

Faculté de santé publique

Solitude et santé mentale de la population belge pendant la pandémie de Covid-19

Mémoire réalisé par
Floride Hakizimana

Promoteurs
Pablo Nicaise
Vincent Lorant

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Au terme de ce travail, je tiens tout d'abord à remercier son Promoteur, Monsieur Pablo Nicaise et son Co-promoteur, Monsieur Vincent Lorant, pour leur confiance, leur aide, leurs précieux conseils et le temps qu'ils m'ont accordé malgré leurs agenda chargés.

Je remercie également Madame Sandy Tubeuf pour avoir spontanément accepté d'être Lectrice de ce mémoire en dépit de ses multiples occupations.

Un immense merci aussi à mes amis qui, par leur savoir et leur disponibilité, ont contribué, à leur manière, à la réalisation de ce travail.

Je remercie de tout cœur mon cher époux, Ntore, pour sa patience, ses conseils, son soutien et ses encouragements dans les moments difficiles tout au long de mon parcours académique.

Mes remerciements vont enfin à l'endroit de mes enfants, Ada, Jikel et Matt, pour leur soutien inconditionnel et leur patience.

Le 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 étudiant-e-s 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

Résumé du mémoire

HAKIZIMANA F. (2024). *Solitude et santé mentale de la population belge pendant la pandémie de COVID-19*. Mémoire de master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Contexte : La pandémie de Covid-19 a profondément affecté la Belgique, entraînant des mesures restrictives telles que le confinement et la distanciation sociale. Ces restrictions ont exacerbé la solitude et l'isolement social, impactant la santé mentale, en particulier des groupes à risque. Les mesures de prévention ont entraîné un stress accru, surtout chez les jeunes adultes et les étudiants. La détresse psychologique est liée à la solitude, affectant négativement la santé mentale à long terme. La solitude et l'isolement social, bien que liés, diffèrent par leur nature subjective et objective. La recherche se concentre sur la question suivante ; « quelle est l'ampleur de l'association entre la solitude et la détresse psychologique au sein de la population belge en général et en particulier chez les jeunes adultes en novembre 2021 ? ». La recherche a pour objectif de mesurer l'ampleur de l'association entre détresse psychologique et solitude ou isolement social lors de la cinquième vague d'enquête, pour l'ensemble de la population belge en général et en particulier pour les jeunes adultes.

Méthodologie ; l'étude utilise les données de l'enquête "Covid et moi" l'étude « 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. Des analyses statistiques ont été réalisés entre autres l'analyse de corrélations entre la détresse psychologique, le soutien social et la solitude ainsi que la régression linéaire multiple.

Résultats : Notre étude a confirmé que la solitude était associée au développement de la détresse psychologique et qu'un niveau plus faible de soutien social était lié à une détresse psychologique élevée. Notre étude a confirmé également que les individus adultes ont présenté une détresse psychologique, significativement inférieure à celle des jeunes adultes.

En conclusion, l'étude souligne l'impact significatif de la solitude ou l'isolement social sur la santé mentale pendant la pandémie, appelant à des interventions ciblées pour soutenir les populations affectées.

Mots clés : Pandémie de Covid-19 ; Solitude ; Isolement social ; Santé mentale ; Détresse psychologique ; Soutien social.

Table des matières

Remerciements.....	3
Le plagiat	4
Résumé du mémoire	5
Liste de figures et tableaux	8
I. Introduction.....	9
II. Cadre théorique.....	11
II.1 Les mesures de suppression pendant la Covid-19 et leurs effets sur la santé mentale .	11
II.2 Définition des concepts	14
II.2.1 Solitude.....	14
II.2.2 Isolement social.....	17
II.2.3 Différence entre isolement social et solitude	17
II.3 Déterminants de la solitude	19
II.3.1 Facteurs socio-démographiques	19
II.3.2 Problème de santé physique	23
II.3.3 Réseaux de soutien	23
II.4 Solitude et santé mentale.....	24
II.4.1 Effets de la solitude sur la santé mentale	24
II.4.2 Les relations sociales et santé mentale.	25
II.4.3 L'effet de la solitude ou isolement social sur la santé mentale pendant la pandémie de Covid-19	27
II.5 Jeunes adultes et santé mentale	30
II.6 Hypothèses de recherche	31
III. Méthodologie	32
III.1 Base de données.....	32
III.2 Mesure des variables.....	33
III.2.1 Variable dépendante.....	33

III.2.2 Variables indépendantes	34
III.3 Analyse statistique	36
IV. Résultats.....	37
IV.1 Analyse descriptive.....	37
IV.1.1 Analyse univariée	37
IV.1.2 Analyse bivariée	44
IV.2 Analyse multivariée	49
V. Discussion.....	53
V.1 Rappel de l’objectif du mémoire	53
V.2 Discussion des résultats de la recherche.....	53
V.3 Limites de l’étude.....	58
V.4 Perspectives et recommandations	59
VI. Conclusion	61
VII. Références bibliographiques	63

Liste de figures et tableaux

Figure 1: Répartition des scores moyens de la détresse psychologique	40
Figure 2: Répartition des scores moyens de la solitude.....	41
Figure 3: Répartition des scores moyens du soutien social	42
Tableau 1: Statistiques descriptives univariées des variables de l'échantillon	37
Tableau 2: Coefficient de corrélation de pearson.....	43
Tableau 3: Statistiques descriptives bivariées	44
Tableau 4: Régression linéaire multivariée	49

I. Introduction

La Belgique, tout comme de nombreuses régions du monde, est affectée par la pandémie de la maladie infectieuse connue sous le nom de Covid-19, causée par la propagation d'un coronavirus. Dans ce contexte exceptionnel, les autorités des pays les plus touchés prennent des mesures strictes. Ces règles ont pour objectif principal de réduire considérablement les contacts entre les individus afin de ralentir la propagation du virus et de minimiser le risque que les services de santé ne soient pas débordés par l'afflux de patients. Ces mesures imposent des contraintes importantes aux citoyens, limitant ainsi leurs libertés les plus fondamentales à un niveau jamais vu (Bouhon et al., 2020).

Ainsi, l'organisation mondiale de la santé a élaboré des recommandations de prévention à l'échelle mondiale, y compris les règles de distanciation physiques et les ordonnances de maintien à domicile (confinement) (Glowacz et al., 2022).

Parmi ces mesures, la réduction de l'accès à certains lieux de socialisation habituellement fréquentés (Houdayer, 2021) et le télétravail ont été à l'origine de la limitation des interactions entre collègues (Chamoux, 2021 ; *Les solitudes en France - Un tissu social fragilisé par la pandémie - Rapport 2021*, 2021a).

En plus, les mesures de confinement et de quarantaine dues à la pandémie de COVID-19 dans de nombreux pays à travers le monde, ont contraint les individus à se retirer de leurs activités sociales normales face à face, à l'exception de celles qu'ils partagent avec les personnes avec lesquelles ils cohabitent sur de longues périodes (Bu et al., 2020).

Celles-ci ont été exprimées quant à l'impact particulièrement négatif de ces dispositions sur la solitude, notamment des personnes considérées comme « à haut risque » et quant au fait que l'obligation d'isolement peut être maintenue même après que les mesures prises à l'encontre d'autres personnes aient été officiellement assouplies (Bu et al., 2020).

Or, les contacts sociaux limités ou inexistants, lorsqu'on est isolés chez soi, peuvent avoir des effets sur le plan somatique et psychologique (Asselah & Farah, 2020).

Rappelons que, normalement, les êtres humains sont des êtres sociaux qui ont besoin d'une connexion régulière, à travers la communauté, les amis et les réseaux d'aide. Cette connexion est essentielle à leur bien-être mental (Proesmans et al., 2022).

L'application des mesures de prévention de la pandémie extrêmement rigoureuses à l'échelle mondiale a eu un impact considérable sur la vie quotidienne et professionnelle des individus (Okuyama et al., 2021).

Ces mesures peuvent avoir généré de l'isolement et un sentiment de solitude mettant en jeu la santé mentale et le bien-être de la population (Sordes et al., 2021).

Ces restrictions ont engendré également un niveau de stress considérable, ayant eu un impact défavorable sur les relations sociales ainsi que sur la santé mentale de la population dans son ensemble (McQuaid et al., 2021).

De même, ces mesures peuvent avoir affecté différemment des personnes qui étaient déjà seules et isolées avant la pandémie. L'isolement social est « considéré comme un enjeu de la santé publique du fait de ces répercussions sur la santé et sur le bien-être des individus » (Chen et al., 2021).

Il s'avère important d'analyser en quoi la solitude est associée aux mesures prises ou à la pandémie de covid-19 en elle-même.

Diverses études longitudinales, y compris l'étude "Covid et moi", ont montré une association entre l'isolement/le sentiment de solitude et la santé mentale de la population. On ne sait pas cependant dans quelle mesure cette association est plutôt liée à la pandémie elle-même ou aux mesures qui ont été prises pour y faire face.

Les résultats sur quatre vagues d'enquête menées en 2020 étant connus et une cinquième vague ayant été effectuée en novembre 2021, ce travail de recherche va se concentrer sur cette dernière.

Dans ce cadre, la question de recherche choisie est formulée comme suit : « quelle est l'ampleur de l'association entre l'isolement social et la détresse psychologique au sein de la population belge en général et en particulier chez les jeunes adultes en novembre 2021 ? ».

La recherche aura pour objectif de mesurer l'ampleur de l'association entre détresse psychologique et solitude ou isolement social, lors de la cinquième vague d'enquête, pour l'ensemble de la population belge en général et en particulier pour les jeunes adultes.

II. Cadre théorique

Ce cadre théorique, sera divisé en six sections. Dans la première section, nous allons présenter les mesures de suppression pendant la Covid-19 et leurs effets sur la santé mentale, où nous allons expliquer l'impact des mesures sanitaires sur la santé mentale au niveau de la population belge et au niveau mondial. Dans la deuxième section, nous allons définir les concepts « solitude et isolement social ». La troisième section présentera les différents déterminants de la solitude. La quatrième section présentera les effets de la solitude sur la santé mentale en dehors de la pandémie, les relations sociales et santé mentale et l'effet de la solitude sur la santé mentale pendant la pandémie. La cinquième partie parlera de la santé mentale et les jeunes adultes et enfin la dernière section présentera la question de recherche, l'objectif et les hypothèses de recherche.

II.1 Les mesures de suppression pendant la Covid-19 et leurs effets sur la santé mentale

La Pandémie mondiale provoquée par l'apparition de la maladie à coronavirus a considérablement affecté le bien-être physique et mental de la population mondiale (Takeda et al., 2021). Les répercussions immédiates et sans précédent de cette pandémie et les mesures prises pour la contrôler ont impacté divers aspects de la vie, notamment la santé mentale de la population en général et celle de la population belge (Rens et al., 2021).

En réponse à la propagation de la Covid-19, les gouvernements ont mis en œuvre des stratégies de confinement telles que la fermeture des écoles, la distanciation sociale et la quarantaine à domicile (Loades et al., 2020). Ces mesures, qui visent à freiner la transmission du virus, notamment la distanciation sociale et le maintien à domicile, restreignent la capacité des individus à entretenir des relations sociales, entraînant ainsi des conséquences importantes sur le bien-être psychologique (Bruggeman et al., 2022). Cette réalité a été expérimentée en Belgique.

La propagation mondiale rapide de la COVID-19 ayant atteint des niveaux pandémiques, on observe une augmentation significative des problèmes de santé mentale à travers le monde entier. Il s'agit notamment des symptômes dépressifs, de l'anxiété, du stress et des symptômes post-traumatiques, des problèmes du sommeil et d'autres troubles psychologiques. Cette pandémie est devenue donc une préoccupation croissante (Nochaiwong et al., 2021).

Des recherches indiquent que la détresse psychologique au sein de la population générale a augmenté pendant la pandémie de covid-19.

Cette détresse peut être attribuée à divers facteurs, tels que le contrôle strict des infections, la quarantaine, la distanciation physique et le confinement (Nochaiwong et al., 2021).

La pandémie a entraîné une diminution des relations sociales, et les recommandations de rester à la maison, autant que possible, peuvent avoir eu un impact négatif sur la santé mentale des individus. Pendant la pandémie de Covid-19, on observe une augmentation des symptômes tels que l'anxiété, la dépression, la peur, le stress et les troubles du sommeil (Özdin & Bayrak Özdin, 2020).

Des études quantitatives ont mis en évidence que les personnes en quarantaine présentent des taux élevés de symptômes psychologiques, notamment des symptômes post-traumatiques et de la dépression, du stress et de l'anxiété (Mazza et al., 2020).

Gonzalez et al. ont constaté que les personnes en quarantaine pouvaient rencontrer une détresse psychologique accrue, des symptômes ressemblant au trouble de stress post-traumatique (SSPT), à la dépression et à des niveaux de stress globalement élevés (González-Sanguino et al., 2020).

De plus, plus la durée de la quarantaine est longue, plus la probabilité de subir des conséquences psychologiques négatives est élevée. Il est important de noter que les mesures de distanciation sociale et les fermetures d'école peuvent exacerber les problèmes de santé mentale chez les adolescents. Ceux-ci sont déjà plus susceptibles de développer de tels problèmes que les adultes (Loades et al., 2020).

La mise en œuvre des mesures de distanciation sociale pour lutter contre la transmission de la Covid-19 a eu pour conséquence de diminuer les interactions sociales, entraînant ainsi un sentiment accru d'isolement social et de solitude. La solitude amplifie le niveau de stress, contribue à la détresse psychologique et augmente le risque de développer des problèmes de santé mentale y compris la dépression (Takeda et al., 2021). L'isolement social, dont l'objectif principal est de réduire la propagation de la Covid-19, a déjà été associé à des problèmes de santé mentale dans de nombreuses populations (Rosenberg et al., 2021).

Le fait de protéger les personnes vulnérables et de mettre en œuvre des mesures de distanciation sociale peut potentiellement entraîner une séparation physique, conduisant à un isolement social et à un sentiment de la solitude (C. Y. K. Williams et al., 2021).

Des recherches ont montré une forte corrélation entre l'isolement social, la solitude et divers problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, la dépression et l'anxiété (C. Y. K. Williams et al., 2021).

Une enquête réalisée par Ipsos MORI a également mis en évidence des inquiétudes généralisées au sein de la population générale concernant l'impact de l'isolement social et de la distanciation sociale sur le bien-être général, notamment des niveaux accrus d'anxiété, de dépression, de stress et d'émotions négatives (Holmes et al., 2020).

Par conséquent, il est important de prendre en compte les conséquences potentiellement dangereuses de l'augmentation de la solitude, en réponse aux mesures restrictives mises en place pour lutter contre la propagation du virus (Hu & Gutman, 2021).

Les mesures de distanciation sociale et la fermeture des écoles pourraient entraîner une augmentation de la solitude chez les adolescents, en raison de la réduction de leurs contacts sociaux habituels (Loades et al., 2020).

D'une manière générale, les écrits mettent en avant l'impact de l'isolement social forcé. Ce dernier provoque des conséquences significatives sur divers aspects de la vie des individus, entraînant une importante tension psychologique et déclenchant une diversité des problèmes de santé mentale (Mazza et al., 2020).

La solitude n'épargne pas les jeunes adultes. Des recherches indiquent que les niveaux de solitude sont particulièrement élevés chez les moins de 30 ans (Luchetti et al., 2020). Les premiers résultats dans le domaine de Covid-19 suggèrent que près de 50 % des jeunes adultes ressentent un sentiment d'isolement pendant cette période (Loades et al., 2020).

Les mesures de confinement mises en place, en réponse à la pandémie Covid-19, ont été les plus restrictives en termes de déplacement et de contacts sociaux et leur impact a été particulièrement prononcée chez les jeunes. Par conséquent, il est important de prendre en compte les conséquences potentiellement dangereuses de l'augmentation de la solitude, en réponse aux mesures restrictives mises en place pour lutter contre la propagation du virus (Hu & Gutman, 2021).

Cette situation est préoccupante, car l'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes cruciales de développement, marquées par une propension naturelle à l'indépendance, à l'expérimentation, à l'autonomie et à la réévaluation des liens sociaux (Kung et al., 2023).

La pandémie peut avoir un impact significatif sur les jeunes adultes qui se trouvent dans une phase importante de leur développement interpersonnel, éducatif et professionnel. Les jeunes adultes sont, en effet, particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété pendant cette période (Lee et al., 2020).

Des études récentes ont démontré que le soutien social joue un rôle capital dans la protection contre les effets néfastes sur la santé mentale causés par les épidémies et les pandémies.

De plus, il a été constaté que le soutien social est également associé à une diminution des symptômes de santé mentale. Les relations sociales sont essentielles dans la vie humaine, fournissent un soutien, un sens et une orientation qui peuvent influencer les résultats de santé à long terme. L'isolement social, c'est-à-dire l'absence de ces relations, est une réalité vécue par de nombreuses personnes pendant la pandémie de Covid-19, avec des conséquences potentielles sur leur santé et leur bien-être (Takeda et al., 2021).

Les relations sociales sont essentielles dans la vie humaine, fournissant un soutien, un sens et une orientation qui peuvent influencer les résultats de santé mentale à long terme. L'isolement social (absence de ces relations), est une réalité vécue par de nombreuses personnes pendant la pandémie, avec des conséquences potentielles sur leur santé et leur bien-être (Matthews et al., 2016).

II.2 Définition des concepts

Dans cette section, nous allons définir les concepts de solitude et d'isolement social, nous allons aussi établir les différences et les ressemblances qui existent entre ces deux concepts.

II.2.1 Solitude

La solitude est définie comme une sensation d'être seul et isolé, ce sentiment étant plus substantiel que la simple séparation physique des autres (Howden et al., 2022). Elle fait référence à un état subjectif dans lequel une personne se sent seule ou isolée émotionnellement, même en présence d'autres personnes. C'est une expérience individuelle pouvant être vécue différemment d'une personne à l'autre (Pe Peplau, L. A., & Perlman, D., 1982 ; Dupont, 2016).

En fait, il s'agit d'un état distinct et solitaire dans lequel un individu se sent socialement isolé, même en compagnie d'autres personnes (Pop et al., 2022).

La solitude est souvent décrite comme une expérience négative découlant du sentiment que les exigences sociales ne sont pas satisfaites en raison d'un manque d'interaction sociale (Adamczyk, 2016).

Bien que la solitude n'est pas un phénomène nouveau, son importance s'est amplifiée pendant la pandémie de COVID-19, une époque où les individus pratiquaient la distanciation sociale en restant à la maison afin de freiner la propagation du virus (Adamczyk, 2016). Selon la perspective cognitive de la liaison, la solitude résulte du sentiment d'un individu qui manque de relations puissantes et étroites avec des personnes importantes (Adamczyk, 2016).

De plus, la solitude se caractérise par une disparité perçue entre les niveaux réels et souhaités de liens sociaux (Lim et al., 2020). Également, la solitude témoigne d'une perception subjective selon laquelle l'environnement ne répond pas de manière adéquate au besoin de connexion sociale d'un individu (Manoli et al., 2022).

Il est possible qu'une personne ayant de nombreuses relations sociales superficielles puisse néanmoins ressentir une sensation de solitude (Karsegard & Nogueiro Fernandes, 2019). En outre, la solitude est une expérience subjective qui se manifeste lorsque l'on perçoit une différence entre les relations sociales que l'on a réellement et celles que l'on souhaite avoir (Lim et al., 2020).

La solitude est une condition émotionnelle personnelle pénible qui survient lorsque les schémas d'interaction sociale souhaités diffèrent de ceux qui sont effectivement vécus (Koyama et al., 2021). Par conséquent, elle est considérée comme une condition entièrement subjective qui ne dépend pas nécessairement de la quantité de relations sociales qu'une personne entretient (Wang et al., 2017).

La solitude survient généralement lorsqu'une personne perçoit un besoin et un manque de relations sociales en termes de quantité et/ou qualité, elle est peut être transitoire ou chronique et peut être causée par divers facteurs tels que le manque de relations sociales, la perte d'un être cher, un changement de situation de vie ou une faible estime de soi. La solitude est ainsi une perception d'isolation alors qu'en réalité, cette personne n'est pas seule (*Pe Peplau, L. A., & Perlman, D. 1982*).

La solitude est communément reconnue comme une élaboration complexe composée d'au moins deux aspects différents depuis de nombreuses années (Manoli et al., 2022) et on a une distinction entre la solitude émotionnelle et la solitude sociale (Faustino et al., 2021).

Selon Ronka. A et al., la solitude est souvent divisée en deux types selon l'endroit où l'on se trouve dans la relation et ces deux types sont la solitude sociale et émotionnelle (Rönkä et al., 2020).

Une autre étude aborde la notion de solitude de la même façon que les précédents et note aussi deux angles différents. Tout d'abord sur un plan quantitatif et sociologique, il y a la solitude sociale. Ensuite, sur un plan qualitatif et psychologique, il y a la solitude émotionnelle (Karsegard & Nogueiro Fernandes, 2019).

La solitude sociale résulte d'un manque d'accès aux relations sociales (Fardghassemi & Joffe, 2021), (tel qu'un réseau d'amis, de collègues, de voisins, ou de pairs), se réfère à l'absence d'un réseau social désiré, comprenant un cercle plus étendu de membres de la famille, d'amis et de connaissances susceptibles de procurer un sentiment d'appartenance.

Elle est également observée en raison de l'absence de liens de groupe et d'activités plaisantes et partagées (Manoli et al., 2022) une insatisfaction à l'égard de sa vie sociale globale et de ses interactions (Baliyan et al., 2022).

La solitude sociale peut être aussi caractérisée comme étant le produit d'une absence de réseau sociale sans prendre en compte la qualité ou l'importance sur le plan émotionnelle (Karsegard & Nogueiro Fernandes, 2019).

La solitude émotionnelle se manifeste par une absence de relations proches ou intimes (Adamczyk, 2016). En plus, la solitude est vue comme une résultante de la privation ou l'absence d'une relation affectueuse étroite, des liens affectifs (par exemple avec le partenaire ou le confident) (Faustino et al., 2021). La solitude émotionnelle est de ce fait, associée à l'absence d'une ou de plusieurs personnes d'attachement avec lesquelles on pourrait établir une relation intime (Manoli et al., 2022). La solitude émotionnelle se caractérise alors par des liens émotionnels intimes insatisfaisants, tels que ceux que l'on peut avoir avec un partenaire, un parent, un frère ou une sœur (Baliyan et al., 2022). La solitude émotionnelle peut être vécue aussi lorsqu'il y a un déficit dans les relations intimes ou les liens étroits et insatisfaisants (un ami proche) (Kupcewicz et al., 2022).

La solitude émotionnelle se caractérise également par une absence de personnes proches de confiance. Elle peut se manifester par une sensation de vide, un manque de possibilité de rencontrer des personnes qui répondent aux besoins de l'individu, ainsi qu'un sentiment d'insatiabilité face à la qualité des relations.

En outre, le sentiment de solitude affective peut se traduire par une impression d'être exclue émotionnellement (Karsegard & Nogueiro Fernandes, 2019).

Ainsi, on peut se sentir émotionnellement seul même si l'on a des liens sociaux importants. De même, on peut éprouver de la solitude sociale même si on a des relations intimes (Fardghassemi & Joffe, 2021).

II.2.2 Isolement social

L'isolement social se caractérise souvent par le fait de vivre seul, d'avoir des connexions limitées aux réseaux sociaux, un manque de soutien et des interactions sociales peu fréquentes. (Holt-Lunstad et al., 2015).

Le concept d'isolement social se réfère également à la quantité et à la régularité des échanges sociaux comme le dit une autre étude. Il décrit également l'état des environnements sociaux et des modèles d'interaction des individus (Hwang et al., 2020).

L'isolement social est aussi caractérisé par la situation concrète de disposer de peu de liens sociaux ou de contacts sociaux intermittents avec autrui (Wu, 2020). Le terme « isolement social » désigne une absence de relations ou une séparation physique de la famille, des amis ou des réseaux sociaux plus étendus, ainsi qu'une faible participation à des activités sociales (Brooke & Jackson, 2020). L'isolement social représente donc une situation d'éloignement où les relations sociales sont restreintes ou inexistantes (Matthews et al., 2016).

L'isolement social est une évaluation objective du nombre d'échanges sociaux d'un individu, en relation avec des éléments tels que la fréquence des relations sociales et la proximité avec autrui (Manoli et al., 2022). Ce sont les personnes qui n'ont jamais de contacts physiques avec les membres de leurs réseaux sociaux ou qui rejoignent très rarement ces différents réseaux qui sont considérés comme isolées objectivement (Wu, 2020).

Donc, l'isolement social est caractérisé par un déficit de liens sociaux, tant en qualité qu'en quantité et il est particulièrement évalué de manière objective (Koyama et al., 2021). L'isolement social peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé mentale et physique d'une personne (Holt-Lunstad et al., 2015).

Il est important de noter que l'isolement social diffère de la solitude.

II.2.3 Différence entre isolement social et solitude

Bien que les mots « isolement et solitude soient parfois employés de façon interchangeable, ils ne possèdent pas exactement la même signification.

Comme il a été mentionné précédemment, l'isolement social est un terme plutôt sociologique, tandis que la solitude est davantage définie comme étant l'expérience subjective de se sentir seule (*Les solitudes en France - Un tissu social fragilisé par la pandémie - Rapport 2021*, 2021b).

Essentiellement, même si l'isolement et la solitude ont tendance à se reproduire ensemble, ils peuvent également être ressentis séparément : cela ne signifie pas que les individus isolés éprouvent nécessairement de la solitude, et une multitude de connexion sociale ne prévient pas la solitude. De cette manière, même s'il y a une certaine superposition entre ces deux notions, il y a des différences conceptuelles importantes entre elles (Matthews et al., 2016).

La différence entre les deux réside donc essentiellement dans leur nature subjective et objective. La solitude se réfère à l'état émotionnel d'une personne qui se sent seule, tandis que l'isolement social fait référence à une condition objective de manque de contacts sociaux ou de participation aux activités sociales (Hawkley & Cacioppo, 2010).

La solitude est une expérience subjective de se sentir seul, même en présence d'autres personnes, tandis que l'isolement social est davantage une situation objective caractérisée par un manque de relations sociales (Ross et al., 2020).

Ainsi, la solitude est un état émotionnel subjectif, alors que l'isolement social est une situation objective de manque de contact et de participation sociale. La solitude peut être ressentie même en présence d'autres personnes, tandis que l'isolement social se concentre sur les aspects concrets et observables des relations sociales (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Néanmoins, la solitude sociale peut être définie comme la conséquence d'un manque de relations, sans considération de la qualité ou de l'importance émotionnelle des contacts, et peut donc être liée à l'isolement social (*Les solitudes en France - Un tissu social fragilisé par la pandémie - Rapport 2021*, 2021a).

En raison de leur similitude dans les conséquences sur la santé et leur lien avec la déconnexion sociale, l'isolement social et la solitude sont souvent confondus et utilisés de manière interchangeable. (Ooi et al., 2023).

Il était important de définir ces concepts, car si le Covid a pu causer un isolement social dans un premier temps avec la cession des contacts avec autrui, les couvre-feux, la fermeture des lieux publics, cette exposition à l'isolement a pu peut-être créer un sentiment de solitude même à la levée des restrictions sanitaires.

En effet, un sentiment de solitude a pu naître chez les personnes plus fragiles ou plus exposées, la restriction au niveau des contacts sociaux a été trop longue.

II.3 Déterminants de la solitude

II.3.1 Facteurs socio-démographiques

- **Age**

Des études sur l'expérience de la solitude montrent qu'elle a tendance à atteindre son apogée à la fin de l'adolescence, à diminuer progressivement à l'âge mûr, puis à augmenter à nouveau vers la fin de l'âge adulte (Beutel et al., 2017).

La croyance rependue selon laquelle la solitude est plus fréquente à l'âge adulte est un mythe. En fait les études indiquent que la solitude est plus fréquemment signalée par les adolescents et les jeunes enfants. Ce ne sont que les personnes âgées atteintes d'une maladie ou d'un handicap qui signalent une plus grande incidence de solitude que leurs homologues sans ces conditions. Toutefois, à mesure que les individus vieillissent, leur expérience de la solitude suit une trajectoire particulière. Bien qu'il ait tendance à diminuer au fur et à mesure qu'ils avancent dans l'âge adulte, il recommence à augmenter avec la vieillesse comme le montre cette étude (Mushtaq et al., 2014).

Néanmoins, la solitude n'est pas une condition réservée uniquement aux personnes âgées. En fait, les informations actuelles indiquent que les sentiments de solitude les plus intenses sont ressentis par les jeunes adultes. Par la suite, le niveau de solitude diminue au milieu de l'âge adulte et au début de la vieillesse avant de remonter.

Toutefois, il convient de noter que les niveaux de la solitude ne dépasseront pas ceux vécus pendant la jeunesse jusqu'à ce qu'un individu atteigne un âge avancé, défini comme ayant plus de 80 ans (Luhmann & Hawkey, 2016).

- **Genre**

Les études montrent que les femmes peuvent avoir des expériences de la solitude différentes de celles des hommes, bien que cela puisse varier en fonction des contextes.

L'importance de sexe dans l'expérience de la solitude est contestée dans certaines études. Dans l'étude KORA Age, on a constaté que le niveau moyen de solitude ne différait pas entre les hommes et les femmes ; ce n'est que chez les participants les plus âgés (> 85 ans) que la solitude était plus élevée chez les femmes (Beutel et al., 2017).

Les résultats d'une autre enquête révèlent qu'environ 18 % des femmes et 16 % des hommes souffrent de solitude émotionnelle. La distinction entre les scores des hommes et des femmes n'est pas substantielle (de Jong Gierveld et al., 2009).

Cependant, une autre histoire se dessine en ce qui concerne la solitude sociale. Lorsque l'on considère la solitude sociale chez la population âgée, il est important de reconnaître la disparité entre les sexes. En particulier, les statistiques indiquent que les femmes âgées souffrent de solitude sociale à un taux de 18 %, tandis que les hommes plus âgés en souffrent à un taux plus élevé de 26 %. Cette disparité est significative et suggère que les hommes sont plus sensibles au risque de solitude sociale que les femmes (de Jong Gierveld et al., 2009).

Toutefois, des études antérieures ont montré que les filles et les femmes déclarent se sentir plus seules que les garçons (Rönkä et al., 2020).

Des études menées dans le monde entier indiquent qu'en moyenne, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se sentir seules. La différence entre les hommes et les femmes est d'environ 5 à 10 points.

Les chercheurs ont découvert que les femmes ont tendance à donner la priorité à leur vie personnelle, comme la famille et le foyer, tandis que les hommes se concentrent davantage sur leur vie professionnelle et sociale, qui offre de plus grandes opportunités d'interactions sociales. Ceci est soutenu par plusieurs études (Aouici & Peyrache, 2019).

Les femmes sont particulièrement touchées par ce phénomène d'isolement pour plusieurs raisons : parce que les femmes sont plus nombreuses dans la tranche d'âge de plus de 75 ans, qui représente 25 % de la population isolée (Serres, 2017).

Les femmes sont moins isolées mais plus sujettes au sentiment de solitude. Ainsi, les personnes qui souffrent de solitude sont généralement des femmes, vivant en milieu urbain, âgées, au chômage, célibataires ou monoparentales (Beasley, 2020).

- **État Civil**

Les personnes célibataires, divorcées ou veuves peuvent ressentir plus fréquemment des épisodes de solitude par rapport à celles qui sont mariées ou en couple.

Le simple fait de vivre seul, qu'on soit veuf, séparé ou célibataire, peut effectivement entraîner un plus grand risque d'isolement.

Cependant, si les personnes vivant avec un conjoint sont moins touchées par la solitude que celles vivant seules (Deslauriers et al., 2023). Les célibataires déclarent se sentir plus seuls que les personnes mariées (Pitcher Valtorta, 2019).

La corrélation entre être marié et solitude est fortement établie, mais elle semble plus significative chez les personnes âgées lorsqu'il s'agit de se sentir seule. Vivre seul et sentiments de solitude sont étroitement liés par exemple, vivre avec un conjoint ou un partenaire était associé à des niveaux de solitude plus faibles que vivre seul ou célibataires (Luhmann & Hawkley, 2016). C'est la pensée d'être seule qui fait que la personne se sent seule (Tiwari, 2013).

- **Situation familiale**

Les personnes vivant seules, sans enfants ou sans un réseau familial proche peuvent être plus susceptibles de ressentir de la solitude.

Les adultes jeunes et d'âge moyen sont particulièrement intrigués par la présence d'enfants au sein d'un foyer. Vivre avec de jeunes enfants nécessite des responsabilités qui réduisent les opportunités sociales, conduisant potentiellement à un sentiment accru de solitude. Cependant, ceux qui n'ont pas d'enfants dans leur foyer peuvent également se sentir plus seuls.

Cela est particulièrement vrai pour les adultes d'âge moyen sans enfants qui peuvent se sentir socialement isolés, ou pour ceux qui se sentent seuls une fois que leurs enfants ont quitté la maison (Luhmann & Hawkley, 2016).

Les mesures de confinement et de distanciation sociale ont également eu un impact sur les relations familiales et amicale (Charton et al., 2022).

Le décès d'un conjoint ou d'un proche est l'un des événements les plus fréquents qui expliquent l'isolement. En plus, la douleur causée par cette perte conduit souvent à l'isolement social. Perdre un être cher ou vivre une séparation peuvent également provoquer des sentiments de tristesse ou de détresse, aboutissant finalement à un retrait des autres. En plus de la douleur liée au processus de deuil, les personnes perdent également une partie de leur réseau social (Berhuet et al., 2020.). A mesure qu'on vieillit, la solitude tend à devenir plus répandue (*Les effets négatifs de la solitude sur notre bien-être au quotidien*, 2022).

Des facteurs situationnels, tels que le déménagement, peuvent contribuer à la solitude, car il peut être difficile d'établir de nouvelles relations sociales dans un nouveau contexte.

De plus, les jeunes des zones rurales ou éloignées qui ne déménagent pas peuvent se sentir seuls si un certain nombre de leurs pairs migre (Rönkä et al., 2020).

- **Situation professionnelle**

Un travail exigeant ou une routine quotidienne chargée peuvent avoir un impact significatif sur les interactions sociales. À l'inverse, l'absence d'emploi peut également conduire à la solitude due à l'instabilité économique (Hamel et al., 2021).

Cela pourrait être attribué aux divers avantages de l'emploi, tels que la structure qu'il fournit, les interactions sociales, un objectif commun, un statut élevé et une activité accrue. On pense que cela contribue à réduire les niveaux de solitude au travail. L'emploi peut conduire à la solitude en raison du temps de loisirs limité, ce qui peut réduire les interactions sociales avec les proches.

Le degré de solitude semble être influencé par la situation professionnelle d'une personne. La solitude ressentie par les jeunes adultes qui travaillent est inférieure à celle ressentie par les chômeurs, comme l'a rapporté cette étude, en particulier entre 30 et 65 ans.

La perte d'emploi constitue également un facteur d'isolement. Le chômage est à l'origine d'un risque de "mort sociale", en particulier lorsqu'il persiste sur une longue période.

La retraite provoque une rupture de vie par la perte d'un réseau professionnel et le vieillissement qui engendre souvent des problèmes de santé, mais aussi le décès de certains membres (parents, proches, conjoints, amis), connaissances de la même génération (Berhuet et al., 2020).

De nombreuses études ont montré que le chômage et le sous-emploi, les mauvaises conditions de vie et de logement, le manque de soutien social et la faible cohésion sociale ont eu des effets néfastes sur la santé physique et mentale des individus à la fois à court et à long terme.

Sans support social adéquat, les mesures de santé publique générales comme le confinement et les restrictions imposées au marché du travail ont heurté la population.

Ceci a mené les personnes socioéconomiquement défavorisées à se retrouver dans une détresse importante, ayant déjà de base des difficultés à vivre dans des conditions adéquates (Charton et al., 2022).

II.3.2 Problème de santé physique

Les résultats des recherches menées par le Crédoc pour la Fondation de France montrent bien cette expérience de la vie sociale restreinte, pour cause de maladie ou de handicap. L'existence d'un handicap et/ou d'une maladie chronique ou de longue durée constitue un obstacle à la construction ou au maintien d'une vie sociale. Si cet obstacle n'a pas la même forme, la même force et le même temps selon les personnes, les gens ont souvent des problèmes sociaux (Berhuet et al., 2020.).

II.3.3 Réseaux de soutien

La taille et la qualité du réseau social d'une personne exercent une influence significative. Ainsi, les personnes ayant des réseaux sociaux limités ou étroits peuvent ressentir de la solitude.

Le développement d'une relation intime et d'un partenariat entre jeunes adultes constitue une étape de développement qui, lorsqu'elle est entravée, peut entraîner un sentiment de solitude. Quel que soit l'âge, la solitude peut être liée à l'état relationnel, mais l'intensité de cette association peut augmenter avec l'âge (Luhmann & Hawkley, 2016).

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, la solitude a été associée à des indicateurs d'intégration sociale tels que les relations amoureuses, le soutien social perçu et l'acceptation.

L'absence d'enfant n'a eu aucun impact sur la solitude des personnes âgées. Cependant, vivre seul n'était pas en soi lié à la solitude, mais plutôt un réseau social plus restreint était un indicateur de solitude, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Beutel et al., 2017).

Les mesures de confinement ont entraîné une réduction des activités sociales, les contacts sociaux et également le soutien social, entraînant des changements rapides et significatifs dans la vie sociale. De plus, ces mesures peuvent également avoir un impact sur la participation au marché du travail, le risque de perte d'emploi ou les conditions de travail.

En effet, le confinement a rapidement plongé une proportion très importante de la population active dans le télétravail. Cela a conduit les individus subissant cette situation à sombrer dans une solitude (Hamel et al., 2021).

Une famille unie sur laquelle on peut compter mutuellement est bénéfique pour la construction d'une image positive de soi, ainsi que pour réduire l'incertitude et l'angoisse face aux imprévus de la vie.

Il convient de noter que le maintien de contacts peu fréquents avec sa famille, inférieurs à plusieurs fois par mois, a un impact négatif sur le niveau de bonheur déclaré, toutes choses égales par ailleurs (Berhuet et al., 2020).

Quelles que soient les raisons qui le sous-tendent, l'isolement peut entraîner un manque d'éléments essentiels tels que le contact, l'affection, l'amitié, l'amour et l'attention. Ces éléments sont fondamentaux à notre bien-être, tant physique qu'émotionnel (*Les effets négatifs de la solitude sur notre bien-être au quotidien*, 2022).

II.4 Solitude et santé mentale

II.4.1 Effets de la solitude sur la santé mentale

La santé mentale peut se définir comme « *un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et contribuer à sa communauté* » (Fusar-Poli et al., 2020).

Rappelons également que la détresse psychologique est reconnue comme un problème de santé mentale. Cette détresse psychologique témoigne de la présence de symptômes anxieux et dépressifs, dont l'intensité est faible et dont la présence est temporaire (Machado, 2019).

D'une manière générale, l'expression « détresse psychologique » est utilisée pour décrire un état de malaise émotionnel qui découle de la présence d'un ou de plusieurs facteurs de stress ou à des sollicitations excessives de l'environnement qu'ils soient de nature temporaire ou de longue durée (Hamel et al., 2021). Cet état se manifeste généralement par des symptômes de dépression et d'anxiété. Ces symptômes apparaissent après un ou plusieurs événements stressants et sans aucun autre diagnostic de maladie mentale (Horwitz, 2007). Il est important de noter que ces symptômes sont souvent de nature temporaire, car ils sont une réponse directe à la nature tumultueuse des événements de la vie (Horwitz, 2007).

Des études révèlent que la solitude peut avoir des effets néfastes sur le bien-être physique et mental. De plus, cela peut avoir des répercussions négatives sur les liens sociaux (Baarck et al., 2021).

Les travaux de William et son équipe ont analysé les différents degrés de détresse rapportés suite à l'ostracisme, le rejet social et l'exclusion et ont permis de mettre en évidence leur impact négatif, en démontrant qu'il entraîne une augmentation de la tristesse et de la colère, ainsi qu'une diminution du sentiment d'appartenance, de l'estime de soi, du contrôle et du sens de l'existence (K. D. Williams, 2007).

D'autres recherches ont montré que les problèmes de santé mentale tels que la dépression, le stress et l'anxiété sont souvent prédits par la présence de solitude (Mann & Walker, 2022).

D'autres auteurs ont également prouvé que la solitude a été associée à de nombreux problèmes de santé mentale tels que la dépression, une diminution des émotions positives, un mauvais sommeil et une mauvaise santé globale, ainsi qu'à des changements physiques (Beutel et al., 2017). De plus, on constate une corrélation entre la solitude et des maladies physiques chroniques telles que les maladies cardiaques et l'hypertension (Stickley & Koyanagi, 2016).

Les expériences réalisées au cours d'une étude sur l'ostracisme, qu'il soit intentionnel ou non, a démontré qu'il entraînait une activation très importante du cortex cingulaire antérieur dorsal (dACC). Cette activation était fortement corrélée à la détresse auto-déclarée des participants, après interprétation de la douleur ressentie par ces derniers. (K. D. Williams, 2007).

En plus de cela, l'isolement peut provoquer une dépression grave, entraînant un effet néfaste sur l'état psychologique de la personne (Eric, 2020). L'absence de compagnie, communément appelée solitude, a été associée à la dépression, à l'anxiété, à des habitudes malsaines et à une mauvaise santé générale (Thoits, 2011).

Les personnes socialement isolées peuvent également subir les effets débilissants de la dépression et de l'anxiété comme le montre cette étude portant sur l'ostracisme. Cette étude met en lumière certaines de ces réalités en précisant que de courtes périodes d'exclusion provoquent de la tristesse et de la colère mettant en péril les besoins essentiels.

Il a été remarqué une forte corrélation entre l'exclusion prolongée et la dépression chez les personnes qui sont constamment exclues. De même, les individus très isolés sont les plus enclins à manifester un sentiment d'impuissance et d'aliénation plutôt que de chercher à combler leurs besoins insatisfaits (K. D. Williams, 2007).

II.4.2 Les relations sociales et santé mentale.

Des contacts sociaux réguliers sont essentiels au bien-être général, et leur absence peut entraîner une dépression, de l'anxiété ou des problèmes de santé mentale plus graves. La présence de liens sociaux et de soutien joue un rôle crucial dans l'amélioration de la santé physique et du bien-être émotionnel. Ces mécanismes impliquent l'amélioration du bien-être physique et psychologique grâce aux relations sociales et au soutien, servant de tampon contre le stress.

Le soutien social atténue les effets négatifs du stress sur la santé. Les caractéristiques du réseau social d'une personne, comme les liens primaires ou secondaires, forts ou faibles, influent sur le type de soutien social reçu.

En général, le soutien émotionnel des autres renforce l'estime de soi et le sentiment d'appartenance, réduisant ainsi la perception de menace et les effets physiologiques du stress (Thoits, 2011).

Une personne éloignée de sa famille, de ses amis ou de ses collègues peut ressentir une solitude émotionnelle en s'éloignant de sa vie sociale. Cela a un impact significatif sur la santé mentale et physique. Le manque ou la privation de contacts imposés peut faire perdre l'estime de soi et détacher les personnes complètement du monde. Les sentiments de rejet ou d'abandon peuvent être accablants, entraînant une détresse émotionnelle difficile à supporter (*Les effets négatifs de la solitude sur notre bien-être au quotidien*, 2022).

Les relations sociales auraient un impact sur le bien-être physique et mental en favorisant un sentiment d'appartenance et de camaraderie. Les interactions sociales jouent un rôle important dans la vie quotidienne. La souffrance ressentie à travers le monde au cours de la pandémie est en partie attribuable aux restrictions imposées sur les liens sociaux (Baarck et al., 2021).

Les liens sociaux ou l'intégration sont systématiquement liés de manière négative à la détresse psychologique, à la mauvaise santé et à la mortalité (Thoits, 2011). Lorsqu'une personne est délibérément ignorée et exclue, elle perd tout contrôle sur l'interaction sociale, ce qui peut entraîner une augmentation de la frustration et de la colère (K. D. Williams, 2007).

Au cours de la pandémie, ce dernier a entraîné des changements significatifs dans divers aspects sociaux, notamment une diminution des activités de groupe et des interactions sociales en raison de mesures telles que l'éloignement physique, la quarantaine, l'isolement et le couvre-feu. En conséquence, de nombreuses personnes ont connu des niveaux de solitude plus élevés que d'habitude pendant la pandémie. Certains chercheurs ont établi un lien entre cette solitude et l'augmentation des dépressions et des pensées suicidaires (*Pandémie, santé mentale et sentiment de solitude - Résultats du 1er novembre 2022 | INSPQ*, s. d.).

Les mesures de distanciation sociale et les confinements ont entraîné un isolement social, limitant les interactions sociales habituelles, ce qui peut contribuer à la solitude et à la détresse (*Pandémie, santé mentale et sentiment de solitude - Résultats du 1er novembre 2022 | INSPQ*, s. d.).

Plus précisément, l'augmentation de la solitude et la diminution des interactions sociales sont des facteurs de risque largement reconnus pour de nombreux troubles mentaux (Best et al., 2021).

En plus des inquiétudes croissantes liées à la possibilité d'attraper une maladie qui peut ou peut ne pas répondre favorablement au traitement, de multiples recherches menées par des équipes internationales ont révélé que les mesures restrictives mises en place par le gouvernement pour limiter les déplacements et les interactions sociales pendant la pandémie ont eu un impact négatif. Plusieurs rapports ont fait état d'une hausse de l'anxiété et de la dépression (Tyler et al., 2021).

En effet, le confinement peut augmenter les niveaux de stress chez les individus en limitant leur accès aux espaces publics et en réduisant leurs contacts avec les personnes extérieures à leur domicile. Il peut également entraîner une plus grande exclusion sociale, une plus grande solitude, une diminution du soutien social et une augmentation de la consommation d'alcool et de substances, qui sont tous des facteurs de risque pour la santé mentale (Lorant et al., 2021).

Les jeunes ont été fortement impactés par le confinement, en raison de leur besoin important d'interactions sociales et de stimuli dans leur tranche d'âge (Aouici & Peyrache, 2019). Malheureusement, le confinement a rendu ces choses impossibles. Comme prévu, l'isolement et la limitation des interactions sociales ont été des facteurs prédictifs significatifs de problèmes mentaux chez les jeunes (De Man et al., 2021).

Comme mentionné auparavant, le but premier des actions gouvernementales était de stopper la pandémie en réduisant presque à néant les contacts sociaux, mais, cela eut des retombées sur la population belge et mondiale.

II.4.3 L'effet de la solitude ou isolement social sur la santé mentale pendant la pandémie de Covid-19

L'isolement social est un important prédicteur d'une mauvaise santé mentale qui a été défini comme l'anxiété causée par le coronavirus comme le montre cette étude portant sur les étudiants. Les étudiants étaient plus susceptibles de connaître une détérioration de leur santé mentale, en raison d'un isolement social pendant la pandémie (Hamza et al., 2021).

La littérature souligne également que lorsque les individus font l'expérience d'une combinaison d'isolement social objectif et subjectif, cela est associé à des niveaux de détresse psychologique supérieurs à ceux des personnes qui étaient simplement isolées ou seules.

La solitude peut alors avoir un impact considérable sur la qualité de vie globale, provoquant du malheur chez les personnes qui passent la plupart de leur temps seules (Eric, 2020). En somme, la solitude est une source majeure de stress psychologique (Brooks et al., 2020).

En effet, il a été rapporté que la pandémie de COVID-19 a eu un impact significatif sur la santé mentale des individus à travers le monde. Selon une étude menée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2020, les mesures de santé publique prises pour lutter contre la propagation du COVID-19, telles que la distanciation sociale et les restrictions de voyage, ont eu un impact négatif sur la santé mentale de nombreux individus (OMS, 2020).

Une autre étude menée par le National Institute of Mental Health (NIMH) a également révélé que la pandémie de COVID-19 a entraîné des niveaux élevés de stress, d'anxiété et de dépression chez les individus, en particulier chez ceux qui ont été directement touchés par la maladie ou qui ont été exposés à des situations stressantes et difficiles (*NIMH, Soutenir la santé mentale pendant la pandémie de COVID-19*, 2020).

La crise sanitaire et les mesures de restriction qui en découlent, telles que le confinement, la distanciation sociale et l'isolement volontaire, peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale (Best et al., 2021).

Si l'isolement social et la solitude étaient déjà présents avant la Covid-19, les périodes de confinement répétées et les autres mesures de distanciation sociale ont exacerbé un problème déjà préoccupant (*L'impact de l'isolement social sur votre santé mentale*, 2021).

En plus de la peur de contracter la maladie, les mesures d'isolement, de restriction des déplacements et de distanciation sociale visant à réduire la propagation du virus peuvent également intensifier l'anxiété et le malaise psychologique (Sordes et al., 2021).

Les résultats de l'enquête menée par Ipsos MORI auprès de la population générale ont mis en évidence des inquiétudes répandues concernant les conséquences de l'isolement social ou de la distanciation sociale sur le bien-être, telles que l'augmentation de l'anxiété, de la dépression, du stress et d'autres sentiments négatifs (Sordes et al., 2021).

La mise en place de mesures de distanciation sociale dans le contexte de la pandémie a efficacement préservé la santé physique, mais il est à prévoir un impact négatif sur la santé mentale à long terme.

La peur peut être une réaction normale et adaptative face à une épidémie d'un virus très contagieux, toutefois la limitation des contacts sociaux peut aggraver la détresse psychologique. L'isolement social objectif et ressenti ou la solitude sont tous les deux étroitement associés à cette détresse psychologique (Hamel et al., 2021).

Les mesures de distanciation sociale liées à la pandémie ont entraîné une détresse psychologique à l'échelle mondiale (Hamel et al., 2021). La mise en quarantaine des personnes exposées dans un même lieu pendant une durée prédéterminée est la mesure la plus extrême parmi toutes. Bien qu'elle soit très efficace pour limiter la propagation des maladies infectieuses, cet isolement peut causer une détresse psychologique considérable (Hamel et al., 2021).

Des études ont montré que la période de quarantaine peut entraîner des conséquences psychologiques néfastes telles que le stress post-traumatique, la dépression et la peur. Selon ces études, la mise en quarantaine était le principal prédicteur des symptômes liés au trouble de stress aigu. De plus, ces études révèlent une forte prévalence de détresse et de troubles psychologiques chez cette population (Hamel et al., 2021).

Les autres études quantitatives se sont uniquement concentrées sur les individus placés en quarantaine et ont généralement rapporté une prévalence élevée de symptômes de détresse et de troubles psychologiques (Fiorillo & Gorwood, 2020).

Les recherches portant sur les conséquences des mesures de quarantaine ont aussi révélé que les niveaux de stress et d'anxiété élevés, éprouvés durant cette période, peuvent évoluer vers une détresse sévère pouvant mener à des troubles psychologiques significatifs. De plus, les restrictions temporaires de confinement à domicile, mises en place pour prévenir une propagation rapide de la maladie, ont eu des conséquences préjudiciables significatives à long terme sur la santé psychologique (Alzueta et al., 2021).

Les études indiquent de manière unanime que le confinement a des effets psychologiques et sociaux qui pourraient impacter la santé mentale à la fois actuelle et future. Selon ces auteurs, cette mesure, largement adoptée par les dirigeants du monde entier, pourrait entraîner des répercussions sur le bien-être mental et physique de la population (Florence, 2020) en raison de l'isolement prolongé après la disparition du virus (Baarck et al., 2021).

II.5 Jeunes adultes et santé mentale

D'après une étude menée par des chercheurs et chercheuses de l'UCLouvain (Schmits et al., 2021) sur 25.000 étudiants de l'enseignement supérieur, plus de la moitié ont présenté des symptômes d'anxiété, de dépression et un sentiment d'isolement.

Cette étude a démontré que la pandémie, bien qu'elle ait pu être à présent maîtrisée, a peut-être plus marqué la population belge sur le plan psychique que sur le plan sanitaire. En effet, les personnes moins aisées ou ayant initialement une vie sociale développée, comme c'est le cas des étudiants, ont été particulièrement impactés comme le montrent les résultats de l'enquête. En effet, les taux élevés de symptômes avérés d'anxiété (50 %) et de dépression (55 %) mettent clairement en lumière les difficultés psychologiques auxquelles les étudiants de l'enseignement supérieur ont pu faire face. Les étudiants de Bac 2 et 3 présentent les niveaux les plus élevés d'anxiété et de dépression.

Les résultats montrent également un sentiment d'isolement, de solitude et un manque de contacts sociaux chez les étudiants. Une perte d'espoir en l'avenir est également fortement présente, signe de la détresse qu'ont pu ressentir les étudiants au cours de cette pandémie (Schmits et al., 2021)

De même, certaines études indiquent que les jeunes adultes plus isolés ont plus de risques de souffrir de problèmes de santé mentale, de comportements de santé inappropriés, de troubles du sommeil et de difficultés à gérer le stress (Baarck et al., 2021).

Les résultats de l'étude menée par une équipe de chercheurs internationaux ont montré également des similitudes dans les 4 pays participants. Bien que les approches pour gérer la pandémie aient été différentes, les populations jeunes ont été plus touchées par la solitude que les plus âgées. La solitude est un facteur de risque important de dépression et d'anxiété, il est donc crucial de mettre en place des politiques d'aide ciblées pour ces populations afin d'éviter les conséquences à long terme (Varga et al., 2021).

En règle générale, la détresse mentale est courante chez les jeunes, même en l'absence de circonstances sans précédent.

Cependant, une étude longitudinale a démontré que pendant la pandémie de COVID-19, c'est la population qui a connu l'augmentation la plus significative de la détresse mentale.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les adolescents ont un besoin accru d'interaction sociale avec leurs pairs et qu'il existe un risque amplifié de perception d'isolement social, ce qui a un impact substantiel sur leur bien-être mental (Rens et al., 2021).

II.6 Hypothèses de recherche

La détresse psychologique est décrite comme un état de malaise émotionnel qui découle de la présence d'un ou de plusieurs facteurs de stress ou de sollicitations excessives de l'environnement, qu'ils soient de nature temporaire ou de longue durée. Il semblerait que l'isolement social puisse prédire l'apparition de la détresse psychologique ainsi que le manque de soutien social. En effet, les jeunes adultes, en raison du manque d'interaction sociale, peuvent être plus susceptibles de faire face à des problèmes concernant leur bien-être mental. Ainsi, ces expériences négatives peuvent avoir des effets durables sur les individus et les communautés.

La recherche aura pour objectif de mesurer l'ampleur de l'association entre détresse psychologique et solitude ou isolement social lors de la cinquième vague d'enquête, pour l'ensemble de la population belge en général et en particulier pour les jeunes adultes.

Dans ce cadre, la question de recherche choisie est formulée comme suit : « Quelle est l'ampleur de l'association entre la solitude et la détresse psychologique au sein de la population belge la population belge en général et en particulier chez les jeunes adultes en novembre 2021 ? ».

Pour répondre à cette question de recherche, nous nous concentrerons sur deux hypothèses de recherche relevées lors de la mise en place du cadre théorique.

H1.a) Le manque d'interaction sociales significative et de réseaux de soutien sont associés significativement à une détresse psychologique lors de la cinquième vague d'enquête.

b) Le soutien social est associé significativement à la détresse psychologique lors de la cinquième vague d'enquête.

H2 Chez les jeunes adultes belges, il existe une association plus forte entre la détresse psychologique et la solitude par rapport aux adultes.

III. Méthodologie

L'objectif de cette partie est de présenter les données qui seront utilisées dans le cadre de ce mémoire. Trois sections composent cette partie : tout d'abord, nous allons commencer par la description de la base des données ainsi que la procédure de collecte des données, ensuite nous allons décrire les variables et leurs méthodes de mesure et enfin, la dernière partie sera consacrée aux stratégies d'analyse qui permettront de vérifier les hypothèses de départ et de répondre à la question de recherche.

III.1 Base de données

Nous utiliserons 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.

En effet, cette enquête a été ouverte au mois de mars 2020, quelques jours après le début du confinement, afin d'évaluer l'état de santé mentale de la population belge. Cette enquête était disponible en anglais, en français et en néerlandais pour l'ensemble de la population belge.

A partir de ce mois de mars 2020, il y a eu cinq vagues de collecte de données. La première a eu lieu en mars de cette année, la deuxième en avril, au pic épidémique de la première vague, la troisième en juin, lors du déconfinement, la quatrième en novembre, lors de la deuxième vague, et enfin, la cinquième en novembre 2021. Au total, 6779 participants ont répondu à la cinquième vague d'enquêtes.

Les données de cette enquête ont été collectées à plusieurs reprises par les équipes de l'UCLouvain et de l'Université d'Anvers, auprès des mêmes participants. La dernière collecte qui intéresse notre étude a lieu en novembre 2021.

Pour collecter ces données, une enquête en ligne a été menée auprès de la population générale en Belgique. Une large publicité a été accordée à cette enquête, avec une diffusion importante via les différents canaux notamment les journaux nationaux, les plateformes des médias sociaux et les émissions de radio et de télévision (Lorant et al., 2021).

La base des données de l'enquête contient les variables qui seront utilisées pour l'étude. Il s'agit des variables liées aux données socio-démographiques (notamment l'âge, le sexe, la situation familiale, la profession, le lieu de résidence et le niveau d'éducation), la détresse psychologique qui sera mesurée à l'aide de l'échelle GHQ-12, la solitude ou l'isolement social qui sera mesurée par l'UCLA Loneliness Scale et le soutien social qui sera mesuré par le support social d'Oslo-3 (OSS-3).

III.2 Mesure des variables

III.2.1 Variable dépendante

- **Détresse psychologique**

La détresse psychologique représente la variable dépendante de notre étude. La mesure de la détresse psychologique se fera à l'aide de l'échelle GHQ-12, un questionnaire auto-administré composé de 12 questions auxquelles le sujet devra répondre. Ces questions évaluent divers aspects de la santé mentale (Goldberg et al., 1997).

Ces questions abordent des sujets tels que la capacité de concentration, la qualité du sommeil, le sentiment d'utilité, capacité de prise de décision, le sentiment de stress, le sentiment de surmonter les difficultés, la satisfaction face aux activités quotidiennes, les capacités de résolution de problèmes, les sentiments de malheur ou de dépression, la confiance en soi, la perception de l'estime de soi et le bonheur général.

Chaque question présente quatre options de réponse, qui peuvent être soit formulé positivement (allant de « pas du tout » à « beaucoup plus que d'habitude »), soit négativement (allant de « plus que d'habitude » à « beaucoup moins que d'habitude ») (Hankins, 2008).

Nous utiliserons la méthode de notation 0 0 1 1 qui donnera un score total allant de 0 à 12, Cela signifie que les valeurs 1 et 2 seront recodées en 0, tandis que les valeurs 3 et 4 seront recodées en 1. Le score du GHQ-12 sera alors déterminé en additionnant les valeurs attribuées à chacun des 12 éléments.

En termes de notation, une échelle continue de 0 à 12 sera utilisée, où un score de 4 ou plus suggère la présence éventuelle d'un trouble mental (Goldberg et al., 1997).

Pour déterminer le niveau de détresse psychologique, nous nous appuierons sur les résultats du score GHQ qui sera considéré comme une variable numérique.

Le processus de validation du GHQ-12 a été axé sur la psychométrie, en se concentrant sur la fiabilité et la validité des données produites.

Des études sur la sensibilité et la spécificité de la mesure ont également été menées pour apporter un soutien supplémentaire. De plus, l'Alpha de Cronbach a donné une estimation de fiabilité élevée pour ce modèle, avec un coefficient de 0,90 (Hankins, 2008).

Cette étude révèle également que le GHQ-12 présente une bonne spécificité, une bonne fiabilité et une sensibilité raisonnablement élevées.

III.2.2 Variables indépendantes

- **Variables socio-démographiques**

Les variables socio-démographiques ont été identifiées. Ces variables comprenaient le genre (homme et femme), l'âge exprimé en tranche d'âge de 18 et plus (louis.maurin, 2021), la situation familiale, la situation professionnelle, le niveau d'éducation et le type de résidence.

- ❖ Le genre se divise en deux catégories : homme, femme et autres ;
- ❖ En ce qui concerne l'âge, il sera examiné comme une variable numérique ;
- ❖ La situation professionnelle (emploi) englobe les étudiants, les employés du secteur privé, les employés du secteur public, les travailleurs indépendants, les personnes au foyer, les personnes sans emploi, les personnes malades ou handicapées et les retraités ;
- ❖ Pour le niveau éducation, on distingue le GCEs, A-level, undergraduate, et postgraduate ;
- ❖ En ce qui concerne le type de résidence, il s'agit du lieu d'habitation qui est divisée en deux à savoir le milieu rural et milieu urbain.

- **Solitude**

La solitude représente la variable indépendante de notre étude. Afin de mesurer la solitude, l'échelle courte de mesure de la solitude développée par Hughes et al. (2004), sera utilisée.

Cette échelle se compose de trois éléments dérivés de l'échelle de solitude R-UCLA (Russell et al., 1980) et ces éléments portent sur les sentiments d'exclusion, d'isolement et de manque de compagnie (Distel et al., 2010). L'échelle de solitude de l'UCLA, ne s'intéresse pas explicitement à la solitude elle-même, évalue plutôt les évaluations des individus sur divers aspects qualitatifs de leurs réseaux sociaux.(Weeks & Asher, 2012).

L'échelle est un outil largement utilisé pour évaluer la solitude chez les adolescents et les adultes et elle offre des informations précieuses. l'échelle UCLA reste un choix populaire parmi les chercheurs étudiant la solitude chez les adolescents et les adultes (MacEvoy et al., 2011).

A l'aide de cette échelle, il est demandé aux participants d'indiquer leur niveau de solitude (Ong et al., 2015) et les options de réponses possibles sont : « Presque jamais » (1), « de temps en temps » (2) et « assez souvent et très souvent » (3) (Hughes et al., 2004).

Les scores de chaque élément sont additionnés pour donner un score total de solitude compris entre 3 et 9. Cette variable sera analysée comme une variable numérique.

Concernant les propriétés psychométriques, un coefficient de fiabilité de 0.72 pour l'échelle de solitude à 3 éléments a été signalé et une corrélation de 0.82 entre cette échelle et l'échelle R-UCLA (Hughes et al., 2004 ; Distel et al., 2010).

En utilisant cette échelle de solitude à trois éléments, on peut recueillir efficacement des données sur l'isolement social de manière concise et rapide.

- **Soutien social**

Le soutien social, une autre variable indépendante de notre étude, sera mesuré à l'aide de l'échelle de support social d'Oslo-3 (OSS-3), composée de trois questions. Chaque question est évaluée individuellement et les scores sont ensuite additionnés pour obtenir un score total allant de 3 à 14. Des scores plus élevés indiquent un niveau de soutien social plus élevé, tandis que des scores plus faibles reflètent un niveau de soutien social plus faible (Kocalevent et al., 2018). Cette variable, soutien social, sera analysée comme une variable numérique.

Les trois questions qui évaluent le niveau du soutien social dans notre étude sont les suivantes :

1. Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles lorsque vous avez de graves problèmes ?
2. Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils à ce que vous faites ?
3. Vous est-il facile d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique de vos voisins ?

III.3 Analyse statistique

Avant de procéder à l'analyse proprement dite, un travail de nettoyage des données sera effectué, afin de garantir une base de données propre et fiable pouvant être utilisée pour générer des résultats précis.

Concernant l'analyse proprement dite, dans un premier temps, nous réaliserons une analyse descriptive afin de décrire les caractéristiques de notre échantillon. Les résultats de la description des variables seront présentés en utilisant les mesures de tendances centrales sous forme de moyenne et d'écart-type (DS) ou médiane avec P25 et P75 pour les variables continues, selon que la distribution est normale ou non. De plus, nous présenterons les variables catégorielles sous forme de nombres avec proportion. Cette description sera réalisée aussi bien pour les variables indépendantes que pour la variable dépendante.

Dans un deuxième temps, au moyen de l'analyse bivariée, nous décrirons le lien entre la survenue de détresse psychologique et le manque d'interaction sociale et de réseaux de soutien sur lesquels nous avons posé notre hypothèse d'association, le lien entre la détresse psychologique et les différentes variables socio-démographiques relevées dans notre étude.

Pour tester le lien entre les variables numériques avec la dépression psychologique, le test de corrélation de Pearson ou de Kinkerdall sera utilisé après la réalisation au préalable du test de normalité de la distribution.

Nous testerons également s'il y a un lien entre les variables catégorielles et la dépression psychologique. Pour comparer les moyennes de la variables dépression psychologique dans les différents groupes, le test T de student sera réalisé pour des variables dichotomiques et l'analyse de variance (ANOVA) pour des variables multimodales.

Nous procéderons à une analyse de régression linéaire multiple pour évaluer la relation entre les prédicteurs (soutien social et solitude) et la variable dépendante (détresse psychologique).

Nous pourrions utiliser d'autres variables catégorielles comme des variables indicatrices (dummy variables) pour ressortir la contribution de chaque modalité dans la relation entre les variables d'intérêt et la variable dépendante.

Toutes ces analyses seront réalisées à l'aide du logiciel SPSS.

IV. Résultats

Dans cette partie, nous présenterons les résultats des analyses statistiques. Nous aborderons, en premier lieu, les statistiques descriptives, puis, nous passerons à l'analyse multivariée.

IV.1 Analyse descriptive

IV.1.1 Analyse univariée

Le tableau 1 détaille les résultats des analyses descriptives univariées pour l'ensemble des variables de notre échantillon.

Tableau 1: Statistiques descriptives univariées des variables de l'échantillon

Novembre 2021, Enquête « Covid et moi », Belgique (n=6753)

Variables	Effectif	%	Moyenne $\pm$ DS
Age (en année)	6753		48.47 $\pm$ 14.15
Catégorie d'âge			
18-30 ans	824	12.2	
>30 ans	5929	87.8	
Genre			
Femme	4913	72.8	
Homme	1806	26.7	
Emploi			
Étudiant.e	223	3.3	
Les employés du secteur privé,	92	1.4	
Les employés du secteur public	2748	40.7	
Les travailleurs indépendants	903	13.4	

Les personnes au foyer	645	9.6
Les personnes sans emploi	228	3.4
Les personnes malades ou handicapés	1138	16.9
Les retraités	770	11.4
Education		
Le GCEs,	30	0.4
A-level	765	11.3
Undergraduate	5602	83.1
Postgraduate	346	5.1
Résidence		
Le milieu rural	3418	50.7
Le milieu urbain	3330	49.3
Détresse psychologique (Score GHQ)	6658	3.59±3.86
Solitude (Score UCLA)	6664	5.4±2.27
Soutien social (Score OSLO)	6711	9.7±2.35

GCEs: General Certificate of Education, DS: Deviation standard, %: Pourcentage

Au total, 6777 participants ont répondu à l'enquête. Après le nettoyage, nous avons retiré 24 observations, dont cinq observations avec des valeurs manquantes et 19 observations de moins de 18 ans. Il nous est resté 6753 observations pour notre base de données secondaire.

Les résultats des analyses descriptives révèlent plusieurs caractéristiques importantes de l'échantillon étudié. Tout d'abord, l'âge moyen des participants est de 48.47 ans, avec une certaine variation autour de cette moyenne (écart-type = 14.15).

Les adultes (> 30 ans) représentent 87.8% des participants alors que les jeunes adultes (18-30 ans) ne représentent que 12.2 %.

Concernant le genre, une nette prédominance des femmes (72.8 %) est observée parmi les participants (7 femmes sur 10), tandis que les hommes représentent une minorité (26.7 %).

En ce qui concerne le niveau d'éducation, une grande majorité des participants a atteint un niveau d'éducation de premier cycle universitaire (82.1 %), tandis que le niveau A- level et les études post universitaires sont également représentés, bien que de manière moins significative (11.3 % et 5.1 % respectivement). Les GCEs, quant à elles, sont peu fréquentes parmi les participants. On remarque une concentration marquée de participants ayant un niveau d'éducation universitaire.

Concernant l'emploi, les employés du secteur public constituent la catégorie professionnelle la plus représentée (40.7 %), soit quatre participants sur dix, suivis par les personnes en congé de maladie de longue durée ou en invalidité (16.9 %), soit deux participants sur dix. D'autres catégories comprennent les travailleurs indépendants (13.4 %), les personnes au foyer (9.6 %) et les retraités (11.4 %).

Enfin, en ce qui concerne le lieu de résidence actuel, les participants sont presque également répartis entre les deux catégories, avec 50.7 % résidant en milieu rural et 49.3 % résidant en milieu urbain.

Ces statistiques descriptives fournissent un aperçu important de la composition de l'échantillon et de la distribution des variables clés, ce qui peut informer les analyses subséquentes et les interprétations des résultats.

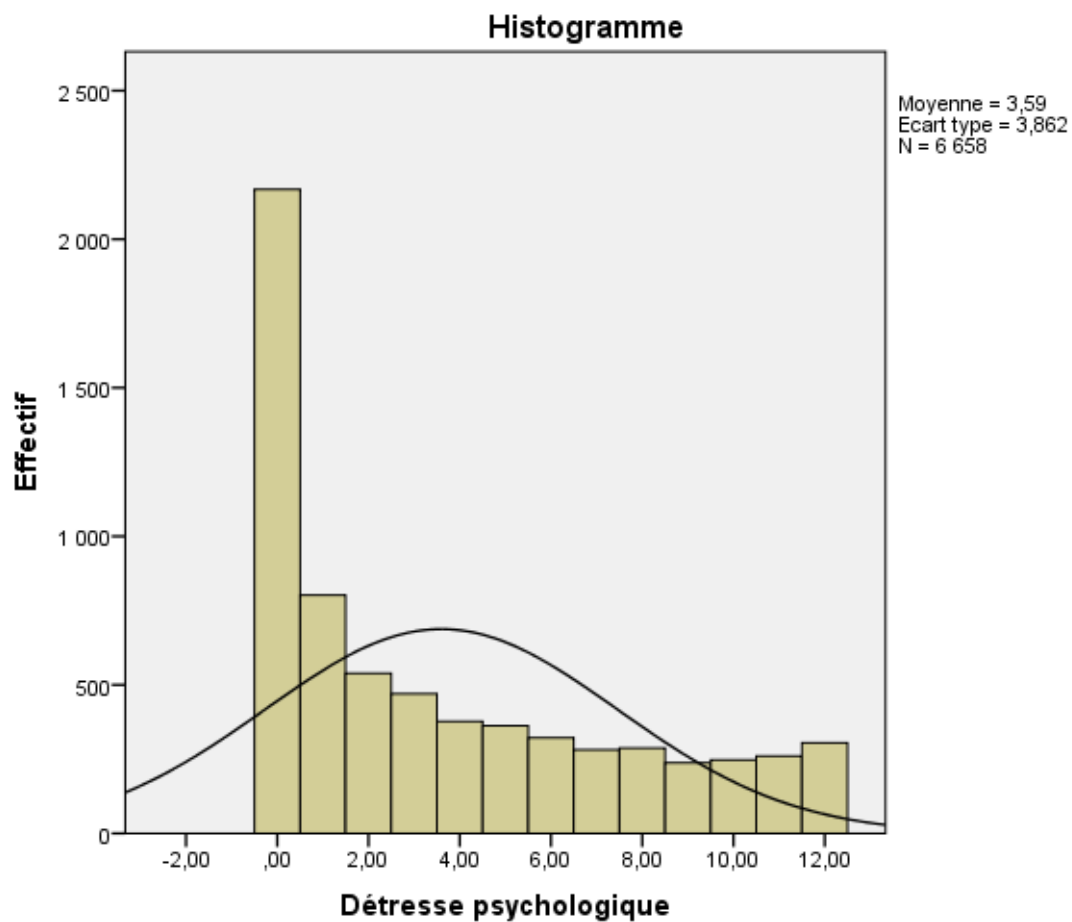


Figure 1: Répartition des scores moyens de la détresse psychologique

Pour la détresse psychologique, la moyenne s'élève à 3.59, indiquant une valeur centrale autour de laquelle les niveaux de détresse se situent en moyenne. Cependant, avec un écart-type de 3.86, les données présentent une dispersion significative, suggérant que les niveaux de détresse varient considérablement parmi les individus de l'échantillon.

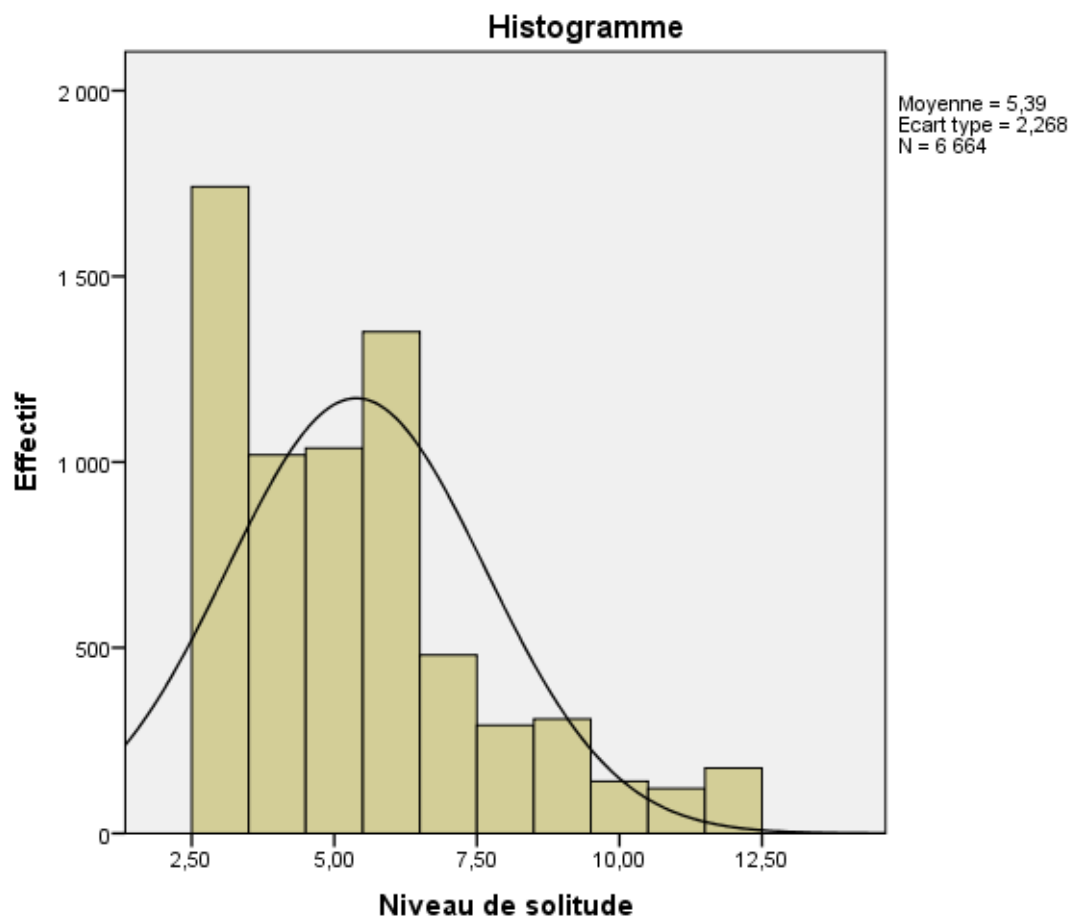


Figure 2: Répartition des scores moyens de la solitude

En ce qui concerne la solitude, la moyenne est de 5.36, soulignant un niveau moyen de solitude au sein de la population étudiée. L'écart-type de 2.27 indique une certaine variation dans les niveaux de solitude, bien que moins prononcée que pour la détresse psychologique, ce qui suggère une dispersion modérée des données autour de la moyenne.

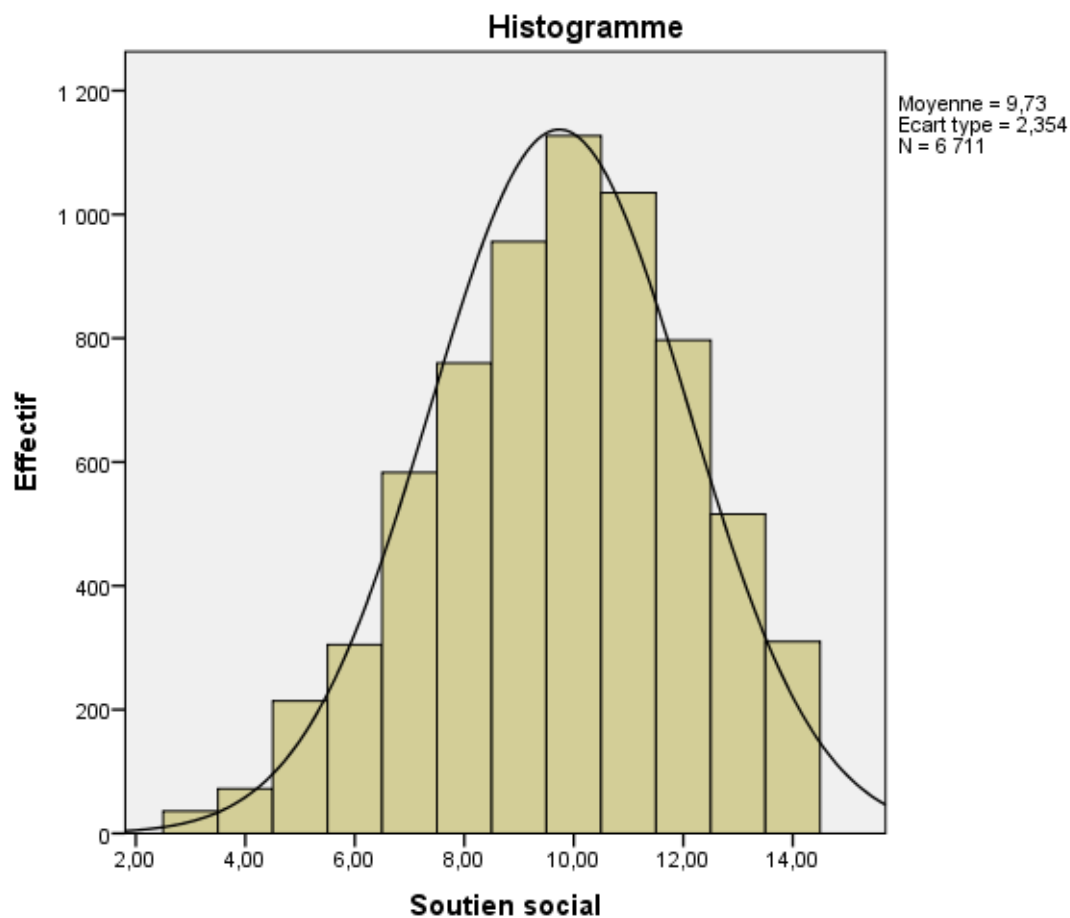


Figure 3: Répartition des scores moyens du soutien social

Enfin, pour le soutien social, la moyenne est légèrement plus élevée (9.73), reflétant une tendance vers des niveaux de soutien social plus élevés dans l'échantillon. Cependant, un écart-type de 2.35 indique une variabilité significative dans les niveaux de soutien social, soulignant la présence de différents degrés de soutien parmi les individus.

Coefficient de corrélation de pearson (N= 6753)

Corrélation entre la détresse psychologique, la solitude ou l'isolement social et le soutien social, Enquête « Covid et moi », Belgique 2021

Tableau 2: Coefficient de corrélation de pearson

Variable	Détresse psychologique	Solitude	Soutien social
Détresse psychologique	1.000	0.49***	-0.33***
Isolement social		1.000	-0.53***
Soutien social			1.000

*** la corrélation est significative à 1 %

L'analyse des corrélations entre la détresse psychologique, la solitude et le soutien social a révélé des associations significatives. Les résultats montrent une corrélation positive modérée entre la détresse psychologique et la solitude ($r = 0.49$, $p < 0,01$), ainsi qu'une corrélation négative entre la détresse psychologique et le soutien social ($r = -0.3306$, $p < 0,01$). De plus, une corrélation négative a été observée entre la solitude et le soutien social ($r = -0.53$, $p < 0,01$). Ces résultats soulignent que la détresse psychologique est associée, à la fois, à un niveau de solitude accru et à un soutien social moindre. De plus, la solitude est fortement corrélée à un niveau de soutien social réduit.

IV.1.2 Analyse bivariée

Le tableau 3 comporte les statistiques descriptives bivariées permettant d'examiner les relations entre la détresse psychologique, la solitude, le soutien social et les variables socio-démographiques.

Tableau 3: Statistiques descriptives bivariées

(moyenne et écart-type) de la détresse psychologique, de la solitude et du soutien social dans l'échantillon en novembre 2021, Enquête « Covid et moi », Belgique (N = 6753)

Variable	Détresse psychologique (Score GHQ) Moyenne (DS)	P- valeur	Solitude (Score UCLA) Moyenne (DS)	P- valeur	Soutien social (Score OSSS-3) Moyenne (DS)	P- valeur
Genre						
Femme	3.76 (3.87)	< 0.001	5.43 (2.24)	< 0.001	9.78 (2.34)	0.0033
Homme	3.14 (3.80)		5.26 (2.33)		9.62 (2.37)	
Catégorie d'âge						
18-30 ans	4.44 (3.96)	< 0.001	5.67 (2.22)	0.0001	9.93 (2.13)	0.0122
>30 ans	3.48 (3.83)		5.35 (2.27)		9.71 (2.38)	
Emploi						
Etudiants	5.07 (4.09)	< 0.001	6.26 (2.39)	< 0.001	9.51 (2.15)	< 0.001
Employés du secteur privé	3.91 (4.11)		5.83 (2.58)		9.14 (2.51)	
Employés du secteur public	3.92 (3.93)		5.39 (2.19)		9.76 (2.30)	

Les travailleurs indépendants	3.52 (3.81)		4.94 (2.02)		10.1 (2.22)	
Les personnes au foyer	3.33 (3.75)		5.06 (2.19)		9.98 (2.34)	
Les personnes sans emploi	4.28 (3.97)		6.57 (2.84)		8.91 (2.62)	
Les personnes malades ou handicapées	2.23 (3.21)		5.24 (2.14)		9.67 (2.37)	
Les retraités	4.05 (3.99)		5.72 (2.53)		9.52 (2.50)	
Education						
Le GCEs	3.27 (4.25)	0.354	6.72 (3.36)	< 0.001	8.40 (2.79)	< 0.001
A-levels	3.80 (4.09)		5.87 (2.62)		9.09 (2.50)	
Undergraduate	3.56 (3.83)		5.33 (2.21)		9.82 (2.31)	
Postgraduate	3.75 (3.78)		5.16 (2.17)		9.90 (2.46)	
Résidence						
Rural	3.64 (3.90)	0.2805	5.47 (2.29)	0.0024	9.66 (2.38)	0.0107
Urbain	3.54 (3.83)		5.30 (2.24)		9.81 (2.33)	

DS : déviation standard, r : coefficient de corrélation, GCEs : General Certificate of Education

Concernant les analyses bivariées, le tableau 3 montre les corrélations bivariées pour la détresse psychologique, la solitude et le soutien social.

Premièrement, une analyse des statistiques groupales révèle des différences marquantes dans la détresse psychologique entre les groupes d'âge. Les adultes ($M = 3.47$, $SD = 3.83$) présentent des niveaux de détresse psychologique significativement plus bas que les participants plus jeunes ($M = 4.44$, $SD = 3.96$), ($p < 0.001$). Ces résultats indiquent que les jeunes adultes présentent des niveaux de détresse psychologique significativement plus élevés que les participants adultes.

Ces résultats suggèrent une corrélation entre l'âge et la détresse psychologique, indiquant que les personnes plus jeunes ont tendance à éprouver des niveaux de détresse psychologique plus élevés que les adultes. Ces résultats permettent de soutenir notre deuxième hypothèse.

Deuxièmement, une analyse des statistiques groupales révèle des différences significatives dans la détresse psychologique entre les genres. Les femmes ($M = 3.75$, $SD = 3.87$) présentent des niveaux de détresse psychologique significativement plus élevés que les hommes ($M = 3.14$, $SD = 3.80$), ($p < 0.001$). Cette différence est également illustrée par les écart-types montrant une dispersion légèrement plus grande des scores pour les femmes par rapport aux hommes.

Ces résultats indiquent que les femmes présentent des niveaux de détresse psychologique significativement plus élevés que les hommes.

Troisièmement, une analyse de la variance (ANOVA) a été effectuée pour examiner les différences dans la détresse psychologique en fonction du niveau d'éducation des participants.

Les statistiques descriptives indiquent que les moyennes de détresse psychologique varient légèrement entre les groupes. Les participants ayant des qualifications GCEs présentent le niveau de détresse psychologique le plus bas ($M = 3.27$, $SD = 4.25$), suivis par ceux ayant des qualifications A-Levels ($M = 3.80$, $SD = 4.09$), des diplômés du cycle universitaire ($M = 3.56$, $SD = 3.83$) et des diplômés post universitaires ($M = 3.75$, $SD = 3.78$). Cependant, ces différences ne semblent pas être statistiquement significatives selon l'analyse de la variance $p = 0.319$, ce qui montre que le niveau d'éducation n'a qu'un effet minimal sur cette mesure.

Les comparaisons multiples utilisant la méthode de Bonferroni confirment l'absence de différences significatives entre les groupes d'éducation, avec des intervalles de confiance à 95 % incluant zéro pour toutes les comparaisons. Cela signifie que les moyennes de détresse psychologique entre les différents niveaux d'éducation ne sont pas statistiquement différentes les unes des autres.

En conclusion, malgré des différences apparentes dans les moyennes de détresse psychologique entre les groupes d'éducation, l'analyse de la variance ne révèle pas de différences significatives.

Quatrièmement, une analyse a été réalisée pour examiner l'effet de l'emploi sur les niveaux de détresse psychologique.

Les résultats montrent un effet significatif de l'emploi sur la détresse psychologique ($p < 0,001$). Les comparaisons multiples révèlent des différences significatives entre les groupes d'emploi.

Par exemple, les étudiants ($M = 5.07$ $SD = 4.09$) et les personnes sans emploi ($M = 4.28$ $SD = 3.97$) présentent plus de détresse psychologique que les autres participants. Ces résultats soulignent l'impact significatif du type d'emploi sur la détresse psychologique.

Cinquièmement, une analyse comparative des moyennes de détresse psychologique entre les participants résidant en milieu rural et urbain a été réalisée. Les résultats révèlent que ceux résidant en milieu rural ($M = 3.64$, $SD = 3.90$) présentent une moyenne légèrement plus élevée de détresse psychologique que ceux résidant en milieu urbain ($M = 3.54$, $SD = 3.83$). Cependant, cette différence n'atteint pas le seuil de signification statistique, $p = 0.280$.

En somme, les résultats ne montrent aucune différence significative dans la détresse psychologique entre les deux groupes en fonction du lieu de résidence actuel.

La relation entre la solitude et les variables socio-démographiques

Pour la solitude, une analyse des statistiques révèle des différences remarquables entre les groupes d'âge. Les adultes ($M = 5.34$, $SD = 2.27$) éprouvent des niveaux de solitude significativement plus faibles que les participants plus jeunes ($M = 5.66$, $SD = 2.21$), ($p = 0.0001$).

Ces résultats indiquent que les jeunes adultes ont des niveaux de solitude plus élevés que les adultes.

Une analyse des statistiques montre également des différences significatives dans la solitude entre les genres. Les femmes ($M = 5.43$, $SD = 2.24$) présentent des niveaux de solitude légèrement élevés que les hommes ($M = 5.26$, $SD = 2.33$), $p < 0.001$.

Ces résultats suggèrent une corrélation entre le genre et la solitude, indiquant que les femmes ont tendance à éprouver des niveaux de solitude plus élevés par rapport aux hommes.

Concernant le niveau d'éducation, les statistiques descriptives trouvent des scores moyens significatifs de solitude qui varient entre les groupes.

Les participants ayant des qualifications GCEs présentent des scores moyens de solitude plus élevés ($M = 6.72$, $SD = 3.36$), suivis par ceux ayant des qualifications A-Levels ($M = 5.87$, $SD = 2.62$), des diplômés du cycle universitaire ($M = 5.33$, $SD = 2.21$) et des diplômés post universitaires ($M = 5.16$, $SD = 2.17$). Ces différences sont statistiquement significatives selon l'analyse de la variance, $p < 0.001$.

Une analyse de variance (ANOVA) a montré également des différences significatives de l'emploi sur la solitude ($p < 0.001$) et les statistiques descriptives révèlent des scores moyens de solitude très variables entre les groupes.

Les personnes sans emploi ont des scores moyens plus élevés ($M = 6.57$, $SD = 2.84$), suivies par les étudiants ($M = 6.26$, $SD = 2.39$). Alors, il y a une association entre le type d'emploi et la solitude.

Les résultats d'une analyse comparative des scores moyens de solitude entre les participants résidant en milieu rural et urbain montrent une moyenne significativement élevée pour ceux résidant en milieu rural ($M = 5.47$, $SD = 2.29$) par rapport à ceux qui résident en milieu urbain ($M = 5.30$, $SD = 2.24$), $p = 0.0021$.

La relation entre le soutien social et les variables socio-démographiques

Les scores moyens de soutien social pour l'âge sont respectivement ($M = 9.93$, $SD = 2.13$) pour les jeunes adultes et ($M = 9.71$, $SD = 2.38$) pour les adultes. Cela nous montre que les jeunes adultes présentent un niveau de soutien social, légèrement supérieur par rapport aux adultes et les différences sont statistiquement significatives, $p = 0.0122$.

Pour le genre, les résultats de l'analyse révèlent aussi des différences significatives pour le soutien social entre les femmes et les hommes. Les femmes ($M = 9.78$, $SD = 2.34$) présentent des niveaux de soutien social significativement élevés que les hommes ($M = 9.62$, $SD = 2.37$), ($p < 0.0091$).

Concernant le niveau d'éducation, les résultats des analyses trouvent des scores moyens de soutien social statistiquement significatifs. Les participants ayant des diplômes du cycle universitaire présentent des scores moyens de soutien social plus élevés ($M = 9.90$, $SD = 2.46$), suivis par ceux ayant des qualifications post universitaires ($M = 9.82$, $SD = 2.31$). Ceux du niveau A-level ($M = 9.09$, $SD = 2.50$) et des CGEs ($M = 8.40$, $SD = 2.79$) présentent des scores moyens de soutien social bas. Ces différences sont statistiquement significatives selon l'analyse de la variance, $p < 0.001$.

Pour l'emploi, les analyses statistiques ont montré des scores moyens de soutien social qui varient entre les groupes.

Les travailleurs indépendants présentent des scores moyens de soutien social plus élevés ($M = 10.10$ $SD = 2.22$), suivis par les personnes restant au foyer avec des scores moyens ($M = 9.98$, $SD = 2.34$), puis par les employés du secteur public ($M = 9.76$ $SD = 2.30$), les personnes handicapées ($M = 9.67$ $SD = 2.37$), les retraités ($M = 9.52$ $SD = 2.50$), les étudiants ($M = 9.51$, $SD = 2.15$), les employés du secteur privé ($M = 9.14$ $SD = 2.51$) et les personnes sans emploi ($M = 8.91$ $SD = 2.62$). Une analyse de variance (ANOVA) révèle des différences statistiquement significatives ($p < 0.001$).

Enfin, les individus résidant en milieu rural présentent un niveau de soutien social plus bas ($M = 9.66$ $SD = 2.38$) que ceux résidant en milieu urbain ($M = 9.81$ $SD = 2.33$). Le type de résidence est significativement corrélé au score moyen de soutien social ($p = 0.0122$).

IV.2 Analyse multivariée

Association entre les variables sociodémographiques, la solitude, le soutien social et la détresse psychologique, Enquête « Covid et moi », Belgique 2021 (N = 6753)

Tableau 4: Régression linéaire multivariée

Prédicteurs	Béta (ES)	p-valeur	IC (95%)
Catégorie d'âge (réf=			
18-30 ans			
> 30 ans	-0.41 (0.14)	0.0039	[-0.68 ; -0.13]
Genre (réf=femme)			
Homme	-0.39 (0.09)	< 0.001	[-0.57 ; -0.20]
Emploi (réf=étudiant)			
Employés du secteur privé	-0.43 (0.43)	0.314	[-1.28; 0.41]
Employés du secteur public	-0.22 (0.25)	0.383	[-0.72 ; 0.27]

Les travailleurs indépendants	-0.14 (0.28)	0.618	[-0.68 ; 0.40]
Les personnes restantes au foyer	-0.47 (0.28)	0.100	[-1.02 ; 0.09]
Les personnes sans emploi	-0.84 (0.33)	0.010	[-1.49 ; -0.19]
Les personnes handicapées	-1.71 (0.28)	< 0.001	[-2.25 ; -1.16]
Les retraités	-0.35 (0.28)	0.211	[-0.89 ; 0.20]

Education (réf=GCEs)

A-level	1.21 (0.62)	0.051	[-0.01 ; 2.44]
Undergraduate	1.33 (0.62)	0.031	[0.12 ; 02.54]
Postgraduate	1.53 (0.64)	0.016	[0.28 ; 2.79]
Soutien social	-0.19 (0.02)	< 0.001	[-0.23 ; -0.15]
Solitude	0.72 (0.02)	< 0.001	[0.68 ; 0.76]
Interaction solitude × Jeunes adulte	-0.08 (0.06)	0.1626	

ES : erreur standard, IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %, GCEs : General Certificate of Education, réf = référence

Concernant les analyses multivariées, une analyse de régression multiple a été réalisée pour examiner la relation entre la détresse psychologique (variable dépendante) et plusieurs variables indépendantes, à savoir l'emploi, la solitude, le lieu de résidence actuel, le genre, le niveau d'éducation, la tranche d'âge et le soutien social.

Après ajustement des variables ci-dessus, lors de la régression linéaire multiple, toutes les variables incluses (soutien social, solitude, sexe) dans le modèle étaient réellement des prédictors de la dépression psychologique sauf l'emploi, la résidence et niveau d'éducation.

Les résultats du modèle sont présentés ci-dessous :

Parmi les prédicteurs inclus dans le modèle, la solitude ($\beta = 0.72$, $p < 0,001$) et le soutien social ($\beta = -0.19$, $p < 0,001$) sont significativement associés à la détresse psychologique, suivis par le genre ($\beta = -0.39$, $p < 0.001$) et la tranche d'âge ($\beta = -0.4$, $p < 0.05$).

Les coefficients standardisés indiquent que la solitude ($\beta = 0.72$) et le soutien social ($\beta = -0.19$) ont les coefficients les plus importants, suivis de près par le genre ($\beta = -0.39$) et la tranche d'âge ($\beta = -0.41$). Cela suggère que la solitude et le soutien social sont les prédicteurs les plus importants sur la détresse psychologique parmi les prédicteurs inclus dans le modèle.

- La solitude ($p < 0,001$, $\beta = 0.72$) : ce coefficient bêta standardisé indique que pour chaque augmentation d'une unité dans la solitude, la détresse psychologique augmente de 0.72. Le coefficient standardisé (β) suggère que la solitude contribue de manière significative à la prédiction de la détresse psychologique. En d'autres termes, les individus se sentant plus isolés socialement ont tendance à présenter une détresse psychologique plus élevée.
- Soutien social ($p < 0,001$, $\beta = -0.19$) : ce coefficient indique que pour chaque augmentation d'une unité dans le soutien social, la détresse psychologique diminue de 0,19 unité. Si on augmente d'une unité le score du soutien social, cela réduira de 0.19 le score de détresse psychologique (Béta = -0.19 ; IC95% [-0,23 ; -0,15]).

Ces résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle le soutien social et la solitude sont significativement associés à la détresse psychologique. Plus spécifiquement, un niveau plus élevé de soutien social est lié à une détresse psychologique moindre, tandis qu'un niveau plus élevé de solitude est associé à une détresse psychologique plus élevée.

- Pour le genre, la femme avait un indice de détresse de 0,39 de plus que l'homme (Béta = -0.39, IC95% [-0.57 ; -0.20]). Ce coefficient indique que pour chaque augmentation d'une unité dans le genre, la détresse psychologique diminue en moyenne de 0.39. Le coefficient standardisé (β) de -0.39 suggère que le genre est associé à la détresse psychologique.

Ces résultats montrent que les femmes tendent à présenter une détresse psychologique légèrement plus élevée que les hommes.

- Tranche d'âge ($p < 0,001$, $\beta = -0.41$) : ce coefficient indique que pour chaque augmentation d'une unité dans la tranche d'âge, le score de détresse psychologique diminuera en moyenne de 0.41. L'âge est associé significativement et négativement à la détresse psychologique.

L'analyse de modération a examiné l'effet de l'interaction entre la solitude et l'âge sur la détresse psychologique. Les résultats de la régression linéaire multiple ont montré que l'effet principal de la solitude sur la détresse psychologique était significatif ($\beta = 0.72$, $p < 0.001$), tout comme l'effet de l'âge ($\beta = -0.41$, $p = 0,0039$). Cependant, l'interaction entre la solitude et l'âge n'a pas été observée ($\beta = 0.08$, $p = 0.1626$). La significativité n'a pas été prouvée.

L'analyse des interactions révèle que l'effet de la solitude sur la détresse psychologique ne varie pas en fonction de l'âge.

Ces résultats suggèrent que l'impact de la solitude sur la détresse psychologique ne varie pas en fonction de l'âge.

En résumé, le modèle de régression multiple indique une relation significative entre les prédicteurs solitude, soutien social, genre, tranche d'âge et la détresse psychologique. Elle ne permet pas de montrer l'impact de la solitude sur la détresse psychologique en fonction de l'âge.

V. Discussion

Dans cette partie, nous allons tout d'abord rappeler l'objectif de recherche puis fournir des explications et des interprétations des résultats des analyses statistiques en fonction de chacune des hypothèses et des études réalisées antérieurement.

Nous énoncerons également les limites de l'étude et nous explorerons des pistes potentielles pour de futures recherches. Du reste, des recommandations seront formulées en vue de faire face à la souffrance psychologique et à la solitude occasionnées par la pandémie de Covid-19.

V.1 Rappel de l'objectif du mémoire

L'objectif du mémoire consiste à mesurer l'ampleur de l'association entre détresse psychologique et solitude ou isolement social, lors de la cinquième vague d'enquête, pour l'ensemble de la population belge en général et en particulier pour les jeunes adultes.

Nous avons établi deux hypothèses en fonction de la revue de la littérature. La première hypothèse est subdivisée en deux sous-hypothèses dont la première prédit que le manque d'interaction sociale significative et de réseaux de soutien est associé significativement à une détresse psychologique. La seconde prédit que le soutien social est associé significativement à la détresse psychologique. S'agissant de la deuxième hypothèse, celle-ci prédit qu'il existe une association plus forte entre la détresse psychologique et la solitude chez les jeunes adultes par rapport aux adultes.

V.2 Discussion des résultats de la recherche

Pour la première hypothèse, nous avons supposé que le manque d'interaction sociale (solitude ou isolement social) et de soutien social sont associés significativement au développement de la détresse psychologique dans la population belge en novembre 2021.

Pour la discussion, nous allons commencer par le manque d'interactions sociales (solitude ou isolement social).

Nos résultats montrent que la solitude était associée au développement de la détresse psychologique. En augmentant d'une unité le score de solitude, le score de détresse psychologique augmente de 0,72. Notre étude confirme que la solitude est un facteur important dans le développement de la détresse psychologique : les personnes se sentant plus seules ou isolées ont tendance à être plus en détresse psychologique. Cela suggère que le manque de contacts sociaux peut contribuer à des problèmes de santé mentale.

Ces résultats confirment notre hypothèse initiale et souligne l'importance de considérer les aspects sociaux dans la prévention et la prise en charge de la détresse psychologique.

Concernant le soutien social, nos résultats ont mis en évidence qu'un niveau plus faible de soutien social est lié à une détresse psychologique élevée.

Si on augmente d'une unité le score du soutien social, cela réduit de 0,19 le score de dépression psychologique. Les résultats montrent que les individus qui bénéficient d'un niveau plus faible de soutien social, présentent une détresse psychologique élevée. Cela pourrait indiquer que le soutien social joue un rôle important dans la gestion de la détresse psychologique, et peut aider à faire face aux difficultés émotionnelles. Ces résultats soulignent l'importance du soutien social dans la promotion de la santé mentale et suggère la nécessité de promouvoir des réseaux de soutien social solides pour aider à réduire la détresse psychologique.

Dans notre étude, nous avons observé également que la solitude est fortement corrélée à un niveau de soutien social réduit. les individus qui recevaient un faible soutien social avaient tendance à se sentir plus seuls. Ainsi, les mesures prises pour éviter la transmission du virus Covid-19 ont donc entravé les interactions sociales

Un manque de soutien social peut contribuer à la solitude et à une détresse psychologique accrue comme l'a montré les résultats.

Il est donc nécessaire de promouvoir des relations sociales saines et de lutter contre l'isolement social pour maintenir une bonne santé mentale.

Ces résultats permettent également de prouver l'hypothèse de départ en comparant les résultats obtenus.

Plus spécifiquement, un niveau plus élevé de soutien social est lié à une détresse psychologique moindre, tandis qu'un niveau plus élevé de solitude est associé à une détresse psychologique plus élevée.

On observe une concordance de nos résultats avec la littérature. En effet, une étude réalisée par Beutel et al. (2017) affirme que la solitude est restée un prédicteur clair de la dépression lors de l'analyse. Globalement, les résultats de cette étude confirment que la solitude comporte des risques significatifs en ce qui concerne la santé mentale (dépression, anxiété) pour une grande partie de la population (Beutel et al., 2017).

Dans l'étude de Mann et Walker (2022), ils confirment également que l'isolement social perçu prédisait la détresse psychologique ainsi que ses facettes qui sont la dépression, l'anxiété et le stress (Mann & Walker, 2022).

Une étude réalisée sur les personnes âgées, pendant la Covid-19, a aussi révélé une association de l'isolement social et la solitude à une réactivité aux facteurs de stress, d'anxiété et de dépression (Gorenko et al., 2021).

De même, une étude longitudinale sur la détresse psychologique, pendant la Covid-19, auprès des étudiants universitaires, avec ou sans problèmes de santé mentale préexistants, a signalé la présence d'une santé mentale en déclin chez les étudiants en relation avec l'isolement social. Ce dernier est en réalité un important prédicteur d'une mauvaise santé mentale qui a été défini comme l'anxiété causée par le coronavirus comme le montre cette étude. Les étudiants étaient plus susceptibles de connaître une détérioration de leur santé mentale, en raison d'un isolement social pendant la pandémie (Hamza et al., 2021).

Concernant le soutien social, un niveau plus faible de soutien social est lié à une détresse psychologique élevée selon nos résultats et cela rejoint d'autres études notamment cette méta-analyse de Hamel et al. (2021) qui a trouvé une association négative entre la présence de soutien social et la détresse. Nous constatons que le fait de bénéficier d'un faible soutien social est associé à une détresse psychologique élevée (Hamel et al., 2021).

Cela concorde également avec l'étude, en 2021, de Lorant, V. et al. qui ont conclu qu'un niveau de soutien social plus faible était associé à une probabilité accrue de détresse psychologique.

Nous allons ensuite poursuivre la discussion avec la deuxième hypothèse de notre étude qui recherche s'il existe une association plus forte entre la détresse psychologique et l'isolement social chez les jeunes adultes, par rapport aux adultes, en novembre 2021.

Cette analyse de la modération met en évidence l'impact de la solitude et de l'âge sur la détresse psychologique, ainsi que l'interaction entre la solitude et l'âge.

Nous avons commencé par évaluer séparément l'impact des variables « solitude » et « jeunes adultes » sur la détresse psychologique. Ainsi, nos résultats ont montré qu'il existe une relation forte entre l'isolement social ou la solitude et la détresse psychologique, ce qui confirme que l'isolement social est prédicteur de la détresse psychologique. Cela a été largement décrit en haut.

Nous allons ensuite évaluer l'effet de l'âge sur la détresse psychologique.

L'analyse a démontré l'existence d'une différence significative, dans la détresse psychologique, entre les deux groupes d'âge. Les individus adultes ont présenté une détresse psychologique, significativement inférieure à celle des jeunes adultes.

En comparant les jeunes adultes aux adultes, ces résultats ont trouvé que les jeunes adultes présentent des niveaux de détresse psychologique significativement élevés par rapport aux adultes. Le modèle de régression linéaire multivariée a permis de mettre en évidence que l'âge était associé significativement et négativement à la détresse psychologique ce qui confirme que l'âge est prédicteur de la détresse psychologique.

Les résultats de cette étude mettent en évidence également que les jeunes adultes présentent des niveaux de solitude plus élevés que les adultes. Cela résulte de la réduction des interactions avec leurs pairs, de la diminution des activités sociales.

Lors de la pandémie, les jeunes peuvent être plus touchés par la détresse psychologique. Cela est dû au fait que les jeunes sont particulièrement sensibles aux effets de la privation sociale car ils ont un désir accru d'interaction sociale avec leurs pairs et sont davantage exposés au risque de se sentir socialement isolés (Rens et al., 2021).

Pour faire face à ce manque de contacts sociaux, les jeunes qui se sentaient seuls étaient plus enclins à utiliser les médias sociaux pour rester connectés avec leurs proches, pour s'informer sur la situation sanitaire.

Cependant, l'utilisation des médias sociaux a été identifiée comme à la fois un facteur de protection et de risque pour le bien-être mental des jeunes pendant la pandémie de Covid-19 (Marciano et al., 2022). De fait, l'utilisation excessive des médias sociaux a pu avoir un impact négatif sur la santé mentale des jeunes, en les exposant à un flux constant d'informations anxiogènes et en les isolant socialement.

En effet, une étude réalisée sur les étudiants de l'enseignement supérieur, par les chercheuses et chercheurs de l'Uclouvain, de l'ULB et de l'Uliège, a montré qu'un étudiant sur deux avait des symptômes d'anxiété et de dépression (Schmits et al., 2021). Ces jeunes adultes se plaignaient du manque de contacts avec les autres étudiants et avec les enseignants. Cela prouve effectivement que l'isolement social est associé à la détresse psychologique au sein de cette population (Schmits et al., 2021).

Une autre étude sur la solitude, dans l'Union européenne, souligne l'importance des contacts sociaux, en mettant en évidence les conséquences de la distanciation sociale vécue pendant la période Covid-19 sur les jeunes adultes. Cette étude montre que les jeunes adultes constituent la tranche d'âge qui a été la plus touchée par les mesures de distanciation sociale, les obligeant à rester en famille, entraînant une solitude.

Les jeunes adultes ont en fait besoin des interactions en personne, et cette période a occasionné une coupure entre amis, raison pour laquelle ils souffraient plus que les adultes de la solitude. Le constat dérivant de cette situation a été une détresse (Baarck et al., 2021).

Une autre étude montre que des jeunes Français âgés de 18-25 ans, inscrits dans l'enseignement supérieur, rencontrent des difficultés, liées à la séparation avec leur famille, pouvant mener à une détresse psychologique (Egsdal et al., 2016).

Nos résultats sont aussi en accord avec l'étude de Florence Sordes qui arrive à la conclusion que les personnes les plus jeunes souffrent davantage de détresse psychologique (Sordes et al., 2021).

Ils rejoignent aussi les résultats de cette étude, selon lesquels, les participants de moins de 35 ans ont montré une tendance à éprouver des symptômes d'anxiété et de dépression plus souvent que les participants plus âgés, lors de la crise de COVID-19 (Huang & Zhao, 2020).

Les résultats de notre recherche concordent également avec ceux de Jiang qui a découvert que, lors de l'épidémie Covid-19, les personnes âgées ressentaient des niveaux de stress quotidien perçus plus faibles que leurs homologues plus jeunes. (Jiang, 2020).

Une autre étude sur la jeunesse belge montre que la détresse mentale vécue par les jeunes dépourvus de liens sociaux est importante parmi la population. Ainsi, la pandémie de COVID-19 et la mise en place de mesures de distanciation sociale qui en ont résulté ont indéniablement affecté le bien-être de la jeunesse belge. Cette étude précise également que la première vague de la pandémie a été marquée par une augmentation significative de la détresse mentale chez les personnes âgées de 16 à 25 ans en Belgique (Lorant et al., 2021).

Cependant, en incluant les termes d'interaction dans le modèle de régression linéaire multivariée, nous avons recherché l'interaction entre la solitude et les jeunes adultes mais cette interaction n'a pas été prouvée par les analyses statistiques. Elle est non significative.

Cela pourrait être expliqué par une diminution de puissance due à la taille de l'échantillon, c'est-à-dire par présence de petits effectifs comme c'est le cas pour notre effectif des jeunes adultes par rapport aux adultes. Cela nécessite d'être exploré par une autre étude. Les résultats de l'interaction suggèrent alors que l'impact de la solitude sur la détresse psychologique ne varie pas en fonction de l'âge.

Nous avons alors choisi de traiter les effets des variables « solitude » et « jeunes adultes » sur la détresse psychologique, comme indépendants l'une de l'autre pour pouvoir répondre à notre hypothèse.

V.3 Limites de l'étude

Il est important de souligner que notre étude présente certaines limites. Sa première limite concerne un biais de sélection. En effet, l'enquête a été diffusée en ligne auprès de la population générale, en Belgique, et les personnes qui ont répondu à cette enquête étaient des personnes qui avaient accès à l'internet, ce qui est susceptible de conduire à une sous-représentation de certains groupes notamment les personnes âgées, des populations ayant un accès limité à l'internet ou à une sur-représentation des autres groupes. Cela peut entraîner alors une sous-estimation de la détresse psychologique. De ce fait, les personnes qui ont participé à cette enquête pourraient ne pas être représentatives de toute la population belge dans son ensemble, ce qui peut affecter la validité des résultats obtenus.

Par exemple, les personnes dont l'âge est supérieur à 71 ans représentent moins de 10 %, ce qui pourrait signifier qu'elles sont moins technologiquement compétentes. Concernant l'éducation, ceux de niveau inférieur sont moins représentés, ce qui peut être dû à un accès limité à l'internet.

Un biais de mesure peut également affecter nos résultats dans le sens où il existe un risque lié à la compréhension des questions par les participants, à la subjectivité de leurs réponses ou à des erreurs de saisie des données. Ce biais concerne les variables mesurées à l'aide des échelles et questionnaires auto-administrés qui sont la détresse psychologique et la solitude ou isolement social.

De plus, la variable situation familiale n'a pas été mesurée du fait que les participants ont généré des confusions dans leurs réponses. C'est ainsi qu'une personne pouvait répondre à deux ou trois questions différentes, relatives à un statut en particulier, alors que les réponses devaient être indépendantes et qu'il aurait plutôt fallu opérer un choix.

Nous avons préféré ne pas mesurer cette variable pour éviter d'introduire un biais de réponse qui pourrait impacter les résultats de notre étude.

Une quatrième limite concerne le type d'étude qui a été réalisée. Notre étude porte sur une vague d'enquête (cinquième vague d'enquête), et cela a permis d'établir des associations entre la détresse psychologique et la solitude ou l'isolement social, mais elle ne permet pas de montrer des relations causales entre ces variables étudiées.

V.4 Perspectives et recommandations

Afin d'en savoir plus sur les relations causales entre la détresse psychologique et la solitude ou l'isolement social, il serait intéressant que des études longitudinales soient menées pour mieux comprendre les mécanismes de cette association.

Au chapitre des recommandations, il s'avère indispensable d'instaurer des mesures et des initiatives de soutien psychologique adaptées aux besoins de la population belge afin de faire face à la souffrance psychologique et à la solitude engendrées par la pandémie de Covid-19. Cela pourrait se faire à travers le renforcement du soutien social et communautaire par élaboration des programmes et des politiques qui favorisent l'interaction sociale et consolident les liens communautaires.

Diverses initiatives peuvent également être mises en place, telle que des groupes de soutien et des activités sociales en ligne. Des politiques visant à soutenir les activités des associations et organisations communautaires qui favorisent les interactions sociales et renforcent les liens communautaires peuvent aussi être envisagées. Il y a lieu en outre d'élaborer des politiques de soutien aux initiatives locales, des programmes visant la cohésion sociale et à encourager et promouvoir le volontariat.

Il est essentiel que les gouvernements et les organisations reconnaissent l'importance de la santé mentale dans la prise de décisions politiques. Les politiques publiques doivent inclure des mesures de protection de la santé mentale afin de prévenir et de traiter la détresse psychologique.

Un soutien spécifique aux jeunes adultes pourrait être proposé, étant donné que c'est la population la plus particulièrement touchée par la détresse psychologique comme la montre notre étude. Il est primordial de mettre en œuvre des programmes et des ressources adaptés à leurs besoins pour faire face à la détresse psychologique et à la solitude causée par la pandémie de Covid-19.

Ceci peut inclure des consultations en ligne, des campagnes de sensibilisation dans les établissements d'enseignement supérieur et des groupes de soutien pour les jeunes adultes (Hamza et al., 2021).

Assurer la disponibilité des soins de santé mentale est un aspect très important qui implique la garantie d'un accès facile et abordable aux services de santé mentale pour les personnes en détresse psychologique.

Cela peut passer par le renforcement des plateformes de soutien en ligne et la création des établissements de santé mentale communautaires. Les populations vulnérables, telles que les patients suspectés et diagnostiqués doivent recevoir des interventions psychologiques (Hwang et al., 2020).

VI. Conclusion

En guise de conclusion, les mesures imposées à la population belge pour ralentir la propagation du virus ont réduit considérablement les contacts entre individus et ont généré de la solitude ou l'isolement social, mettant en jeu la santé mentale de la population.

Il s'est avéré alors important de mesurer l'ampleur de l'association entre la détresse psychologique et l'isolement social ou la solitude dans la population belge en général et en particulier pour les jeunes adultes pour mieux comprendre les effets de la pandémie sur la santé mentale.

Les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence le fait que les individus qui connaissaient la solitude avaient tendance à présenter une détresse psychologique plus élevée.

La solitude était associée au développement de la détresse psychologique.

Notre étude confirme que la solitude est un facteur important dans le développement de la détresse psychologique. Cela suggère que le manque de contacts sociaux peut contribuer à des problèmes de santé mentale, notamment à la détresse psychologique.

Concernant le soutien social, l'étude a démontré qu'il avait un effet important sur la détresse psychologique. Un niveau plus faible de soutien social est lié à une détresse psychologique élevée. En d'autres termes, les individus recevant un soutien social plus fort tendent à présenter une détresse psychologique moins élevée.

Cela pourrait indiquer que le soutien social joue un rôle important dans la gestion de la détresse psychologique et peut aider à faire face aux difficultés émotionnelles.

Dans notre étude, nous avons observé également que la solitude était fortement corrélée à un niveau de soutien social réduit. Les individus qui percevaient un faible soutien social avaient tendance à se sentir plus seuls.

Les résultats de notre étude ont démontré alors que la solitude et le soutien social étaient des prédicteurs les plus importants sur la détresse psychologique.

Concrètement, un niveau plus élevé de soutien social est lié à une détresse psychologique moindre, tandis qu'un niveau plus élevé de solitude est associé à une détresse psychologique plus élevée. Ces résultats ont alors permis de prouver l'hypothèse de départ selon laquelle le soutien social et la solitude étaient significativement associés à la détresse psychologique.

Les résultats de cette étude montrent que les jeunes adultes présentent des niveaux de solitude plus élevés que les adultes, résultant d'une part de la réduction des interactions avec leurs pairs, et d'autre part de la diminution des activités sociales.

Les médias sociaux ont été des alliés précieux pour maintenir le lien social pendant la pandémie tout en présentant des risques pour la santé mentale des jeunes. Privilégier des interactions sociales réelles demeure crucial pour une santé mentale optimale.

L'étude a également montré que les adultes ont présenté une détresse psychologique, significativement inférieure à celle des jeunes adultes. Cela a permis de confirmer la deuxième hypothèse de l'étude qui prédisait qu'il existe une association plus forte entre la détresse psychologique et l'isolement social chez les jeunes adultes par rapport aux adultes. Les résultats de l'étude suggèrent que les jeunes adultes présentent des niveaux de détresse psychologique significativement plus élevés que ceux des adultes. Ces résultats sont similaires à ceux que l'on peut retrouver dans la littérature.

VII. Références bibliographiques

- Adamczyk, K. (2016). An Investigation of Loneliness and Perceived Social Support Among Single and Partnered Young Adults. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 35(4), 674-689. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9337-7>
- Alzueta, E., Perrin, P., Baker, F. C., Caffarra, S., Ramos-Usuga, D., Yuksel, D., & Arango-Lasprilla, J. C. (2021). How the COVID-19 pandemic has changed our lives : A study of psychological correlates across 59 countries. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 556-570. <https://doi.org/10.1002/jclp.23082>
- Aouici, S., & Peyrache, M. (2019). Le sentiment de solitude dans la vieillesse. Une analyse des effets de la précarité sociale et économique. *Retraite et société*, 82(2), 15-35. <https://doi.org/10.3917/rs1.082.0015>
- Asselah, F., & Farah, O. (2020). Quelle conséquence de la pandémie de covid 19 sur la santé mentale en population générale et spécifique atteint de troubles psychiatriques ? *REVUE ALGERIENNE D'ALLERGOLOGIE*, 5(1), 68-71.
- Baarck, J., Balahur-Dobrescu, A., Cassio, L. G., D'hombres, B., Pasztor, Z., & Tintori, G. (2021, juillet 23). *Loneliness in the EU. Insights from surveys and online media data*. JRC Publications Repository. <https://doi.org/10.2760/28343>
- Baliyan, S., Cimadevilla, J. M., Pulpulos, M. M., Castillejo, L., Sandi, C., & Venero, C. (2022). Pre-pandemic Psychobiological Features Predict Impact of COVID-19 Confinement on Loneliness. *Frontiers in Psychology*, 13, 874232. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.874232>
- Beasley, E. (2020, janvier 6). *Dimensions de la solitude fr France*. CEPREMAP.
- Berhuet, S., Etienne, L., & Guisse, N. (s. d.). *10 ans d'observation de l'isolement relationnel : Un phénomène en forte progression*.

- Best, L. A., Law, M. A., Roach, S., & Wilbiks, J. M. P. (2021). The psychological impact of COVID-19 in Canada : Effects of social isolation during the initial response. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 62(1), 143-154. <https://doi.org/10.1037/cap0000254>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population : Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bouhon, F., Jousten, A., Miny, X., & Slautsky, E. (2020). L'État belge face à la pandémie de Covid-19 : Esquisse d'un régime d'exception. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2446(1), 5-56. <https://doi.org/10.3917/cris.2446.0005>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19 : Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044-2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- 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. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bruggeman, H., Smith, P., Berete, F., Demarest, S., Hermans, L., Braeckman, E., Charafeddine, R., Drieskens, S., De Ridder, K., & Gisle, L. (2022). Anxiety and Depression in Belgium during the First 15 Months of the COVID-19 Pandemic : A Longitudinal Study. *Behavioral Sciences*, 12(5), 141. <https://doi.org/10.3390/bs12050141>
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Loneliness during a strict lockdown : Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Social Science & Medicine* (1982), 265, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>

- Chamoux, A. (2021). Télétravail contraint en pandémie, nouveau risque psychosocial : Réflexions sur les enjeux santé et l'accompagnement nécessaire. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205(8), 985-992. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.05.015>
- Charton, L., Labrecque, L., & Lévy, J. J. (2022). La pandémie de COVID-19 : Quelles répercussions sur les familles ? *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 40, Article 40. <https://journals.openedition.org/efg/15152>
- Chen, A. T., Ge, S., Cho, S., Teng, A. K., Chu, F., Demiris, G., & Zaslavsky, O. (2021). Reactions to COVID-19, information and technology use, and social connectedness among older adults with pre-frailty and frailty. *Geriatric Nursing (New York, N.y.)*, 42(1), 188-195. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.001>
- De Man, J., Rens, E., Wouters, E., Van Den Broeck, K., Buffel, V., & Lorant, V. (2021). L'effet du confinement lié au Covid-19 sur la santé mentale des jeunes. *Neurone*, 26(1), 6.
- de Jong Gierveld, J., Broese van Groenou, M., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of Marriages in Later Life and Emotional and Social Loneliness. *The Journals of Gerontology: Series B*, 64B(4), 497-506. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>
- Deslauriers, V., Bignami, S., Delaunay, V., & Sandberg, J. (2023). [Does social integration really protect against loneliness? Gender determinants in a rural population in Senegal]. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 35(4), 423-434. <https://doi.org/10.3917/spub.234.0423>
- Distel, M. A., Rebollo-Mesa, I., Abdellaoui, A., Derom, C. A., Willemsen, G., Cacioppo, J. T., & Boomsma, D. I. (2010). Familial Resemblance for Loneliness. *Behavior Genetics*, 40(4), 480-494. <https://doi.org/10.1007/s10519-010-9341-5>

- Dupont, S. (2016). L'adolescent et l'épreuve de la solitude. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 93(1), 121-130. <https://doi.org/10.3917/read.093.0121>
- Egdsal, M., Montagni, I., Tournier, M., & Tzourio, C. (2016). Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : Le cas de l'université de Bordeaux. *Revue française des affaires sociales*, 2, 105-122. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0105>
- Eric. (2020, octobre 12). Quelles sont les causes et conséquences de la solitude. *Pharmabiotech*. <https://www.pharmabiotech.fr/quelles-sont-les-causes-et-consequences-de-la-solitude/>
- Fardghassemi, S., & Joffe, H. (2021). Young Adults' Experience of Loneliness in London's Most Deprived Areas. *Frontiers in Psychology*, 12, 660791. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660791>
- Faustino, B., Branco Vasco, A., Delgado, J., Farinha-Fernandes, A., & Guerreiro, J. C. (2021). Exploring the impacts of COVID-19 related social distancing on loneliness, psychological needs and symptomatology. *Research in Psychotherapy : Psychopathology, Process, and Outcome*, 23(3), 492. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.492>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (s. d.). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- florence, sordes. (2020, novembre 26). Déterminants de la détresse psychologique ressentie par la population en France métropolitaine durant le confinement lié à la COVID-19 [Billet]. *Covid-19 et conséquences du confinement de la population*. <https://epidemic.hypotheses.org/214>

- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Glowacz, F., Schmits, E., & Goblet, M. (2022). Les couples mis à l'épreuve du confinement de la crise Covid. *Psychologie Française*, 67(3), 285-304. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.06.002>
- 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>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2021). Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>
- Hamel, S., Lavoie, A.-M., Morneau-Sévigny, F., & Belleville, G. (2021). DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES : RECENSION SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE. *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 197. <https://doi.org/10.7202/1084585ar>

- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L., & Goldstein, A. L. (2021). When social isolation is nothing new : A longitudinal study on psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 62(1), 20-30.
<https://doi.org/10.1037/cap0000255>
- Hankins, M. (2008). The factor structure of the twelve item General Health Questionnaire (GHQ-12) : The result of negative phrasing? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 4, 10. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-10>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters : A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., 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)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality : A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London, England: 1997)*, 11(3), 273-289.
<https://doi.org/10.1177/1363459307077541>

- Houdayer, H. (2021). Les formes de socialisation à l'épreuve de la Covid-19, le confinement français du printemps 2020. *Connexions*, 115(1), 169-184. <https://doi.org/10.3917/cnx.115.0169>
- Howden, K., Yan, A. P., Glidden, C., Romanescu, R. G., Scott, I., Deleemans, J. M., Chalifour, K., Eaton, G., Gupta, A. A., Bolton, J. M., Garland, S. N., Mahar, A. L., & Oberoi, S. (2022). Loneliness among adolescents and young adults with cancer during the COVID-19 pandemic : A cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2215-2224. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06628-5>
- Hu, Y., & Gutman, L. M. (2021). The trajectory of loneliness in UK young adults during the summer to winter months of COVID-19. *Psychiatry Research*, 303, 114064. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114064>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China : A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys. *Research on aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Hwang, T.-J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (s. d.). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 1-4. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>
- 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>

- Jiang, D. (2020). Perceived Stress and Daily Well-Being During the COVID-19 Outbreak : The Moderating Role of Age. *Frontiers in Psychology*, 11, 571873. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.571873>
- Karsegard, A., & Nogueiro Fernandes, J. D. (2019). *Le sentiment de solitude perçu par la personne âgée vivant à domicile*. <https://sonar.ch/global/documents/315628>
- 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>
- Koyama, Y., Nawa, N., Yamaoka, Y., Nishimura, H., Sonoda, S., Kuramochi, J., Miyazaki, Y., & Fujiwara, T. (2021). Interplay between social isolation and loneliness and chronic systemic inflammation during the COVID-19 pandemic in Japan : Results from U-CORONA study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 94, 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.007>
- Kung, C. S. J., Kunz, J. S., & Shields, M. A. (2023). COVID-19 lockdowns and changes in loneliness among young people in the U.K. *Social Science & Medicine (1982)*, 320, 115692. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115692>
- Kupcewicz, E., Mikla, M., Kadučáková, H., & Grochans, E. (2022). Loneliness and Satisfaction with Life among Nursing Students in Poland, Spain and Slovakia during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2929. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052929>
- Lee, C. M., Cadigan, J. M., & Rhew, I. C. (2020). Increases in Loneliness Among Young Adults During the COVID-19 Pandemic and Association With Increases in Mental Health Problems. *The Journal of Adolescent Health*, 67(5), 714-717. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.009>

- Les effets négatifs de la solitude sur notre bien-être au quotidien.* (2022, novembre 22). Femme Actuelle. <https://www.femmeactuelle.fr/amour/couple/les-effets-negatifs-de-la-solitude-sur-notre-bien-etre-au-quotidien-2145169>
- Les solitudes en France—Un tissu social fragilisé par la pandémie—Rapport 2021.* (2021a, décembre 1). <https://www.credoc.fr/publications/les-solitudes-en-france-un-tissu-social-fragilise-par-la-pandemie-rapport-2021>
- Les solitudes en France—Un tissu social fragilisé par la pandémie—Rapport 2021.* (2021b, décembre 1). <https://www.credoc.fr/publications/les-solitudes-en-france-un-tissu-social-fragilise-par-la-pandemie-rapport-2021>
- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century : An update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 793-810. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- L'impact de l'isolement social sur votre santé mentale.* (2021, octobre 18). Livi. <https://www.livi.fr/en-bonne-sante/isolement-social/>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review : The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Lorant, V., Smith, P., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021a). Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium. *BMC Psychiatry*, 21, 112. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03109-1>

- Lorant, V., Smith, P., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021b). Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium. *BMC Psychiatry*, 21, 112. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03109-1>
- louis.maurin. (2021, janvier 25). Jeunes. *Centre d'observation de la société*. <https://www.observationsociete.fr/definitions/jeunes/>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The Trajectory of Loneliness in Response to COVID-19. *The American psychologist*, 75(7), 897-908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age Differences in Loneliness from Late Adolescence to Oldest Old Age. *Developmental psychology*, 52(6), 943-959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- MacEvoy, J. P., Weeks, M. S., & Asher, S. R. (2011). Loneliness. In B. B. Brown & M. J. Prinstein (Éds.), *Encyclopedia of Adolescence* (p. 178-187). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00116-2>
- Machado, T. (2019). Chapitre II. Santé mentale et santé psychologique : Modèles, constats et définitions. In *La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention* (p. 37-71). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.61691>
- Mann, L. M., & Walker, B. R. (2022). The role of equanimity in mediating the relationship between psychological distress and social isolation during COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 296, 370-379. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.087>
- Manoli, A., McCarthy, J., & Ramsey, R. (2022). Estimating the prevalence of social and emotional loneliness across the adult lifespan. *Scientific Reports*, 12, 21045. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24084-x>

- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A.-L. (2022). Digital Media Use and Adolescents' Mental Health During the Covid-19 Pandemic : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 793868. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793868>
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood : A behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 339-348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic : Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- McQuaid, R. J., Cox, S. M. L., Ogunlana, A., & Jaworska, N. (2021). The burden of loneliness : Implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Research*, 296, 113648. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113648>
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 8(9), WE01-WE04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/10077.4828>
- NIMH » Soutenir la santé mentale pendant la pandémie de COVID-19. (2020, avril 3). <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2020/supporting-mental-health-during-the-covid-19-pandemic>

- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruanta, Y., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic : A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11, 10173. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8>
- Okuyama, J., Seto, S., Fukuda, Y., Funakoshi, S., Amae, S., Onobe, J., Izumi, S., Ito, K., & Imamura, F. (2021). Mental Health and Physical Activity among Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 253(3), 203-215. <https://doi.org/10.1620/tjem.253.203>
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2015). Loneliness and Health in Older Adults : A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Ooi, L. L., Liu, L., Roberts, K. C., Garipy, G., & Capaldi, C. A. (2023). Original quantitative research—Social isolation, loneliness and positive mental health among older adults in Canada during the COVID-19 pandemic. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada : Research, Policy and Practice*, 43(4), 171-181. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.02>
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society : The importance of gender. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Pandémie, santé mentale et sentiment de solitude—Résultats du 1er novembre 2022 | INSPQ.* (s. d.). Institut national de santé publique du Québec. Consulté 31 octobre 2023, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-nov-2022>

- Pe Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Perspectives on loneliness. Loneliness : A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, 1-18. - Recherche Google. (s. d.). Consulté 2 avril 2024,
- Pitcher Valtorta, N. K. (2019). La solitude : Quelle évolution dans le temps ? Pistes d'intervention d'après l'étude Elsa. *Retraite et société*, 82(2), 37-62. <https://doi.org/10.3917/rs1.082.0037>
- Pop, L. M., Iorga, M., & Iurcov, R. (2022). Body-Esteem, Self-Esteem and Loneliness among Social Media Young Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5064. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095064>
- Proesmans, K., Hancart, S., Braeye, T., Klammer, S., Robesyn, E., Djiena, A., Leeuw, F. D., Mahieu, R., Dreuw, A., Hammami, N., Wildemeersch, D., Cornelissen, L., & Cauteren, D. V. (2022). COVID-19 contact tracing in Belgium : Main indicators and performance, January – September 2021. *Archives of Public Health*, 80. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00875-6>
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021a). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19 : A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575553. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575553>
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021b). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19 : A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575553. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575553>

- Rönkä, A. R., Sunnari, V., & Taanila, A. (2020). Entanglements of loneliness and mental ill health among young adult women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1838101. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1838101>
- Rosenberg, M., Luetke, M., Hensel, D., Kianersi, S., Fu, T., & Herbenick, D. (2021). Depression and loneliness during April 2020 COVID-19 restrictions in the United States, and their associations with frequency of social and sexual connections. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(7), 1221-1232. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-02002-8>
- Ross, A., Perez, A., Wehrlen, L., Lee, L. J., Yang, L., Cox, R., Bevans, M., Ding, A., Wiener, L., & Wallen, G. R. (2020). Factors influencing loneliness in cancer caregivers : A longitudinal study. *Psycho-oncology*, 29(11), 1794-1801. <https://doi.org/10.1002/pon.5477>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale : Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>
- Schmits, E., Dekeyser, S., Klein, O., Luminet, O., Yzerbyt, V., & Glowacz, F. (2021a). Psychological Distress among Students in Higher Education : One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7445. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147445>
- Schmits, E., Dekeyser, S., Klein, O., Luminet, O., Yzerbyt, V., & Glowacz, F. (2021b). Psychological Distress among Students in Higher Education : One Year after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7445. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147445>
- Serres, J.-F. (s. d.). *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*.

- Sordes, F., Guillemot, C., Croiset, A., & Cipriani, E. (2021). Détresse psychologique et sentiment de solitude : Quels impacts du confinement lié à la Covid-19 dans la population française ? *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(2), 100189. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100189>
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior : Findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 197, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.054>
- Takeda, T., Yoshimi, K., Kai, S., & Inoue, F. (2021). Association Between Serious Psychological Distress and Loneliness During the COVID-19 Pandemic : A Cross-Sectional Study with Pregnant Japanese Women. *International Journal of Women's Health*, 13, 1087-1093. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S338596>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Tiwari, S. C. (2013). Loneliness : A disease? *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320-322. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.120536>
- Tyler, C. M., McKee, G. B., Alzueta, E., Perrin, P. B., Kingsley, K., Baker, F. C., & Arango-Lasprilla, J. C. (2021). A Study of Older Adults' Mental Health across 33 Countries during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5090. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105090>
- Un important investissement est nécessaire pour éviter une crise dans le domaine de la santé mentale.* (s. d.). Consulté 20 novembre 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

- Varga, T. V., Bu, F., Dissing, A. S., Elsenburg, L. K., Bustamante, J. J. H., Matta, J., van Zon, S. K. R., Brouwer, S., Bültmann, U., Fancourt, D., Hoeyer, K., Goldberg, M., Melchior, M., Strandberg-Larsen, K., Zins, M., Clotworthy, A., & Rod, N. H. (2021). Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic : A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *The Lancet Regional Health - Europe*, 2, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100020>
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F., & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health : A conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1451-1461. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>
- Weeks, M. S., & Asher, S. R. (2012). Chapter 1 - Loneliness in Childhood : Toward the Next Generation of Assessment and Research. In J. B. Benson (Éd.), *Advances in Child Development and Behavior* (Vol. 42, p. 1-39). JAI. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394388-0.00001-0>
- Williams, C. Y. K., Townson, A. T., Kapur, M., Ferreira, A. F., Nunn, R., Galante, J., Phillips, V., Gentry, S., & Usher-Smith, J. A. (2021). Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures : A rapid systematic review. *PLoS ONE*, 16(2), e0247139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247139>
- Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 425-452. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085641>
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19 : A global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5, 27. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>

