver et al., 2010). La manière dont les personnes définissent et agissent sur les symptômes de détresse est souvent façonnée par les attitudes des proches (Vogel & Wei, 2005). Encore une autre étude, faisant référence au modèle de l'épisode de réseau de Pescosolido que nous avons vu dans l'introduction, explique que les expériences passées notamment envers les professionnels via la confiance que nous leur accordons et l'attitude positive que nous leur donnons sont des déterminants qui ont un impact sur l'utilisation des services de soins de santé mentale (Jung et al., 2017).

Nous pouvons donc en déduire qu'en période de confinement, le soutien social peut agir de deux façons sur notre recherche d'aide. Lorsque le soutien social baisse, il fait de ce fait augmenter notre détresse psychologique et par un effet médiateur, cette détresse va à son tour augmenter la recherche d'aide. D'autre part, et cette fois-ci, un effet modérateur, il peut également influencer positivement la recherche d'aide avec un soutien social fort. En effet, nous serions directement influencés si une personne de notre entourage a une attitude favorable envers les professionnels de la santé, à ressentir une attitude positive envers eux. On pourrait donc imaginer que notamment grâce à l'image positive véhiculée par les médias des professionnels de la santé comme étant les sauveurs de la pandémie COVID-19, celle-ci a pu également influencer positivement notre vision sur eux et donc, notre recours à une aide. Le soutien social est donc une clé dans la décision à recourir à une aide psychologique durant la période COVID-19.

C. Limites

Premièrement, concernant les limites de notre étude, nous pourrions suspecter un biais de sélection dans notre échantillon. En effet, les personnes qui se sont senties très concernées par notre enquête car fort affectées par les restrictions sanitaires ont potentiellement plus répondu présent pour compléter le questionnaire que les personnes de la population générale. Il se peut donc que cette population soit surestimée dans notre étude. De plus, le fait que l'enquête ait été faite en ligne a pu exclure de ce fait certains groupes cibles. On pourrait imaginer que les personnes plus isolées, qui ont un soutien social plus bas ont eu tendance à moins répondre à l'enquête et donc à être sous-représentées. Il faut donc reconnaître que l'échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population comme nous l'avons vu dans l'analyse descriptive univariée. En effet, les femmes les personnes avec un niveau d'éducation supérieur sont par exemple surreprésentés dans notre échantillon.

Troisièmement, notre variable recherche d'aide est, comme nous l'avons expliqué, le clique sur un lien pour accéder à des informations concernant des conseils pour améliorer sa santé mentale. Elle a donc sa limite concernant sa capacité à prédire la réelle démarche de recherche d'aide qui sera effectuée par la population. Mais elle est cependant intéressante pour identifier dans quelle mesure les personnes sont prêtes à enclencher une action, un comportement actif d'aller chercher de l'aide et donc, prédire une prémisse de cette démarche.

Quatrièmement, une autre limite de notre étude et que nous n'avons pas pris en compte concerne la répétition des observations d'un même individu dans notre analyse. En effet, nos données étant longitudinales, un individu pouvait participer jusqu'à trois occasions dans notre étude. De ce fait, bien que l'hypothèse d'indépendance entre les individus soit raisonnable, il n'est pas réaliste de supposer que les observations effectuées pour un même individu à différents instants soient elles, indépendantes. Elles sont fort probablement corrélées. Pour prendre en compte cette possible corrélation intra-individu, on pourrait considérer d'effectuer une régression logistique multiniveau. En plus des facteurs à effets fixes que l'on étudie dans notre modèle, les effets aléatoires associés aux individus pourraient donc être pris en compte. Dans ce cas, il serait donc nécessaire d'introduire une structure de covariance pour les variables aléatoires associées à chaque individu, afin de tenir compte de cette situation particulière. Pour ce faire, il faudrait réaliser une régression logistique multiniveau, pouvant traiter des données corrélées dans laquelle nous utiliserons l'individu comme variable explicative pour le faire apparaître comme coefficient aléatoire et donc contrôler l'effet des répétitions sur un même individu (Snijders & Bosker, 1999 ; Beauregard, 2013).

D. Perspectives

Comme nous l'avons vu dans l'analyse, les détresses psychologiques légères ne sont pas un facteur qui pousse les individus à consulter. Pourtant, si elles ne sont pas traitées, elles pourraient évoluer en détresses psychologiques plus graves au vu de l'impact de la durée du confinement sur la santé mentale. Par conséquent, nous pouvons dire que les catégories de personnes dont il faut s'occuper préventivement sont les personnes à faible détresse psychologique qui ont moins tendance à aller chercher de l'aide pour ne pas que cette détresse se transforme en pathologie plus grave. De plus, étant donné que le recours à la consultation diminue dans toutes les périodes de la pandémie, l'augmentation du recours de soins doit donc être une priorité peu importe la période de la pandémie et donc pas seulement en période de confinement. Concernant les constatations effectuées pour le support social, elles nous montrent que les interventions doivent agir sur le soutien social comme étant un facteur facilitant le recours à une aide psychologique. En effet, le soutien social qu'il soit familial, amical ou provenant de collègue doit être donc absolument favorisé. Le premier soutien est souvent composé des familles qui doivent donc être soutenues à cet égard (CSS, 2021).

Pour proposer des pistes d'action pour permettre d'augmenter la recherche d'aide via le support social en période de COVID-19, une première piste serait de mettre en place des groupes de soutien en ligne. En effet, les effets bénéfiques sur le soutien social qu'ils apportent ont été prouvés en période de confinement. (Brooks et al., 2020). Une étude durant la pandémie de SARS a montré qu'avoir un groupe qui expérimente la même chose que ce que l'on subit soi-même, soit, ici en l'occurrence, une période de quarantaine, pouvait apporter un soutien qu'ils ne trouveraient pas chez les autres personnes n'expérimentant pas les mêmes situations (Pan et al., 2005). Cette proposition d'intervention pourrait donc être proposée en période COVID-19 notamment via des groupes de paroles et de soutien en distanciel qui pourraient être animés par un professionnel de la santé. Ce serait d'ailleurs une occasion pour promouvoir la littératie de la population. Une deuxième piste serait de sensibiliser la population à aider la communauté et à agir pour lutte contre la propagation du virus. Cela pourrait augmenter le sentiment d'utilité de la population qui a été mis en évidence comme diminué dans l'enquête sur la santé mentale de la population belge (Lorant et al., 2021). Les personnes pourraient notamment effectuer du bénévolat comme par exemple lors des groupes de création de masque pour soutenir les soignants qui avaient été mis en place. En plus d'augmenter leurs sentiments d'utilité, cela permet de pouvoir interagir avec des personnes en confinement donc d'augmenter leur réseau social.

V. Conclusion

Pour conclure, la pandémie COVID-19 a imposé à la population des mesures sanitaires strictes pour limiter la propagation du virus. Ces restrictions ont provoqué une détérioration de l'état de santé mentale de la population. En effet, il a été démontré dans de nombreuses études et notamment dans la population belge, une augmentation de la détresse psychologique due à cette période COVID-19 (Lorant et al., 2021).

Cette détérioration de la santé mentale est détectée dans un contexte préexistant où les services de soins de santé mentale sont sous-utilisés (Bruffaerts et al., 2007). Cette pandémie ne règlera d'ailleurs pas ce problème, aggravant même leur sous-utilisation. Il a effectivement été rapporté que ces services étaient encore moins utilisés qu'en période hors COVID-19 (Sheridan et al., 2021).

Nous nous sommes donc posés la question de savoir ce qui influençait ce faible recours. C'est pourquoi nous avons passé en revue les déterminants de la recherche d'aide en période COVID-19. Nous avons par ce biais, mis en évidence l'importance du réseau social et de la temporalité dans l'analyse de la recherche d'aide en période COVID-19. Nous nous sommes d'ailleurs posés les questions suivantes à savoir l'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide durant la pandémie COVID-19 ainsi que l'influence des variables support social et de la temporalité dans cette relation.

Pour orienter notre analyse, nous nous sommes basés sur un cadre théorique général à savoir le cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Celui-ci a souligné l'importance des facteurs structuraux comme le cadre politique dans notre analyse. Nous nous sommes également appuyés sur un modèle explicatif plus spécifique à la recherche d'aide, le modèle d'épisode de réseau de Pescosolido. Celui-ci nous a montré l'importance du réseau dans la recherche d'aide qui était également souligné dans le cadre conceptuel comme étant le lien entre les déterminants structuraux et intermédiaires.

Au niveau méthodologique, nous avons utilisé les données disponibles sur la base de données secondaire de l'enquête de population « Covid et moi ». Nous avons effectué des analyses descriptives, des tests d'indépendance et des régressions logistiques. Ceux-ci nous ont permis de dégager des résultats qui ont en grande partie, confirmé nos hypothèses de départ.

Notre étude a donc contribué aux connaissances encore en pleine expansion sur la recherche d'aide et le recours en soins de santé mentale dus à la détresse psychologique en

période COVID-19 en Belgique. Elle a notamment permis de confirmer l'impact de la détresse psychologique sur la recherche d'aide en période COVID-19, augmentant cette dernière en fonction de sa gravité. D'affirmer le rôle de la temporalité de la pandémie COVID-19 comme facteur limitant la recherche d'aide lié à la détresse psychologique. Et enfin de confirmer l'influence du support social comme facteur de résilience dans l'interaction entre la détresse psychologique et la recherche d'aide en période COVID-19.

Les résultats de notre étude questionnent sur la prévention à effectuer pour limiter cette détresse psychologique. Elle a mis en évidence que ce sont les personnes avec une faible détresse psychologique qui sont les plus à risques de cette détresse. Pour éviter que celle-ci ne se transforme en pathologie plus grave dû à l'impact de cette période COVID-19, il semble donc important d'étudier comment prévenir cette détresse pour les pandémies futures. Ceci pourra notamment être fait via l'augmentation du support social qui a prouvé l'importance de son rôle dans cette étude.

VI. Bibliographie.

Abbas, M. J., Kronenberg, G., McBride, M., Chari, D., Alam, F., Mukaetova-Ladinska, E., Al-Uzri, M., & Brugha, T. (2021). The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 72(3), 242-246. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000467>

Almeda, N., García-Alonso, C., & Salvador-Carulla, L. (2021). Mental health planning at a very early stage of the COVID-19 crisis : A systematic review of online international strategies and recommendations. *BMC Psychiatry*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03015-y>

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Use of mental health services in Europe : Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T. S., Taub, N., McColgen, Z., de Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., De Graaf, R., Vollebergh, W. a. M., Buist-Bowman, M. A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Palacín, C., ... Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project : Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55-67. <https://doi.org/10.1002/mpr.123>

Ammerman, B. A., Burke, T. A., Jacobucci, R., & McClure, K. (2021). Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the U.S. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.037>

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>

Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment : Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>

Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour : A meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology*, 40(Pt 4), 471-499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>

Attari, S. M., Ozgoli, G., Solhi, M., & Alavi Majd, H. (2016). Study of Relationship Between Illness Perception and Delay in Seeking Help for Breast Cancer Patients Based on Leventhal's Self-Regulation Model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 17(S3), 167-174. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.s3.167>

Avalosse, H., Bruyneel, L., Hens, E., Kestens, W., & Willaert, D. (s. d.). *ENQUÊTE INTERMUTUALISTE TÉLÉCONSULTATIONS*. 73.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Bashshur, N., & Yellowlees, P. M. (2016). The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders. *Telemedicine Journal and e-Health*, 22(2), 87-113. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0206>

Beauregard, B. (2013). Comparaison de modèles de régression logistique utilisés pour l'analyse de données recueillies dans le cadre d'études de type cas-témoins appariés sur le déplacement animal. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/24472>

Bell, V., & Wade, D. (2021). Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01990-x>

Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress : A dynamic interpretive model of illness behaviour.

Sociology of Health & Illness, 29(7), 983-1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x>

Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home : A cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 12, 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it : Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 937-944. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0239-3>

Calnan, M. (1983). Social networks and patterns of help-seeking behaviour. *Social Science & Medicine (1982)*, 17(1), 25-28. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90075-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90075-8)

Chen, J., Liu, X., Wang, D., Jin, Y., He, M., Ma, Y., Zhao, X., Song, S., Zhang, L., Xiang, X., Yang, L., Song, J., Bai, T., & Hou, X. (2021). Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 47-55. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01954-1>

Conseil Supérieur de la Santé. *Avis 9610 - Prise en charge psychosociale pendant la pandémie Covid-19: Révision 2021*. (2021, février 23). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9610-prise-en-charge-psychosociale-pendant-la-pandemie-covid-19-revision-2021-0>

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E. G., Fayyad, J. A., Karam, A. N., ... WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>

Elwy, A., Yeh, J., Worcester, J., & Eisen, S. (2011). An Illness Perception Model of Primary Care Patients' Help Seeking for Depression. *Qualitative health research*, 21, 1495-1507. <https://doi.org/10.1177/1049732311413781>

Ezell, J. M., Salari, S., Rooker, C., & Chase, E. C. (2021). Intersectional trauma : COVID-19, the psychosocial contract, and America's racialized public health lineage. *Traumatology*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/trm0000302>

Flint, A. J., Bingham, K. S., & Iaboni, A. (2020). Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1113-1116. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000708>

Généreux, M., David, M. D., O'Sullivan, T., Carignan, M.-E., Blouin-Genest, G., Champagne-Poirier, O., Champagne, E., Burlone, N., Qadar, Z., Herbosa, T., Hung, K. K., Arruda, H., Michel, P., Law, R., Poirier, A., Murray, V., Chan, E., & Roy, M. (2020). Communication strategies and media discourses in the age of COVID-19 : An urgent need for action. *Health Promotion International*, 1-8. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa136>

Gerhardt, U., Kirchgässler, K., & Laroche, F. (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences Sociales et Santé*, 5(1), 41-91. <https://doi.org/10.3406/sosan.1987.1051>

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>

Greer, S. L., King, E. J., da Fonseca, E. M., & Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19 : The need to understand government responses. *Global Public Health*, 15(9), 1413-1416. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340>

Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people : A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Hankins, M. (2008). The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*, 8(1), 355. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-355>

Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>

Henderson, J. V., Kuncoro, A., & Turner, M. (1995). Industrial Development in Cities. *Journal of Political Economy*, 103(5), 1067-1090.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic : A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>

Hwang, T.-J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>

Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., Bodla, Z. H., & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents : A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5), 1106-1116. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>

Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). *Psychological interventions and the Covid-19 pandemic*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8svfa>

Johnson, S., Dalton-Locke, C., Vera San Juan, N., Foye, U., Oram, S., Papamichail, A., Landau, S., Rowan Olive, R., Jeynes, T., Shah, P., Sheridan Rains, L., Lloyd-Evans, B., Carr, S., Killaspy, H., Gillard, S., Simpson, A., Bell, A., Bentivegna, F., Botham, J., ... The COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group. (2021). Impact on mental health care and on mental health service users of the COVID-19 pandemic : A mixed methods survey of UK

mental health care staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01927-4>

Jung, H., von sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19, 1-16. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687>

Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U., & Brähler, E. (2018). Social support in the general population : Standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866. <https://doi.org/S0042-96862004001100011>

Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Buck, B. E., Brenner, C., Moser, L., Jarskog, L. F., Harker, S., & Chwastiak, L. A. (2020). Community Mental Health Care Delivery During the COVID-19 Pandemic : Practical Strategies for Improving Care for People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00662-z>

Lau, J. T. F., Yang, X., Tsui, H. Y., & Kim, J. H. (2005). Impacts of SARS on health-seeking behaviors in general population in Hong Kong. *Preventive Medicine*, 41(2), 454-462. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.11.023>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Leventhal, H., Leventhal, E., & Contrada, R. (2007). Self-regulation, health, and behavior : A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13, 717-733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>

Liang, L., Gao, T., Ren, H., Cao, R., Qin, Z., Hu, Y., Li, C., & Mei, S. (2020). Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-

19 emergency. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1164-1175. <https://doi.org/10.1177/1359105320937057>

Lorant, V., Smith, P., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium. *BMC Psychiatry*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03109-1>

Luitel, N. P., Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Rathod, S. D., & Komproe, I. H. (2017). Treatment gap and barriers for mental health care : A cross-sectional community survey in Nepal. *PloS One*, 12(8), e0183223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183223>

Maba, A. P., Mulawarman, Kholili, M. I., Cahyani, A. I., kushendar, Zahro, I. F., Subandi, Loban, M. N., Muttaqin, R., S, N. H., Haryati, A., Arizona, Pambudi, Y. E., Sari, W. J., & M, D. B. I. (2020). *Help-Seeking Intention During COVID-19 Pandemic : A Nationwide Web-Based Survey in Indonesia* [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we4q2>

Mak, H. W., & Davis, J. M. (2014). The application of the theory of planned behavior to help-seeking intention in a Chinese society. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1501-1515. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0792-x>

Manescu, E. A., Robinson, E. J., & Henderson, C. (2020). Attitudinal and demographic factors associated with seeking help and receiving antidepressant medication for symptoms of common mental disorder. *BMC Psychiatry*, 20(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02971-9>

McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2020). Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA*, 324(1), 93. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740>

Mechanic, D. (2007). Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders : Implications for health care policy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Suppl 2, 20-26.

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. (2019). Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://doi.org/D/2019/10.273/49>

Naito, T., Chin, J., Kim, T. U., Veera, S., Jeannette, M., & Lomiguen, C. M. (2021). Further Reduction in Help-Seeking Behaviors Amidst Additional Barriers to Mental Health Treatment in Asian Populations : A Contemporary Review. *Cureus*, 12(11), Article 11. <https://doi.org/10.7759/cureus.11455>

Nobiling, B. D., & Maykrantz, S. A. (2017). Exploring Perceptions about and Behaviors Related to Mental Illness and Mental Health Service Utilization among College Students Using the Health Belief Model (HBM). *American Journal of Health Education*, 48(5), 306-319. <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1335628>

Pan, P. J. D., Chang, S.-H., & Yu, Y.-Y. (2005). A Support Group for Home-Quarantined College Students Exposed to SARS : Learning from Practice. *The Journal for Specialists in Group Work*, 30(4), 363-374. <https://doi.org/10.1080/01933920500186951>

Pattyn, Elise. (2014). “To seek help or not to seek help for mental illness, that seems to be the question. 265.

Pescosolido, B. A. (1992). Beyond Rational Choice : The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138. <https://doi.org/10.1086/229863>

Pescosolido, B. A. (2006). Of pride and prejudice : The role of sociology and social networks in integrating the health sciences. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(3), 189-208. <https://doi.org/10.1177/002214650604700301>

Petrie, K. J., & Weinman, J. (1997). Perceptions of Health and Illness : Current Research and Applications. Taylor & Francis.

Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic : A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet. Psychiatry*, 7(10), 883-892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

Postolica, R., Iorga, M., Savin, M., Azoicai, D., & Enea, V. (2018). The utility of Leventhal’s model in the analysis of the psycho-behavioral implications of familial cancer – a literature review. *Archives of Medical Science : AMS*, 14(5), 1144-1154. <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.63149>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic : Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Ransing, R., Adiukwu, F., Pereira-Sanchez, V., Ramalho, R., Orsolini, L., Teixeira, A. L. S., Gonzalez-Diaz, J. M., Pinto da Costa, M., Soler-Vidal, J., Bytyçi, D. G., El Hayek, S., Larnaout, A., Shalbafan, M., Syarif, Z., Nofal, M., & Kundadak, G. K. (2020). Mental Health Interventions during the COVID-19 Pandemic : A Conceptual Framework by Early Career Psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102085. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102085>

Raphael, J., Winter, R., & Berry, K. (2021). Adapting practice in mental healthcare settings during the COVID-19 pandemic and other contagions : Systematic review. *BJPsych Open*, 7(2), e62. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.20>

Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : Implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, Vol. 64(2), 97-118.

Reiter, K., Ventura, J., Lovell, D., Augustine, D., Barragan, M., Blair, T., Chesnut, K., Dashtgard, P., Gonzalez, G., Pifer, N., & Strong, J. (2020). Psychological Distress in Solitary Confinement : Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017–2018. *American Journal of Public Health*, 110(S1), S56-S62. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305375>

RESPOND Project *Addressing Wellbeing, Resilience and Mental Health Related to COVID-19 : First RESPOND Policy Brief*. (2021, mars 18). *RESPOND Project*. <https://respond-project.eu/respond-policy-brief1/>

Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine* (1982), 39(4), 563-572. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90099-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90099-x)

Rosenstock, I. M. (2005). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly*, 83(4), Online-only-Online-only. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures

Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 790. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00790>

Sheridan Rains, L., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J. J., Carr, S., Lever Taylor, B., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H. R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Dedat, Z., Oram, S., Morant, N., Simpson, A., ... The COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group. (2021). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions : Framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 13-24. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>

Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E., & Hilty, D. (2018). Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 24(11), 827-832. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>

Silverman, I. (2014). *Help-Seeking in Orthodox Jewish-Israelis : A Qualitative Study*. <https://escholarship.org/uc/item/2vh0h4r6>

Snijders, T., & Bosker, R. (1999). Multilevel Analysis : An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling. [http://lst-iiiep.iiiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=epidoc1.in\]/?t2000=013777/\(100\)](http://lst-iiiep.iiiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=epidoc1.in]/?t2000=013777/(100)).

Sweeney, A., Gillard, S., Wykes, T., & Rose, D. (2015). The role of fear in mental health service users' experiences : A qualitative exploration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1079-1087. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1028-z>

Van Herck, P., & Van de Cloot, I. (2013). Quel est l'état de santé des soins de santé mentale en Belgique ? La réalité derrière les mythes. *ITINERA INSTITUTE ANALYSE*, 2013/9.

Veer, I. M., Riepenhausen, A., Zerban, M., Wackerhagen, C., Puhlmann, L. M. C., Engen, H., Köber, G., Bögemann, S. A., Weermeijer, J., Uściłko, A., Mor, N., Marciniak, M. A., Askelund, A. D., Al-Kamel, A., Ayash, S., Barsuola, G., Bartkute-Norkuniene, V., Battaglia, S., Bobko, Y., ... Kalisch, R. (2021). Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Translational Psychiatry*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01150-4>

Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent : The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 347-357. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.347>

Wang, J., Katz, I., Li, J., Wu, Q., & Dai, C. (2020). Mobile digital divide and older people's access to 'Internet plus social work' : Implications from the COVID-19 help-seeking cases. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 0(0), 1-7. <https://doi.org/10.1080/02185385.2020.1850332>

Wang, Q., Song, B., Di, J., Yang, X., Wu, A., Lau, J., Xin, M., Wang, L., & Mo, P. K.-H. (2021). Intentions to Seek Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic Among Chinese Pregnant Women With Probable Depression or Anxiety : Cross-sectional, Web-Based Survey Study. *JMIR Mental Health*, 8(2). <https://doi.org/10.2196/24162>

Wyke, S., Adamson, J., Dixon, D., & Hunt, K. (2013). Consultation and illness behaviour in response to symptoms : A comparison of models from different disciplinary frameworks and suggestions for future research directions. *Social Science & Medicine*, 86, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.007>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Young, J. T. (2004). Illness behaviour : A selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 26(1), 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00376.x>

Young, K. P., Kolcz, D. L., O'Sullivan, D. M., Ferrand, J., Fried, J., & Robinson, K. (2020). Health Care Workers' Mental Health and Quality of Life During COVID-19 : Results From a Mid-Pandemic, National Survey. *Psychiatric Services*, 72(2), 122-128. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000424>

Yu, Y., Liu, Z., Hu, M., Liu, H., Yang, J. P., Zhou, L., & Xiao, S. (2015). Mental Health Help-Seeking Intentions and Preferences of Rural Chinese Adults. *PLOS ONE*, 10(11), e0141889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141889>

Zhang, H., Su, H., Wang, D., Wang, L., Cai, Y., & Zhou, Y. (2020). *COVID-19 : Are you ready to seek psychological help during home quarantine?* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-21747/v1>

Zhong, B.-L., Zhou, D.-Y., He, M.-F., Li, Y., Li, W.-T., Ng, C. H., Xiang, Y.-T., & Chiu, H. F.-K. (2020). Mental health problems, needs, and service use among people living within and outside Wuhan during the COVID-19 epidemic in China. *Annals of Translational Medicine*, 8(21). <https://doi.org/10.21037/atm-20-4145>

