

COVID-19

Les Belges souhaitent adhérer à des mesures utiles...

Isabelle Aujoulat¹, Bénédicte Scheen¹, Kirsten Vanderplanken², Stephan Van den Broucke³, Joris van Loenhout²

COVID-19

Measures seen as useful are better adhered to

Since the first case of COVID-19 was detected in December 2019, the world has experienced a pandemic of unprecedented proportions. While the development of vaccines against the disease became high priority, many countries were trying to reduce the impact and the burden on healthcare systems by implementing infection prevention and control measures. These measures are flexible, and can be adapted based on the severity of the outbreak that a country is experiencing at a given moment in time. However, the effectiveness of such measures is for a large part determined by the ability and willingness of the population to adhere to them. For Belgium, which has experienced a high infection rate over the year, there was no clear insight in overall adherence to the measures, reasons for (non) adherence, and subgroups of the population that are less likely to adhere.

This article presents the results of a panel-based internet survey, that addressed a sample of respondents (n=2,008), representative for the adult Belgian population in terms of age, sex, region and socio-economic status. The questionnaire was developed by researchers with backgrounds in social sciences, epidemiology, health promotion and psychology. It was guided by the Protection Motivation Theory. Data were collected in September 2020.

The detailed methodological design and results may be consulted through the following link: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:241832>. The results which are summarised hereafter were presented on December 17th, 2020 in a webinar organised by Fondation Louvain, who supported study: <https://uclouvain.be/fr/chercher/fondation-louvain/webinaires.html>.

KEY WORDS

COVID-19, Prevention and control measures, Adherence, Sample-based survey, Belgium

Cet article présente la synthèse d'une étude réalisée avec le soutien de la Fondation Louvain (*Tackling the COVID-19 outbreak: assessing the public's risk perceptions and adherence to measures TACOM*), qui avait pour objectif de documenter les connaissances, perceptions et comportements (passés et planifiés) des citoyens belges, en lien avec le respect des mesures de prévention du virus COVID-19. La finalité de cette étude était de produire des résultats susceptibles d'informer les futures campagnes de communication et de contribuer à identifier des groupes cibles plus vulnérables, qui déclareraient avoir un moins bon accès à l'information et/ou une motivation moindre à contribuer, par leurs propres comportements, à contenir l'extension de l'épidémie. Cette étude par sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population belge (n=2,008) a été réalisée au mois de septembre 2020.

Les méthodes détaillées et les résultats complets de l'étude peuvent être consultés sur DIAL : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:241832>

Les résultats résumés ci-dessous ont fait l'objet d'une discussion lors d'un webinaire organisé par la Fondation Louvain le 11 décembre 2020. Ce webinaire peut être revu sur le site de la Fondation Louvain : <https://uclouvain.be/fr/chercher/fondation-louvain/webinaires.html>

INTRODUCTION

Outre les efforts qui sont faits au niveau des systèmes de santé pour mettre sur pied des stratégies efficaces de soins aux personnes, de dépistage et comptage des cas positifs, et de vaccination, la situation épidémiologique que nous connaissons a mis en lumière l'importance des comportements individuels dans la prévention de la propagation du virus, et donc l'importance de l'adhésion aux mesures de prévention recommandées ou imposées. Or, l'adhésion à des comportements prescrits, est un phénomène particulièrement complexe, notamment dans le cadre qui nous préoccupe, où l'enjeu n'est pas seulement un enjeu de protection individuelle mais bien de protection des autres, de protection du système de santé dans son ensemble, et de résilience psychologique,

sociale et économique à terme. Grâce au soutien de la Fondation Louvain, une équipe de recherche combinant des spécialistes de la promotion de la santé et de l'épidémiologie des désastres au sein de l'Institut de recherche Santé & Société et de l'Institut de sciences psychologiques de l'UCLouvain, a mené une étude sur les connaissances, les perceptions et les comportements des citoyens belges, face aux mesures de protection préconisées ou imposées par le gouvernement pour limiter la propagation du virus COVID-19 en Belgique. Au moyen d'un sondage en ligne, des données ont été collectées auprès d'un échantillon de plus de 2.008 personnes, représentatif de la population belge adulte pour ce qui concerne l'âge, le sexe, le statut socio-économique et la province. L'étude a eu lieu entre le 7 et le 24 septembre et les questions portaient sur les mesures alors en vigueur, à savoir :

- *La bulle sociale est limitée à 5 personnes*
- *Les événements privés sont limités à maximum 10 personnes*
- *La limite de participants aux événements publics est de max. 200 personnes à l'intérieur et max. 400 personnes à l'extérieur*
- *Le télétravail autant que possible est hautement recommandé*
- *Faire ses achats avec maximum 1 autre personne*
- *Porter un masque dans les lieux publics lorsque cela est obligatoire (par exemple, dans les rues commerçantes, les cinémas) et quand le respect de la distance d'1,5 mètre n'est pas possible*
- *Compléter le formulaire obligatoire lorsque vous venez ou revenez en Belgique après un voyage à l'étranger*
- *Il existe trois types de zones de voyages (rouge, orange, verte) qui déterminent les conditions d'autorisation pour s'y rendre et si la quarantaine et le dépistage sont requis après le retour en Belgique*

Dans le cadre de notre enquête, notre questionnaire a été élaboré en référence à un cadre théorique qui est celui la *Motivation à la Protection*, selon lequel la probabilité d'adopter un comportement -ici le respect des mesures de prévention en lien avec la COVID-19- dépend à la fois de :

- (i) la représentation que l'on a de la sévérité du problème (Autrement dit : « *dans quelle mesure est-ce que je considère que la COVID-19 représente une menace sérieuse ?* »);
- (ii) la mesure dans laquelle on se perçoit (ou on perçoit ses proches) comme étant à risque de de contracter la maladie et/ou une forme grave de celle-ci (Autrement dit : « *dans quelle mesure est-ce que je considère que la COVID-19 représente une menace sérieuse pour moi ou pour les personnes qui me sont proches ?* »);

(iii) la perception que l'on a de l'utilité des mesures (Autrement dit : « *ces mesures, si elles sont appliquées correctement, contribueront-elles réellement à enrayer l'épidémie ?* »);

(iv) la capacité que l'on s'attribue à effectivement mettre en œuvre les mesures et à maintenir les gestes adéquats dans la durée (Autrement dit : « *Compte-tenu de mon environnement propre, de mon contexte de vie et de mes ressources personnelles, est-ce que ces comportements sont faisables pour moi ?* »). Il est à noter ici que nous sommes très inégaux face à cette question et que les inégalités sociales de santé, encore creusées par la crise que nous vivons, ont un impact sur la capacité d'accéder aux informations, de les comprendre et de les appliquer dans son contexte de vie.

Enfin, selon le modèle auquel nous nous sommes référés dans notre questionnaire, la probabilité de respecter les mesures de prévention peut être expliquée également par la balance coût/bénéfice que chacun associe aux efforts qui lui sont demandés. La question qui serait posée ici est « *Les résultats des efforts que je consens à faire sont-ils suffisamment positifs pour que l'effort ou le coût que cela me demande, en vaille la peine ?* ». Il est à noter que cette dimension n'a pas été investiguée lors de notre enquête.

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

UNE BONNE ADHÉSION GÉNÉRALE AUX MESURES ALORS EN VIGUEUR, À L'EXCEPTION DE LA BULLE DE 5 PERSONNES

Le premier résultat remarquable issu de notre enquête est que la plupart des répondants rapportent avoir été enclins à respecter les mesures en vigueur pendant l'été et en septembre, avec une moyenne d'adhésion rapportée supérieure à 4 (sur une échelle de 1 à 5 ou 1 correspondant à « pas du tout » et 5 à tout à fait). En outre, les répondants déclarent également souhaiter continuer à faire des efforts à l'avenir pour contenir la propagation du virus, avec ici également une moyenne supérieure ou égale à 4.

De manière intéressante, nos résultats révèlent une corrélation positive tout à fait significative entre le fait d'avoir adhéré par le passé et souhaiter continuer à le faire à l'avenir, ce qui confirme ce que certains modèles indiquent, à savoir que les comportements que nous adoptons s'inscrivent largement dans la continuité des comportements que nous avons eus par le passé. Ces résultats, reflet d'une forte motivation à contribuer par ses efforts et comportements personnels à la prévention de la propagation du virus, est un résultat important et encourageant de notre enquête. En effet, le moment où nous avons clôturé l'enquête coïncidait avec la déclaration d'un renforcement des mesures en vigueur, telles que nous les connaissons

depuis maintenant plusieurs mois, justifiées par le nombre des cas testés positifs et des hospitalisations. Des comportements dits « irresponsables » ont pu être pointés par le politique et par la presse comme une cause importante de la reprise de l'épidémie. Or, nos résultats semblent indiquer au contraire que la majorité des citoyens se serait bien conformée aux recommandations alors en vigueur et souhaitait continuer de le faire, au moment où notre enquête a été réalisée.

Parmi les recommandations alors en vigueur, il est à noter cependant que le respect de la bulle limitée à 5 personnes, en particulier lorsqu'il s'agissait de l'interpréter de manière correcte, en lien avec une autre mesure qui concernait la fréquentation des bars et des restaurants, a été la plus difficile à respecter. C'est également la mesure qui recueillait le plus faible taux d'adhésion déclarée pour le futur (avec une moyenne de 4 sur une échelle de 1 à 5), ce qui reste malgré tout relativement élevé.

SENSIBILISER AU RISQUE NE SUFFIT PAS : LA POPULATION A BESOIN DE CROIRE EN L'UTILITÉ DES MESURES

Un autre résultat de notre étude, que nous souhaitons porter à la connaissance du public et des décideurs concerne les facteurs qui influencent la motivation à se conformer aux mesures prescrites. De manière très intéressante, nos résultats montrent que le fait d'être convaincu du risque que représente, pour soi ou pour autrui, la maladie COVID-19 n'est pas un facteur motivationnel suffisant pour s'engager durablement dans l'adoption des comportements de prévention. Plus précisément, nous n'avons pas retrouvé d'association positive entre la perception de ce risque et l'adhésion aux mesures prescrites, ce qui signifie qu'il y avait dans notre échantillon des personnes convaincues du risque représenté par le COVID-19 qui ne respectaient pas nécessairement les mesures pour autant et, à l'inverse, des personnes avec un faible niveau de vulnérabilité perçue qui pouvaient déclarer avoir bien adhéré aux mesures. Ce constat de l'importance relative du risque perçu est important. En effet, force est de constater que depuis le début de la pandémie toutes les communications destinées à renforcer la motivation du public à adhérer aux mesures tournent inmanquablement autour du rappel des chiffres de contamination, hospitalisation et décès. Si ces chiffres sont à juste titre des baromètres importants sur lesquels s'appuyer pour la prise de décision, nos résultats suggèrent qu'une communication efficace en direction du public devrait -sans les passer sous silence - se décentrer de ces messages alarmistes, qui ne semblent pas (ou plus) contribuer de manière évidente à renforcer la motivation pour le maintien, dans la durée, des comportements de prévention qui requièrent un effort important de tout un chacun.

Si les messages alarmistes ne sont pas les plus utiles

pour nous inciter à adopter les mesures de prévention qui nous sont prescrites, quels seraient alors les contenus d'un « bon » message de prévention ? Toujours en référence au modèle qui nous a guidés dans l'élaboration de notre questionnaire, nos résultats montrent que c'est l'utilité perçue des mesures, c'est-à-dire la conviction que la réalisation des efforts demandés contribuera effectivement à atteindre les objectifs de santé personnelle et de santé publique visés par les mesures, associée au fait de se sentir capable d'adopter les comportements demandés, qui sont très significativement associés tant à l'adhésion passée, qu'à l'intention d'adhérer dans le futur aux mesures prescrites. En termes de communication vers le grand public, cela nous suggère deux choses :

- d'une part, qu'il est essentiel de **bien documenter les raisons qui motivent certaines prises de décision**, dans un langage accessible et par des canaux qui permettent de toucher le plus grand nombre, en tenant compte au maximum des facteurs qui sont susceptibles de diminuer l'accessibilité des messages, comme le niveau de littéracie en santé, certaines barrières linguistiques ou culturelles, des caractéristiques personnelles comme la surdité ou la malvoyance, etc.), afin que la communication soit la plus inclusive possible de l'ensemble des citoyens
- d'autre part, qu'il est essentiel de déployer, en complément des campagnes de sensibilisation de masse, **des actions de proximité à destination des publics les plus vulnérables** parce qu'ayant moins accès aux informations ou étant plus contraints par des caractéristiques liées à leur contexte de vie. Il s'agit bien de travailler avec et pour ces publics pour renforcer chez chacun le sentiment que la situation est contrôlable à terme et que les efforts personnels de chacun y contribuent. Un autre point important, qui a déjà été souligné dans un précédent webinaire de la Fondation Louvain par le Pr. Olivier Luminet, concerne l'implication des citoyens dans l'élaboration même des messages et la réflexion sur les stratégies de diffusion de ceux-ci. Les acteurs et décideurs actifs dans le champ de la promotion de la santé le savent bien et ont développé depuis des décennies une expertise méthodologique pour les démarches participatives de co-décision et co-construction. Alors que l'intérêt et l'efficacité de ces démarches commencent à être largement reconnus, notamment dans le secteur des soins de santé, il est étonnant que les citoyens (à notre connaissance) aient jusqu'à présent été si peu sollicités pour participer aux réflexions menées pour soutenir la décision politique relative aux mesures prises et aux stratégies de communication autour de ces mesures. De telles démarches renforceraient, sans aucun doute, l'acceptabilité des mesures et donc leur « appropriabilité » par le public. A cet égard, il serait intéressant, par exemple de mieux connaître et documenter ce que,

dans le cadre des soins de santé, on nomme parfois la « compliance personnelle » ou « l'adhésion personnelle » à des mesures de santé négociées en référence à des recommandations plus générales. En effet, une mesure fine et nuancée de l'adhésion ne saurait se résumer à *oui ou non, noir ou blanc...* Chacun d'entre nous, dans nos vies, que ce soit du fait de l'expérience personnelle d'une maladie ou, plus récemment, du fait des restrictions imposées par la crise sanitaire, avons déjà fait l'expérience de prendre des décisions relatives à des comportements personnels de santé. Et chacun d'entre nous avons probablement fait l'expérience que la manière dont nous nous appliquons à maintenir ce comportement dans nos vies subit des adaptations, normales, par rapport à ce qui était prescrit. Prenons l'exemple du port du masque. Suivant nos résultats, il s'agit d'une mesure largement comprise, perçue comme utile et généralement appliquée, tout en étant perçue comme difficile à mettre en œuvre en toutes circonstances. Si l'on se pose la question de l'adhésion à cette mesure apparemment simple, on se rendra compte que certains se considèrent adhérents parce que suivant leur propre élaboration de ce qui est possible et souhaitable pour eux, ils portent le masque en toutes circonstances... *sauf... par exemple...* quand ils se promènent tôt le matin dans des rues ou dans un parc où ils croisent peu de monde ; ou encore quand il pleut et que les pavés glissants associés au fait de porter des lunettes embuées leur font craindre de tomber, plus que d'attraper ou de propager le virus (dans l'éventualité où ils seraient contaminés), etc. D'autres, alors que le masque n'est pas rendu obligatoire dans la sphère privée, iront peut-être au-delà des recommandations en vigueur, et rapporteront s'être imposé de porter le masque à la maison, en présence de la ou des personnes qui composaient la bulle restreinte de leurs contacts. Cet exemple illustre la difficulté d'opérationnaliser et mesurer précisément l'adhésion et, encore une fois, de tenir compte des possibilités et priorités, d'une part, et des limites et contraintes d'autre part, liées à la personne et à son environnement, pour définir les comportements attendus. Comme dans les soins aux personnes vivant avec une maladie chronique, ce qui est en jeu ici, du fait qu'on a maintenant largement pris conscience que l'irruption du virus Covid-19 dans nos vies allait nous obliger à adapter durablement nos comportements et modes de vie (et pas seulement de manière transitoire comme on a pu le penser et l'espérer au printemps), c'est la notion d'un équilibre à trouver, entre des impératifs de standardisation et une nécessaire personnalisation des mesures.

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES EXPERTS : PLUS CRÉDIBLES QUE LES POLITICIENS ET LES JOURNALISTES

Une autre question posée à nos répondants concernait les sources d'informations considérées les plus crédibles et le type de médias les plus couramment consultés. En tête des médias arrivait la télévision, suivie des journaux imprimés ou électroniques. Les réseaux sociaux, s'ils sont une source d'échanges et de partage, contribuant très probablement à renforcer la construction de normes sociales, ne sont en revanche pas cités comme source d'information usuelle ou fiable par nos répondants. En tête des sources jugées crédibles, arrivaient les experts, qu'il s'agisse des experts scientifiques entendus ou lus dans les médias ou des experts plus proches, comme les professionnels de santé avec lesquels on est en contact direct. Les experts étaient donc considérés comme la source d'information la plus fiable, avant les journalistes et avant le politique. Cette confiance dans les experts, indépendamment des incohérences, voire des messages contradictoires parfois entendus, vient renforcer l'argument précédemment discuté, à savoir que les citoyens souhaitent être convaincus de l'efficacité attendue des mesures, donc être informés des raisons pour lesquelles elles sont prises, sur base de quelles données, etc. pour être convaincus de leur utilité. Dans le contexte d'incertitude qui subsiste, tant les défis auxquels nous sommes maintenant confrontés depuis plusieurs mois sont nouveaux et de taille, une bonne communication implique également d'être transparent quant à ce qui est connu et ce qui l'est moins. Si nous prenons l'exemple de la fermeture des salles de sport, le citoyen qui se voit imposer cette restriction qui limite ce qui contribue en temps normal à son équilibre psychologique, physique et social, une communication autour de ce type de mesure ne devrait pas se contenter d'énoncer l'interdiction mais devrait au contraire être assortie de l'explication nécessaire à la justification de cette décision. *Ferme-t-on les salles de sport parce que nous disposons de données qui nous indiquent qu'il y aurait une forte proportion de personnes infectées, parmi celles qui ont fréquenté des piscines ? Ou bien les ferme-t-on parce qu'il est difficile de contrôler la mise en place par les établissements concernés des protocoles stricts développés au sein de leur secteur ? Ou encore, les ferme-t-on parce qu'on ne sait pas justement, et qu'on préfère adopter un principe de prudence.* Le fait d'être correctement informé et d'augmenter son savoir sur la situation, à défaut d'augmenter le pouvoir de la contrôler, est un puissant antidote au sentiment d'impuissance dont on peut être gagné face à des mesures contraignantes qui, faute d'être suffisamment expliquées, peuvent être perçues comme incohérentes, injustes, voire inutiles. Il est à souligner ici, que nos résultats ne soulignent pas une non-acceptation de la contrainte, bien au contraire, puisqu'à la question de savoir si les mesures devraient être plutôt imposées ou plutôt recommandées par

le politique, nos répondants ont majoritairement et de manière significative, exprimé le souhait que les mesures soient imposées.

DES SOUS-GROUPES PLUS À RISQUE QUE D'AUTRES ?

Enfin, au travers des résultats de notre étude, nous avons tenté -très prudemment et en nous gardant de stigmatiser- d'identifier certains groupes qui seraient éventuellement plus à risque de ne pas comprendre ou de ne pas mettre en œuvre les mesures de prévention. En tout premier lieu, nos résultats montrent que, de manière générale, les **répondants francophones**, donc majoritairement issus des régions de Bruxelles-Capitale et de la Wallonie, avaient généralement des scores plus bas dans les réponses aux questions concernant la perception d'un risque pour leur santé et celle de leurs proches, de même que dans les réponses aux questions concernant l'utilité perçue des mesures et le fait de se sentir capable de mettre en œuvre les comportements prescrits. Or, nous avons vu précédemment que ces trois facteurs influençaient théoriquement la probabilité d'effectuer les comportements préventifs, ce qui est d'ailleurs confirmé par nos résultats, puisque les répondants néerlandophones ont indiqué un degré d'adhésion plus élevé aux mesures, qu'il s'agisse de leur adhésion par le passé ou de leur intention d'adhérer dans le futur. Nos résultats ne nous permettent pas d'identifier des facteurs explicatifs de cette différence mais plaident pour une attention particulière au ton et au contenu des messages, qui ne sont peut-être pas entendus de la même manière suivant la communauté linguistique ou culturelle à laquelle on appartient.

Par ailleurs, **les plus jeunes parmi nos répondants** (entre 18 et 30 ans dans notre échantillon), tout en ayant des taux d'adhésion auto-déclarée satisfaisants ont déclaré un sentiment de vulnérabilité plus élevé que les répondants des autres groupes, indiquant par là qu'ils percevaient les personnes de leur tranche d'âge comme étant particulièrement à risque de contracter le virus. Dans le même temps, par rapport aux autres tranches d'âge, ils ont déclaré une moindre perception du risque et une moins grande confiance tant dans l'utilité des mesures prescrites que dans leur capacité à les appliquer dans leur vie de tous les jours. Ces résultats témoignent sans doute d'une intériorisation du message que les plus jeunes, tout en étant susceptibles de contracter la maladie sont moins susceptibles d'en développer des formes sévères. Le résultat quant à l'utilité perçue des mesures est plus interpellant, dans la mesure où il met en question la compréhension que ces personnes plus jeunes peuvent avoir du rôle de chacun dans la possible transmission du virus. Enfin le résultat relatif au sentiment d'efficacité personnelle (*Est-ce que je me sens capable de respecter les mesures ?*) invite à s'interroger sur l'environnement et les conditions d'existence, des personnes concernées. En effet, au moment de notre enquête, les cours en présentiel

avaient repris pour les étudiants, et certains ont témoigné de certaines difficultés à respecter les mesures de prévention en toutes circonstances, s'agissant en particulier de contacts avec leurs pairs ou avec les membres de leur famille (en cas de déplacements entre les kots et le domicile parental, par exemple).

Enfin, nos résultats montrent également que les **personnes plus défavorisées**, du fait d'un faible revenu et/ou d'un niveau d'éducation plus bas présentent des scores moins élevés aux questions qui sont relatives à la compréhension, l'utilité perçue et la facilité d'appliquer les mesures.

Un dernier résultat tout à fait interpellant de notre enquête et qui suscite de toutes nouvelles questions concerne la perception que les **personnes qui ont été personnellement touchées par le virus**, ont de la sévérité de la maladie. En effet, nous avons parmi nos répondants un tout petit nombre de personnes qui avaient été personnellement infectées par le virus (environ 70, ce qui correspond à moins de 5% de notre échantillon). Il faut rappeler ici que notre enquête a eu lieu à la rentrée de septembre, juste avant la deuxième vague et que le nombre de cas était alors inférieur à celui que nous connaissons aujourd'hui. Il est probable que si nous devions répliquer l'enquête, le nombre de répondants ayant été directement ou indirectement touchés par la maladie serait sans doute plus élevé. Ce qui nous a surpris dans les résultats que nous avons, c'est que ce petit nombre de personnes qui ont fait l'expérience de la maladie, ont des scores significativement moins élevés que le reste de nos répondants, par rapport à la sévérité de la maladie. Il est à noter que les personnes concernées appartiennent aux tranches d'âge les plus jeunes et les plus éduquées de notre échantillon et qu'elles ont probablement développé des formes moins sévères de la maladie et que, par ailleurs, les personnes ayant développé les formes les plus sévères n'étaient probablement pas en mesure de répondre à ce questionnaire. Ce résultat nous invite cependant à nous pencher sur les représentations et perceptions des personnes qui ont été touchées par le virus et à nous poser la question de savoir si des messages spécifiques devraient être élaborés, tenant compte de l'expérience vécue directement ou indirectement par un nombre grandissant de la population, afin de souligner en particulier que le virus peut toucher de manière plus bénigne certains de ceux qui y sont exposés, sans que cela n'en réduise sa dangerosité.

Enfin, certains groupes étaient sous-représentés dans notre échantillon, notamment les groupes représentant certaines minorités ethniques, ou encore les groupes les plus vulnérables du point de vue socio-économique (niveaux d'éducation et de revenus), peut-être parce que ce type d'enquête leur serait plus difficile d'accès, du fait d'un défaut de littéracie numérique ou encore du fait d'une intériorisation pour certains, que leur avis compterait

moins. Ce ne sont que des hypothèses, bien sûr, mais ce que nous souhaitons souligner ici, c'est qu'il y a des voix qu'on entend moins et que le recours à des actions de promotion de la santé de proximité, dans le souci d'une communication plus inclusive et d'un

renforcement du pouvoir d'agir de chacun, a vraiment tout son sens.

Pour mémoire : les résultats complets peuvent être consultés sur DIAL <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:241832>

AFFILIATIONS

1. UClouvain/IRSS/RESO, B-1200 Bruxelles
2. UClouvain/IRSS/CRED, B-1200 Bruxelles
3. UClouvain/IPSY, B-1348 Louvain-la-Neuve

*les auteurs ont également contribué à cette recherche et sont présentés par ordre alphabétique

CORRESPONDANCE

MME ISABELLE AUJOULAT
Institut de recherche Santé & Société
Université catholique de Louvain
Clos Chapelle-aux-Champs 30.14
B-1200 Brussels
Belgique
isabelle.aujoulat@uclouvain.be