



---

**Master 2**

**Promotion de la santé et prévention**

Promotion : **2019-2020**

---

**Validité des appels à la peur dans l'adoption de comportements adaptatifs durant la crise du coronavirus (covid-19) en France : exemple du modèle EPPM**

---

AMOIN SYLVIA KOUAKOU

04 décembre 2020

*Sous la direction de  
M. JOCELYN RAUDE*



---

## Remerciements

---

Une reprise d'études après dix années de vie professionnelle est un défi que j'ai pu relever grâce au soutien de personnes sans qui cela n'aurait été possible. Ainsi je profite de la réalisation de ce présent mémoire pour adresser mes remerciements à l'ensemble des équipes pédagogiques et administratives de l'EHESP de Rennes. Je tiens premièrement à remercier M. Raude qui a encadré ce travail de recherche et qui m'a donné l'opportunité de pouvoir le réaliser durant un contexte académique peu favorable. En effet le confinement et la fermeture des frontières faisant suite à la première vague épidémique de covid-19 a rendu impossible la réalisation de mon stage de fin d'études à l'étranger. La proposition de M. Raude de participer à ce travail de recherche a été pour moi l'opportunité de finaliser mon année de formation. Je tiens également à remercier particulièrement Mme Guevel et Mme Garond pour leur disponibilité, leur écoute et leur réactivité notamment dans le traitement de situations pédagogiques, organisationnelles ou administratives complexes que j'ai pu rencontrer tout au long de cette année. Je remercie également Mme Gallopel-Morvan et M. Constant qui ont accepté d'évaluer ce travail.

Je souhaite aussi remercier l'institut *Arcane Research* à Angers, de nous avoir permis de disposer de bases de données exploitables dans le cadre de cette étude sur l'épidémie de coronavirus (covid-19) en France.

Pour la solidarité et l'engagement dans le travail, je tiens à remercier l'ensemble des collègues du master 2 « Promotion de la santé et Prévention », année 2019-2020. Je remercie particulièrement M. Diallo et son frère qui m'ont encouragé dans la réalisation de ce travail de recherche et qui m'ont apporté des éclairages dans la démarche quantitative qui m'est initialement peu familière.

Je voudrais également remercier l'équipe de la cellule de sécurité sanitaire et de contact-tracing de l'ARS Bretagne de m'avoir permis d'obtenir des congés afin que je puisse finaliser la rédaction de ce mémoire, cela malgré la charge de travail au vu du contexte épidémiologique actuel.

Pour m'avoir permis de disposer d'un hébergement dans la ville de Rennes et cela durant toute la période de ma formation à l'EHESP, je voudrais remercier Nancy Faulet et sa famille.

Enfin je tiens à dire un grand merci à mes proches et aux amis qui m'ont soutenu dans mes initiatives ainsi que dans les moments les plus difficiles. Je remercie particulièrement, Lydie, Anne, J.R, Nelly, Solange, Patrick, Joséphine, Orlande, Eric, Jean, mes neveux et nièces qui m'ont toujours encouragé et m'ont permis de croire que rien n'était impossible.

A tous et à toutes, je tiens à dire merci.



---

# Sommaire

---

INTRODUCTION .....	11
1 CONTEXTE .....	13
1.1 Epidémies et pandémies.....	13
1.2 Coronavirus (covid-19).....	13
1.3 Le défaut de traitements préventifs ou curatifs.....	14
1.4 La gestion de crise sanitaire.....	15
1.4.1 A l'international.....	15
1.4.2 En France.....	16
2 CADRE THEORIQUE.....	19
2.1 Appels à la peur en santé publique .....	19
2.2 Les principaux modèles d'appels à la peur .....	21
2.2.1 Le modèle de la pulsion motivante ( <i>Drive Reduction Model</i> ).....	21
2.2.2 Le modèle des réponses parallèles.....	21
2.2.3 Les modèles de la motivation à la protection .....	22
2.2.4 Le modèle étendu des processus parallèles (EPPM) .....	22
2.2.5 Les appels à la peur : points de convergence dans les méta-analyses .....	24
2.3 La problématique .....	25
3 METHODOLOGIE .....	27
3.1 La procédure et les participants .....	27
3.2 Les mesures.....	28
3.2.1 Construction des variables.....	28
3.2.2 L'analyse statistiques des données .....	30
4 RESULTATS .....	33

4.1	Description de l'échantillon.....	33
4.2	Description des variables .....	34
4.2.1	La peur.....	34
4.2.2	Les variables menace (sévérité et vulnérabilité) et efficacité (efficacité et auto-efficacité).....	34
4.2.3	Les comportements adaptatifs .....	35
4.3	Liens entre la peur, les variables explicatives du modèle EPPM et l'adoption de comportements adaptatifs .....	36
4.3.1	La peur et les comportements adaptatifs .....	36
4.3.2	Les variables explicatives du modèle EPPM et les comportements adaptatifs	36
4.4	Sensibilité de la peur et des variables du modèles EPPM face à l'évolution du contexte épidémiologique de la covid-19 .....	39
4.5	Association entre les caractéristiques individuelles, l'adoption de comportements adaptatifs et l'effet persuasif des appels à la peur .....	40
4.5.1	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'adoption de comportements adaptatifs .....	40
4.5.2	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif de la peur : test de la variable peur.....	42
4.5.3	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif de la peur : test de la variable dimension persuasive .....	43
5	DISCUSSION.....	45
5.1	Stratégies d'appel à la peur et adoption de comportements adaptatifs .....	45
5.1.1	La peur.....	45
5.1.2	Menace et efficacité.....	46
5.2	Evolution du contexte épidémiologique et variation de l'impact des appels à la peur	48
5.3	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur les comportements adaptatifs et sur l'effet persuasif de la peur.....	50

5.4	Limites .....	52
5.4.1	Choix de méthode dans la validation des stratégies d'appel à la peur (EPPM) 52	
5.4.2	L'enquête longitudinale .....	52
5.4.3	Les principaux biais .....	53
6	CONCLUSION .....	54
	Bibliographie .....	57
	Webographie.....	61
	Liste des annexes .....	63



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARN : acide ribonucléique

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : comportements adaptatifs

COMBI : *Communication for Behavioural Impact* (communication pour un impact sur le comportement)

ECDC : *European Center for Disease prevention and Control* (centre européen de prévention et de contrôle des maladies infectieuses)

EHESP : Ecoles des Hautes Etudes de Santé Publiques

EPPM : *Extended Process Parallel Model* (modèle étendu des processus parallèles)

ESM : erreur standard moyenne

HAS : Haute Autorité de Santé

H1N1 : Hémagglutinine 1 Neuraminidase 1

IC : intervalle de confiance

ISS : Inégalités Sociales de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Sars-CoV-2 : *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*

SDRA : syndrome de détresse respiratoire aigue

SPF : Santé Publique France

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

---

## **Liste des tableaux et graphiques**

---

Tableau 1 : caractéristiques des populations enquêtées (base 1, 2 et 3)

Tableau 2.a : corrélation de Pearson, modèle EPPM (base 1)

Tableau 2.b : régression linéaire, modèle EPPM (base 1)

Tableau 3.a : corrélation de Pearson, modèle EPPM (base 2)

Tableau 3.b : régression linéaire, modèle EPPM (base 2)

Tableau 4 : différences significatives des scores moyens, peur et modèle EPPM (base 1 et 2)

Tableau 5 : ANOVA, variables sociodémographiques et CA (base 3)

Tableau 6 : ANOVA, variables sociodémographiques et peur (base 3)

Tableau 7 : ANOVA, variables sociodémographiques et dimension persuasive (base 3)

Graphique 1 : scores moyens des variables de l'EPPM et de la peur (base 1 et 2)

---

## **Liste des schémas et illustrations**

---

Schéma 1 : Modèle étendu des processus parallèles

Schéma 2 : Roue du changement de comportement

Illustration 1 : Gestes barrières

Illustration 2 : Messages de prévention diffusés en France

Illustration 3 : Extraits d'images du journal TV

Illustration 4 : Affiches de prévention, sécurité routière et VIH

Illustration 5 : Affiches de prévention, tabac et alcool



# INTRODUCTION

---

En mobilisant comme jamais l'attention des populations sur les actions de santé publique, la pandémie de coronavirus (covid-19) a mis à rude épreuve les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention. Après une première vague épidémique au début de l'année 2020 qui a été à l'origine de près de 30 000 décès en France et plusieurs centaines de milliers dans le monde puis une seconde vague en cours dans de nombreux pays, le défi auquel sont aujourd'hui confrontées nos sociétés est de freiner la transmission interhumaine du virus (Santé Publique France, 2020). Les efforts conjoints des chercheurs et de l'industrie pharmaceutique donnent l'espoir d'une distribution de vaccins très prochaine (Pfizer & Biontech, 2020). Pour l'heure les traitements préventifs ou curatifs disponibles animent les débats politiques, faisant l'objet de désaccord et de controverses sur leur efficacité (Beigel et al., 2020; Elavarasi et al., 2020; Zou et al., 2020). Quand est-il par ailleurs des stratégies non pharmaceutiques mises en œuvre par les pouvoirs publics, dans l'optique de freiner la transmission de la maladie ? Paradoxalement, l'intérêt et l'efficacité de ces stratégies visant principalement au changement de comportements des populations sont peu discutés sur la base de données empiriques en France. Dans ce travail de recherche nous présentons des données qui permettent d'évaluer la pertinence des stratégies fondées sur les appels à la peur en France (Janis, 1967; Leventhal, 1970; R. W. Rogers, 1975; Witte & Allen, 2000; Witte, 1992). Ces stratégies qui visent à modifier les comportements par l'activation d'émotions primaires, inciteraient les populations à appliquer les recommandations préconisées des pouvoirs publics.

L'appel à la peur c'est-à-dire l'utilisation de messages persuasifs éveillant la peur, est une stratégie fréquemment utilisée dans les campagnes de prévention en santé publique (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Gallopel-Morvan, 2006; Tannenbaum et al., 2015) L'exemple des campagnes de prévention en sécurité routière ou encore contre le tabac, les cancers et le VIH illustrent ces stratégies. Durant ces dernières décennies l'appel à la peur a fait l'objet de recherches scientifiques à l'échelle internationale, qui ont expérimenté dans différents contextes la manipulation de son intensité. L'objectif fut d'appréhender les effets liés à l'acceptation ou au rejet des recommandations, cela en fonction de l'intensité des messages diffusés. Ainsi le but des stratégies d'appel à la peur durant une épidémie serait de favoriser l'adoption rapide de gestes barrières comme par exemple le port du masque, les mesures de distanciation, le lavage réguliers des mains, etc. Au-delà de la mobilisation massive de ces stratégies d'appel à la peur des réflexions ont émergé sur leur validité et leur pertinence dans un contexte épidémique (Ferron, 2010; Sherlaw & Raude, 2013; Stollow et al., 2020). Dans l'optique d'apporter des éclairages à ce sujet, nous avons réalisé une étude durant l'épidémie de covid-19

en France, qui repose sur le plus récent des modèles théoriques des appels à la peur : *The Extended Parallel Process Model*<sup>1</sup> (EPPM) (Witte, 1992, 1994). Cette étude n'aura pas la prétention d'évaluer la dimension théorique complète de ce modèle. Elle se limitera davantage à mettre en évidence la validité des stratégies d'appels à la peur à travers l'évaluation des variables théorisées dans l'EPPM ainsi que les limites y attenantes. Pour cela nous débutons ce travail de recherche en contextualisant notre objet d'étude et en mettant en évidence les points de réflexion que nous souhaitons aborder dans ce champ. Par la suite nous présenterons nos choix méthodologiques. Enfin nous exposerons nos résultats et analyses portés à cet égard.

---

<sup>1</sup> Le modèle étendu des processus parallèles.

# 1 CONTEXTE

---

## 1.1 Epidémies et pandémies

La survenue d'épidémies a régulièrement marqué le cours de l'histoire. Elles se définissent à travers le développement et la propagation rapide d'une maladie contagieuse dans une région (Hildesheimer, 1993). A l'ère contemporaine le développement des moyens de transports a sans doute accéléré leur survenue dans le monde. Nous avons encore en mémoire l'épidémie du virus Ebola qui a frappé les régions africaines ces dernières années ; notamment l'Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2016 ou plus récemment la flambée épidémique de 2018 qui a entraîné des milliers de morts en République démocratique du Congo (Gasquet-Blanchard, 2017).

Les épidémies prennent une autre dimension lorsqu'il s'agit de maladies nouvelles se propageant au niveau mondial. Dans ce cas on parle alors de pandémie. Concernant les gripes, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la pandémie grippale par la survenue d'un « nouveau virus grippal qui apparaît et se propage dans le monde entier, en l'absence d'immunité dans la grande majorité de la population ». Ces virus grippaux responsables de pandémies sont principalement issus de virus grippaux de l'animal (Brugère-Picoux, 2020 ; OMS, 2010). En 2009 c'est une pandémie de grippe A (H1N1) qui frappe le monde entraînant entre 100 000 et 400 000 décès selon l'OMS (OMS, 2016). Dix ans plus tard, la fin de l'année 2019 est marquée par l'apparition d'un nouveau coronavirus Sars-CoV-2, qui entrainera la covid-19.

## 1.2 Coronavirus (covid-19)

En décembre 2019 l'OMS prend connaissance de cas de pneumonies virales à Wuhan dans la province de Hubei en République populaire de Chine. Ne connaissant pas l'origine exacte de la contamination, un lien épidémiologique est toutefois mis en évidence avec un marché d'animaux vivants sauvages ou domestiques (Brugère-Picoux, 2020). Très rapidement, entre le mois de janvier et février plusieurs cas s'exportent en dehors de la Chine. Le 30 janvier 2020 l'OMS qualifie la flambée de ce nouveau coronavirus<sup>2</sup> d'urgence de santé publique de portée internationale ; et le 11 mars 2020 elle déclare officiellement la pandémie. La covid-19 se transmet principalement par la projection de gouttelettes d'une personne infectée, lors d'épisodes de toux,

---

<sup>2</sup> Les coronavirus forment une famille comptant un grand nombre de virus qui peuvent provoquer des maladies très diverses chez l'homme, allant du rhume banal au SRAS, et qui causent également un certain nombre de maladies chez l'animal (OMS, 2020).

d'éternuements ou de contacts directs rapprochés. La contamination se fait également par des contacts indirects à partir d'objets ou de surfaces contaminés ainsi que par l'air dans des espaces confinés (OMS, 2020).

### **1.3 Le défaut de traitements préventifs ou curatifs**

Malgré les recherches et les efforts conjoints pour l'apport de solutions médicamenteuses préventives ou curatives, les solutions tardent à se déployer et les désaccords sur l'efficacité des traitements proposés persistent (Zou et al., 2020). L'OMS et ses partenaires lance un essai clinique international : *Solidarity Trial*<sup>3</sup>. Près de 500 centres hospitaliers, dans une trentaine de pays et 12 000 patients atteints de la covid-19 participent à cet essai contrôlé randomisé qui évalue l'efficacité de plusieurs traitements : remdésivir, hydroxychloroquine, lopinavir/ritonavir, interféron et des corticoïdes. En octobre 2020 les premiers résultats sont communiqués. La majorité des traitements proposés ont peu ou pas d'impact sur l'issue de la maladie chez les patients observés. L'utilisation des corticoïdes sur les formes graves est le seul traitement qui semble fournir des résultats encourageants. Les antiviraux immunomodulateurs et anticorps monoclonaux anti-Sars-CoV-2 sont les prochains traitements évalués (OMS, 2020).

A la surprise générale, le géant pharmaceutique américain Pfizer et un laboratoire allemand partenaire Biontech sont les premiers à annoncer le 09 novembre 2020, après des essais cliniques, la commercialisation d'un vaccin à base d'acide ribonucléique (ARN), qui serait à 90% efficace sur la prévention de la covid-19 (Pfizer & Biontech, 2020). Lors de la 73ème assemblée mondiale de santé, l'OMS félicite cette annonce en rappelant qu'un long chemin reste encore à parcourir car : « un vaccin ne saurait remédier au manque d'investissement mondial dans les fonctions essentielles de santé publique et les systèmes de santé résilients, ni à la nécessité urgente d'adopter une approche [...] qui englobe la santé des humains, des animaux et de la planète que nous partageons. Il n'existe pas de vaccin contre la pauvreté, la faim, le changement climatique ou les inégalités », Docteur Tedros, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé.

---

<sup>3</sup> Essai clinique Solidarité.

## 1.4 La gestion de crise sanitaire

### 1.4.1 A l'international

La communauté mondiale est affectée par la survenue de cette pandémie. A ce jour 52 775 271 cas covid-19 ont été recensés dans le monde depuis le 31 décembre 2019. Près de 1 293 106 personnes ont perdu la vie des suites de la maladie (Santé Publique France, 2020). Ce constat rappelle l'urgence de placer la santé publique au centre de l'attention dans la gestion de cette crise sanitaire. Ainsi l'OMS s'attelle à la standardisation de processus de gestion tout en encourageant les pays à mettre en place les mesures ajustées à leurs capacités et à leurs contextes, cela dans le but de ralentir et de réduire la transmission interhumaine de la maladie, tout en réduisant sa mortalité. En avril 2020 elle publie un rapport sur les objectifs stratégiques mondiaux de lutte contre la covid-19 (OMS, 2020) :

- « Mobiliser tous les secteurs et toutes les communautés pour s'assurer que chaque secteur du gouvernement et de la société adhère et participe à la riposte et à la prévention des cas par l'hygiène des mains, le respect des règles d'hygiène en cas de toux ou d'éternuement et la distanciation physique au niveau individuel. »
- « Maîtriser les cas sporadiques et les clusters et prévenir la transmission locale en identifiant et en isolant rapidement tous les cas, en leur fournissant des soins appropriés, ainsi qu'en recherchant tous les contacts, en les plaçant en quarantaine et en leur apportant un soutien. »
- « Éliminer la transmission locale par des mesures de prévention et de lutte contre l'infection adaptées au contexte, des mesures de distanciation physique au niveau de la population, et des restrictions appropriées et proportionnées des déplacements nationaux et internationaux non essentiels. »
- Réduire la mortalité en fournissant des soins cliniques appropriés aux personnes touchées par la covid-19, en assurant la continuité des services sanitaires et sociaux essentiels et en protégeant les travailleurs de première ligne et les populations vulnérables. »
- « Développer des vaccins et des traitements sûrs et efficaces qui peuvent être administrés à grande échelle et qui sont accessibles en fonction des besoins. »

L'OMS exhorte ainsi la communauté mondiale à s'unir face à cette lutte en précisant le rôle crucial de chaque individu, communauté, gouvernement et entreprise privée dans sa dimension individuelle et collective. Elle s'adresse notamment aux individus en rappelant l'importance de se protéger et de protéger les autres par l'adoption des comportements recommandés. Aux

gouvernements, elle rappelle le devoir de direction et de coordination des réponses face à la crise permettant à chaque individu et communauté une appropriation de ces réponses à travers la communication, l'engagement, l'éducation, le renforcement des capacités et le soutien (OMS, 2020). Pour ce faire elle met à disposition des acteurs de santé publique des outils permettant de soutenir ces démarches. Au-delà des listes de recommandations concernant l'adoption de comportements comme les règles d'hygiène, la distanciation physique et l'isolement, elle propose également des outils de communication. En 2012 par exemple elle présentait le COMBI (*Communication for behavioural impact*), un modèle de communication d'impact sur le comportement en riposte des flambées épidémiques (OMS, 2012).

### 1.4.2 En France

A la suite d'une alerte de l'ECDC<sup>4</sup> (*European Center for Disease Prevention and Control*) au vu de la propagation de la maladie, l'union européenne mobilise son comité de sécurité sanitaire dans le but de coordonner les réponses face à la crise et d'optimiser la communication autour des risques et de la crise sanitaire. Le 24 janvier 2020, le ministère chargé de la santé identifie de manière officielle les trois premiers cas de covid-19 sur le territoire Français (Ministère chargé de la santé, 2020). Une Série de mesures et de restrictions est engagée par le gouvernement français et coordonnée par Santé Publique France (SPF) et les Agences régionales de Santé (ARS) afin de favoriser l'adoption de comportements chez les populations et réduire le risque de transmission du virus. Une liste de gestes et de mesures barrières pour limiter la transmission du virus est communiquée au grand public (Illustration 1) :

- Se laver les mains régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro alcoolique ;
- tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir ;
- se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter ;
- éviter de se toucher le visage ;
- respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres,
- saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ;
- porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire ;
- limiter au maximum ses contacts sociaux (6 max) ;
- aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour ;
- utiliser les outils numériques (TousAntiCovid).

---

<sup>4</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Agence consacrée aux maladies infectieuses.

Des affiches et des spots de prévention audios et vidéos, sont rapidement produits et diffusés au niveau national sur tous les canaux de communication (Illustration 2). Les chiffres concernant les nouvelles infections, les clusters<sup>5</sup> et les décès sont actualisés quotidiennement par des points d'informations ; ces chiffres sont par ailleurs régulièrement illustrés par des images qui traduisent la gravité de la situation (Santé publique France, 2020), (Illustrations 3 et 4). Le premier confinement à l'échelle nationale est ainsi annoncé le 16 mars 2020 lors d'une allocution présidentielle. Ce même jour le chef de l'état déclare : « Nous sommes en guerre ». En novembre 2020, sur 10 124 110 cas en Europe, 1 922 504 sont français. Sur le continent européen, 258 279 personnes ont perdu la vie à la suite de cette maladie et 43 892 de ces décès ont eu lieu en France (Santé Publique France, 2020). Les populations sont plongées dans la peur face à cette communication et ces informations autour de la maladie (Bantman, 2020; Stolow et al., 2020). Cette émotion suscitée par l'environnement épidémique favoriserait-elle réellement l'adoption des recommandations de prévention faites par les pouvoirs publics dans l'optique de limiter la transmission du virus ? La présentation théorique qui suivra nous aidera à comprendre ces choix de communication de la part des pouvoirs publics.

### **Illustration 1 : gestes barrières**



<sup>5</sup> Un cluster ou épisode de cas groupés est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non (Santé publique France, 2020).

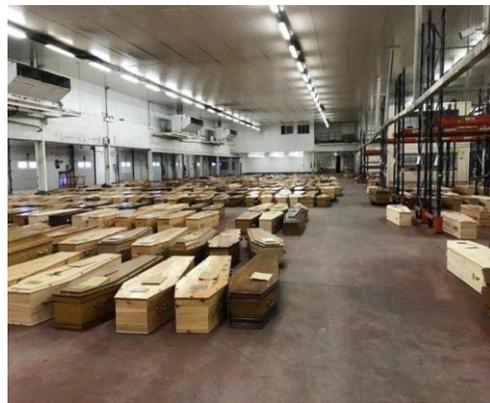
**Illustration 2 : messages de prévention diffusés en France**



**Illustrations 3 : extraits d'images du journal TV**



(Patient SDRA, position de décubitus ventral)



(Morgue temporaire de Rungis)

## 2 CADRE THEORIQUE

---

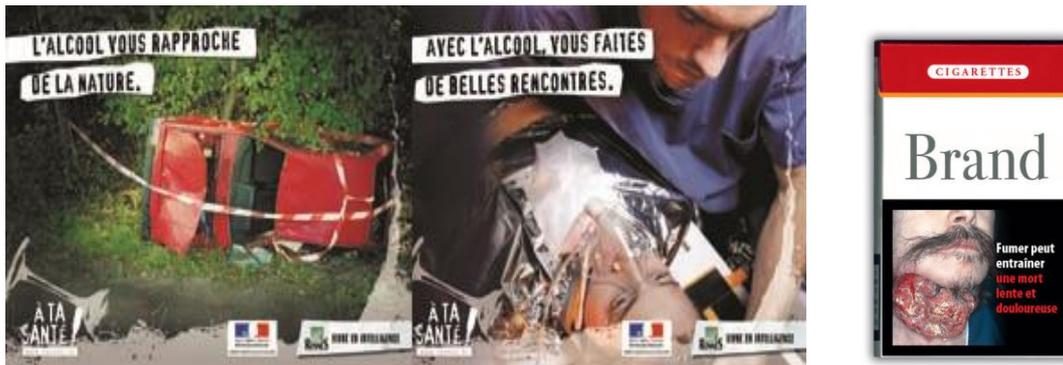
### 2.1 Appels à la peur en santé publique

La lutte et la prévention face aux comportements à risque, nécessite la mise en place d'une communication et de campagnes de prévention à destination des populations cibles. Toutefois l'efficacité d'une simple information communiquée sur les dangers ou les risques encourus n'est pas toujours perceptible (Blondé & Girandola, 2016). En 2000 par exemple une équipe de chercheurs parvient à démontrer le faible impact à long terme, de l'influence du milieu social dans l'arrêt ou la réduction de comportements tabagiques chez les jeunes (Peterson et al., 2000). Aussi pouvons-nous prendre l'exemple concret de fumeurs parmi nos connaissances ; il serait difficile de croire que ces derniers ne soient pas informés des risques auxquels ils s'exposent. Ainsi depuis plusieurs années des chercheurs en psychologie sociale et du comportement en association avec des acteurs du champ de la santé publique, s'attellent à mettre en œuvre les communications les plus efficaces favorisant l'adoption de comportements attendus au sein d'une population cible. En ce sens les stratégies d'appel à la peur font partie des méthodes exploitées en France depuis les années 1990 (Gallopel-Morvan, 2006). Mais qu'appelle-t-on « appel à la peur » ? En 1992 Kim Witte, une spécialiste américaine de la communication, définit l'appel à la peur comme un message persuasif construit dans l'optique de susciter un sentiment phobique à travers la description d'une menace pertinente (Witte, 1992). Les campagnes de prévention en sécurité routière, ou encore celles contre le VIH, le tabac et l'alcool ont de quoi illustrer ce type de communication (Illustrations 4 et 5). L'auteure caractérise l'appel à la peur à travers trois facteurs principaux que sont : la menace (par exemple pour le tabac, fumer peut donner un cancer et le cancer peut tuer), la recommandation (réduire ou arrêter sa consommation de tabac et participer à des programmes d'aide en ce sens), la peur (la peur d'attraper un cancer et de mourir). Ces communications ont pour objectif de créer une émotion vive, de choquer, de faire peur (Blondé & Girandola, 2016).

#### **Illustration 4 : affiches de prévention, sécurité routière et VIH**



### Illustration 5 : affiches de prévention, tabac et alcool



L'évaluation des effets de la peur sur l'adoption de comportement fait l'objet d'études expérimentales dans le monde depuis le début des années 1950. En 1953 par exemple, Janis et Feshbach évaluent l'impact d'une menace plus ou moins forte à propos des conséquences d'une mauvaise hygiène dentaire. Les conclusions de cette étude indiquent que la peur peut être un outil pour amener au changement de comportement, à condition qu'elle soit adaptée à chaque public et qu'elle ne soit pas trop intense (Janis & Feshbach, 1953). Plus récemment des chercheurs indiquent suite à une étude longitudinale les effets bénéfiques des images vivides sur les paquets de cigarettes. Ces effets sont observés à travers la réduction de la fréquence de consommation de tabac chez des jeunes fumeurs (Andrews et al., 2014). À travers ces expérimentations, la peur est définie comme une émotion déclenchée par la menace explicite intégrée au message de prévention (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Kim Witte, 1992, 1998). La menace quant à elle fait écho aux conséquences relevant d'un comportement à risque. Elle est liée au sentiment de peur, car plus elle est perçue comme étant forte par les individus, plus elle aura de répercussions sur le sentiment de peur qui augmentera à son tour (Allen & Witte, 2004). Enfin la recommandation, est une dimension beaucoup moins explicite dans les messages d'appel à la peur. Elle fait référence aux moyens et outils permettant de se protéger de la menace (Blondé & Girandola, 2016). Ces appels à la peur sont majoritairement évalués à travers la manipulation de leur intensité, permettant ainsi de mettre en évidence les niveaux de peur qui favorisent une adoption de comportements attendus et ceux relatifs au rejet d'un message de prévention et l'adoption de comportements défensifs ou d'évitements (Allen & Witte, 2004b). Ainsi selon Blondé et Girandola, sont retenues trois méthodes permettant de faire varier l'intensité de cette peur à travers les messages (Blondé & Girandola, 2016) :

- Renforcer la gravité de la menace ;
- augmenter le sentiment de vulnérabilité face à la menace ;
- faire apparaître la menace de manière explicite avec par exemple des images choquantes.

De ces expérimentations plusieurs modèles ont été élaborés, pour tenter d'expliquer les processus permettant comprendre l'action de la peur, de la menace et des recommandations sur l'adoption de comportements qu'on dira adaptatifs ou mal adaptatifs.

## **2.2 Les principaux modèles d'appels à la peur**

### **2.2.1 Le modèle de la pulsion motivante (*Drive Reduction Model*)**

Le modèle de réduction de la pulsion motivante, développé en 1967 par Janis est un des premiers modèles proposés dans le champ des appels à la peur. Ce modèle se base sur les effets de la peur en tant qu'émotion négative agissant sur la persuasion. En fonction du niveau de la peur ressentie, celle-ci peut avoir deux effets distincts. Lorsqu'elle est modérée ou de faible intensité les individus adoptent les recommandations proposées, permettant ainsi de réduire la tension ressentie face au message. Le théoricien parle alors d'un effet facilitateur de la peur qui contribue à la persuasion. A l'inverse si cette peur est trop forte, alors les recommandations semblent inefficaces pour permettre la réduction de la tension ressentie face au message. Les individus adoptent dans ce cas des comportements mal adaptatifs de type évitement défensif. Par exemple, la menace est trop effrayante alors les individus préfèrent l'éviter et ne plus y penser. Cela permet de réduire la tension ressentie face au message. Le théoricien parle d'un effet de résistance qui vient à réduire la persuasion dans l'adoption du comportement recommandé. Dans ce modèle, une relation curvilinéaire est décrite entre le niveau de peur et la persuasion qui mène au changement d'attitude. Jusqu'à une certaine intensité la peur entraînerait l'acceptation du message et l'adoption de comportements recommandés. Au-delà, elle pourrait générer l'apparition de comportements dits mal-adaptatifs (Janis, 1967). Ce modèle a été invalidé à travers plusieurs études. Par exemple lors d'une expérimentation évaluant l'activité cardiovasculaire et électrodermique d'individus à travers la projection de films suscitant plus ou moins de peur, des chercheurs sont parvenus à invalider l'hypothèse selon laquelle l'acceptation des recommandations provenait d'une réduction de la peur (Mewborn & Rogers, 1979). Il a été reproché à ce modèle de considérer principalement la sphère émotionnelle, au dépens de la sphère cognitive (Allen & Witte, 2004).

### **2.2.2 Le modèle des réponses parallèles**

En 1970 Leventhal propose de distinguer deux voies dans les mécanismes d'appel à la peur : le processus qui mène vers le contrôle du danger (gestion du danger et acceptation des recommandations par les individus) et le processus qui mène vers le contrôle de la peur (les individus se focalisent sur la peur et tentent de la réduire) (Leventhal, 1970). Ce modèle n'a pas

*Amin Sylvia KOUAKOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et de l'Université de*

fait l'objet de nombreuses expérimentations ; il a été critiqué pour son manque de précision et sa difficulté à être testé (Allen & Witte, 2004 ; Beck & Frankel, 1981 ; Rogers, 1975). Toutefois pour donner suite aux théories motivationnelles, il a permis une distinction majeure entre la dimension émotionnelle et cognitive des stratégies d'appel à la peur (Allen & Witte, 2004).

### **2.2.3 Les modèles de la motivation à la protection**

Les premiers modèles de ce type qui intègrent de manière additionnelle une dimension cognitive à la dimension émotionnelle de peur, ont été développés par la suite. A travers un modèle qui sera nommé motivation à la protection (*Motivation protection theory*), Rogers considère les effets de l'appel à la peur comme le résultat de plusieurs évaluations cognitives concernant la force de la menace perçue par les individus dans un message et l'efficacité perçue à se protéger face à cette menace. Ainsi le théoricien propose de considérer la menace perçue à travers la sévérité de la menace (est-ce que cette maladie est grave ?) ainsi que la vulnérabilité perçue (est-ce que cela peut m'arriver ?) ; et l'efficacité perçue à se protéger à travers l'efficacité des recommandations faites (est-ce qu'elles sont efficaces pour répondre à la menace ?) ainsi que l'auto-efficacité (est-ce que j'ai la capacité d'appliquer les recommandations proposées ?) (Rogers et al., 1983 ; Rogers, 1975). Concernant la dimension émotionnelle de ces modèles, la peur est ici considérée comme étant liée à la sévérité. Le postulat émis à partir de ces variables est que plus la menace et l'efficacité sont élevées, plus l'individu sera motivé à adopter des comportements adaptatifs. A l'inverse si la menace ou l'efficacité paraissent faibles, les individus ne seront pas motivés à se protéger face à elle. Dans cette lignée d'autres modèles présentés dans les revues de littérature ont tenté d'expliquer les processus cognitifs qui sous-tendent les effets de la menace perçue et de l'efficacité perçue de ce type de message (Blondé & Girandola, 2016). Ces modèles ont été critiqués pour avoir principalement considéré la dimension cognitive aux dépens de la dimension émotionnelle. Aussi même s'ils présentent les conditions d'apparition du rejet d'un message, ils ne rendent pas compte des processus adoptés par les individus afin de résister à la persuasion et se défendre face à la menace présentée (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016).

### **2.2.4 Le modèle étendu des processus parallèles (EPPM)**

A ce jour le modèle EPPM est le plus appliqué et le plus consensuel des stratégies d'appel à la peur. Basé sur le postulat de Leventhal en 1970, il constitue une extension précise et explicative du modèle des processus parallèles (Kim Witte, 1992, 1994, 1998; Leventhal, 1970). Selon la théoricienne Kim Witte, il y a dans ces processus d'appel à la peur une première phase de traitement d'informations dans laquelle les individus évaluent d'abord la menace. Ils évaluent

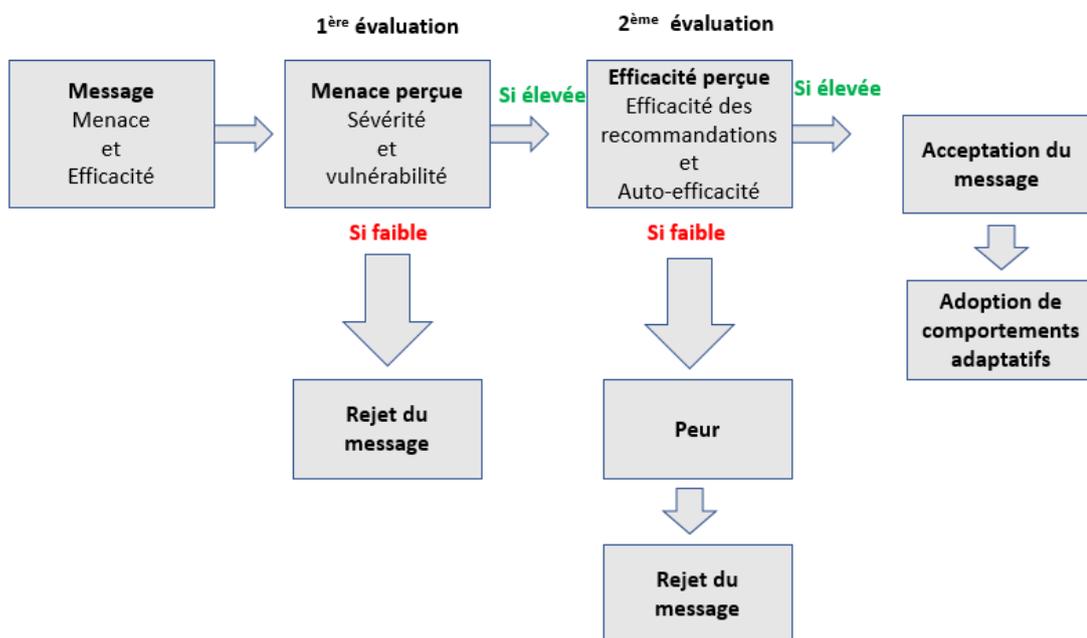
précisément la sévérité de cette menace et la vulnérabilité perçue face à celle-ci. Par exemple pour la covid-19, est-ce que l'individu considère que cette maladie est grave ? Pense-t-il être susceptible de l'attraper ? Ainsi si la menace représentée par la covid-19 lui semble insignifiante, par exemple parce qu'il la juge bénigne, alors l'individu ne prêtera aucune attention au message de prévention. A l'inverse si les individus ont peur de la maladie parce qu'elle est grave et/ou parce qu'ils pensent être susceptibles de l'attraper, alors le processus de traitement du message de prévention se poursuit. La seconde étape consiste en une évaluation de ce que la théoricienne appellera l'efficacité perçue. Si un individu considère que les recommandations des pouvoirs publics sont efficaces pour répondre à la menace et/ou se sent en capacité d'appliquer les recommandations, il se trouvera en position de se protéger face à celle-ci ; il est motivé à contrôler le danger en adoptant des comportements adaptatifs. Autrement quand le sujet n'est pas convaincu de l'efficacité des recommandations faites par les pouvoirs publics et/ou ne se sent pas en mesure d'appliquer ces recommandations, alors il ne dispose d'aucun moyen pour faire face à la menace ; il est motivé à contrôler la peur et à l'atténuer. Ainsi il adopte des comportements dits mal-adaptatifs de type minimisation (cette maladie ce n'est rien de grave), dénégation du risque (l'individu pense qu'il fait partie de ceux qui ne peuvent pas contracter la maladie) et évitement défensif (l'individu évite de regarder les informations télévisées par exemple). Une précision est apportée par Witte concernant la relation additionnelle du groupe de variables représentant la menace (sévérité + vulnérabilité) et du groupe de variable représentant l'efficacité (efficacité des recommandations + auto-efficacité) ; la relation entre la menace et l'efficacité sera quant à elle multiplicative (Allen & Witte, 2004). Lors d'une expérimentation du modèle EPPM en lien avec la prévention contre le VIH, Witte propose des items types permettant d'évaluer les variables sévérité, vulnérabilité, efficacité des recommandations et auto-efficacité. Elle propose également une formule permettant l'interprétation des scores basés sur la menace perçue (sévérité et vulnérabilité) et l'efficacité perçue (efficacité et auto-efficacité) des individus. L'auteure présente ainsi le calcul d'un seuil de valeur critique à partir des scores de la menace et de l'efficacité : *Critical Value = Sum of Efficacy Items - Sum of Threat<sup>6</sup>* (Witte et al., 1996). Lorsque le résultat de cette formule est positif, les individus initient plutôt un contrôle du danger et adoptent des comportements dits adaptatifs. Dans le cas contraire, si le résultat de cette formule est négatif, ils sont plutôt dans le contrôle de la peur et l'adoption de comportements dits mal-adaptatifs. De ce postulat plusieurs études empiriques ont pu évaluer d'une part l'impact de ces variables sur l'adoption de comportements adaptatifs ou mal-adaptatifs et d'autre part justifier l'adoption de ces comportements dans des contextes divers. Par exemple le modèle a été testé

---

<sup>6</sup> Seuil de la valeur critique = somme des items de l'efficacité – somme des items de la menace (Witte, 1996)

pour la prévention du VIH en Ethiopie dans le cadre d'une amélioration des messages de prévention face à ce virus (Cho & Witte, 2005). D'autres encore ont expérimenté l'EPPM sur l'asthme en évaluant si la menace et les recommandations avaient un impact sur les personnes ciblées, tandis qu'elles étaient adressées à une tiers personne (Goei et al., 2010). Enfin plus récemment le modèle a été testé en Chine pour sa capacité à inciter l'autopalpation dans le cancer du sein. Les messages pour cette expérimentation ont été diffusés à partir de divers canaux de communication (Chen & Yang, 2018). Selon Blondé et Girandola, la plus-value de l'EPPM est de bénéficier à la fois d'une dimension émotionnelle et d'une dimension cognitive (Blondé & Girandola, 2016).

**Schéma 1 : modèle étendu des processus parallèles (Barnett et al. 2009)**



### 2.2.5 Les appels à la peur : points de convergence dans les méta-analyses

Les stratégies d'appel à la peur ont fait l'objet de méta-analyse qui ont mené vers quelques points de convergence (Allen & Witte, 2004). En générale les messages d'appel à la peur sont efficaces quand ils initient à la fois une sévérité perçue et une vulnérabilité perçue à travers des vidéos et images chocs et par la personnalisation du message. Aussi les messages qui semblent présenter un risque réel de contracter une maladie par exemple, sont les plus persuasifs. Toutefois un fort appel à la peur avec une sévérité et une vulnérabilité élevée, doit être couplé par une efficacité des recommandations et une auto-efficacité équivalentes voire supérieures. Enfin les différences individuelles ne semblent pas avoir d'influence sur l'effet persuasif de la peur dans le traitement de ces messages. Elles semblent néanmoins impacter directement le résultat de ces stratégies

c'est-à-dire les comportements qui en résultent. Ces conclusions autour des appels à la peur nous ont mené à interroger l'application de ces stratégies et leur validité dans le contexte épidémique actuel à travers les points de réflexion que nous présentons ci-dessous.

## 2.3 La problématique

Les études empiriques réalisées autour des appels à la peur ont régulièrement démontré, en fonction des contextes, le lien entre la peur de maladies ou autres menaces, et l'adoption de comportements en réponse à ces menaces (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Tannenbaum et al., 2015). Toutefois la variété des méthodologies référées dans les méta-analyses et revues de littérature, rendent compte de la difficulté à comparer les méthodologies et les résultats de ces études (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Gallopel-Morvan, 2006; Tannenbaum et al., 2015). Ainsi ce mémoire aura pour objectif principal d'interroger la validité des stratégies d'appels à la peur durant le contexte épidémique de la covid-19 en France. S'inspirant du modèle EPPM, il n'aura pas la prétention de tester les hypothèses émises à propos des processus mis en œuvre dans l'adoption de comportements adaptatifs ou mal-adaptatifs (Witte, 1994). Il se limitera dans un premier temps à tester le lien des variables explicatives du modèle (sévérité, vulnérabilité, efficacité des recommandations et auto-efficacité), avec l'adoption de comportements adaptatifs en France au cours de l'épidémie de covid-19. La revue de littérature nous enseigne que les appels à la peur sont régulièrement mobilisés à travers des campagnes de prévention diverses (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Tannenbaum et al., 2015). Comme nous avons pu le constater, ces stratégies sont mobilisées par exemple pour la prévention en sécurité routière, le tabagisme, le VIH, les cancers et autres menaces en santé publique. A propos des épidémies et des réponses à la gestion de crise sanitaire, les appels à la peur sont également sollicités. Toutefois les résultats mitigés qui ont été observés dans le contexte épidémique de la grippe A (H1N1) par exemple, nous incite à réévaluer la pertinence de ces stratégies durant un contexte épidémique plus récent (Ferron, 2010; Sherlaw & Raude, 2013). A l'instar des recherches en sciences sociales, la majorité des études reportées dans la revue de littérature, se limitent principalement à des études transversales (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Tannenbaum et al., 2015). Une étude sur l'effet des images vives apposées sur les paquets de cigarettes, est l'une des seules études longitudinales dont nous avons pris connaissance (Andrews et al., 2014). Nous ne disposons pas d'indicateurs sur la validité du modèle à l'épreuve du temps et de l'évolution du contexte épidémique. Partant du postulat de l'effet persuasif de la peur, il serait pertinent d'évaluer le modèle EPPM durant deux contextes épidémiologiques distincts ; par exemple un temps durant lequel la peur est plus vivement ressentie par une population et un temps durant lequel cette peur est atténuée. Cela nous

*Amin Sylvia KOUAKOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et de l'Université de*

donnerait l'opportunité d'évaluer les variations dans l'adoption de comportements adaptatifs au regard des niveaux de peur et de menace ressenties par les populations durant l'épidémie de covid-19 en France. Ce travail de recherche nous donne l'opportunité de réaliser cette évaluation. Enfin notre revue de littérature indique d'une part des liens établis entre les caractéristiques individuelles (différences sociodémographiques, culturelles, comportementales, attitudinales, etc.) et l'adoption de comportements et d'autre part peu de liens entre ces caractéristiques individuelles et l'effet persuasif des appels à la peur (Allen & Witte, 2004; Gallopel-Morvan, 2006). Il semble que ces caractéristiques aient peu d'interaction avec le traitement des appels à la peur. Néanmoins elles paraissent toutefois impacter directement les résultats attendus de cette stratégie. En ce sens, comprendre les interactions entre les caractéristiques individuelles, l'effet persuasif de la peur et l'adoption de comportements adaptatifs, nous paraît être une perspective de recherche à aborder dans notre travail. Ces points de réflexion nous permettent d'orienter notre démarche et de proposer les trois hypothèses ci-dessous :

- Les variables explicatives du modèle EPPM (sévérité, vulnérabilité, efficacité des recommandations et auto-efficacité) sont corrélées à l'adoption de comportements adaptatifs chez les français durant l'épidémie de covid-19.
- Les processus mis en œuvre dans le modèle EPPM sont sensibles à l'évolution du contexte épidémiologique durant l'épidémie de covid-19 en France.
- Les caractéristiques individuelles ont peu d'influence sur l'effet persuasif des messages d'appels à peur, elles sont toutefois associées à l'adoption de comportements adaptatifs durant l'épidémie de covid-19 en France.

Pour répondre à ce travail de recherche, deux échantillons indépendants représentant au total 6009 enquêtés ont été exploités à travers une méthode quantitative. Après recueil des données, des analyses statistiques nous ont permis d'élaborer notre réflexion au regard des hypothèses proposées.

### 3 METHODOLOGIE

---

Compte tenu du contexte épidémiologique et des mesures de confinement qui furent appliquées en France au début de l'épidémie de covid-19, les différentes étapes de ce travail de recherche ont principalement été réalisées en télétravail.

#### 3.1 La procédure et les participants

Grâce au concours d'un cabinet d'étude, l'institut *Arcane Research*<sup>7</sup> à Angers, nous avons eu l'opportunité de réaliser une enquête longitudinale sur deux périodes. Cette enquête a consisté en l'administration de deux questionnaires en ligne auprès d'un échantillon de panélistes représentatifs de la population française adulte, âgée de 18 à 75 ans (Annexes 1 et 2). En collaboration avec l'équipe de l'institut *Arcane Research* et une équipe d'enseignants chercheurs de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publiques (EHESP) de Rennes, nous avons travaillé à la stabilisation des items exploités. Ainsi le questionnaire de la première enquête comportait 36 questions et sous items divisés en 4 parties qu'étaient : le profil sociodémographique des français, la situation des français face à la covid-19, les comportements et attitudes des français face à la covid-19 et l'impact de la covid-19 sur les français (Annexe 1). Le second questionnaire construit à l'image du premier, comportait néanmoins 24 questions. Certains items qui ont semblé non pertinents lors de la première enquête, furent supprimés dans la seconde (Annexe 2). Toutefois les indicateurs composites qui ont été sélectionnés pour la construction de l'ensemble des variables de notre étude, ont été conservés dans les deux questionnaires. Les questionnaires ont été élaborés sous le logiciel de traitement de textes *Word* dans un premier temps, puis paramétrés sur *Net Survey*<sup>8</sup> par le cabinet d'études. Ainsi les questionnaires disponibles en annexe, ne reflètent pas le format et le dynamisme de l'enquête en ligne. Afin de garantir la qualité du recueil des données, l'institut *Arcane Research* s'est assuré de la durée du questionnaire (18 minutes environ), de la forme et du nombre raisonnable d'items pour chaque question. La première enquête qui comprenait un échantillon de 4005 enquêtés a eu lieu durant la période de confinement du premier pic épidémique en France, entre le 06 et le 17 avril 2020. La seconde enquête qui comprenait 2004 participants a eu lieu entre le 25 juin et le 07 juillet 2020, près d'un mois après un contexte épidémiologique sous tension (Ministère des solidarités et de la santé, 2020 ; Santé Publique France, 2020).

---

<sup>7</sup> Institut d'études indépendant dans le domaine des études quantitatives en ligne.

<sup>8</sup> Logiciel de création et de diffusion d'enquêtes en ligne.

*Amin Sylvia KOUAKOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et de l'Université de*

## 3.2 Les mesures

### 3.2.1 Construction des variables

Pour la construction des variables de notre étude, une sélection d'indicateurs composites a été effectuée sur le questionnaire. La fiabilité interne de chaque variable a par la suite été vérifiée sur les deux enquêtes, par un calcul de l'alpha de Cronbach (Cronbach, 1951).

Les stratégies d'appel à la peur se définissent par trois éléments que sont la menace, la recommandation et la peur. Pourtant, la plupart des études se focalisent sur la manipulation de la menace perçue, sans évaluer directement le niveau de peur qui procède de la réaction émotionnelle (Blondé & Girandola, 2016). Ainsi nous avons souhaité, de manière complémentaire, intégrer la dimension émotionnelle et intrinsèque des appels à la peur dans notre analyse. Les indicateurs composites retenus pour la variable peur, (alpha de Cronbach = 0.894 et 0.908 dans l'enquête 1 et 2), sont les suivants : « La possibilité d'attraper le coronavirus (covid-19) m'inquiète particulièrement », « La possibilité d'attraper le coronavirus (covid-19) me fait peur » et « La possibilité d'attraper le coronavirus (covid-19) me rend nerveux ».

Pour l'ensemble des variables du modèle EPPM, les items adaptés à la covid-19 sont inspirés de la *Risk Behavior Diagnosis Scale*<sup>9</sup>, (Witte et al., 1996). Les variables explicatives retenues sont :

- La variable sévérité (alpha de Cronbach = 0.883 et 0.898 dans l'enquête 1 et 2) ; les indicateurs composites retenus sont les items 7, 8 et 9 de la question 21 : « Je considère que le coronavirus (covid-19) est une maladie grave », « Je pense que le coronavirus (covid-19) a de graves conséquences sur la santé » et « Je pense que le coronavirus est extrêmement dangereux ».
- La variable vulnérabilité (alpha de Cronbach = 0.745 et 0.698 dans l'enquête 1 et 2) ; les indicateurs composites retenus sont les items 10, 11 et 12 de la question 21 : « Il est probable que je sois infecté par le coronavirus dans les prochaines semaines (covid-19) », « Je suis une personne à risque d'être infecté par le coronavirus (covid-19) » et « Il est tout à fait possible que je sois infecté par le coronavirus (covid-19) dans les prochaines semaines ».
- La variable efficacité perçue (alpha de Cronbach = 0.756 et 0.828 dans l'enquête 1 et 2) ; les indicateurs composites retenus sont les items 1, 2 et 3 de la question 21 : « Les mesures recommandées par les pouvoirs publics sont efficaces pour prévenir les infections par le coronavirus (covid-19) », « Les gestes de prévention préconisés par les

---

<sup>9</sup> Echelle d'évaluation des comportements à risque.

scientifiques permettent d'éviter d'attraper le coronavirus (covid-19) » et « Si je respecte les consignes des experts, j'aurai beaucoup moins de risques d'attraper le coronavirus (covid-19) ».

- La variable auto-efficacité (alpha de Cronbach = 0.836 et 0.855 dans l'enquête 1 et 2) ; les indicateurs composites retenus sont les items 4, 5 et 6 de la question 21 : « Je suis capable de mettre en œuvre les mesures recommandées par les pouvoirs publics pour éviter d'attraper le coronavirus (covid-19) », « J'ai le temps, les moyens, et les capacités de mettre en œuvre les comportements préconisés pour prévenir les infections par le coronavirus (covid-19) », et « Je pense pouvoir facilement appliquer les recommandations destinées à éviter d'attraper le coronavirus (covid-19) ».

Pour l'ensemble de ces variables explicatives, les réponses possibles pour chaque item sont les suivantes : « Oui, tout à fait d'accord » cotée 4, « Oui, plutôt d'accord » cotée 3, « Non, plutôt pas d'accord » cotée 2 et « Non, pas du tout d'accord » cotée 1. Lors de la première vague, la réponse « Je ne sais pas » était également disponible pour les enquêtés. Cette option fut retirée de la seconde enquête car elle a généré un certain nombre de données manquantes.

La variable expliquée du modèle EPPM est la variable comportements adaptatifs (alpha de Cronbach = 0.715 et 0.817 dans l'enquête 1 et l'enquête 2). Pour cette variable nous avons retenu comme indicateurs composites les 8 items de la question 22. Ces items représentent les principales recommandations établies par les pouvoirs publics en France, au cours de la première vague épidémique afin de réduire de façon préventive la circulation interhumaine du virus (OMS, 2020 ; Ministère des solidarités et la santé, 2020). Les items sont les suivants : « Porter un masque de protection en public », « Éviter de prendre les transports en commun pour mes déplacements », « Rester confiné(e) le plus possible à la maison », « Garder une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes dans les magasins et les autres lieux publics, « Se laver très régulièrement les mains avec du savon ou utiliser du gel hydroalcoolique », « Éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi (réunion familiale ou entre amis, apéritifs, discussion entre voisins, etc.) », « Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades avec des personnes qui n'habitent pas avec moi » et « Tousser/éternuer dans son coude ou utiliser un mouchoir à usage unique (et le jeter après son utilisation) ». Pour cette variable les réponses possibles pour chaque item sont : « Oui, systématiquement » cotée 4, « Oui, souvent » cotée 3, « Oui, de temps en temps » cotée 2 et « Non » cotée 1. A l'image du modèle EPPM, une seconde variable expliquée était initialement prévue. Il s'agit de la variable comportements mal adaptatifs (minimisation, déni du risque et évitement défensif). Toutefois lors de la construction des variables, la cohérence interne de cette dernière s'est avérée faible (alpha de Cronbach = 0.368 et 0.480 dans l'enquête 1 et

l'enquête 2). Sans pouvoir justifier ce constat, nous avons supposé que la formulation des items du modèle EPPM n'était pas adaptable à la covid-19 spécifiquement pour cette variable. De ce fait nous avons choisi de circonscrire notre étude à l'adoption de comportements adaptatifs chez les français durant en l'épidémie de covid-19.

Concernant l'évaluation des associations entre les caractéristiques individuelles et l'effet persuasif des messages d'appel à la peur, nous ne savions pas quel était le choix de variables le plus approprié afin de représenter cet effet persuasif. Ainsi nous avons tenté de le représenter à partir de trois variables :

- La variable peur, précédemment construite ;
- la variable menace (sévérité + vulnérabilité) qui s'est avérée avoir un alpha de Cronbach trop faible (alpha de Cronbach = 0,42) ;
- et la variable que nous avons nommé dimension persuasive (peur + sévérité + vulnérabilité). L'alpha de Cronbach de cette nouvelle variable que nous souhaitons tester est de 0.66.

Pour cette étape nous conserverons et testerons donc la variable peur et la nouvelle variable dimension persuasive. Dans notre contexte méthodologique ces deux variables nous serviront d'indicateurs pour l'effet persuasif de la peur, nous permettant ainsi de tester notre troisième hypothèse.

Enfin pour la description de l'échantillon, nous avons utilisé les principales variables sociodémographiques communément mobilisées en sciences sociales (Albarello et al., 2010) : le sexe, l'âge (par tranches), les catégories socioprofessionnelles (CSP), les revenus (revenus nets mensuel par tranches), la taille de la ville d'habitation (par tranches), la santé (présence ou non de maladies chroniques chez les enquêtés) et la covid-19 (expérience personnelle ou dans l'entourage de COVID-19) . Ces variables seront également mobilisées dans la troisième partie de notre analyse, pour l'évaluation du lien entre les caractéristiques individuelles, l'effet persuasif de la peur et l'adoption de comportements adaptatifs. Les caractéristiques individuelles testées sur cette dernière hypothèse se limiteront donc aux variables sociodémographiques retenues.

### **3.2.2 L'analyse statistiques des données**

L'ensemble de notre démarche statistique a été réalisée à partir du logiciel *IBM SPSS Statistics*<sup>10</sup>, version 25. Trois bases de données ont été manipulées au cours de l'étude. La base 1 qui correspond aux données de la première enquête. La base 2 qui correspond aux données de la

---

<sup>10</sup> Logiciel de traitement statistique.

seconde enquête. Et la base 3 qu'on appellera également base fusionnée ou conjointe, qui regroupe les données de l'enquête 1 et 2. Cette dernière base nous a permis de réaliser une étude comparative des scores moyens sur les deux enquêtes lorsque cela était nécessaire. Elle a également été mobilisée pour la description de l'échantillon total d'enquêtés ainsi que pour l'évaluation des caractéristiques individuelles sur l'effet persuasif des appels à la peur et leurs attendus.

La description des échantillons a été réalisée à partir de la fréquence de chaque variable sociodémographique. Ensuite pour décrire la variable peur, les variables explicatives du modèle EPPM, ainsi que la variable comportements adaptatifs, un score moyen a été calculé à partir des bases de l'enquête 1 et 2. Pour la variable dimension persuasive nouvellement créée, le score sera observé uniquement sur la base conjointe. Le calcul des scores moyens se fera à partir des cotations des items de chaque variable. Ces dernières seront additionnées, ce qui générera un score allant de 3 à 12 pour la variable peur ainsi que pour les variables explicatives de l'EPPM, et de 8 à 32 pour la variable comportements adaptatifs. Pour la variable dimension persuasive (peur, sévérité et vulnérabilité), un score allant de 9 à 36 a été calculé à partir de la base conjointe.

Concernant les réponses aux items des différentes variables du questionnaire, nous avons fait le choix de ne pas les recoder en réponses qualitatives binaires. Par exemple pour les réponses de la variable comportements adaptatifs, nous aurions pu les recoder de la manière suivante : « Oui systématiquement », cotée 1 et « oui souvent », « oui de temps en temps », « non », cotées 0. Ce recodage nous aurait certes permis de faciliter l'analyse des comportements adaptatifs élevés et des comportements adaptatifs faibles. Néanmoins ayant choisi de réaliser des régressions linéaires pour les corrélations entre les différentes variables testées sur le modèle EPPM, nous avons souhaité conserver le format quantitatif de la variable expliquée (Roux, 2014).

Des données manquantes ont été générées par l'option de réponse « je ne sais pas » sur la première enquête. Toutefois au vu de l'importance de l'échantillon, il n'a pas été nécessaire de réaliser des imputations. Au moins 1000 enquêtés ont pu répondre à chaque fois à l'ensemble des items exploités (Annexe 3). De plus n'ayant pas eu besoin de réaliser une imputation sur la seconde enquête, il aurait été maladroit de réaliser une analyse comparative si l'une était soumise à l'imputation et l'autre non. Ces données manquantes ont été exclues de nos résultats.

#### A) Test de la première hypothèse

Le lien entre la peur et les comportements adaptatifs, a été déterminé par une corrélation de Bravais-Pearson. Les liens entre les variables explicatives du modèle EPPM (sévérité, vulnérabilité, efficacité perçue et auto-efficacité) et les comportements adaptatifs ont été déterminés dans un premier temps par des corrélations de Bravais-Pearson. Nous avons par la suite complété la

démarche par une régression linéaire (méthode pas à pas). Cette première étape permettant de déterminer les liens entre la peur, les variables explicatives du modèle EPPM et l'adoption de comportements adaptatifs, a été effectuée à partir des bases de données 1 et 2.

### B) Test de la seconde hypothèse

Au sujet de l'impact des différents contextes épidémiologiques, sur la peur et les variables du modèle EPPM, nous faisons le choix de réaliser des comparaisons de moyennes pour l'ensemble des variables concernées ; cela à partir de la base conjointe à laquelle nous avons intégré la variable vague 1 pour les données de la première enquête et la variable vague 2 pour les données de la seconde enquête. Pour cette analyse nous avons également retenu comme indicateurs, l'évolution des fréquences (score maximum) de chaque variable observée sur l'enquête 1 puis sur l'enquête 2.

### C) Test de la troisième hypothèse

Enfin au regard des conclusions sur l'effet direct des caractéristiques individuelles sur les comportements, nous vérifierons la présence de différences significatives dans l'adoption de comportements adaptatifs en fonction des caractéristiques sociodémographiques retenues dans la description de l'échantillon. Cela se fera à partir d'un test ANOVA. Par exemple pour la variable âge, nous nous interrogerons sur la présence d'une différence significative dans l'adoption de comportements adaptatifs, en fonction des tranches d'âge. Concernant l'association entre les caractéristiques individuelles et l'effet persuasif des messages d'appel à la peur, la démarche sera répétée d'une part entre les variables sociodémographiques et la variable peur ; et d'autre part entre les variables sociodémographiques et la nouvelle variable que nous avons nommé dimension persuasive.

Pour l'ensemble des hypothèses la significativité des tests (Fischer et Student) est fixée à  $< 0.05^*$  sur SPSS ; à l'exception des tests de corrélation de Bravais-Pearson,  $< 0.001^{***}$  (unilatéral).

## 4 RESULTATS

---

### 4.1 Description de l'échantillon

Sur chacune des deux enquêtes, la distribution des hommes et des femmes est assez homogène. En faisant une analyse de la base conjointe, on observe une part de 51 % de femmes et de 49 % d'hommes. La distribution des enquêtés au sein des différentes tranches d'âge est sensiblement la même pour la vague 1 et la vague 2. L'échantillon des enquêtes fusionnées comprend une part de 19.3 % de « 18-29 ans », 17.7 % de « 30-39 ans », 18.4 % de « 40-49 ans », 18.8 % de « 50-59 ans » et 25.8 % de « 60 ans et plus ». Les 60 ans et plus représentent plus d'un quart de la population d'enquêtés. En observant les catégories socio-professionnelles, on note que les employé(es), agent(s) de la fonction publique (catégorie C) et les retraité(es) représentent respectivement une part de plus de 20 % sur la vague 1 et la vague 2. Les cadres ou professions libérales, représentent 13.8 % de l'échantillon total. Les professions intermédiaires composent à 16.4 % l'échantillon. Les ouvrier(es), les étudiant(es) et les enquêtés sans activité professionnelle représentent respectivement 7.5 %, 5.5 % et 11.2 % de l'échantillon. Enfin, les agriculteurs et les artisans(es), commerçant(es), chef(fes) d'entreprise ont la part la plus faible de la base conjointe avec respectivement 0.3 % et 3.1%. L'item sur les revenus nous indique que 18.6 % de l'ensemble des enquêtés ont un revenu mensuel net entre 3000 et moins de 4000 euros. Cette tranche de revenu est majoritaire au sein de nos échantillons. A l'inverse 3.2% des enquêtés ont un revenu mensuel net de plus de 6000 euros. Une part majoritaire de l'échantillon global, 31.1%, vit dans une ville de taille moyenne (entre 2000 et moins de 20 000 habitants). Les enquêtés sont 23.9 % et 26.1 % à vivre dans un village/ zone rurale (moins de 2000 habitants) et une ville (entre 20 000 et 100 000 habitants). Enfin les grandes villes de plus de 100 000 habitants sont représentées par 18.9% de l'échantillon total. A propos de l'état de santé des enquêtés, 27.8 % de l'échantillon de la vague 1 déclare souffrir d'une maladie chronique, contre 30.7 % dans la seconde vague. Ce qui représente 28.5 % de l'échantillon fusionné. Enfin lors de la première vague on observe que 17.3 % de l'échantillon a été touché personnellement ou dans l'entourage par la covid-19, contre 14.5% lors de la seconde vague.

**Tableau 1 : caractéristiques des populations enquêtées (base 1, 2 et 3)**

LES VARIABLES	BASE 1	BASE 2	BASE FUSIONNEE
<b>SEXE</b>			
HOMMES	48.8	49.5	49.0
FEMMES	51.2	50.5	51.0
<b>TRANCHES D'AGE</b>			
18-29 ANS	19.5	18.9	19.3
30-39 ANS	17.7	17.8	17.7
40-49 ANS	18.3	18.5	18.4
50-59 ANS	18.7	19.0	18.8
60 ANS ET PLUS	25.8	25.8	25.8
<b>CSP</b>			
-AGRICULTEUR(TRICE)	0.3	0.3	0.3
-ARTISAN(E), ETC.	3.4	2.5	3.1
-CADRE, ETC.	13.7	14.1	13.8
-PROFESSION INTERMEDIAIRE	16.7	15.9	16.4
-EMPLOYE(E), ETC.	20.8	20.2	20.6
-OUVRIER(E)	7.5	7.5	7.5
-ETUDIANT(E)	5.3	5.8	5.5
-SANS ACTIVITE	10.6	12.4	11.2
-RETRAITE(E)	21.6	21.3	21.5
<b>REVENUS</b>			
- DE 1 500 €	15.6	15.1	14.1
1 500 A - DE 2 000€	15.7	13.9	13.8
2 000 A - DE 2 500€	14.8	12.2	12.7
2 500 A - DE 3 000 €	14.0	12.1	12.2
3 000 A - DE 4 000 €	21.4	18.3	18.6
4 000 A - DE 6 000 €	14.7	12.7	12.8
6 000 € ET +	3.8	3.0	3.2
<b>TAILLE DE LA VILLE</b>			
MOINS DE 2 000 HABITANTS	24.1	23.6	23.9
ENTRE 2 000 ET - DE 20 000 HABITANTS	31.0	31.3	31.1
ENTRE 20 000 ET 100 000 HABITANTS	26.2	25.9	26.1
PLUS DE 100 000 HABITANTS)	18.7	19.2	18.9
<b>ETAT DE SANTE</b>			
OUI	27.8	30.7	28.5
NON	72.2	67.4	69.8
<b>COVID-19</b>			
OUI	17.3	14.5	15.1
NON	82.7	78.3	75.0

## 4.2 Description des variables

### 4.2.1 La peur

A propos de la variable peur, nous pouvons observer que les scores moyens des enquêtés sont respectivement de 9.32 et 7.63 sur les deux enquêtes. Le score minimum étant de 3 et le score maximum de 12.

### 4.2.2 Les variables menace (sévérité et vulnérabilité) et efficacité (efficacité et auto-efficacité)

Pour les variables explicatives, le score minimum est 3 et le score maximum 12. Nous obtenons pour la variable sévérité un score moyen de 10.14 et de 9.62 pour la première et la deuxième

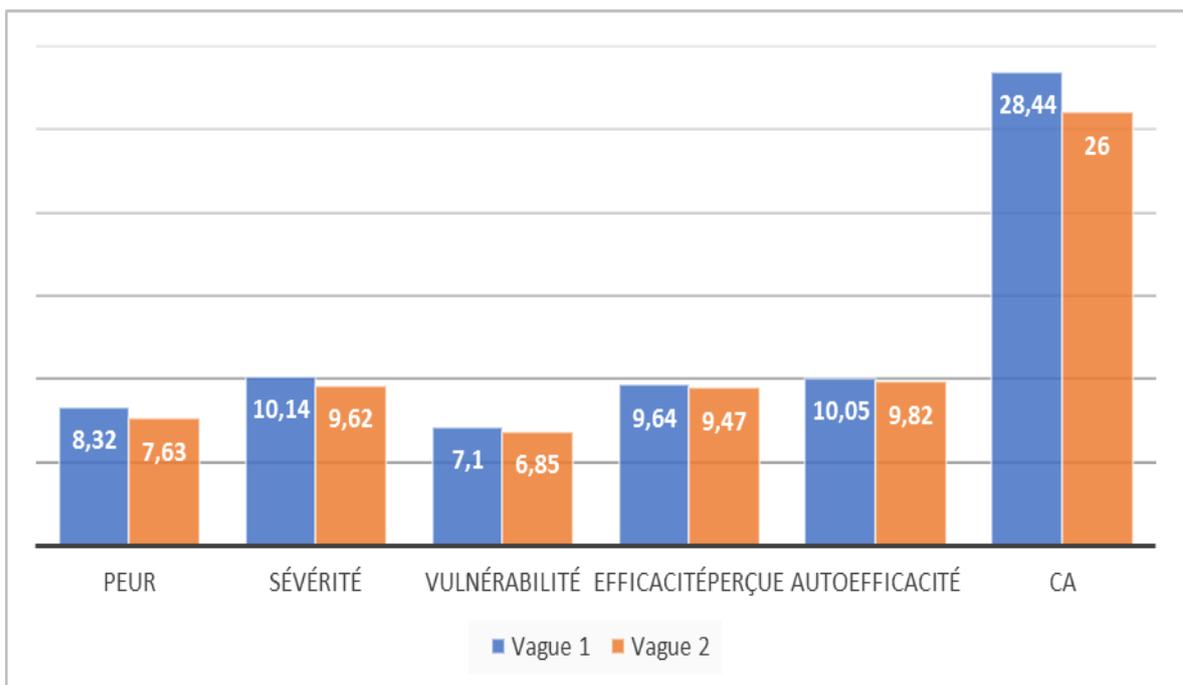
enquête. Concernant les moyennes de la variable vulnérabilité, elles sont de 7.1 et 6.8 pour l'enquête 1 et 2. La variable efficacité perçue obtient des scores respectivement de 9.63 et 9.46 sur les bases 1 et 2. Enfin à propos de la variable auto-efficacité les moyennes sont de 10.05 et 9.8 pour les bases 1 et 2. En observant les moyennes des variables sur l'ensemble des bases, nous constatons que ces dernières sont globalement proches du score maximum, exception faite de la variable vulnérabilité.

### 4.2.3 Les comportements adaptatifs

Pour la description de la variable comportements adaptatifs, rappelons que le score minimum est 8 et le score maximum 32. Les moyennes observées pour l'enquête 1 et 2 sont de 28.44 et 26. A l'image des variables indépendantes, ces moyennes sont proches du score maximum.

Dans l'optique d'affiner l'analyse descriptive de la variable comportements adaptatifs, nous nous sommes intéressés à la part d'enquêtés qui avaient une tendance plus forte à l'adoption des recommandations des pouvoirs publics. N'ayant pas défini de seuil au préalable, nous observons néanmoins que 97.9 % de l'ensemble de l'échantillon fusionné, obtient un score de comportements adaptatifs supérieur à 16. Cet indicateur, à visée purement descriptive, correspond à la moitié du score maximum pour la variable comportements adaptatifs. Aussi une part majoritaire d'enquêtés (19.1%) obtient un score de 29 sur 32. Enfin plus d'un quart de cet échantillon fusionné (17.3 %) répond « oui systématiquement » aux différentes recommandations de santé publique.

**Graphique 1 : scores moyens des variables de l'EPPM et de la peur (base 1 et 2)**



## 4.3 Liens entre la peur, les variables explicatives du modèle EPPM et l'adoption de comportements adaptatifs

### 4.3.1 La peur et les comportements adaptatifs

La variable peur est corrélée de façon significative à l'adoption de comportements adaptatifs chez les français durant l'épidémie de coronavirus (covid-19) : (r base 1 = 0.30, r base 2 = 0.45,  $p < 0.001$ ).

### 4.3.2 Les variables explicatives du modèle EPPM et les comportements adaptatifs

Concernant la première vague, 2221 enquêtés sur 4005 ont répondu à l'ensemble des items appartenant aux variables explicatives et à la variable comportements adaptatifs. La corrélation de Bravais-Pearson sur la première enquête révèle que la variable vulnérabilité n'est pas corrélée aux comportements adaptatifs des français ( $r = 0.06$ ,  $p > 0.001$ ). Ce résultat est confirmé par la régression linéaire qui indique que seules les variables sévérité, efficacité perçue et auto-efficacité, sont conjointement corrélées aux comportements adaptatifs des français ( $R^2 = 0.24$ ). Ainsi durant la première vague épidémique, nous pouvons dire que la sévérité, l'efficacité perçue des recommandations et l'auto-efficacité, expliquent globalement les comportements adaptatifs des français à hauteur de 24%. La variable sévérité ( $\beta = 0.29$ ) et la variable auto-efficacité ( $\beta = 0.24$ ) sont les variables les plus fortement corrélées aux comportements adaptatifs des français dans le modèle de régression.

**Tableau 2.a : Corrélation de Pearson, modèle EPPM (base 1)**

#### CORRELATION

#### DE PEARSON

	CA	SEVERITE	VULNERABILITE	AUTO-EFFICACITE	EFFICACITE PERÇUE
CA	-	0.38***	0.06	0.38***	0.33***
SEVERITE	0.38***	-	0.23***	0.26***	0.24***
VULNERABILITE	0.06	0.23***	-	-0.03	-0.05
AUTO-EFFICACITE	0.38***	0.26***	-0.03	-	0.62***
EFFICACITE PERÇUE	0.33***	0.24***	-0.05***	0.62	-

**Tableau 2.b : régression linéaire modèle EPPM (base 1)** $(R^2 = 0.24)$ 

MODELE	B	BÊTA	P-VALUE	95% IC
1	0.74	0.38	0.000*	[0.67-0.81]
AUTO-EFFICACITE				
2	0.59	0.30	0.000*	[0.52-0.66]
AUTO-EFFICACITE				
SEVERITE	0.50	0.30	0.000*	[0.43-0.56]
3				
AUTO-EFFICACITE	0.47	0.24	0.000*	[0.38-0.56]
SEVERITE	0.48	0.29	0.000*	[0.42-0.54]
EFFICACITE PERÇUE	0.19	0.10	0.000*	[0.11-0.28]

A propos de la seconde vague, 2003 enquêtés sur 2004 ont répondu à l'ensemble des items concernant les variables explicatives et la variable expliquée. La corrélation de Bravais-Pearson indique sur la seconde enquête que les 4 variables du modèle EPPM sont corrélées de manière indépendantes aux comportements adaptatifs des français ( $r$  gravité = 0.47,  $p < 0.001$  ;  $r$  vulnérabilité = 0.19,  $p < 0.001$  ;  $r$  efficacité perçue = 0.40,  $p < 0.001$  ;  $r$  auto-efficacité = 0.42,  $p < 0.001$ ). Ce résultat est confirmé par la régression linéaire qui montre que ces 4 variables sont également corrélées de manière conjointe aux comportements adaptatifs des français ( $R^2 = 0.32$ ). Ainsi nous pouvons dire qu'après le premier pic épidémique, les 4 variables indépendantes du modèle EPPM expliquent globalement les comportements adaptatifs des français à hauteur de 32%. Durant cette seconde vague la sévérité ( $\beta = 0.33$ ) et l'auto-efficacité ( $\beta = 0.22$ ) sont les variables les plus fortement corrélées aux comportements adaptatifs dans le modèle de régression. La variable vulnérabilité quant à elle, est faiblement corrélée ( $\beta = 0.07$ ) aux comportements adaptatifs.

**Tableau 3.a : corrélation de Pearson modèle EPPM (base 2)**

**CORRELATION  
DE PEARSON**

	CA	SEVERITE	VULNERABILITE	EFFICACITE PERÇUE	AUTO- EFFICACITE
CA	-	0.47***	0.19***	0.40***	0.42***
SEVERITE	0.47***	-	0.30***	0.34***	0.32***
VULNERABILITE	0.19***	0.30***	-	0.09***	0.05
EFFICACITE PERÇUE	0.40***	0.34***	0.09***	-	0.65***
AUTO-EFFICACITE	0.42***	0.32***	0.05	0.65***	-

**Tableau 3.b : régression linéaire modèle EPPM (base 2)**

(R<sup>2</sup>= 0.32)

MODELE	B	BÊTA	P-VALUE	95% CI
<b>1</b>				
SEVERITE	1.07	0.47	0.000*	[0.98-1.16]
<b>2</b>				
SEVERITE	0.85	0.37	0.000*	[0.76-0.94]
AUTO-EFFICACITE	0.85	0.30	0.000*	[0.74-0.95]
<b>3</b>				
SEVERITE	0.80	0.35	0.000*	[0.71-0.89]
AUTO-EFFICACITE	0.61	0.22	0.000*	[0.48-0.75]

EFFICACITE PERÇUE	0.38	0.14	0.000*	[0.25-0.51]
<b>4</b>				
SEVERITE	0.75	0.33	0.000*	[0.66-0.84]
AUTO-EFFICACITE	0.63	0.22	0.000*	[0.49-0.76]
EFFICACITE PERÇUE	0.37	0.14	0.000*	[0.24-0.50]
VULNERABILITE	0.16	0.07	0.000*	[0.07-0.25]

#### 4.4 Sensibilité de la peur et des variables du modèles EPPM face à l'évolution du contexte épidémiologique de la covid-19

A cette étape nous avons premièrement vérifié la significativité des écarts observés entre les scores moyens de la vague 1 et les scores moyens de la vague 2. Ensuite nous avons retenu comme indicateur, le pourcentage d'enquêtés obtenant le score maximum pour chaque variable au sein des deux enquêtes. A propos de la variable peur, nous observons une différence significative entre le score de la vague 1 et le score de la vague 2 ( $M = 9.32$  vs.  $7.63$ ,  $t = 10.02$ ,  $p < 0.05$ ). Le pourcentage d'enquêtés obtenant un score maximum pour la variable peur dans l'enquête 1 est de 14.7%. Dans la deuxième enquête, 8.9% de l'échantillon obtient un score maximum. Nous observons toutefois pour cette variable, qu'une part majoritaire des enquêtés (vague 1 = 22.8% ; vague 2 = 21.8%), restent stables dans leur niveau de peur entre l'enquête 1 et l'enquête 2 avec un score de 9 sur 12. Concernant les variables explicatives du modèle EPPM, nous observons une différence significative pour la variable sévérité ( $M = 10.14$  vs.  $9.62$ ,  $t = 9.28$ ,  $p < 0.05$ ). Le pourcentage d'enquêtés obtenant un score maximum lors de la vague 1 est de 37.1% contre 27.9% lors de la seconde vague. Il en est de même pour la vulnérabilité perçue face à la maladie ( $M = 7.1$  vs.  $6.8$ ,  $t = 3.90$ ,  $p < 0.05$ ). Les scores maximums lors de la vague 1 concernent 4.8% d'enquêtés et 2.3% dans la deuxième enquête. A propos de la variable efficacité perçue des recommandations, il y a également une différence significative entre les deux vagues ( $M = 9.63$  vs.  $9.46$ ,  $t = 3.49$ ,  $p < 0.05$ ). 19.2% de l'échantillon obtient un score maximum lors du pic épidémique,

*Amin Sylvia KOUAKOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et de l'Université de*

contre 17.1% après le pic épidémique. L'auto-efficacité perçue dans l'application des recommandations n'échappe pas à la tendance (M = 10.05 vs. 9.8, t = 4.92, p < 0.05) ; et 31.7% de français obtiennent le score maximum dans l'enquête 1 contre 25.6% lors de la seconde vague. Enfin une différence significative est également observée entre le score moyen des deux vagues pour la variable comportements adaptatifs (M = 28.44 vs. 26, t = 20.71, p < 0.05). 19.9% d'enquêtés obtiennent un score maximum de 32 lors de l'enquête 1, contre 12.1% pour la seconde enquête.

**Tableau 4 : différences significatives des scores moyens, peur et modèle EPPM (bases 1 et 2)**

VARIABLES	BASE 1	BASE 2	P-VALUE
PEUR	9.32	7.63	0.000*
SEVERITE	10.14	9.62	0.000*
VULNERABILITE	7.10	6.80	0.000*
EFFICACITE PERÇUE	9.63	9.46	0.000*
AUTO-EFFICACITE	10.05	9.8	0.000*
CA	28.44	26	0.000*

## 4.5 Association entre les caractéristiques individuelles, l'adoption de comportements adaptatifs et l'effet persuasif des appels à la peur

### 4.5.1 Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'adoption de comportements adaptatifs

Nous entamons ce troisième axe de recherche en vérifiant dans un premier temps la présence de différences significatives dans l'adoption de comportements adaptatifs (CA base 3, moyenne = 27.63), cela en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Ainsi pour la variable sexe, on observe une différence significative entre les hommes et les femmes (F = 127.45, p < 0.05). L'analyse de covariance nous indique également une différence dans l'adoption des comportements adaptatifs en fonction des tranches d'âge (F = 41.37, p < 0.05). Il en est de même pour la variable CSP (F = 15.12, p < 0.05), la variable revenus (F = 3.58, p < 0.05), la variable taille de la ville (F = 5.14, p < 0.05) et la variable santé (F = 17.93, p < 0.05). Enfin l'analyse de la variable covid-19, montre qu'il n'y a pas de différence significative dans l'adoption des comportements adaptatifs entre les personnes qui ont eu une expérience de covid-19 et celles qui n'en ont pas eu (F = 0.77, p > 0.05).

**Tableau 5 : ANOVA, variables sociodémographiques et CA (base 3)**

VARIABLES	FREQUENCES	COMPORTEMENTS ADAPTATIFS (FICHSCHER, MOYENNE ET ECART TYPE)
<b>SOCIODEMOGRAPHIQUES</b>		
<b>SEXE</b>		<b>F = 127.45*</b>
FEMMES	3063	28.20 (3.63)
HOMMES	2945	27.04 (4.29)
<b>AGE</b>		<b>F = 41.37*</b>
18-29	1159	26.71 (4.38)
30-39	1065	27.07 (4.28)
40-49	1104	27.60 (3.96)
50-59	1130	27.93 (3.83)
60 ET PLUS	1550	28.50 (3.45)
<b>CSP</b>		<b>F = 15.12*</b>
AGRICULTEURS	19	24.74 (6.42)
ARTISAN	188	27.14 (4.60)
CADRE (...)	829	27.33 (3.95)
PROFESSIONS INTERMEDIAIRES (...)	986	27.49 (3.72)
EMPLOYES (...)	1240	27.60 (3.85)
OUVRIERS (...)	451	26.96 (4.79)
ETUDIANTS	330	26.72 (4.57)
SANS ACTIVITES	671	27.55 (4.46)
RETAITES	1294	28.57 (3.36)
<b>REVENUS</b>		<b>F = 3.58*</b>
-1500€	850	27.18 (4.57)
1 500€ A -2 000€	828	27.41 (4.07)
2 000€ A -2 500€	763	27.64 (4.09)
2 500€ A -3 000€	732	27.78 (3.95)
3 000€ A -4 000€	1117	27.87 (3.61)
4 000€ A -6 000€	768	27.63 (3.87)
6 000€ A PLUS	193	28.37 (3.46)
<b>TAILLE DE LA VILLE</b>		<b>F = 5.14*</b>
-2 000 HABITANTS	1437	27.59 (4.07)
DE 2 000 A 20 000	1868	27.85 (3.77)
DE 20 000 A 100 000	1568	27.66 (4.01)
PLUS DE 100 000	1135	27.26 (4.28)
<b>SANTE</b>		<b>F= 17.93*</b>
OUI	1711	28.05 (3.76)
NON	4195	27.49 (4.05)
<b>COVID-19</b>		<b>F = 0.77</b>
OUI	907	27.71 (3.91)
NON	4508	27.63 (4.06)

#### 4.5.2 Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif de la peur : test de la variable peur

Afin de vérifier l'impact des caractéristiques individuelles sur l'effet persuasif des appels à la peur, nous allons observer dans un premier temps les différences significatives dans le niveau de peur (peur base 3, moyenne = 8.08), en fonction des caractéristiques sociodémographiques retenues. Ainsi pour la variable sexe, on observe une différence significative entre les hommes et les femmes ( $F = 146.58$ ,  $p < 0.05$ ). L'analyse de la variance nous indique également une différence dans le niveau de peur en fonction des tranches d'âge ( $F = 2.94$ ,  $p < 0.05$ ). Il en est de même pour la variable CSP ( $F = 9.80$ ,  $p < 0.05$ ), la variable revenus ( $F = 3.80$ ,  $p < 0.05$ ), la variable santé ( $F = 26.91$ ,  $p < 0.05$ ) et la variable covid-19 ( $F = 5.38$ ,  $p < 0.05$ ). Enfin l'analyse de la variable taille de la ville, montre qu'il n'y a pas de différence significative dans le niveau de peur en fonction de la taille de la ville d'habitation des enquêtés ( $F = 1.34$ ,  $p > 0.05$ ).

**Tableau 6 : ANOVA, variables sociodémographiques et peur (base 3)**

VARIABLES	FREQUENCES	PEUR
SOCIODEMOGRAPHIQUES		(FISCHER, MOYENNE ET ECART TYPE)
<b>SEXE</b>		<b>F = 146.58*</b>
FEMMES	2995	8.47 (2.50)
HOMMES	2873	7.68 (2.46)
<b>AGE</b>		<b>F = 2.94*</b>
18-29	1129	7.90 (2.61)
30-39	1039	8.11 (2.51)
40-49	1077	8.23 (2.53)
50-59	1108	8.16 (2.52)
60 ET PLUS	1515	8.04 (2.40)
<b>CSP</b>		<b>F = 9.80*</b>
AGRICULTEURS	18	8 (2.14)
ARTISAN	185	7.45 (2.69)
CADRE (...)	819	7.78 (2.48)
PROFESSIONS INTERMEDIAIRES (...)	966	7.95 (2.46)
EMPLOYES (...)	1207	8.44 (2.49)
OUVRIERS (...)	435	8.33 (2.51)
ETUDIANTS	320	7.51 (2.63)
SANS ACTIVITES	658	8.32 (2.68)
RETAITES	1260	8.06 (2.37)
<b>REVENUS</b>		<b>F = 3.30*</b>
-1500€	825	8.15 (2.64)
1 500€ A -2 000€	810	8.13 (2.50)
2 000€ A -2 500€	747	8.18 (2.51)
2 500€ A -3 000€	719	8.29 (2.38)

3 000€ A -4 000€	1094	8.09 (2.46)
4 000€ A -6 000€	755	7.83 (2.45)
6 000€ A PLUS	189	7.58 (2.70)
<b>TAILLE DE LA VILLE</b>		<b>F = 1.34</b>
-2 000 HABITANTS	1401	8.03 (2.52)
DE 2 000 A 20 000	1821	8.07 (2.46)
DE 20 000 A 100 000	1534	8.19 (2.50)
PLUS DE 100 000	1112	8.02 (2.59)
<b>SANTE</b>		<b>F = 26.91*</b>
OUI	1669	8.46 (2.51)
NON	4103	7.93 (2.49)
<b>COVID-19</b>		<b>F = 5.38*</b>
OUI	891	8.05 (2.63)
NON	4405	8.05 (2.50)

#### 4.5.3 Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif de la peur : test de la variable dimension persuasive

Afin de vérifier l'impact des caractéristiques individuelles sur l'effet persuasif de la peur, nous observons enfin les différences significatives pour la nouvelle variable dimension persuasive (dimension persuasive base 3, moyenne = 24.69), en fonction des caractéristiques sociodémographiques retenues. Ainsi pour la variable sexe, on observe de nouveau une différence significative entre les hommes et les femmes ( $F = 14.90$ ,  $p < 0.05$ ). L'analyse de covariance nous indique également une différence dans le niveau de peur en fonction des tranches d'âge ( $F = 4.26$ ,  $p < 0.05$ ). Il en est de même pour la variable CSP ( $F = 5.39$ ,  $p < 0.05$ ), la variable santé ( $F = 93.03$ ,  $p < 0.05$ ) et la variable covid-19 ( $F = 11.49$ ,  $p < 0.05$ ). Enfin l'analyse de la variable taille de la ville ( $F = 2.56$ ,  $p > 0.05$ ) et revenus ( $F = 1.22$ ,  $p > 0.05$ ), montre qu'il n'y a pas de différence significative sur la variable dimension persuasive, en fonction de la taille de la ville d'habitation des enquêtés et de leurs revenus.

**Tableau 7 : ANOVA, variables sociodémographiques et dimension persuasive (base 3)**

VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES	FREQUENCES	DIMENSION PERSUASIVE (FISCHER, MOYENNE ET ECART TYPE)
<b>SEXE</b>		<b>F = 14.90*</b>
FEMMES	2101	25 (5.10)
HOMMES	2187	24.38 (5.31)
<b>AGE</b>		<b>F = 4.26*</b>
18-29	953	24.34 (5.39)
30-39	812	24.28 (5.38)
40-49	792	24.74 (5.34)

50-59	770	25.01 (5.23)
60 ET PLUS	961	25.06 (4.74)
<b>CSP</b>		<b>F = 5.39*</b>
AGRICULTEURS	13	23.77 (6.15)
ARTISAN	151	25.06 (5.51)
CADRE (...)	649	24.21 (5.29)
PROFESSIONS INTERMEDIAIRES (...)	723	24.56 (5.20)
EMPLOYES (...)	888	25.06 (5.22)
OUVRIERS (...)	328	25.04 (5.47)
ETUDIANTS	273	23.76 (5.26)
SANS ACTIVITES	465	24.85 (5.70)
RETAITES	798	25.16 (4.53)
<b>REVENUS</b>		<b>F = 1.22</b>
-1500€	608	24.92 (5.43)
1 500€ A -2 000€	582	24.54 (5.40)
2 000€ A -2 500€	546	24.84 (5.25)
2 500€ A -3 000€	497	24.70 (5.01)
3 000€ A -4 000€	811	24.94 (5.10)
4 000€ A -6 000€	591	24.54 (5.02)
6 000€ A PLUS	145	24.30 (6.18)
<b>TAILLE DE LA VILLE</b>		<b>F = 2.56</b>
-2 000 HABITANTS	1011	24.34 (5.32)
DE 2 000 A 20 000	1333	24.75 (4.93)
DE 20 000 A 100 000	1128	24.95 (5.28)
PLUS DE 100 000	816	24.65 (5.43)
<b>SANTE</b>		<b>F = 93.03*</b>
OUI	1178	26.40 (4.98)
NON	3050	24.06 (5.16)
<b>COVID-19</b>		<b>F = 11.49*</b>
OUI	694	25.17 (5.44)
NON	3232	24.48 (5.17)

## 5 DISCUSSION

---

### 5.1 Stratégies d'appel à la peur et adoption de comportements adaptatifs

#### 5.1.1 La peur

La variable peur qui est définie comme la dimension émotionnelle des appels à la peur est corrélée de manière significative à l'adoption des comportements adaptatifs des français durant l'épidémie de covid-19 (Blondé & Girandola, 2016; Witte, 1992, 1998). En d'autres termes, nos résultats suggèrent que la peur du coronavirus (covid-19) a une influence sur les comportements adaptatifs des français durant cette épidémie. En effet au sein des modèles les plus récents d'appels à la peur, cette variable joue un rôle essentiel en tant qu'émotion entraînant l'intention comportementale et l'adoption de comportements adaptatifs chez les populations cibles (Becheur & Dib, 2006; de Hoog et al., 2005). Plus le niveau de peur est élevé, plus l'impact persuasif de l'appel à la peur augmente ; cette émotion paraît comme ayant un impact sur les attitudes, les intentions et les comportements (Allen & Witte, 2004). Nous notons cependant que la peur justifie plus fortement les comportements adaptatifs lors de la seconde enquête ( $r$  base 1 = 0.30,  $r$  base 2 = 0.45,  $p < 0.001$ ). Pour comprendre cela, rappelons que la peur est l'émotion qui va être générée par l'apparition d'une menace. Lorsque les individus se sentent en capacité de faire face à cette menace à travers l'efficacité perçue des recommandations et l'auto-efficacité perçue, alors ils adoptent des comportements adaptatifs. Toutefois lorsqu'ils ne se sentent pas capables de faire face à cette menace, ils auront plutôt tendance à adopter des comportements mal-adaptatifs en se focalisant sur la réduction de cette peur (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016). Lors de l'enquête 1 qui s'est déroulée pendant le premier confinement, l'ensemble des recommandations faites par les pouvoirs publics n'étaient pas encore connues et pleinement déployées (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). Pourtant la menace de la covid-19 était largement diffusée auprès des populations à travers tous les canaux de communication. Par exemple nous avons encore en mémoire la pénurie de masque, alors que l'obligation de port de masque pour le grand public était pratiquement actée (Balard & Corvol, 2020). Ce constat pourrait expliquer que le niveau de peur élevée lors de la première enquête ait justifié une part moins importante de comportements adaptatifs, même si cette peur était élevée. Les populations ayant pris connaissance de la menace, n'étaient pas pleinement en confiance face aux recommandations des pouvoirs publics et leur capacité à appliquer ces recommandations.

### 5.1.2 Menace et efficacité

Dans un second temps les résultats d'une analyse multivariée, ont permis de mettre en évidence la validité des variables explicatives du modèle EPPM qui propose de théoriser les changements de comportements par l'appel à la peur (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Witte, 1994). Ainsi comme le prédisait le modèle, les comportements des français durant l'épidémie de covid-19 sont déterminés dans une certaine mesure par la perception de la menace et de l'efficacité. Ainsi la sévérité, l'efficacité perçue et l'auto-efficacité sont les variables explicatives retenues dans le premier modèle de régression (enquête 1). Durant le premier pic épidémique ces trois variables justifient les comportements adaptatifs des français à hauteur de 24%. Dans le second modèle de régression (enquête 2) les 4 variables explicatives du modèle EPPM justifient les comportements adaptatifs des français à hauteur de 32%.

A propos de la menace perçue de la maladie, la variable vulnérabilité apparaît comme la plus faible sur les deux enquêtes. La corrélation de Bravais-Pearson nous indique dans la première enquête que cette variable n'est pas corrélée à l'efficacité et aux comportements adaptatifs. Elle est par la suite exclue du modèle de régression qui intègre l'ensemble des variables sévérité, efficacité perçue des recommandations et auto-efficacité. Lors de la seconde enquête la vulnérabilité est corrélée de façon indépendante à la variable efficacité perçue ainsi qu'aux comportements adaptatifs. Contrairement à la première enquête, elle est incluse au modèle de régression qui justifie globalement le comportement adaptatif des français plus de deux mois après le premier pic épidémique. Toutefois on observe sur cette seconde régression que la vulnérabilité est la variable la plus faiblement corrélée aux comportements adaptatifs. L'analyse de ces résultats indiquent globalement un faible effet de la vulnérabilité en tant que composante de la menace perçue de la maladie qui motive l'adoption de comportement adaptatifs dans le contexte épidémique de la covid-19. Allen et Witte nous indiquent dans leur méta-analyse qu'un vocabulaire personnalisé permet d'augmenter le sentiment de vulnérabilité d'un public (Allen & Witte, 2004). Pourtant nous avons constaté une faible manipulation de cette variable, car la majorité des messages diffusés au début l'épidémie en France s'inscrivaient dans une approche populationnelle non ciblée (exception faite des personnes âgées et des personnes à risque de comorbidités) (Rose, 2001) ; l'objectif principal était de pouvoir toucher le plus grand nombre de personnes. Par ce constat nous pouvons justifier le faible impact de la vulnérabilité sur l'adoption des comportements adaptatifs durant l'épidémie de covid-19. A l'inverse la sévérité est la variable explicative la plus fortement corrélée aux comportements adaptatifs des français. Cette dernière est toujours corrélée à l'efficacité et aux comportements adaptatifs des français sur les deux enquêtes. Cela se traduit par le fait que la diffusion des images et des messages chocs durant l'épidémie ont plus facilement retenu l'attention des populations, comparativement aux autres

éléments diffusés dans les messages. Cette dimension de sévérité est donc susceptible d'avoir le plus d'effet sur les perceptions et l'adoption de comportements (Allen & Witte, 2004).

Concernant l'impact de l'efficacité, la variable auto-efficacité perçue dans l'application des recommandations est la seconde variable la plus fortement corrélée aux comportements adaptatifs chez les français. La variable efficacité perçue des recommandations, qui est la troisième variable impactant l'adoption de comportements, obtient des résultats plus nuancés sur les deux enquêtes. Les messages d'appel à la peur et les études les plus récentes montrent certes un intérêt plus marqué dans manipulation de la menace (Blondé & Girandola, 2016) . Toutefois l'efficacité est définie par les théoriciens comme un élément déterminant permettant de réduire l'apparition de comportements mal-adaptatifs et favorisant l'adoption de comportements adaptatifs (Blondé & Girandola, 2016; Eppright et al., 2002). La forte corrélation entre l'auto-efficacité et les comportements adaptatifs durant l'épidémie de covid-19 illustre ces prédictions.

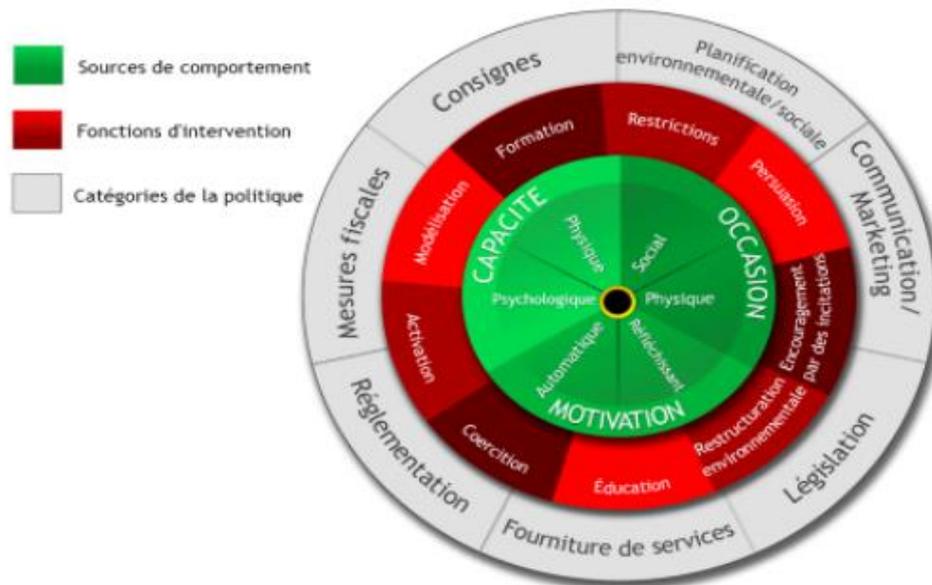
Considérant donc la relation multiplicative entre la menace et l'efficacité ainsi que la corrélation de ces variables aux comportements adaptatifs, nous pouvons dire que la menace perçue dans les messages d'appel à la peur et l'efficacité perçue par les populations justifient globalement l'adoption des comportements adaptatifs chez les français durant l'épidémie de covid-19. Néanmoins, les stratégies d'appels à la peur évaluées à travers le modèle EPPM nous ont permis, au mieux, d'expliquer les comportements adaptatifs des français à hauteur de 24% et 32% dans les modèles de régression. Même en faisant preuve d'efficacité, nous comprenons qu'il est difficile pour un modèle se basant uniquement sur une approche communicationnelle, de justifier l'ensemble des comportements adoptés par une population cible. Cette complexité se traduit par ailleurs à travers la multiplicité des approches théoriques et modèles existants en psychologie sociale et de la santé s'efforçant d'expliquer au mieux les processus qui mènent aux changements ou à la résistance aux changements de comportements (Boudon, 2004; Fishbein & Ajzen, 1975; Leventhal, 1970; Rogers, 1975; Rosenstock, 1974). D'autres modèles ayant pour objectif le changement de comportement dans le champ de la santé publique, mettent en évidence la nécessité de cibler un maximum de déterminants et facteurs, en considérant une dimension plus écologique des actions. En ce sens la roue du changement de comportement, issue du modèle COM-B propose trois dimensions principales permettant de favoriser l'adoption d'un comportement attendu (Michie et al., 2011) :

- la capacité physique et mentale. Par exemple la capacité de rester confiné plusieurs mois comme cela a été le cas lors de la première vague épidémique.
- l'état de la motivation au changement qui s'inscrit à travers des processus automatiques et réflexifs favorisant ou inhibant l'action. Par exemple avoir l'habitude de faire la bise pour dire bonjour alors que cela est déconseillé durant l'épidémie de coronavirus. Ou

encore se demander s'il est nécessaire de sortir quotidiennement pour une personne ayant l'habitude de le faire.

- les opportunités disponibles dans l'environnement physique et social, permettant ce changement de comportement.

**Schéma 2 : Roue du changement de comportement (Michie et al., 2011)**



## 5.2 Evolution du contexte épidémiologique et variation de l'impact des appels à la peur

La comparaison des scores moyens entre les deux enquêtes nous a permis de constater les variations de la peur et des variables du modèle EPPM en fonction du contexte épidémiologique de la covid-19 en France. En effet l'ensemble des variables éprouvées dans notre étude ont vu leur score moyen diminuer de manière significative entre l'enquête 1 et l'enquête 2. De même l'analyse des fréquences nous indique un pourcentage de score maximum plus élevé, pour l'ensemble des variables, durant la première enquête comparativement à la seconde. On retient notamment que la menace perçue génère moins de peur chez les enquêtés lors de la seconde enquête, comparativement à la première. De même les français adoptent plus de comportements adaptatifs durant le confinement qu'après celui-ci. Ces différences observées renforcent les capacités prédictives de la variable peur et des variables explicatives du modèle EPPM face à l'adoption de comportements adaptatifs (Allen & Witte, 2004; Blondé & Girandola, 2016; Witte, 1992, 1994). Conformément au modèle EPPM, l'adoption de comportements adaptatifs chez les français, est sensible aux variations de la menace perçue, de la peur et de l'efficacité perçue. Plus

*Amin Sylvia KOUAKOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et de l'Université de*

la peur, la menace et l'efficacité sont élevées, plus les français adoptent des comportements adaptatifs. De même plus la peur, la menace et l'efficacité diminuent, avec la baisse du nombre de cas positifs, plus les comportements adaptatifs sont amenés à diminuer. Cette différence entre les deux enquêtes s'explique par l'évolution du contexte épidémique. En effet la propagation de l'épidémie au niveau mondial et la gravité de la maladie relayée par les pouvoirs publics, la presse et les réseaux sociaux, ont généré une peur qui s'est traduit de façon plus marquée dans la première enquête qui a eu lieu quelques jours après la flambée épidémique du mois de mars 2020. Des images provenant d'hôpitaux, des morgues ou encore des chiffres sur le nombre de décès, n'ont cessé de ponctuer cette première période (Gouvernement, 2020 ; Santé Publique France, 2020).

Concernant la variable peur nous avons d'autre part observé un effet d'inertie pour une majorité des enquêtés (plus de 20%) qui ont obtenu un score de 9 sur 12 sur les deux enquêtes, cela malgré l'évolution du contexte épidémiologique et la réduction des cas lors de la seconde période d'enquête. Ce constat attire notre attention sur l'effet rémanent de cette émotion provoquée qu'est la peur et les risques qu'elles entraînent. Cette gestion de crise par la peur a certes prouvé son efficacité dans l'adoption rapide de comportements adaptatifs chez les français. Toutefois elle a été responsable d'effets secondaires chez les populations sur le plan physique, psychologique et sociale (Santé Publique France, 2020). La répétition de ces messages de prévention suscitant de la peur a provoqué des effets délétères sur les populations. Une étude sur les effets mitigés des appels à la peur, indique que près de 40% des français se disent, nerveux, tristes et déprimés face au contexte épidémiologique de la covid-19 (N'Goala et al., 2020). Santé publique France parle d'une augmentation de la consommation de tabac pour 30% de la population de fumeurs (Santé Publique France, 2020). Des psychologues et psychiatres ont pointé du doigt les effets nocifs générés par la peur de la maladie et les mesures de confinement, notamment sur les populations se trouvant déjà en situation de vulnérabilité psychique et mentale (Bantman, 2020). Ces constats indiquent la difficulté à manier cet outil de santé publique que représente la peur, qui est sujet à des critiques pour ses effets délétères sur les populations. La littérature conceptuelle en psychologie sociale nous enseigne par ailleurs que cette émotion est difficilement maitrisable (Jodelet, 2011). Certains chercheurs en neurosciences parlent même d'empreintes biologiques laissées par la peur dans les zones primitives du cerveau, justifiant de cette façon cette impression d'inertie constaté (Woods & Kheirbek, 2017).

### **5.3 Impact des caractéristiques sociodémographiques sur les comportements adaptatifs et sur l'effet persuasif de la peur**

Concernant l'impact des variables sociodémographiques sur l'adoption de comportements adaptatifs, nous observons plusieurs associations. L'analyse des résultats indique la présence de différences significatives pour l'ensemble des variables, à l'exception de la variable covid-19. L'observation des scores moyens de ces variables nous indique que les femmes adoptent plus de comportements adaptatifs que les hommes (M= 28.20 vs. 27.04). Pour la variable âge on observe que plus les enquêtés avancent en âge, plus leur score de comportements adaptatifs augmentent : 18-29 ans, M = 26.71 ; 30-39 ans, M = 27.07 ; 40-49 ans, M = 27.60 ; 50-59, M = 27.93 ; 60 ans et plus, M = 28.50. Aussi nous observons pour les variables CSP, revenus et taille de la ville, que les retraités, les enquêtés gagnant plus de 6000 euros et ceux vivants dans les villes de 2 000 à 20 000 habitants ont un niveau de comportements adaptatifs plus élevés que les autres. Enfin concernant la variable santé, les enquêtés atteints d'une maladie chronique, ont un score moyen de comportements adaptatifs plus élevé que les autres enquêtés (M = 28.05 vs. 27.49). Ces premiers résultats confirment globalement l'impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'adoption de comportements adaptatifs.

A propos de l'impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif des messages d'appel à la peur (test avec la variable peur), l'analyse de nos résultats indique également la présence d'associations entre ces variables. Une différence significative est observée dans le niveau de peur pour l'ensemble des variables à l'exception de la variable taille de la ville. Concernant la variable sexe, les femmes ont un niveau de peur plus élevé que les hommes. Pour les tranches d'âges le niveau de peur le plus élevé est observé chez les 40-49 ans (8.23). Les 18- 29 ans ont le niveau de peur le plus faible (7.90). A propos de la variable CSP les étudiants (7.45) et les artisans (7.51) obtiennent le niveau le plus faible de peur, contrairement aux employés (8.44) qui ont un score élevé. Pour la variable revenus, les enquêtés gagnant de 4000 à plus de 6000 euros, ont le niveau de peur le plus faible. Enfin les variables santé et covid-19 sont également associées à la peur. Les personnes atteintes d'une maladie chronique et celles ayant une expérience de covid-19 obtiennent un niveau de peur plus élevé que les autres.

La seconde évaluation concernant l'impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif des messages d'appel à la peur (test avec la variable dimension persuasive), indique des résultats similaires. Seules les variables revenus et taille de la ville ne semblent pas être associées à la nouvelle variable dimension persuasive. De nouveau les femmes (25) obtiennent un score de dimension persuasive plus élevé que les hommes (24.38). Les enquêtés âgés de 60 ans et plus (25.06), ainsi que les retraités (25.16) obtiennent les scores les plus élevés pour les variables âge et CSP. Les étudiants (23.76) et les agriculteurs (23.77) obtiennent les scores les plus faibles pour

la variable CSP. Enfin les enquêtés atteints d'une maladie chronique ou ayant eu une expérience de la covid-19 obtiennent des scores plus élevés pour la nouvelle variable dimension persuasive. Ces résultats indiquent globalement un impact des caractéristiques individuelles sur l'effet persuasif des stratégies d'appel à la peur.

Les conclusions faites à partir des méta-analyses sur les appels à la peur, nous fournissent des indices à propos du rôle joué par les caractéristiques individuelles. Certains chercheurs ont su démontrer le faible impact de ces caractéristiques (sociodémographiques, trait de personnalité, etc.) sur l'effet persuasif de la peur et l'acceptation des recommandations (Insko et al., 1965; Rhodes & Wolitski, 1990; Witte & Morrison, 2000). D'autres encore ont pu démontrer l'effet direct de ces variables sur l'adoption de comportement, sans interaction avec le niveau de peur (Allen & Witte, 2004; Finucane et al., 2000; Flynn et al., 1994). Ainsi notre démarche expérimentale a tenté de définir les effets propres aux variables sociodémographiques, sur l'adoption de comportements adaptatifs et sur l'effet persuasif des messages d'appel à la peur durant l'épidémie de covid-19. Ces démarches nous ont permis d'une part de confirmer l'association entre les caractéristiques sociodémographiques et l'adoption de comportements adaptatifs. Mais d'autre part elles indiquent également une association entre ces caractéristiques individuelles et l'effet persuasif de la peur ; cela contrairement aux conclusions faites dans les méta-analyses sur les appels à la peur (Allen et Witte, 2004). Toutefois nous restons prudents dans nos interprétations, car il est difficile à partir de l'analyse de ces résultats de tirer des conclusions sur l'association entre ces différentes variables. Par exemple les variables peur et dimension persuasive que nous avons choisi comme indicateurs pour l'effet persuasif des messages d'appels à la peur, se limitent à notre cadre expérimental et à nos contraintes méthodologiques. Nous ne pouvons pas affirmer que ces deux variables évaluent de manière optimale l'effet persuasif des appels à la peur décrit par les théoriciens (Allen & Witte, 2004; Witte & Morrison, 2000). Par ailleurs les différences significatives observées au sein des variables sexe, âge et santé se justifient. Pour la variable sexe par exemple, on sait que la répétition d'un message choc aura à terme plus d'impact sur les femmes (Rossiter & Thornton, 2004). Pour les variables âge et santé, les messages de prévention de la covid-19, orientés principalement vers les personnes âgées et les personnes à risque de comorbidités, justifient les différences significatives observés dans l'adoption de comportement et l'effet persuasif des messages d'appel à la peur (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

En somme nous retenons qu'il est malaisé de pouvoir réaliser une évaluation efficiente de l'impact direct des caractéristiques individuelles sur l'effet persuasif de la peur et sur l'adoption de comportements adaptatifs durant l'épidémie de covid-19. Pourtant des perspectives de

recherches dans ce domaine favoriserait une manipulation efficiente de ces stratégies au travers d'approches communicationnelles ciblées (Gallopel-Morvan, 2006).

## **5.4 Limites**

Notre démarche d'enquête n'est pas exempte de critiques. Nous allons donc tenter de mettre en évidence les principales limites issues des choix méthodologiques que nous avons effectués.

### **5.4.1 Choix de méthode dans la validation des stratégies d'appel à la peur (EPPM)**

Notre étude se limite à tester la corrélation de la variable peur et des variables explicatives du modèle de Witte sur les comportements adaptatifs. Ce choix méthodologique ne permet pas de vérifier le processus cognitif, ayant trait à la variation du niveau de menace perçue et d'efficacité perçue, menant aux comportements adaptatifs ou mal-adaptatifs. Notre recherche nous permet seulement de confirmer la corrélation entre les variables explicatives de l'EPPM et l'adoption de comportement adaptatif.

### **5.4.2 L'enquête longitudinale**

L'idéal pour une enquête longitudinale serait de conserver un même échantillon pour les différentes occurrences de la démarche. Cependant les individus ne sont pas toujours disponibles sur plusieurs mois voire sur plusieurs années pour certaines études. Ce phénomène d'attrition défini par la perte d'observations entre les différents temps de recueil des données, est un des principaux défis des études longitudinales (Safi, 2011). Cette problématique est en partie résolue dans notre démarche car les individus qui constituaient le premier échantillon, sont différents de ceux qui constituent le second. Toutefois le caractère indépendant de nos échantillons pose une autre problématique. En effet au-delà du choix d'un échantillon qui se veut représentatif de la population française sur les deux enquêtes, nous avons conscience de l'évolution constante à laquelle est soumise la structure d'une société (Safi, 2011). Ainsi un même échantillon dit panéliste lors d'un premier recueil de données, ne le demeure certainement pas lors des différentes périodes d'interrogation qui suivront (Safi, 2011). Cela est d'autant plus vrai pour des échantillons indépendants qui prétendent observer le même objet d'étude, durant des contextes épidémiologiques différents. Des panels dit rotatifs permettent de répondre à cette difficulté en suivant des enquêtés pendant un temps réduit, tout en renouvelant régulièrement et partiellement l'échantillon. Cette technique aurait permis de garantir au mieux la représentativité des échantillons (Safi, 2011).

### **5.4.3 Les principaux biais**

Le biais d'auto-sélection joue un rôle non négligeable dans les enquêtes en ligne comme celle que nous avons réalisé en collaboration avec l'institut *Arcane Research*. Les enquêtés participant à ce type d'étude, portent souvent plus d'intérêt au sujet traité que le reste de la population (Gingras & Belleau, 2015). Enfin le biais de désirabilité sociale est assez commun aux démarches enquêtes. Il s'agit d'un biais difficilement évitable et qui se définit par l'écart entre la réponse donnée par les enquêtés et ce qu'il en est réellement de leur pratiques, leurs attitudes, leurs comportements (Paulhus, 2002). Toutefois l'absence de l'enquêteur durant la passation de l'enquête en ligne, réduit l'influence de ce biais (Gingras & Belleau, 2015).

## 6 CONCLUSION

---

L'actuelle épidémie de covid-19 a incité les autorités de santé publique à prendre des mesures à la hauteur de l'impact sanitaire qu'elle a engendré. En l'absence de traitements préventifs et curatifs, les politiques et stratégies exploitées ont pour objectif principal d'induire un changement de comportement chez les populations, permettant ainsi de ralentir la transmission interhumaine du virus. L'appel à la peur fait partie des stratégies de santé publique mobilisées dans cette optique depuis la fin des années 1990 en France. Nous nous sommes donc interrogés sur l'impact de ces stratégies sur la population française lors de l'épidémie de covid-19 ; cela en évaluant le plus récent des modèles s'en inspirant. Ainsi ce travail de recherche nous a permis, sur le plan opérationnel, de justifier premièrement l'utilisation des stratégies d'appel à la peur durant un contexte épidémique. Globalement nous avons pu mettre en évidence que la manipulation de la peur ainsi que des variables explicatives du modèle EPPM, influence l'adoption de comportements adaptatifs chez les français durant l'épidémie de covid-19. L'analyse de ses résultats ouvre une perspective particulière sur l'orientation des messages communiqués. En effet la sévérité perçue de la maladie et l'auto-efficacité perçue dans l'application des recommandations visant à réduire la transmission du virus, apparaissent dans notre étude comme des facteurs essentiels à l'adoption des comportements attendus chez les populations cibles. Toutefois étant basé uniquement sur la communication, ce modèle fait abstraction de nombreux déterminants et des dimensions écologiques, susceptibles d'être impliqués dans les processus de changements de comportements.

Par la suite une étude longitudinale nous a permis d'évaluer le modèle au regard de l'évolution épidémiologique de la covid-19 en France. Nous avons pu observer que l'adoption de comportements adaptatifs variait en fonction du contexte épidémiologique et de la perception des populations. Ces variations nous ont permis d'affirmer d'une part les capacités prédictives des appels à la peur face aux comportements adaptatifs ; d'autre part elles ont mis en évidence les effets délétères de ces stratégies basées sur la peur.

Enfin l'évaluation observant l'influence des caractéristiques sociodémographiques à la fois sur les comportements adaptatifs et sur l'effet persuasif de la peur, ne nous a pas permis de valider ou d'invalider de manière objective les conclusions des théoriciens faites à ce sujet. Cette dernière analyse met en évidence la difficulté d'évaluer cette dimension individuelle face aux stratégies d'appels à la peur.

Malgré les limites émises, ces apports nous permettent en conclusion de valider globalement les capacités prédictives des stratégies d'appel à la peur durant l'épidémie de covid-19. Par ailleurs ils ouvrent une réflexion plus large autour d'enjeux contemporains de santé publique. L'utilisation

d'un sentiment phobique dans le but d'induire un comportement attendu, interroge de manière substantielle le respect des libertés individuelles et collectives. En 1952, l'OMS définit la santé publique en lui accordant une dimension écologique, variant en fonction des contextes, des environnements et du choix de politiques fait par les pouvoirs publics (OMS, 1952). Cette définition induit une interférence certaine entre les libertés individuelles et collectives et les politiques restrictives appliquées par les pouvoirs publics. La mise en œuvre de ces politiques, est pourtant largement légitimée et décrite. En 2007 par exemple, Gostin propose une catégorisation de la légitimité des acteurs de santé publique à travers trois approches que sont le *Harm principle*<sup>11</sup>, le *best interest*<sup>12</sup> et le paternalisme (Gostin, 2007). Toutefois cette légitimité est mise à rude épreuve face au mécontentement des populations qui expriment leur désaccord lié au caractère restrictif et quelques peu totalitariste de ces stratégies (Morin, 2020), (Annexe 4). Le positionnement des populations se justifie notamment à travers le 5<sup>ème</sup> axe de la charte d'Ottawa qui se résume au développement d'aptitudes personnelles des populations par l'éducation pour la santé (OMS, 1986). L'enjeu majeur de l'éducation pour la santé est de « donner à chaque citoyen l'aptitude à participer au débat sur sa santé et sa qualité de vie et les déterminants de celle-ci, sur les mesures prises pour assurer sa santé et son bien-être, sur les politiques locales ou institutionnelles de santé ». Elle a pour finalité de permettre aux individus « d'être acteur de la démocratie sanitaire » (Deschamps, 1984). Force est de constater que l'application des stratégies pour le changement de comportement des populations dans ce contexte épidémique, laissent peu de place à l'exercice d'une démocratie sanitaire. A ce propos le conseil de l'engagement des usagers publié auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS) un rapport dénonçant « l'absence de recours aux outils de démocratie sanitaire dans l'organisation des réponses à la crise [...] » (HAS, 2020). En octobre 2020, ce sont les représentants des divers partis politiques qui s'expriment à propos du projet de loi n°3464, sur la prorogation de l'état d'urgence sanitaire en soulignant le caractère corrosif de la gestion de crise, sur les libertés et principes fondamentaux de démocratie (Assemblée Nationale, 2020). En ce sens le président de la commission nationale consultative des droits de l'homme affirme : « l'état d'urgence distille une forme de poison démocratique » (Burguburu, 2020). En somme bien que la validité expérimentale des stratégies d'appel à la peur ait été globalement démontrée à travers la gestion de crise sanitaire, la reconsidération des principes fondamentaux de santé publique au centre de ces stratégies, constitue un défi supplémentaire pour faire valoir leur « légitimité ».

---

<sup>11</sup> La société ne peut contraindre un individu contre sa volonté sauf pour l'empêcher de faire du tort à autrui.

<sup>12</sup> La protection de personnes n'ayant pas la capacité de se protéger.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Albarello, L., Bourgeois, É., & Guyot, J.-L. (2010). Chapitre 2—Les types de variables. *Methodes en sciences humaines*, 33-60.
- Allen, M., & Witte, K. (2004a). Une méta-analyse des appels à la peur : Implications pour des campagnes de santé publique efficaces. *Questions de communication*, 5, 133-148.
- Andrews, J., Netemeyer, R., Kees, J., & Burton, S. (2014). How Graphic Visual Health Warnings Affect Young Smokers' Thoughts of Quitting. *Journal of Marketing Research*, 51, 165-183.
- Balard, F., & Corvol, A. (2020). Covid et personnes âgées : Liaisons dangereuses. *Gerontologie et société*, 42 / n° 162(2), 9-16.
- Bantman, P. (2020). Quelles conséquences du Covid-19 sur notre vie psychique ? Métamorphose et transformations liées au coronavirus. *L'information psychiatrique*, Volume 96(5), 317-319.
- Barnett, D., Balicer, R., Thompson, C., Storey, D., Omer, S., Semon, N., Bayer, S., Cheek, L., Gateley, K., Lanza, K., Norbin, J., Slem, C., & Links, J. (2009). Assessment of Local Public Health Workers' Willingness to Respond to Pandemic Influenza through Application of the Extended Parallel Process Model. *PLoS one*, 4, e6365.
- Becheur, I., & Dib, H. (2006). *L'utilisation de la peur et de la culpabilité en persuasion : Cas des campagnes anti-alcool*.
- Beck, K. H., & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44(3), 204-217.
- Beigel, J. H., Tomashek, K. M., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., Hohmann, E., Chu, H. Y., Luetkemeyer, A., Kline, S., Castilla, D. L. de, Finberg, R. W., Dierberg, K., Tapson, V., Hsieh, L., Patterson, T. F., Paredes, R., Sweeney, D. A., Short, W. R., ... Lane, H. C. (2020). Remdesivir for the Treatment of Covid-19—Final Report. *New England Journal of Medicine*.
- Blondé, J., & Girandola, F. (2016). Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. *L'Année psychologique*, Vol. 116(1), 67-103.
- Boudon, R. (2004). Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ? *Revue du MAUSS*, no 24(2), 281-309.
- Chen, L., & Yang, X. (2018). Using EPPM to Evaluate the Effectiveness of Fear Appeal Messages Across Different Media Outlets to Increase the Intention of Breast Self-Examination Among Chinese Women. *Health Communication*, 34, 1-8.
- Cho, H., & Witte, K. (2005). Managing fear in public health campaigns : A theory-based formative evaluation process. *Health Promotion Practice*, 6(4), 482-490.
- Consortium, W. S. trial, Pan, H., Peto, R., Karim, Q. A., Alejandria, M., Henao-Restrepo, A. M., García, C. H., Kieny, M.-P., Malekzadeh, R., Murthy, S., Preziosi, M.-P., Reddy, S., Periago, M. R., Sathiyamoorthy, V., Røttingen, J.-A., Swaminathan, S., & as the members of the Writing Committee, A. R. for the C. and I. of T. A. (2020). Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results. *MedRxiv*, 2020.10.15.20209817.

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- de Hoog, N., Stroebe, W., & Wit, J. (2005). The Impact of Fear Appeals on Processing and Acceptance of Action Recommendations. *Personality & social psychology bulletin*, 31, 24-33.
- Deschamps, J.-P. (1984). L'éducation pour la santé : Affaire de professionnels ? (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 2(3), 105-115.
- Elavarasi, A., Prasad, M., Seth, T., Sahoo, R. K., Madan, K., Nischal, N., Soneja, M., Sharma, A., Maulik, S. K., Shalimar, & Garg, P. (2020). Chloroquine and Hydroxychloroquine for the Treatment of COVID-19 : A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 1-7.
- Eppright, D. R., Hunt, J. B., Tanner Jr., J. F., & Franke, G. R. (2002). Fear, coping, and information : A pilot study on motivating a healthy response. *Health Marketing Quarterly*, 20(1), 51-73.
- Ferron, C. (2010). Vaccination contre la grippe : Fallait-il faire usage de la peur ? *Sante Publique*, Vol. 22(2), 249-252.
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S. M. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(1), 1-17.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour : An introduction to theory and research* (Vol. 27).
- Flynn, J., Slovic, P., & Mertz, C. K. (1994). Gender, race, and perception of environmental health risks. *Risk Analysis: An Official Publication of the Society for Risk Analysis*, 14(6), 1101-1108.
- Gallopel-Morvan, K. (2006). L'utilisation de la peur dans un contexte de marketing social : Etat de l'art, limites et voies de recherche. *Recherche et Applications en Marketing*, 21, 41-60.
- Gasquet-Blanchard, C. (2017). L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : Analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Sante Publique*, Vol. 29(4), 453-464.
- Goei, R., Boyson, A. R., Lyon-Callo, S. K., Schott, C., Wasilevich, E., & Cannarile, S. (2010). An Examination of EPPM Predictions When Threat Is Perceived Externally : An Asthma Intervention With School Workers. *Health Communication*.
- Gostin, L. O. (2007). General justifications for public health regulation. *Public Health*, 121(11), 829-834.
- Hildesheimer, F. (1993). Introduction : Le prisme de l'épidémie. *Carre Histoire*, 5-8.
- Insko, C. A., Arkoff, A., & Insko, V. M. (1965). Effects of high and low fear-arousing communications upon opinions toward smoking. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1(3), 256-266.
- Janis, I. L. (1967). Effects of Fear Arousal on Attitude Change : Recent Developments in Theory and Experimental Research<sup>1</sup>. In L. Berkowitz (Éd.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 3, p. 166-224). Academic Press.
- Janis, I. L., & Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(1), 78-92.
- Jodelet, D. (2011). Dynamiques sociales et formes de la peur. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 12(2), 239-256. Cairn.info.

- Leventhal, H. (1970b). Findings and Theory in the Study of Fear Communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Mewborn, C. R., & Rogers, R. W. (1979). Effects of threatening and reassuring components of fear appeals on physiological and verbal measures of emotion and attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15(3), 242-253.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In *The role of constructs in psychological and educational measurement* (p. 49-69). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., & Sarason, I. G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention--results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(24), 1979-1991.
- Rhodes, F., & Wolitski, R. J. (1990). Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: Relationship to ethnicity, gender, age, and group membership. *AIDS Education and Prevention*, 2(1), 1-11.
- Rogers, R., Cacioppo, J., & Petty, R. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation* (p. 153-177).
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior: *Health Education Monographs*.
- Rossiter, J. R., & Thornton, J. (2004). Fear-pattern analysis supports the fear-drive model for antispeeding road-safety TV ads. *Psychology & Marketing*, 21(11), 945-960.
- Roux, B. L. (2014). Chapitre 4. Régression linéaire. *Psycho Sup*, 71-96.
- Safi, M. (2011). L'analyse longitudinale. Données et méthodes. In *La France dans les comparaisons internationales. Guide d'accès aux grandes enquêtes statistiques en sciences sociales* (p. 161-172). Presses de Sciences Po.
- Sherlaw, W., & Raude, J. (2013). Why the French did not choose to panic: A dynamic analysis of the public response to the influenza pandemic. *Sociology of health & illness*.
- Stolow, J. A., Moses, L. M., Lederer, A. M., & Carter, R. (2020). How Fear Appeal Approaches in COVID-19 Health Communication May Be Harming the Global Community. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 47(4), 531-535.
- Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K., & Albarracin, D. (2015). Appealing to fear: A Meta-Analysis of Fear Appeal Effectiveness and Theories. *Psychological bulletin*, 141(6), 1178-1204.

- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals : Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 27(5), 591-615.
- Witte, K., Cameron, K. A., McKeon, J. K., & Berkowitz, J. M. (1996). Predicting risk behaviors : Development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication*, 1(4), 317-341.
- Witte, Kim. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59(4), 329-349.
- Witte, Kim. (1994). Fear control and danger control : A test of the extended parallel process model (EPPM). *Communication Monographs*, 61(2), 113-134.
- Witte, Kim. (1998). Fear as motivator, fear as inhibitor : Using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures. In *Handbook of communication and emotion : Research, theory, applications, and contexts* (p. 423-450). Academic Press.
- Witte, Kim, & Morrison, K. (2000). Examining the influence of trait anxiety/repression-sensitization on individuals' reactions to fear appeals. *Western Journal of Communication*, 64(1), 1-27.
- Woods, N., & Kheirbek, M. (2017). The Small World of a Fear Memory. *Neuron*, 94, 226-227.
- Zou, L., Dai, L., Zhang, X., Zhang, Z., & Zhang, Z. (2020). Hydroxychloroquine and chloroquine : A potential and controversial treatment for COVID-19. *Archives of Pharmacal Research*, 1-8.

## WEBOGRAPHIE

---

- Brugère-Picoux, J. (2020, mars 17). *Covid-19: Origine de la zoonose et modes de contamination*. La Fondation Droit Animal, Ethique et Sciences. <https://www.fondation-droit-animal.org/105-covid-19-origine-animale-et-modes-de-contamination/>
- Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. (s. d.). Consulté 17 novembre 2020, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Coronavirus COVID-19 Scientific Research and Resources | Pfizer*. (s. d.). Consulté 14 novembre 2020, à l'adresse <https://www.pfizer.com/science/coronavirus>
- COVID-19 – Avis du Conseil pour l'engagement des usagers*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 11 novembre 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3182529/fr/covid-19-avis-du-conseil-pour-l-engagement-des-usagers](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182529/fr/covid-19-avis-du-conseil-pour-l-engagement-des-usagers)
- COVID-19: Chiffres clés et évolution – Santé publique France*. (s. d.). Consulté 26 août 2020, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
- Gingras, M.-È., & Belleau, H. (2015). *Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : Une revue de la littérature*. [Monographie]. INRS Centre - Urbanisation Culture Société. <http://espace.inrs.ca/id/eprint/2678/>
- Info Coronavirus COVID-19—Les actions du Gouvernement*. (s. d.). Gouvernement.fr. Consulté 14 novembre 2020, à l'adresse <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
- Jean-Marie Burguburu, président de la CNCNH : « En temps de paix, la République n'a jamais connu une telle restriction des libertés ». (s. d.). Le Monde.fr. Consulté 24 novembre 2020, à l'adresse [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/10/23/etat-d-urgence-sanitaire-la-banalisation-de-mesures-restrictives-des-libertes-n-est-pas-admissible\\_6057097\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/10/23/etat-d-urgence-sanitaire-la-banalisation-de-mesures-restrictives-des-libertes-n-est-pas-admissible_6057097_3224.html)
- La grippe saisonnière A(H1N1) : Questions essentielles*. (s. d.). Consulté 13 novembre 2020, à l'adresse <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/communicable-diseases/influenza/data-and-statistics/seasonal-influenza-ah1n1-key-issues>
- La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19 | Cairn.info*. (s. d.). Consulté 11 novembre 2020, à l'adresse [https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-5.htm?ref=doi#xd\\_co\\_f=MmI4ZDM4ZTA2NDE4MDMzN2lwYzE1Njg3MzMzMdc5MzQ=~](https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-5.htm?ref=doi#xd_co_f=MmI4ZDM4ZTA2NDE4MDMzN2lwYzE1Njg3MzMzMdc5MzQ=~)
- Le Directeur général de l'OMS appelle à « choisir la santé » à l'occasion de la reprise des travaux de la 73e Assemblée mondiale de la Santé : Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier*. (s. d.). Consulté 14 novembre 2020, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/09-11-2020-who-director-general-calls-on-world-to-choose-health-at-resumed-73rd-world-health-assembly-in-the-year-of-the-nurse-and-the-midwife>
- L'efficacité mitigée des appels à la peur dans les communications du Covid19*. (2020, mai 19). <https://datacovid.org/lefficacite-mitigee-des-appels-a-la-peur-dans-les-communications-du-covid19/>
- Nationale, A. (s. d.). *Projet de loi n° 3464 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire*. Assemblée nationale. Consulté 24 novembre 2020, à l'adresse [http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3464\\_projet-loi](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3464_projet-loi)
- OMS | Qu'est-ce qu'une pandémie ?* (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 13 novembre 2020, à l'adresse [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/fr/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/)
- Rapport gestion de crise OMS covid 19—Recherche Google*. (s. d.). Consulté 14 novembre 2020, à l'adresse [https://www.google.com/search?rlz=1C1AVNE\\_enFR660FR660&ei=vbevX9\\_FDli7UP3-gggE&q=rapport+gestion+de+crise+OMS+covid+19&oq=rapport+gestion+de+crise+OMS+covid+19&gs\\_lcp=CgZwc3ktYWlQAzoFCCEQoAE6CAghEBYQHRAeUJsKWMgYKAsaABWAHAgAgGnBlgBmRCSAQsLjUuMS4wLjE\\_uMzgBAKABAaoBB2d3cy13aXrAAQE&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwifmlvr74HtAhWlHRQKH2\\_CkUQ4dUDCA0&uact=5](https://www.google.com/search?rlz=1C1AVNE_enFR660FR660&ei=vbevX9_FDli7UP3-gggE&q=rapport+gestion+de+crise+OMS+covid+19&oq=rapport+gestion+de+crise+OMS+covid+19&gs_lcp=CgZwc3ktYWlQAzoFCCEQoAE6CAghEBYQHRAeUJsKWMgYKAsaABWAHAgAgGnBlgBmRCSAQsLjUuMS4wLjE_uMzgBAKABAaoBB2d3cy13aXrAAQE&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwifmlvr74HtAhWlHRQKH2_CkUQ4dUDCA0&uact=5)
- Morin, E (2020, mai 25). *La crise sanitaire du covid 19 et le risque d'états néo totalitaire*. Le club des juristes. <https://www.leclubdesjuristes.com/blog-du-coronavirus/libres-propos/la-crise-sanitaire-du-covid-19-et-le-risque-detats-neo-totalitaires-par-edgar-morin/>

Santé, M. des S. et de la, & Santé, M. des S. et de la. (2020a, novembre 10). *Coronavirus : Qui sont les personnes fragiles ?* Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/coronavirus-qui-sont-les-personnes-fragiles>

Santé, M. des S. et de la, & Santé, M. des S. et de la. (2020b, novembre 17). *Épidémie de COVID-19 : Chacun doit appliquer tous les gestes barrières.* Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/communiqué-de-presse-epidémie-de-covid-19-chacun-doit-appliquer-tous-les-gestes>

SPF. (s. d.-a). *Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19.* Consulté 14 novembre 2020, à l'adresse /import/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupés-de-covid-19

SPF. (s. d.-b). *La santé mentale des Français face au Covid-19 : Prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020).* Consulté 9 novembre 2020, à l'adresse /import/la-santé-mentale-des-français-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-déterminants-de-l-anxiété-au-cours-des-deux-premières-semaines-de-confi

WHO | *Communication for behavioural impact (COMBI).* (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 14 novembre 2020, à l'adresse [http://www.who.int/ihr/publications/combi\\_toolkit\\_outbreaks/en/](http://www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/)

WHO/Europe | *Public health services.* (s. d.). Consulté 11 novembre 2020, à l'adresse <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>

## **LISTE DES ANNEXES**

---

Annexe 1 : Questionnaire vague 1

Annexe 2 : Questionnaire vague 2

Annexe 3 : Tableau des fréquences et moyennes

Annexe 4 : Photos de manifestations contre le port du masque

## Annexe 1 : Questionnaire vague 1



# Covid-19 2020

4.000 Français âgés de 18 à 75 ans interrogés par Internet

*Le questionnaire est élaboré sous WORD dans un premier temps puis paramétré informatiquement sur NET SURVEY. Pour cette raison, ce questionnaire ne peut pas refléter précisément la forme, la qualité d'affichage des questions et l'interactivité (filtre automatique, question calculée, apparition de pop-up pour faciliter la compréhension, etc.)*

*Pour garantir de la qualité du recueil le questionnaire ne doit pas excéder 18 minutes, les items doivent être courts et en nombre raisonnable (environ 10 par question)*

## A. Profil sociodémographique des Français

---

Q1. Etes-vous... ?

- 1. Une femme
- 2. Un homme

**Q2. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_an(s)**

**Q3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?**

- 1. Agriculteur(trice)
- 2. Artisan(e), commerçant(e), chef d'entreprise
- 3. Cadre ou profession libérale (cadre supérieur, Cadre de direction, Catégorie A de la fonction publique)
- 4. Profession intermédiaire (technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise, Catégorie B de la fonction publique)
- 5. Employé(e), Agent de la fonction publique (catégorie C)
- 6. Ouvrier(e)
- 7. Etudiant(e)
- 8. Sans activité professionnelle
- 9. Retraité(e)

**Q4. Quels sont les revenus mensuels nets de votre foyer après imposition, incluant salaires, pensions de retraite et allocations ?**

- 1. Moins de 1 500 euros
- 2. 1 500 à moins de 2 000 euros
- 3. 2 000 à moins de 2 500 euros
- 4. 2 500 à moins de 3 000 euros
- 5. 3 000 à moins de 4 000 euros
- 6. 4 000 à moins de 6 000 euros
- 7. 6 000 euros et plus
- 99. Je ne souhaite pas répondre

**Q5. Actuellement, comment se compose votre foyer ?**

- 1. Je vis seul(e) sans enfant
- 2. Je vis seul(e) avec enfant(s)
- 3. Je vis en couple sans enfant
- 4. Je vis en couple avec enfant(s)
- 5. Je vis avec mes parents
- 6. Je vis en colocation
- 7. Autre, précisez : .....

**Q6. Combien de personnes vivent au sein de votre foyer ? |\_\_|\_\_|**

Si enfant(s) en Q5 poser Q7

**Q7. Combien d'enfants de moins de 16 ans vivent au sein de votre foyer ? |\_\_|\_\_|**

**Q8. Quel est le code postal de votre lieu de résidence principale ?**

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Q9. Parmi les définitions suivantes, quelle est celle qui correspond le mieux à la commune dans laquelle vous habitez ?**

- 4. Grande ville (plus de 100 000 habitants)
- 3. Ville (entre 20 000 et 100 000 habitants)
- 2. Ville de taille moyenne (entre 2 000 et moins de 20 000 habitants)
- 1. Village / Zone rurale (moins de 2 000 habitants)

## B. Situation des Français face au Covid-19

---

Nous allons vous interroger sur votre situation actuelle liée au coronavirus (Covid-19).

**Q10. En ce moment, vivez-vous... ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Dans votre résidence principale, où vous vivez habituellement
- 2. Dans votre résidence secondaire
- 3. Chez un membre de votre famille
- 4. Chez un(e)ami(e)
- 5. Autre : précisez

**Q11. L'endroit où vous vivez pendant cette période de confinement est-il... ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Une maison individuelle
- 2. Un appartement dans un immeuble collectif
- 3. Une pièce indépendante ayant sa propre entrée (ex : chambre de bonne, chambre étudiante en Cité U, etc.)
- 4. Autre cas (précisez)...

**Q12. Quelle est, approximativement, la surface totale en mètres carrés habitables du logement où vous résidez actuellement ? (Une seule réponse possible) [Prog : demander la surface en clair à la suite](#)**

- 1. Moins 10m<sup>2</sup>
- 2. Entre 10m<sup>2</sup> et moins de 20m<sup>2</sup>
- 3. Entre 20m<sup>2</sup> et moins de 30m<sup>2</sup>
- 4. Entre 30m<sup>2</sup> et moins de 40m<sup>2</sup>
- 5. Entre 40m<sup>2</sup> et moins de 50m<sup>2</sup>

6. Entre 50m<sup>2</sup> et moins de 60m<sup>2</sup>
7. Entre 60m<sup>2</sup> et moins de 80m<sup>2</sup>
8. Entre 80m<sup>2</sup> et moins de 100m<sup>2</sup>
9. Entre 100m<sup>2</sup> et moins de 120m<sup>2</sup>
10. Entre 120m<sup>2</sup> et moins de 150m<sup>2</sup>
11. Entre 150m<sup>2</sup> et moins de 200m<sup>2</sup>
12. 200m<sup>2</sup> ou plus
13. Je ne sais pas

**Q13. Dans le logement où vous résidez actuellement, disposez-vous... ?**

	1. Oui	Si oui, veuillez préciser :		2. Non
		11. privé(e)	12. Commun(e) à plusieurs logements	
D'un balcon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une terrasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un jardin ou d'un terrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une cour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Actif en Q3 poser Q14

**Q14. Actuellement, quelle est votre situation ? (Une seule réponse possible)**

1. Je travaille à l'extérieur de mon domicile
  - a. Veuillez préciser :
    11. A temps complet
    12. A temps partiel
  - b. Etes-vous soignant(e) (médecin, infirmier(e), aide-soignant(e), ambulancier(e), etc.) ?
    13. Oui
    14. Non
2. Je travaille à mon domicile en télétravail
3. Je suis arrêté(e) le temps du confinement (chômage partiel, congé maladie)

- 4. Je suis en recherche d'emploi
- 5. Autre, veuillez préciser :

**Q15. En dehors d'une éventuelle activité professionnelle, avez-vous une activité en dehors de votre domicile (bénévolat, réserve sanitaire, etc.) ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
- 2. Non
- Veuillez préciser : .....

**Q16. D'une façon générale, comment qualifieriez-vous votre état de santé ? (Une seule réponse possible)**

- 4. Très bon
- 3. Assez bon
- 2. Assez Mauvais
- 1. Très mauvais

**Q17. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique, c'est-à-dire durable, qui nécessite une prise en charge médicale (ex : diabète, obésité, maladie cardiaque ou respiratoire, etc.). Merci de répondre sans tenir compte des problèmes de santé passagers ou temporaires (ex : grippe, etc.). (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
  - Veuillez préciser (plusieurs réponses possibles) :
    - 11. Obésité
    - 12. Hypertension artérielle
    - 13. Insuffisance cardiaque
    - 14. Cancer
    - 15. Diabète
    - 16. Asthme
    - 17. Hépatite/Cirrhose
    - 18. Arthrose
    - 19. Psoriasis
    - 20. Autre(s) : précisez

- Pendant le confinement avez-vous consulté un médecin / professionnel de santé concernant votre / vos maladies chroniques ? (Une seule réponse possible)

- 21. Oui
- 22. Non

Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je n'en ai pas eu besoin
- J'ai eu peur de m'y rendre à cause du coronavirus
- J'ai continué mon traitement habituel
- J'ai modifié moi-même mon traitement
- Je préfère patienter pour aller voir le médecin quand la crise du coronavirus sera finie
- Autre(s) : précisez

- 2. Non
- 99. Je ne sais pas

**Q18. Vous-même, votre famille ou votre entourage (amis, collègues, etc.), avez-vous eu le Coronavirus (COVID-19) ou des signes de maladie laissant à penser que c'était le Coronavirus (COVID-19) ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
  - Veuillez préciser (plusieurs réponses possibles) :
    - 11. Moi-même
    - 12. Une autre personne
    - 13. Plusieurs personnes :   /  /   personnes
- 2. Non
- 99. Je ne sais pas / je ne suis pas sûr

**Q19. Actuellement, comment vous en sortez-vous avec les revenus de votre foyer ? (Une seule réponse possible)**

1. Très difficilement
2. Difficilement
3. Facilement
4. Très facilement

Si difficilement ou très difficilement en Q19, poser Q20

**Q20. Diriez-vous que ces difficultés sont liées à des pertes de revenus consécutives au confinement ? (Une seule réponse possible)**

4. Oui, tout à fait
3. Oui, plutôt
2. Non, plutôt pas
1. Non, pas du tout

## C. Les comportements et attitudes des Français face au Covid-19

---

Nous allons vous interroger sur vos comportements et attitudes face au Covid-19.

Q21. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ? (Une seule réponse possible par ligne) [Prog : randomisation des items](#)

	4. Oui, tout à fait d'accord	3. Oui, plutôt d'accord	2. Non, plutôt pas d'accord	1. Non, pas du tout d'accord	99. Je ne sais pas
Les mesures recommandées par les pouvoirs publics sont efficaces pour prévenir les infections par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gestes de prévention préconisés par les scientifiques permettent d'éviter d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je respecte les consignes des experts, j'aurai beaucoup moins de risques d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis capable de mettre en œuvre les mesures recommandées par les pouvoirs publics pour éviter d'attraper le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

coronavirus (COVID-19)					
J'ai le temps, les moyens, et les capacités de mettre en œuvre les comportements préconisés pour prévenir les infections par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>				
Je pense pouvoir facilement appliquer les recommandations destinées à éviter d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>				
Je considère que le coronavirus (COVID-19) est une maladie grave	<input type="checkbox"/>				
Je pense que le coronavirus (COVID-19) a de graves conséquences sur la santé	<input type="checkbox"/>				
Je pense que le coronavirus est extrêmement dangereux	<input type="checkbox"/>				
Il est probable que je sois infecté(e) par le coronavirus (COVID-19) dans les prochaines semaines	<input type="checkbox"/>				
Je suis une personne à risque d'être infecté(e) par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>				
Il est tout à fait possible que j'attrape le coronavirus (COVID-19) dans les prochaines semaines	<input type="checkbox"/>				
La possibilité d'attraper le coronavirus (COVID-19) m'inquiète particulièrement	<input type="checkbox"/>				
La possibilité d'attraper le coronavirus (COVID-19) me fait peur	<input type="checkbox"/>				
La possibilité d'attraper de	<input type="checkbox"/>				

coronavirus (COVID-19) me rend nerveux					
Quand je vais faire mes courses, j'essaie de ne pas penser au risque d'infection par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>				
Quand je vais me promener, j'ai toujours à l'esprit l'idée que je peux attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>				
Quand je croise des gens en dehors de mon domicile, je m'efforce de ne pas penser au coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>				

**Q22. Au cours des derniers jours, avez-vous mis en œuvre les mesures de protection suivantes ? (Une seule réponse possible par ligne) [Prog : randomisation des items](#)**

	<b>4. Oui, systématiquement</b>	<b>3. Oui, souvent</b>	<b>2. Oui, de temps en temps</b>	<b>1. Non</b>
Porter un masque en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter de prendre les transports en commun pour mes déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester confiné(e) le plus possible à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garder une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes dans les magasins et les autres lieux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se laver très régulièrement les mains avec du savon ou utiliser du gel hydroalcoolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi (réunion familiale ou entre amis, apéritifs, discussion entre voisins, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades avec des personnes qui n'habitent pas avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tousser/éternuer dans son coude ou utiliser un mouchoir à usage unique (et le jeter après son utilisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si confiné(e) chez soi en Q10, poser Q23

**Q23. Actuellement, à quelle fréquence sortez-vous de chez vous ? (1 réponse possible)**

- 5. Plusieurs fois par jour
- 4. Une fois par jour
- 3. Plusieurs fois par semaine
- 2. Une fois par semaine
- 1. Moins souvent

**Q24. Approuvez-vous les mesures suivantes prises par le gouvernement pour lutter contre l'épidémie de Coronavirus (COVID-19) ? (Une seule réponse possible par ligne) Prog : randomisation des items**

	<b>4. Oui, tout à fait</b>	<b>3. Oui plutôt</b>	<b>2. Non, plutôt pas</b>	<b>1. Non, pas du tout</b>	<b>99. Je ne sais pas</b>
Fermer les lieux publics non indispensables comme les cafés ou les restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdire les grandes manifestations publiques en milieu ouvert comme les marchés ou les foires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fermer les écoles, les garderies et les universités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoler les personnes âgées ou malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limiter la circulation des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiner au domicile tous les Français qui peuvent rester chez eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. L'impact du Covid-19 sur les Français

---

**Nous allons vous interroger sur votre ressenti concernant le coronavirus (Covid-19) et l'impact que peut avoir le confinement sur votre vie.**

**Q25. Vous sentez-vous bien informé(e) concernant le coronavirus (Covid-19) ? (Une seule réponse possible)**

- 4. Oui, très bien informé(e)
- 3. Oui, plutôt bien informé(e)
- 2. Non, peu informé(e)
- 1. Non, pas du tout informé(e)

Si non en Q25 poser Q26 et Q27

**Q26. Quelle(s) information(s) souhaiteriez-vous avoir en plus concernant le coronavirus (Covid-19) ? (Plusieurs réponses possibles)**

1. Le coronavirus d'une façon générale
2. Le(s) traitement(s) existant(s) ou en cours de recherche
3. Les symptômes du coronavirus (toux, difficultés à respirer, perte d'odorat, etc.)
4. Les professionnels de la santé à consulter en cas de coronavirus
5. L'avis sur les produits utilisés par d'autres personnes ayant le coronavirus
6. Les témoignages des personnes ayant le coronavirus
7. Les effets secondaires des traitements du coronavirus
8. Les pratiques d'hygiène de vie recommandées (gestes barrières, etc.)
9. Les causes de l'apparition du coronavirus
10. Les risques ou complications liés au coronavirus
11. Des informations plus locales sur le nombre de personnes touchées par le coronavirus
12. Autre(s) : précisez

**Q27. De la part de qui souhaiteriez-vous avoir des informations en plus concernant le coronavirus (Covid-19) ? (Plusieurs réponses possibles)**

1. L'Etat / le gouvernement
2. Les autorités sanitaires
3. Votre médecin
4. Votre pharmacien
5. Votre mutuelle / complémentaire santé
6. Les laboratoires pharmaceutiques

7. Les journalistes (TV, Presse, Radio, etc.)
8. Des personnes atteintes du coronavirus
9. Autre(s) : précisez

Si confiné(e) chez soi en Q10, poser Q28

**Q28. Actuellement, comment vivez-vous le confinement ? (Une seule réponse possible)**

- 5. Très bien
- 4. Bien
- 2. Plutôt mal
- 1. Très mal
- 3. Cela dépend des jours

**Q29. Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez indiquer si le confinement a eu un impact sur votre mode de vie. (Une seule réponse possible par ligne) Prog : randomisation des items**

	<b>1. Moins qu'avant le confinement</b>	<b>2. Autant qu'avant le confinement</b>	<b>3. Plus qu'avant le confinement</b>
J'achète des produits sur Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais attention à mon hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je privilégie les transports individuels aux transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais mes courses alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je privilégie les commerces de proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange des fruits et légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je grignote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'achète des produits naturels (compléments alimentaires, etc.) pour booster mon système immunitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prog : ajouter « non concerné(e) » 98			

Je fais des cures de probiotiques pour renforcer mon microbiote et booster mes défenses immunitaires Prog : ajouter « non concerné(e) » 98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consulte mon médecin / les professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe du temps sur les écrans (TV, ordinateur, smartphone, tablette, console, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens isolé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fume Prog : ajouter « non concerné(e) » 98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consomme des boissons alcoolisées Prog : ajouter « non concerné(e) » 98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si a des enfants : Je fais attention à la santé de mon / mes enfant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si a des enfants : Je fais faire des cures de compléments alimentaires à mon/mes enfant(s) pour renforcer son/leur immunité Prog : ajouter « non concerné(e) » 98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q30. Comment gérez-vous votre stress / anxiété du au coronavirus dans le contexte actuel ? (Plusieurs réponses possibles)**

1. Sport
2. Alimentation
3. Méditation, yoga

4. Sophrologie
5. Musique
6. Dessin
7. Lecture
8. Prise de compléments alimentaires
9. Autre(s) : précisez
10. Je ne suis pas stressé(e) / anxieux(se)

**Q31. Quelle(s) difficulté(s) de sommeil rencontrez-vous due(s) au coronavirus et au contexte actuel ? (Plusieurs réponses possibles)**

1. Difficultés d'endormissement
2. Réveils nocturnes
3. Réveils matinaux précoces
4. Autre(s) : précisez
5. Je n'ai pas de difficultés de sommeil

**Q32. Quelle(s) habitude(s) prise(s) pendant le confinement souhaiteriez-vous conserver par la suite ? (Plusieurs réponses possibles)**

1. Acheter / consommer moins
2. Davantage fréquenter les commerces de proximité
3. Privilégier les circuits courts (marché, producteurs, etc.)
4. Moins utiliser mon véhicule
5. Marcher plutôt que prendre les transports en commun / mon véhicule
6. Travailler davantage en télétravail
7. Moins aller chez mon médecin
8. Faire attention aux autres
9. Ne plus se faire la bise ou serrer la main pour se saluer
10. Me laver les mains (plus) régulièrement
11. Utiliser (plus) régulièrement du gel hydroalcoolique
12. Stocker davantage d'aliments (pâtes, riz, etc.)
13. Faire des achats sur Internet
14. Faire davantage d'activités physiques à mon domicile
15. Autre(s) : précisez
16. Aucune

**Q32bis. Quelle habitude prise pendant le confinement souhaiteriez-vous LE PLUS conserver par la suite ? (Une seule réponse possible)**

[Affichage des items cochés en q32](#)

**Q33. Depuis le confinement, avez-vous eu besoin de consulter un médecin ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
  - Quel(s) médecins avez-vous consulté(s) ?
    - 11. Médecin généraliste
    - 12. Ophtalmologue
    - 13. Diabétologue
    - 14. Cardiologue
    - 15. Pédiatre
    - 16. Rhumatologue
    - 17. Gynécologue
    - 18. Dentiste
    - 19. Dermatologue
    - 20. Oncologue
    - 21. Autre(s) : précisez
- 2. Non

Si oui en Q33 poser Q34

**Q34. Depuis le confinement, avez-vous eu recours au service de téléconsultation pour consulter un médecin ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
  - En avez-vous été satisfait(e) ?
    - 4. Oui, très satisfait(e)
    - 3. Oui, plutôt satisfait(e)
    - 2. Non, peu satisfait(e)
    - 1. Non, pas du tout satisfait(e)
  - Pensez-vous continuer à utiliser ce service de téléconsultation médicale après la fin du confinement ?
    - 4. Oui, certainement
    - 3. Oui, probablement
    - 2. Non, probablement pas
    - 1. Non, certainement pas
- 2. Non

**Q35. Craignez-vous une deuxième vague de coronavirus (Covid-19) juste après la fin du confinement ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
- 2. Non

**Q36. Craignez-vous le retour du coronavirus (Covid-19) à l'automne / hiver ? (Une seule réponse possible)**

- 1. Oui
- 2. Non



a new approach for market research

## Covid-19 2020

**2.000** Français âgés de 18 à 75 ans interrogés par Internet

*Le questionnaire est élaboré sous WORD dans un premier temps puis paramétré informatiquement sur NET SURVEY. Pour cette raison, ce questionnaire ne peut pas refléter précisément la forme, la qualité d'affichage des questions et l'interactivité (filtre automatique, question calculée, apparition de pop-up pour faciliter la compréhension, etc.)*

*Pour garantir de la qualité du recueil le questionnaire ne doit pas excéder 18 minutes, les items doivent être courts et en nombre raisonnable (environ 10 par question)*

## A. Profil sociodémographique des Français

---

Q1. Etes-vous... ?

- Une femme
- Un homme

**Q2. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_an(s)**

**Q3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?**

- Agriculteur(trice)
- Artisan(e), commerçant(e), chef d'entreprise
- Cadre ou profession libérale (cadre supérieur, Cadre de direction, Catégorie A de la fonction publique)
- Profession intermédiaire (technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise, Catégorie B de la fonction publique)
- Employé(e), Agent de la fonction publique (catégorie C)
- Ouvrier(e)
- Etudiant(e)
- Sans activité professionnelle
- Retraité(e)

**Q4. Quels sont les revenus mensuels nets de votre foyer après imposition, incluant salaires, pensions de retraite et allocations ?**

- Moins de 1 500 euros
- 1 500 à moins de 2 000 euros
- 2 000 à moins de 2 500 euros
- 2 500 à moins de 3 000 euros
- 3 000 à moins de 4 000 euros
- 4 000 à moins de 6 000 euros
- 6 000 euros et plus
- Je ne souhaite pas répondre

**Q5. Actuellement, comment se compose votre foyer ?**

- Je vis seul(e) sans enfant
- Je vis seul(e) avec enfant(s)
- Je vis en couple sans enfant
- Je vis en couple avec enfant(s)
- Je vis avec mes parents
- Je vis en colocation
- Autre, précisez : .....

**Q6. Combien de personnes vivent au sein de votre foyer ? |\_\_|\_\_|**

Si enfant(s) en Q5 poser Q7

**Q7. Combien d'enfants de moins de 16 ans vivent au sein de votre foyer ? |\_\_|\_\_|**

**Q8. Quel est le code postal de votre lieu de résidence principale ?**

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Q9. Parmi les définitions suivantes, quelle est celle qui correspond le mieux à la commune dans laquelle vous habitez ?**

- Grande ville (plus de 100 000 habitants)
- Ville (entre 20 000 et 100 000 habitants)
- Ville de taille moyenne (entre 2 000 et moins de 20 000 habitants)
- Village / Zone rurale (moins de 2 000 habitants)

## B. Situation des Français face au Covid-19

---

Nous allons vous interroger sur votre situation actuelle liée au coronavirus (Covid-19).

Si Actif en Q3 poser Q14

**Q14. Actuellement, quelle est votre situation ? (Une seule réponse possible)**

- Je travaille à l'extérieur de mon domicile
  - Veuillez préciser :
    - A temps complet
    - A temps partiel
  - Etes-vous soignant(e) (médecin, infirmier(e), aide-soignant(e), ambulancier(e), etc.) ?
    - Oui
    - Non
- Je travaille à mon domicile en télétravail
- Je suis arrêté(e) le temps du confinement (chômage partiel, congé maladie)
- Je suis en recherche d'emploi
- Autre, veuillez préciser :

**Q15. En dehors d'une éventuelle activité professionnelle, avez-vous une activité en dehors de votre domicile (bénévolat, réserve sanitaire, etc.) ? (Une seule réponse possible)**

- Oui
- Non
- Veuillez préciser : .....

**Q16. D'une façon générale, comment qualifieriez-vous votre état de santé ? (Une seule réponse possible)**

- Très bon
- Assez bon
- Assez Mauvais
- Très mauvais

**Q17. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique, c'est-à-dire durable, qui nécessite une prise en charge médicale (ex : diabète, obésité, maladie cardiaque ou respiratoire, etc.). Merci de répondre sans tenir compte des problèmes de santé passagers ou temporaires (ex : grippe, etc.). (Une seule réponse possible)**

- Oui
  - Veuillez préciser (plusieurs réponses possibles) :
    - Obésité
    - Hypertension artérielle
    - Insuffisance cardiaque
    - Cancer
    - Diabète
    - Asthme
    - Hépatite/Cirrhose
    - Arthrose
    - Psoriasis
    - Autre(s) : précisez



- Depuis la fin du confinement avez-vous consulté un médecin / professionnel de santé concernant votre / vos maladies chroniques ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je n'en ai pas eu besoin
  - J'ai eu peur de m'y rendre à cause du coronavirus
  - J'ai continué mon traitement habituel
  - J'ai modifié moi-même mon traitement
  - Je préfère patienter pour aller voir le médecin quand la crise du coronavirus sera finie
  - Autre(s) : précisez
- Non
  - Je ne sais pas

**Q18. Vous-même, votre famille ou votre entourage (amis, collègues, etc.), avez-vous eu le Coronavirus (COVID-19) ou des signes de maladie laissant à penser que c'était le Coronavirus (COVID-19) ? (Une seule réponse possible)**

- Oui
  - Veuillez préciser (plusieurs réponses possibles) :
    - Moi-même
    - Une autre personne
    - Plusieurs personnes :   /  /   personnes
- Non
- Je ne sais pas / je ne suis pas sûr

**Q19. Actuellement, comment vous en sortez-vous avec les revenus de votre foyer ? (Une seule réponse possible)**

- Très difficilement
- Difficilement
- Facilement
- Très facilement

Si difficilement ou très difficilement en Q19, poser Q20

**Q20. Diriez-vous que ces difficultés sont liées à des pertes de revenus consécutives à l'épidémie de coronavirus (COVID-19) ? (Une seule réponse possible)**

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

## C. Les comportements et attitudes des Français face au Covid-19

Nous allons vous interroger sur vos comportements et attitudes face au Covid-19.

Q21. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ? (Une seule réponse possible par ligne) Prog : [randomisation des items](#)

	Oui, tout à fait d'accord	Oui, plutôt d'accord	Non, plutôt pas d'accord	Non, pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Les mesures recommandées par les pouvoirs publics sont efficaces pour prévenir les infections par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gestes de prévention préconisés par les scientifiques permettent d'éviter d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je respecte les consignes des experts, j'aurai beaucoup moins de risques d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis capable de mettre en œuvre les mesures recommandées par les pouvoirs publics pour éviter d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ai le temps, les moyens, et les capacités de mettre en œuvre les comportements préconisés pour prévenir les infections par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je pense pouvoir facilement appliquer les recommandations destinées à éviter d'attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je considère que le coronavirus (COVID-19) est une maladie grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je pense que le coronavirus (COVID-19) a de graves conséquences sur la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je pense que le coronavirus est extrêmement dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Il est probable que je sois infecté(e) par le coronavirus (COVID-19) dans les prochaines semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je suis une personne à risque d'être infecté(e) par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Il est tout à fait possible que j'attrape le coronavirus (COVID-19) dans les prochaines semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La possibilité d'attraper le coronavirus (COVID-19) m'inquiète particulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La possibilité d'attraper le coronavirus (COVID-19) me fait peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La possibilité d'attraper de coronavirus (COVID-19) me rend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

nerveux					
Quand je vais faire mes courses, j'essaie de ne pas penser au risque d'infection par le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quand je me trouve dans une foule, j'ai toujours à l'esprit l'idée que je peux attraper le coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quand je croise des gens en dehors de mon domicile, je m'efforce de ne pas penser au coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quand les médias parlent du coronavirus (COVID-19), j'ai tendance à changer de chaîne ou de station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Depuis le début de l'épidémie, je recherche activement des informations sur le coronavirus (COVID-19),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quand je discute avec des amis ou des proches, j'évite de parler du coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les autorités et les médias exagèrent beaucoup les risques liés au coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les mesures de prévention sont disproportionnées par rapport au risque réel du coronavirus (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D'une manière générale, j'évite de regarder les messages de prévention sur le coronavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(COVID-19).

**Q22. Au cours des derniers jours, avez-vous mis en œuvre les mesures de protection suivantes ? (Une seule réponse possible par ligne) Prog :**  
[randomisation des items](#)

	Oui, systématiquement	Oui, souvent	Oui, de temps en temps	Non
Porter un masque en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter de prendre les transports en commun pour mes déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester confiné(e) le plus possible à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garder une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes dans les magasins et les autres lieux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver très régulièrement les mains avec du savon ou utiliser du gel hydroalcoolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi (réunion familiale ou entre amis, apéritifs, discussion entre voisins, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades avec des personnes qui n'habitent pas avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tousser/éternuer dans son coude ou utiliser un mouchoir à usage unique (et le jeter après son utilisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si confiné(e) chez soi en Q10, poser Q23

**Q23. Actuellement, à quelle fréquence sortez-vous de chez vous ? (Une seule réponse possible)**

- Plusieurs fois par jour
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins souvent

**Q24. En cas de reprise de l'épidémie, seriez-vous favorable à ce que le gouvernement prenne les mesures suivantes pour lutter contre la propagation du Coronavirus (COVID-19) ? (Une seule réponse possible par ligne)** Prog : randomisation des items

	Oui, tout fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout	Je ne sais pas
Fermer les lieux publics non indispensables comme les cafés ou les restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Interdire les grandes manifestations publiques en milieu ouvert comme les marchés ou les foires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fermer les écoles, les garderies et les universités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Isoler les personnes âgées ou malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Limiter la circulation des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Confiner au domicile tous les Français qui peuvent rester chez eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rendre le port du masque obligatoire dans tous les lieux publics fermés (comme les magasins ou les supermarchés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rendre le port du masque obligatoire dans tous les lieux publics (ouverts ou fermés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## D. L'impact du Covid-19 sur les Français

---

**Nous allons vous interroger sur votre ressenti concernant le coronavirus (Covid-19) et l'impact que peut avoir le confinement sur votre vie.**

**Q25. Vous sentez-vous bien informé(e) concernant le coronavirus (Covid-19) ? (Une seule réponse possible)**

- Oui, très bien informé(e)
- Oui, plutôt bien informé(e)
- Non, peu informé(e)
- Non, pas du tout informé(e)

Si non en Q25 poser Q26 et Q27

**Q26. Quelle(s) information(s) souhaiteriez-vous avoir en plus concernant le coronavirus (Covid-19) ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Le coronavirus d'une façon générale
- Le(s) traitement(s) existant(s) ou en cours de recherche
- Les symptômes du coronavirus (toux, difficultés à respirer, perte d'odorat, etc.)
- Les professionnels de la santé à consulter en cas de coronavirus
- L'avis sur les produits utilisés par d'autres personnes ayant le coronavirus
- Les témoignages des personnes ayant le coronavirus
- Les effets secondaires des traitements du coronavirus
- Les pratiques d'hygiène de vie recommandées (gestes barrières, etc.)
- Les causes de l'apparition du coronavirus
- Les risques ou complications liés au coronavirus
- Des informations plus locales sur le nombre de personnes touchées par le coronavirus
- Autre(s) : précisez

**Q27. De la part de qui souhaiteriez-vous avoir des informations en plus concernant le coronavirus (Covid-19) ? (Plusieurs réponses possibles)**

- L'Etat / le gouvernement
- Les autorités sanitaires

- Votre médecin
- Votre pharmacien
- Votre mutuelle / complémentaire santé
- Les laboratoires pharmaceutiques
- Les journalistes (TV, Presse, Radio, etc.)
- Des personnes atteintes du coronavirus
- Autre(s) : précisez

Si confiné(e) chez soi en Q10, poser Q28 A tous

**Q28. Comment avez-vous vécu le confinement ? (Une seule réponse possible)**

- Très bien
- Bien
- Plutôt mal
- Très mal
- Cela dépend des jours

**Q29. Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez indiquer si le confinement a eu un impact sur votre mode de vie. (Une seule réponse possible par ligne)** Prog : randomisation des items

	Moins qu'avant le confinement	Autant qu'avant le confinement	Plus qu'avant le confinement
J'achète des produits sur Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais attention à mon hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je privilégie les transports individuels aux transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais mes courses alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je privilégie les commerces de proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange des fruits et légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je grignote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'achète des produits naturels (compléments alimentaires, etc.) pour booster mon système immunitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prog : ajouter « non concerné(e) »			

Je fais des cures de probiotiques pour renforcer mon microbiote et booster mes défenses immunitaires <i>Prog : ajouter « non concerné(e) »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consulte mon médecin / les professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je passe du temps sur les écrans (TV, ordinateur, smartphone, tablette, console, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens isolé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fume <i>Prog : ajouter « non concerné(e) »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consomme des boissons alcoolisées <i>Prog : ajouter « non concerné(e) »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si a des enfants :</i> Je fais attention à la santé de mon / mes enfant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si a des enfants :</i> Je fais faire des cures de compléments alimentaires à mon/mes enfant(s) pour renforcer son/leur immunité <i>Prog : ajouter « non concerné(e) »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q30. Comment gérez-vous votre stress / anxiété du au coronavirus dans le contexte actuel ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Sport
- Alimentation
- Méditation, yoga

- Sophrologie
- Musique
- Dessin
- Lecture
- Prise de compléments alimentaires
- Autre(s) : précisez
- Je ne suis pas stressé(e) / anxieux(se)

**Q31. Quelle(s) difficulté(s) de sommeil rencontrez-vous due(s) au coronavirus et au contexte actuel ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Difficultés d'endormissement
- Réveils nocturnes
- Réveils matinaux précoces
- Autre(s) : précisez
- Je n'ai pas de difficultés de sommeil

**Q32. Quelle(s) habitude(s) prise(s) pendant le confinement souhaiteriez-vous conserver par la suite ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Acheter / consommer moins
- Davantage fréquenter les commerces de proximité
- Privilégier les circuits courts (marché, producteurs, etc.)
- Moins utiliser mon véhicule
- Marcher plutôt que prendre les transports en commun / mon véhicule
- Travailler davantage en télétravail
- Moins aller chez mon médecin
- Faire attention aux autres
- Ne plus se faire la bise ou serrer la main pour se saluer
- Me laver les mains (plus) régulièrement
- Utiliser (plus) régulièrement du gel hydroalcoolique
- Stocker davantage d'aliments (pâtes, riz, etc.)
- Faire des achats sur Internet
- Faire davantage d'activités physiques à mon domicile
- Autre(s) : précisez
- Aucune

**Q32bis. Quelle habitude prise pendant le confinement souhaiteriez-vous LE PLUS conserver par la suite ? (Une seule réponse possible)**

[Affichage des items cochés en q32](#)

**Q33. Depuis le confinement, avez-vous eu besoin de consulter un médecin ? (Une seule réponse possible)**

- Oui
  - Quel(s) médecins avez-vous consulté(s) ?
    - \*— Médecin généraliste
    - \*— Ophtalmologue
    - \*— Diabétologue
    - \*— Cardiologue
    - \*— Pédiatre
    - \*— Rhumatologue
    - \*— Gynécologue
    - \*— Dentiste
    - \*— Dermatologue
    - \*— Oncologue
    - \*— Autre(s) : précisez
- Non

Si oui en Q33 poser Q34

**Q34. Depuis le confinement, avez-vous eu recours au service de téléconsultation pour consulter un médecin ? (Une seule réponse possible)**

Oui

En avez-vous été satisfait(e) ?

Oui, très satisfait(e)

Oui, plutôt satisfait(e)

Non, peu satisfait(e)

Non, pas du tout satisfait(e)

Pensez-vous continuer à utiliser ce service de téléconsultation médicale après la fin du confinement ?

Oui, certainement

Oui, probablement

Non, probablement pas

Non, certainement pas

Non

**Q35. Craignez-vous une deuxième vague de coronavirus (Covid-19) juste après la fin du confinement ? (Une seule réponse possible)**

Oui

Non

**Q36. Craignez-vous le retour du coronavirus (Covid-19) à l'automne / hiver ? (Une seule réponse possible)**

Oui

Non

Annexe 3 : Tableau des fréquences et moyennes

VARIABLES	N	MOYENNE	ECART TYPE	ESM
PEUR 1	3864	8.32	2.503	0.040
PEUR 2	2004	7.63	2.465	0.055
SEVERITE 1	3714	10.14	1.934	0.032
SEVERITE 2	2004	9.62	2.081	0.046
VULNERABILITE 1	2383	7.10	2.266	0.046
VULNERABILITE 2	2004	6.85	2.017	0.045
EFFICACITE PERÇUE 1	3506	9.64	1.707	0.029
EFFICACITE PERÇUE 2	2004	9.47	1.757	0.039
AUTO- EFFICACITE 1	3801	10.05	1.708	0.028
AUTO EFFICACITE 2	2004	9.82	1.688	0.038
CA 1	4005	28.44	3.323	0.053
CA 2	2003	26	4.714	0.105

Annexe 4 : Photos de manifestations contre le port du masque





---

# Table des matières

---

INTRODUCTION .....	11
1 CONTEXTE .....	13
1.1 Epidémies et pandémies.....	13
1.2 Coronavirus (covid-19).....	13
1.3 Le défaut de traitements préventifs ou curatifs.....	14
1.4 La gestion de crise sanitaire.....	15
1.4.1 A l'international.....	15
1.4.2 En France.....	16
2 CADRE THEORIQUE.....	19
2.1 Appels à la peur en santé publique .....	19
2.2 Les principaux modèles d'appels à la peur .....	21
2.2.1 Le modèle de la pulsion motivante ( <i>Drive Reduction Model</i> ).....	21
2.2.2 Le modèle des réponses parallèles.....	21
2.2.3 Les modèles de la motivation à la protection .....	22
2.2.4 Le modèle étendu des processus parallèles (EPPM) .....	22
2.2.5 Les appels à la peur : points de convergence dans les méta-analyses .....	24
2.3 La problématique .....	25
3 METHODOLOGIE .....	27
3.1 La procédure et les participants .....	27
3.2 Les mesures.....	28
3.2.1 Construction des variables.....	28
3.2.2 L'analyse statistiques des données .....	30
4 RESULTATS .....	33

4.1	Description de l'échantillon.....	33
4.2	Description des variables .....	34
4.2.1	La peur.....	34
4.2.2	Les variables menace (sévérité et vulnérabilité) et efficacité (efficacité et auto-efficacité).....	34
4.2.3	Les comportements adaptatifs .....	35
4.3	Liens entre la peur, les variables explicatives du modèle EPPM et l'adoption de comportements adaptatifs .....	36
4.3.1	La peur et les comportements adaptatifs .....	36
4.3.2	Les variables explicatives du modèle EPPM et les comportements adaptatifs .....	36
4.4	Sensibilité de la peur et des variables du modèles EPPM face à l'évolution du contexte épidémiologique de la covid-19.....	39
4.5	Association entre les caractéristiques individuelles, l'adoption de comportements adaptatifs et l'effet persuasif des appels à la peur .....	40
4.5.1	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'adoption de comportements adaptatifs .....	40
4.5.2	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif de la peur : test de la variable peur.....	42
4.5.3	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur l'effet persuasif de la peur : test de la variable dimension persuasive .....	43
5	DISCUSSION.....	45
5.1	Stratégies d'appel à la peur et adoption de comportements adaptatifs .....	45
5.1.1	La peur.....	45
5.1.2	Menace et efficacité.....	46

5.2	Evolution du contexte épidémiologique et variation de l'impact des appels à la peur	48
5.3	Impact des caractéristiques sociodémographiques sur les comportements adaptatifs et sur l'effet persuasif de la peur	50
5.4	Limites	52
5.4.1	Choix de méthode dans la validation des stratégies d'appel à la peur (EPPM)	52
5.4.2	L'enquête longitudinale	52
5.4.3	Les principaux biais	53
6	CONCLUSION	54
	Bibliographie	57
	Webographie	61
	Liste des annexes	63



KOUAKOU	Amoïn Sylvia	04 décembre 2020
<b>Master 2</b> <b>Promotion de la santé et prévention</b>		
<b>Validité des appels à la peur dans l'adoption de comportements adaptatifs durant la crise du coronavirus(covid-19) en France : exemple du modèle EPPM</b>		
<b>Promotion 2019-2020</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>En mobilisant comme jamais l'attention des populations sur les actions de santé publique, la pandémie de coronavirus (covid-19) a mis à rude épreuve les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention. Après une première vague à l'origine de centaine de milliers de décès dans le monde, le défi auquel se confronte nos sociétés, est de ralentir la transmission interhumaine du virus. En l'absence de traitement préventif ou curatif peu ou pas efficaces les stratégies mises en œuvre par les pouvoirs publics afin d'éviter les rebonds épidémiques, alimentent notre réflexion. En effet l'intérêt et l'efficacité de ces stratégies sont peu discutés en France. Ainsi nous présenterons dans ce travail des données permettant de valider les stratégies d'appels à la peur qui visent à modifier les comportements des populations par l'activation d'émotions primaires. Le plus récent des modèles issus des stratégies d'appels à la peur, le modèle étendu des processus parallèles, nous servira d'exemple dans ce travail de recherche.</p>		
<p><b>Mots-clés :</b></p> <p>Covid-19, comportement préventif, appel à la peur, modèle étendu des processus parallèles, changement de comportement.</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		