



LISER - MEGA series

on gender dimensions of the COVID-19 pandemic

#3

Différences entre les femmes et les hommes concernant les attitudes vis-à-vis des mesures sanitaires

Il s'agit de la troisième d'une série de notes sur les dimensions genrées de la pandémie de COVID-19. Chacune de ces notes se concentre sur une dimension particulière des impacts de la pandémie sur les femmes et les hommes. Celle-ci porte sur les attitudes vis-à-vis des mesures sanitaires dans le contexte de la pandémie. Elle contient une revue de la littérature, les résultats d'une étude nationale ainsi qu'un entretien avec des experts internationaux.

Au début de la pandémie de COVID-19, on ne disposait d'aucun traitement médical efficace ni de vaccin. Les interventions publiques consistaient donc essentiellement à limiter les interactions humaines et les déplacements. Le respect de ces mesures par les citoyens a permis de limiter les dommages sanitaires et socio-économiques. Pourtant, à la fin de l'année 2021, la pandémie avait causé plus de 317 millions de cas et plus de 5,5 millions de décès dans le monde. Tandis que de nouveaux variants continuent d'apparaître, la perception du danger que représente le virus diminue et la lassitude à l'égard des mesures sanitaires augmente. Ces tendances sont susceptibles de mettre en péril la capacité des gouvernements à gérer les futures vagues de contamination. Il demeure donc important de comprendre les facteurs qui déterminent le respect des mesures sanitaires, comme le port du masque, les restrictions de déplacement et l'adoption de la vaccination.

Les femmes et les hommes pourraient avoir perçu différemment les risques sanitaires de la COVID-19, et donc ne pas avoir considéré l'importance de respecter les mesures sanitaires de la même manière. Il se peut également que ces mesures aient entraîné des contraintes différentes pour les femmes et pour les hommes. Les recherches que nous analysons ici ont montré que les femmes se sont montrées plus disposées à se conformer à ces mesures, et que seule une partie de cette différence de comportement s'explique par des différences de perception des risques de la COVID-19.

Cette note reprend d'abord les principaux résultats de diverses études internationales analysant les différences comportementales entre les femmes et les hommes face à la pandémie. La première partie documente les divergences entre les genres en termes de respect des mesures préventives, qui constituaient les principaux outils en 2020. La seconde se

Authors:

J. TODOROVIC
B. VERHEYDEN

concentre sur les attitudes envers la vaccination, introduite en 2021. La note résume ensuite les principaux résultats d'une étude menée par le LISER sur ces sujets pour le Luxembourg et ses régions voisines. La note se conclut par la transcription d'un entretien mené par le LISER avec les auteurs d'un des articles clés présentés dans la section 1.

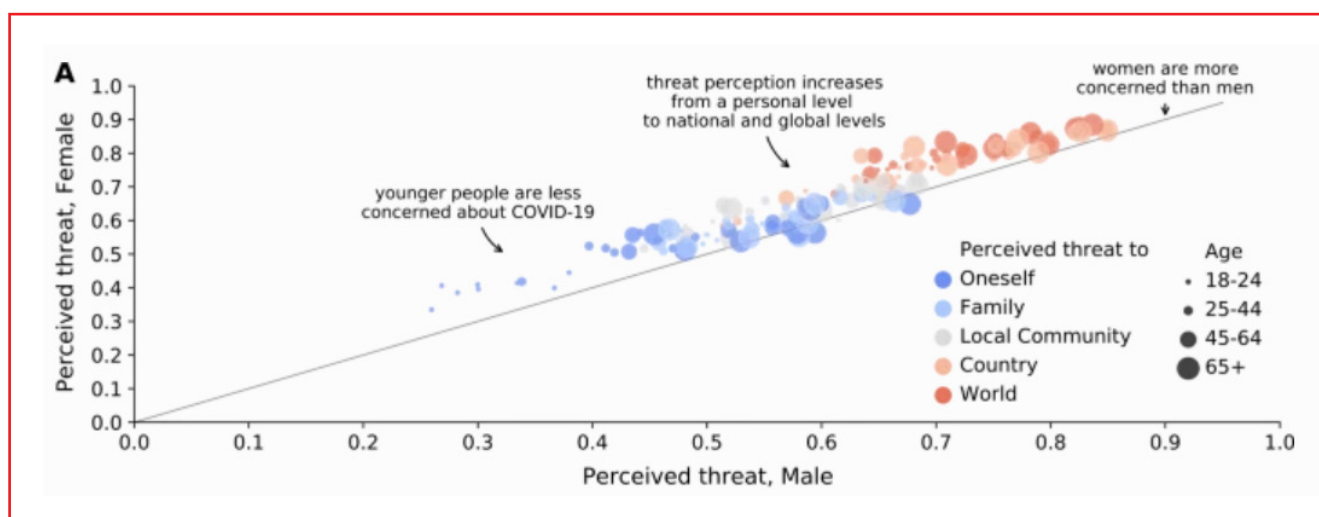
1. Différences entre les attitudes des femmes et des hommes face à la COVID-19 et aux mesures sanitaires : un résumé des preuves scientifiques

Respect des mesures sanitaires en 2020

Nous résumons ici les résultats de deux importantes études couvrant plusieurs pays, Perrotta et al. (2021) et Galasso et al. (2020). Perrotta et al. (2021) ont réalisé une enquête en ligne sur les différences entre divers groupes démographiques en ce qui concerne (i) leur perception de la menace représentée par la COVID-19, (ii) leur confiance envers l'état de préparation de diverses organisations pour faire face à la pandémie, et (iii) l'adoption de comportements de prévention et de distanciation sociale. Le recrutement des répondants s'est effectué entre le 13 mars et le 19 avril 2020 via des publicités ciblées sur Facebook en Belgique, en France, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Espagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Perception de la menace représentée par la COVID-19. Les auteurs ont demandé aux répondants d'évaluer la menace que représentait la COVID-19 pour eux-mêmes, leur famille, leur communauté locale, leur pays et le monde, de très faible à très élevée. Les cartes thermiques révèlent que la menace associée à la COVID-19 est nettement plus élevée que celle associée à la grippe. On constate notamment que la menace pour soi-même est en moyenne 49 % plus élevée, la menace pour la famille 46 % plus élevée, la menace pour

Figure 1: Perception de la menace de la COVID-19



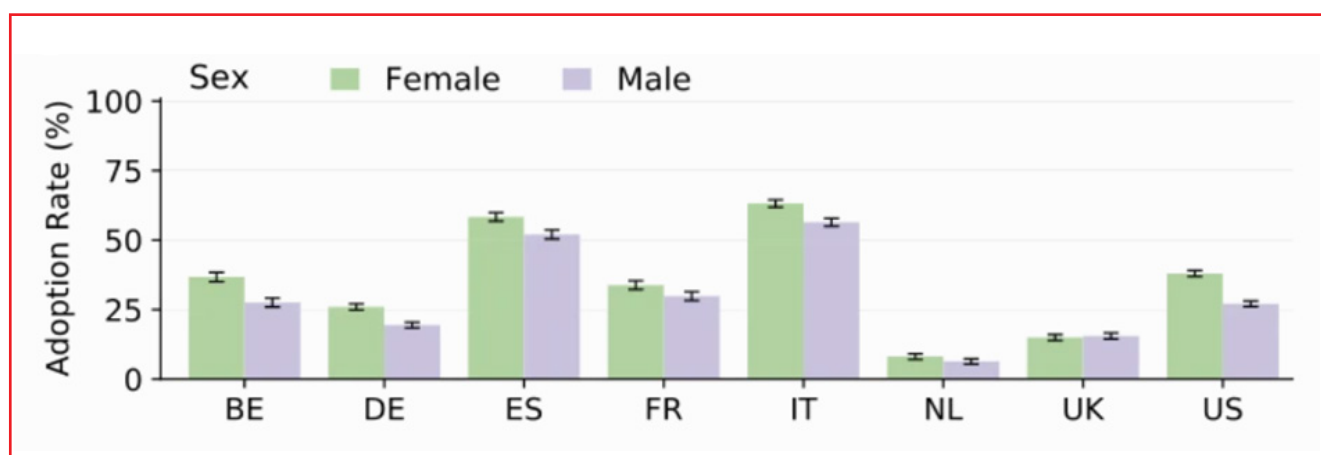
Note: La figure illustre la relation entre la menace perçue par les femmes et les hommes interrogés. Les couleurs indiquent les différentes échelles de la société et la taille indique l'âge des personnes interrogées. Sources: Perrotta et al. (2021)

la communauté locale 45 % plus élevée, la menace pour le pays 64 % plus élevée et la menace pour le monde 54 % plus élevée. La menace perçue est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, à l'exception de la menace pour soi-même et pour la famille chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Préparation de l'institution. Les auteurs ont également tenu à évaluer la confiance des répondants dans la capacité de diverses organisations à se préparer efficacement face à la pandémie de COVID-19, en la classant de « pas du tout » à « très confiante ». Cinq éléments ont été pris en compte : (i) la confiance dans les systèmes de santé locaux (médecins et professionnels de la santé ou encore hôpitaux locaux), (ii) le système de santé national, (iii) l'Organisation mondiale de la santé (OMS), (iv) le gouvernement local et (v) le gouvernement national. Il ressort que les hommes ont tendance à avoir plus confiance dans le système de santé local et national, alors que les femmes ont tendance à avoir plus confiance dans l'OMS et le gouvernement local. On n'observe pas de variation significative dans la confiance envers le gouvernement national, bien qu'il y ait une différence substantielle aux États-Unis, où les hommes font plus confiance au gouvernement national que les femmes.

Mesures de protections. Mesures de protection. Enfin, les auteurs ont cherché à savoir de quelle manière les répondants se sont protégés pendant la phase initiale de la pandémie. Les répondants pouvaient choisir parmi la liste des actions suivantes : (i) faire des réserves de nourriture et/ou de médicaments; (ii) porter un masque; (iii) utiliser du gel désinfectant pour les mains; (iv) se laver fréquemment les mains; (v) augmenter la distance sociale; (vi) limiter l'utilisation des transports en commun. La Figure 2 montre le taux d'adoption de ces comportements par pays pendant la période du 13 mars au 19 avril 2020. L'action la moins

Figure 2: Taux d'adoption du port du masque par genre



Note: La figure indique le taux d'adoption du port du masque par genre et par pays. Les diagrammes à barres présentent les valeurs moyennes sous forme de barres et les intervalles de confiance à 95% sous forme d'erreurs.
Sources: Perrotta et al. (2021)

fréquente est la constitution de réserves de nourriture et/ ou de médicaments, qui varie d'environ 18 % au Royaume-Uni à environ 31 % aux États-Unis. Le port d'un masque va d'environ 7 % aux Pays-Bas à environ 60 % en Italie. Quant à l'hygiène des mains, l'adoption d'une utilisation plus fréquente de désinfectant pour les mains se situe entre environ 50 % en Allemagne et environ 72 % aux États-Unis, tandis que l'adoption d'un lavage des mains plus fréquent se situe aux alentours de 87 % en Allemagne et environ 94 % en Espagne. Les comportements les plus fréquemment rapportés sont la distanciation sociale (de 93 % aux États-Unis à environ 98 % en Italie) et la réduction des déplacements (de 67 % aux Pays-Bas à 82 % en Espagne). En moyenne, les femmes ont tendance à adopter davantage de comportements de protection que les hommes.

Galasso et al. (2020) étudient les différences entre les genres à la fois dans le comportement (à savoir le respect des nouvelles règles de santé publique) et dans les attitudes à l'égard du virus (l'évaluation de sa dangerosité et le choix de l'adoption de politiques pour le combattre). Ils se servent de données originales provenant de deux vagues d'une enquête par panel représentatif au niveau national menée dans huit pays de l'OCDE (Australie, Autriche, France, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis).

Ils constatent des différences significatives entre les genres au niveau de la perception de la gravité de la COVID-19 pour la santé. D'après les données de la première vague dans les huit pays en mars 2020, 59 % des femmes interrogées

Figure 3: Indice de conformité



Note: La Figure présente l'indice de conformité pour les hommes et les femmes, dans l'échantillon commun et par pays, lors de la première vague de l'enquête (panel A) et lors de la deuxième vague (panel B). L'indice de conformité correspond à la moyenne d'un ensemble de variables fictives égales à un si la personne interrogée respecte une règle spécifique recommandée (comme se laver les mains plus souvent et éviter les lieux fréquentés) et à zéro sinon. Les auteurs indiquent également les intervalles de confiance à 95 % des régressions MCO de cet indice de conformité sur les femmes.

Sources: Galasso et al. (2020)

considéraient la COVID-19 comme un problème de santé très grave, contre 48,7 % des hommes. Les résultats obtenus lors de la deuxième vague, à la mi-avril, montrent que ces pourcentages ont diminué de plus de 15 points, tant chez les hommes que chez les femmes, bien qu'il subsiste une différence importante et significative entre les genres.

En plus de la perception du danger, les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord, sur une échelle de 1 à 5 (de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord), avec un grand nombre de mesures.¹ On retrouve également des différences considérables entre les genres dans les attitudes individuelles vis-à-vis de ces mesures de restriction. À la mi-avril, le degré de satisfaction générale à l'égard des mesures de restriction avait diminué tant chez les hommes que chez les femmes, mais la différence entre les genres restait considérable.

Attitudes à l'égard de la vaccination

La méfiance généralisée à l'égard des vaccins et les inquiétudes concernant les effets secondaires futurs portent atteinte à l'objectif d'immunité collective. Il convient d'adapter la communication de santé publique pour répondre à ces préoccupations. Nous avons constaté que les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'adopter des mesures de protection. Sont-elles également plus susceptibles de se faire vacciner ?

Paul et al. (2021) ont exploité les données d'une vaste étude par panel sur les expériences psychologiques et sociales de plus de 75 000 adultes (âgés de 18 ans et plus) au Royaume-Uni pendant la pandémie de COVID-19. L'étude a débuté le 21 mars 2020 et a nécessité la collecte hebdomadaire de données en ligne auprès des participants pendant toute la durée de la pandémie au Royaume-Uni. Les auteurs ont constaté que les répondants étaient préoccupés par les effets indésirables du vaccin, 16,3 % d'entre eux exprimant une forte inquiétude et 52,9 % une inquiétude modérée. Parmi les personnes interrogées, 8,5 % ont exprimé une forte préférence pour l'immunité naturelle, tandis que 44,7 % ont également déclaré estimer que l'immunité naturelle pourrait être meilleure que le vaccin. Les femmes étaient plus susceptibles d'exprimer des inquiétudes concernant les effets imprévus des vaccins et une préférence moindre pour l'immunité naturelle. Selon les résultats de cette étude, les principaux obstacles comportementaux à l'administration du vaccin COVID-19 sont une méfiance générale à l'égard de leurs bienfaits d'une part, et une inquiétude quant aux effets secondaires d'autre part.

Kreps et al. (2021) se sont basés sur une enquête menée auprès de 1096 adultes américains, pour mener une expérience visant à évaluer une série de sept vaccins hypothétiques. Pour chaque vaccin hypothétique, des valeurs

¹ These measures include closing schools, closing nonessential shops, postponing elections, prohibiting nonessential travels, stopping public transportation, using cellular phones to trace people's movements, imposing a curfew, imposing quarantine on people entering the country, closing borders, imposing self-quarantine at home, prohibiting meetings of two or more people, imposing quarantine away from home on people infected by COVID-19, and closing nonessential economic activities and institutions. In the second wave, individuals were also asked how much they agree with conducting systematic tests on the population and mandating the use of face masks in public places.

ont été affectées à cinq attributs différents du vaccin de manière aléatoire : efficacité, incidence des effets secondaires mineurs, processus d'approbation gouvernemental, fabricant et coût/incitation financière. Après avoir consulté le profil de chaque vaccin, il a été demandé aux répondants s'ils accepteraient de recevoir le vaccin décrit ou s'ils préféreraient ne pas se faire vacciner. Enfin, les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils seraient susceptibles de recevoir le vaccin sur une échelle de Likert en sept points. Parmi tous les ensembles de choix, 4419 répondants (58 %) ont déclaré qu'ils choisiraient le vaccin décrit dans le profil plutôt que de ne pas être vaccinés. Le facteur d'efficacité a eu l'effet le plus important sur les préférences individuelles en matière de vaccins. Un taux d'efficacité de 90 % a permis d'augmenter le taux d'adoption du vaccin d'environ 20 % par rapport au taux de référence de 50 %. Même un taux élevé d'effets secondaires mineurs n'a eu que peu d'effet négatif (environ 5 %) sur la volonté de se faire vacciner. Le fait que le vaccin ait été soumis à l'approbation complète de la Food and Drug Administration (FDA) ou qu'il ait reçu une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA), une autorisation qui permet à la FDA de mettre en place des mécanismes pour accélérer la disponibilité et l'utilisation de traitements ou de médicaments en cas d'urgence médicale, a eu une influence significative sur la volonté de vaccination. Une EUA a diminué la probabilité de vaccination de 7 % par rapport à une autorisation complète de la FDA; cette diminution correspondrait à environ 23 millions d'Américains. Si un ticket modérateur de 20 dollars a réduit la probabilité de vaccination par rapport à une base de référence sans frais, les incitations financières n'ont pas augmenté la volonté de se faire vacciner. Enfin, le fabricant n'a eu aucun impact sur les attitudes à l'égard de la vaccination. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes et les sujets plus âgés se montraient plus réticents à se faire vacciner que les hommes et les sujets plus jeunes.

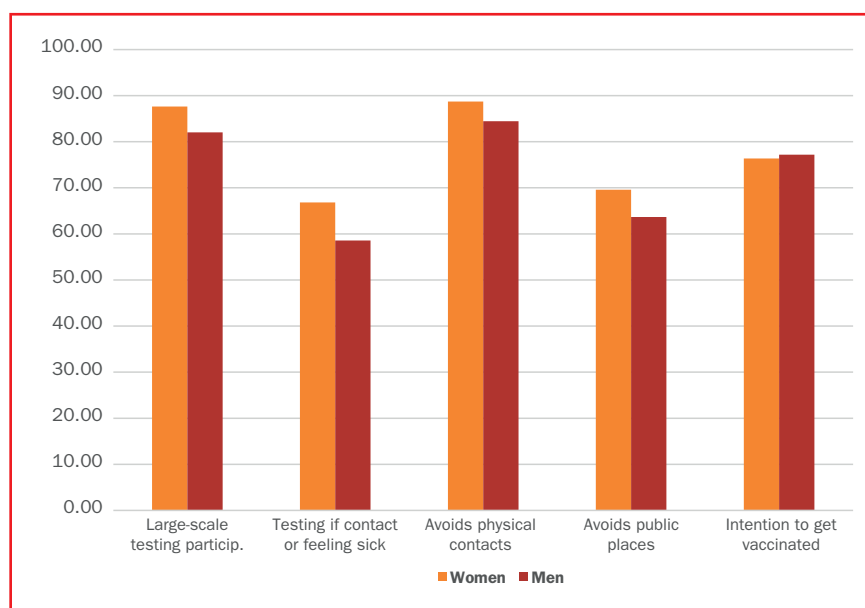
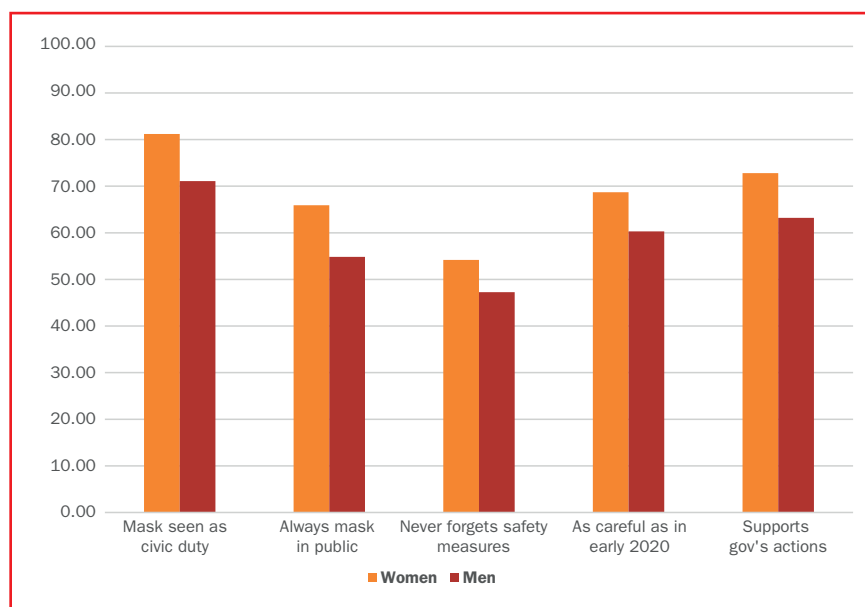
2. Le cas du Luxembourg

Dans le but d'étudier l'impact de la crise de COVID-19, des chercheurs du Luxembourg Institute of Socio-Economic Research (LISER) et de l'Université du Luxembourg ont mené une enquête en ligne auprès des citoyens du Luxembourg et des régions frontalières entre début mars et mi-avril 2021. L'enquête disposait d'un module spécifique dédié aux attitudes envers les mesures contre la COVID-19 (port du masque, distanciation sociale, dépistage et vaccination) ainsi qu'aux caractéristiques individuelles pertinentes telles que les traits comportementaux et les croyances. Près de 700 personnes ont répondu à ce module.

Les Figures 4a et 4b présentent des statistiques descriptives illustrant les différences entre les femmes et les hommes en termes d'attitudes vis-à-vis des mesures sanitaires. Ces comparaisons indiquent que la proportion de femmes qui

respectent les mesures sanitaires est plus élevée que celle des hommes sur presque tous les aspects. La Figure 4 révèle que les femmes sont plus favorables au port du masque, 81 % d'entre elles le considérant comme un devoir civique, contre 71 % pour les hommes. Deux tiers des femmes affirment toujours porter un masque dans les lieux publics, contre seulement 55 % des hommes. Par ailleurs, 54 % des femmes (47 % des hommes) affirment ne jamais oublier les mesures de sécurité au cours de la journée, et 69 % des femmes (60 % des hommes) se considèrent aussi attentives à appliquer les mesures de sécurité en mars 2021 qu'au début de la pandémie. Par ailleurs, 73 % des femmes (63 % des hommes) soutiennent les actions du gouvernement contre la pandémie en général.

Figure 4a & 4b: Niveaux moyens de comportement vis-à-vis des mesures COVID-19 par genre



Sources: Peluso, E., Amétépé, F. S., Andreoli, F., Genevois, A-S., Menta, G., Salagean, I., Van Kerm, P., & Verheyden, B. (2022). COVID-19 and Gender Equality in Luxembourg. Ministère de l'égalité entre les femmes et les hommes (MEGA).

La Figure 4b porte sur le dépistage, la prévention proactive des risques et les résultats de la vaccination. La proportion de femmes participant au dépistage semble également plus élevée que celle des hommes. En effet, 88 % des femmes de notre échantillon ont participé à la campagne de dépistage à grande échelle du Luxembourg, contre 82 % des hommes. De même, le dépistage spontané (en cas de contact avec une personne contaminée ou lorsque l'on se sent malade) est plus répandu chez les femmes (67 %) que chez les hommes (59 %). Par ailleurs, les comportements proactifs de prévention des risques semblent légèrement plus marqués chez les femmes : 89 % des femmes (84 % des hommes) évitent les contacts physiques (serrer la main, embrasser, enlacer, etc.) et 70 % des femmes (64 % des hommes) essaient d'éviter les lieux publics depuis le début de la pandémie. Finalement, la seule exception au plus grand respect des règles par les femmes concerne la vaccination, avec une proportion similaire (75 %) de femmes et d'hommes ayant l'intention de se faire vacciner.

Ces chiffres constituent cependant de simples comparaisons de proportions entre les femmes et les hommes. L'étude développe donc une méthodologie destinée à identifier les principaux mécanismes à l'origine de ces différences. Il apparaît notamment que les femmes ont une plus grande aversion au risque et perçoivent la COVID-19 comme plus dangereuse pour leur santé que les hommes. En prenant en compte ces facteurs, l'étude montre que la différence d'attitudes entre les femmes et les hommes est plus faible que ce que suggèrent les comparaisons de moyennes. Néanmoins, les femmes demeurent plus coopératives que les hommes pour un certain nombre de politiques, notamment en ce qui concerne l'adoption consciencieuse du masque et la distanciation sociale, ainsi que leur soutien aux actions du gouvernement.

À caractéristiques similaires (à la fois sociodémographiques et en termes d'aversion aux risques), les femmes ne sont que légèrement plus disposées à se faire dépister que les hommes, et elles ne réduisent pas leur exposition au virus (via les contacts physiques et les lieux publics) davantage que les hommes. Enfin, l'étude montre que les femmes sont légèrement plus réticentes à se faire vacciner que les hommes, toutes autres choses égales par ailleurs. Cette différence de 5 points de pourcentage peut s'expliquer par le fait que, comparées aux hommes, les femmes sont plus sujettes aux risques d'effets secondaires du vaccin. De très rares cas de caillots sanguins graves ont en effet été exclusivement observés auprès de femmes au cours de la période à laquelle les données ont été collectées. L'étude conclut donc que les différences d'attitudes entre les sexes dépendent des mesures de santé considérées, et que les stratégies de communication publique devraient tenir compte du genre. Par exemple, il conviendrait d'envisager des communications de femme à femme, ce qui permettrait de mieux transmettre le message que les bienfaits apportés par la vaccination en terme de protection l'emportent sans équivoque sur les risques d'effets secondaires.

3. L'analyse des experts

En octobre 2020, les chercheurs Vincenzo Galasso, Vincent Pons, Paola Profeta, Michael Becher, Sylvain Brouard et Martial Foucault ont publié une étude des différences entre les genres quant aux attitudes et comportements liés à la COVID-19. Dans leur article intitulé « Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries », ils ont constaté que les femmes étaient plus susceptibles de considérer la COVID-19 comme une maladie très dangereuse pour la santé, d'approuver les mesures de restriction des politiques publiques et de suivre les recommandations. Deux des auteurs de l'étude, le Dr Vincenzo Galasso (Université Bocconi) et la Dr Paola Profeta (Université Bocconi), ont répondu à nos questions et partagé avec nous les principaux enseignements de leurs recherches.

1. Pourrions-nous commencer par examiner la littérature antérieure à la COVID-19 et déterminer si des différences entre les genres en matière de respect des règles de politique publique ont été documentées ?

Dr. Paola Profeta : Déjà avant la pandémie, la littérature avait établi que les hommes et les femmes ne respectent pas les règles et les politiques publiques de la même façon. Nous disposons notamment d'éléments relatifs au paiement des impôts qui montrent que les femmes en paient davantage que les hommes et qu'elles sont moins susceptibles de commettre de l'évasion fiscale. Il est également prouvé qu'en général, les femmes suivent davantage les règles et la loi ; elles commettent moins de crimes, respectent davantage la loi et sont moins sujettes à la corruption. Ce constat est vrai aussi bien pour les femmes en tant qu'individus qu'en tant que responsables politiques.

2. Intéressons-nous à vos recherches. Tout d'abord, existe-t-il des différences entre les genres dans la perception de la gravité de la COVID-19 en tant que problème de santé ?

Dr. Vincenzo Galasso : Il existe des différences persistantes entre les hommes et les femmes et ces différences se retrouvent dans l'ensemble des pays concernés par notre étude. Nous avons mené une enquête en mars, avril, juin et décembre 2020 dans huit pays de l'OCDE : Australie, Autriche, Allemagne, France, Italie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis. Nous avons demandé aux répondants d'exprimer leur perception quant à la gravité pour la santé d'une infection à la COVID-19. Nous avons pu constater qu'il existe des différences dans les réponses en fonction du genre, et ces différences apparaissent dans tous les pays, tant en mars qu'en avril 2020. Les femmes sont plus préoccupées par les conséquences sanitaires de la COVID-19. Bien que nous observons différents niveaux d'inquiétude dans les différents pays (les inquiétudes en avril étaient beaucoup plus faibles

en Autriche qu'en Italie ou au Royaume-Uni), les différences entre les genres persistent dans tous les pays.

3. La pandémie a conduit à l'imposition de mesures restrictives que la grande majorité d'entre nous n'avait jamais connues auparavant — fermeture des écoles, interdiction de quitter la maison, quarantaine, report des élections, etc. Comment peut-on documenter les attitudes envers ces mesures et, encore une fois, avez-vous observé des différences entre les hommes et les femmes ?

Dr. Vincenzo Galasso : Notre enquête comprenait une série de questions à ce sujet. Par exemple, nous avons montré aux personnes interrogées une liste de mesures prises dans certains pays pour lutter contre la propagation du coronavirus, et nous leur avons demandé d'évaluer dans quelle mesure elles étaient d'accord avec ces mesures sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifiait «je ne suis absolument pas d'accord» et 10 «je suis tout à fait d'accord». La liste des mesures était longue et mentionnait, par exemple, la fermeture des crèches, des écoles et des universités, la fermeture des commerces non essentiels, le report des élections, l'interdiction des voyages non essentiels, la fermeture des transports publics, l'instauration d'un couvre-feu, voire des mesures extrêmes telles que l'utilisation des données des téléphones portables pour contrôler les mouvements des personnes, la fermeture des frontières et le confinement général qui interdisait aux personnes de quitter leur domicile. Nous avons posé ces questions en mars, puis en avril nous avons ajouté une série de questions sur le port obligatoire du masque à l'extérieur de la maison, et là encore nous avons constaté des différences frappantes entre les hommes et les femmes quant à leur degré d'approbation de ces mesures. Nous avons élaboré un indice qui tient compte des réponses à toutes ces questions, et nous avons constaté une grande disparité entre les pays en ce qui concerne le degré d'approbation de ces mesures. Par exemple, l'Italie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni sont les pays où les gens sont le plus d'accord avec les mesures, contrairement aux États-Unis, où le degré d'approbation est plus faible. Cependant, quel que soit le pays, la différence entre les genres existe, les femmes étant davantage en accord avec toutes ces mesures. Ce constat rejoint ce qui a été évoqué précédemment, à savoir que les femmes étaient plus concernées par les risques pour la santé liés à la COVID-19, et qu'elles ont donc davantage accepté et approuvé ces mesures restrictives.

4. Votre recherche porte sur le respect strict des règles par les individus, comme se laver les mains plus souvent, ne plus saluer les gens en leur serrant la main ou en les embrassant, maintenir une distance physique, etc. Constatez-vous des différences entre les sexes dans le respect de ces règles ? Pouvez-vous expliquer les forces motrices de ce résultat ?

Dr. Paola Profeta : Oui, nous observons une différence entre les genres dans le respect des règles. Nous avons conçu un indice de conformité en calculant la moyenne d'une série de variables binaires représentant le respect des différentes politiques (chaque variable se rapporte à une règle spécifique et vaut 1 si le répondant l'a respectée, et zéro sinon). À partir des données réunies des huit pays, pour un échantillon total de plus de 10 000 individus, nous constatons que les femmes respectent davantage les règles que les hommes et que cette différence est importante. Il existe une légère évolution de cette différence dans le temps, avec une diminution de l'écart entre femmes et hommes lors de la deuxième vague. Les différences de conformité entre les pays sont relativement faibles. Il est intéressant de noter que la plus grande différence entre les hommes et les femmes s'est manifestée lorsque nous avons examiné la mesure spécifique qui consiste à tousser dans son coude, une mesure destinée à protéger les autres. Cela semble correspondre à l'idée générale selon laquelle les femmes se soucient davantage du bien-être des autres.

Notre article a également étudié quels facteurs sous-jacents sont susceptibles d'expliquer ces résultats. Parmi ces facteurs, nous avons par exemple tenu compte de l'âge, des conditions économiques, des conditions de santé ou encore de l'activité économique. Même après avoir tenu compte du rôle de ces facteurs, nous constatons que la différence entre les femmes et les hommes est toujours présente. D'autres facteurs importants peuvent être liés à des différences psychologiques et comportementales entre les hommes et les femmes. Par exemple, nous savons que les hommes et les femmes se distinguent par leur aversion au risque et de nombreux ouvrages révèlent que les femmes manifestent une plus grande aversion au risque que les hommes. Ces traits psychologiques pourraient donc être importants au moment de suivre les règles. Un autre facteur possible pourrait être la confiance en la science, car les hommes et les femmes peuvent également se distinguer à ce sujet. Les règles introduites par les gouvernements reposent sur des preuves scientifiques, donc la confiance dans les scientifiques peut être un autre déterminant important du respect des règles. Enfin, nous tenons compte de l'idéologie politique qui détermine dans quelle mesure les individus soutiennent l'intervention du gouvernement ou sont alignés sur un gouvernement particulier. Tous ces facteurs pris en compte, nous constatons toujours une différence entre les femmes et les hommes dans le respect des règles.

5. Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés sur le genre. Avez-vous observé des différences importantes en fonction de l'âge, des revenus, de l'éducation ou de la composition de la famille ?

Dr. Vincenzo Galasso : En ce qui concerne le comportement individuel, le facteur le plus marquant est certainement le genre. L'âge contribue également à expliquer des différences en termes de perceptions et d'attitudes. Si l'on examine les conséquences psychologiques de la pandémie, on constate qu'elles sont beaucoup plus importantes chez les jeunes que chez les plus âgés. En revanche, en ce qui concerne le respect des règles, il n'y a pas de grande différence. Nous pouvons dire que cela dépend du pays. Dans certains pays, on constate une différence non négligeable liée à l'éducation, les personnes instruites respectant davantage les règles, mais ce constat n'est pas valable partout et l'effet n'est pas non plus très marqué. Davantage que l'éducation et le revenu, c'est le statut professionnel de l'individu pendant la pandémie qui contribue le mieux à expliquer ces différences. Dans une autre étude, nous étudions les répercussions de la pandémie sur la participation des personnes au marché du travail. Dans ce contexte par contre, l'éducation joue un rôle prépondérant. Il apparaît notamment que les personnes instruites étaient moins susceptibles de perdre leur emploi et plus susceptibles de pratiquer le télétravail. La possibilité offerte par le télétravail permettait donc aux travailleurs plus éduqués de préserver à la fois leur emploi et leur santé en réduisant le risque de contamination. D'autre part, les personnes peu instruites ont soit perdu leur emploi, soit continué à travailler sur leur lieu de travail, les exposant ainsi à la pandémie. Il existe donc des différences, mais pas tant en termes de comportement individuel qu'en termes de manière dont le risque de pandémie a touché différentes personnes.

6. Les pays concernés par votre recherche sont huit pays de l'OCDE : Australie, Autriche, France, Allemagne, Italie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis. Existe-t-il des différences marquées entre les pays que vous couvrez ?

Dr. Vincenzo Galasso : Il existe des différences en termes de niveaux. Si l'on considère le degré de préoccupation des gens quant à la gravité de la COVID-19, leur degré de conformité aux mesures et leur degré de satisfaction à l'égard de ces mesures, on constate de très grandes différences entre les pays. Si l'on revient plutôt à la différence entre les genres, elle est à peu près stable dans tous les pays. Ces différences peuvent être dues à plusieurs facteurs. Tout d'abord, le calendrier de la pandémie n'était pas le même dans chaque pays. La première enquête a été réalisée à la fin du mois de mars 2020, et l'on voit clairement que certains pays étaient déjà en situation de confinement (comme l'Italie, par exemple, qui l'était depuis deux semaines déjà), alors que d'autres pays

venaient juste d'y entrer. La gravité de la pandémie se trouvait à des stades différents selon les pays, ce qui peut expliquer les différences de niveau d'inquiétude et de conformité. Les différences entre pays subsistent dans l'enquête que nous menons en juin 2020 et en décembre 2020, mais là encore, de nombreux éléments sont propres à chaque pays, comme la situation du pays, qui dépend de l'histoire de la pandémie, et les mesures qui ont été mises en œuvre.

7. Envisagez-vous des conséquences possibles de vos recherches pour la santé publique post-pandémique et en particulier pour la campagne de vaccination ?

Dr. Vincenzo Galasso : En décembre 2020, nous avons inclus dans notre enquête des questions sur les intentions de vaccination. Nous avons demandé aux personnes dans quelle mesure elles étaient susceptibles de se faire vacciner si le vaccin était disponible et elles devaient choisir sur une échelle de 0 (qui signifie « pas du tout ») à 10 (qui signifie « absolument oui »). Pour ces deux questions également, nous constatons une forte différence entre les genres. Cependant, dans ce cas, nous constatons que les femmes sont moins susceptibles de se faire vacciner. Il s'agit d'un résultat frappant si l'on pense à ce qui vient d'être dit précédemment. D'une part, les femmes sont davantage préoccupées par le risque pour la santé induit par la COVID-19 et sont plus enclines à suivre les mesures et à s'y conformer. Cependant, elles sont moins enclines à se faire vacciner. Ce résultat peut donc sembler un peu contre-intuitif.

8. Faut-il poursuivre les recherches dans ce domaine ? Où ?

Dr. Paola Profeta : Bien sûr, d'autres recherches sont nécessaires, tant en général qu'en ce qui concerne les différences entre les genres pendant la pandémie. Nous savons que les hommes et les femmes ont été touchés différemment par la pandémie et qu'en termes de conséquences économiques, les femmes ont été plus durement affectées. Nous savons que les différences préexistantes entre les genres en ce qui concerne les conditions économiques, les rôles sociaux, etc. qui, nous le savons, sont importantes, peuvent jouer un rôle important parce que la pandémie exacerbe les écarts existants entre les genres. De manière générale, il faut étudier la manière dont les hommes et les femmes vont réagir à la pandémie. Nous passons d'une vague à l'autre, et chaque fois nous en apprenons un peu plus, mais en même temps les conséquences économiques, en plus des conséquences sanitaires et sociales, s'accroissent. La COVID-19 n'est pas seulement une crise sanitaire, il s'agit aussi d'une crise économique et sociale, et il convient de mieux étudier tous ces aspects, afin de comprendre ce qui se passera à long terme. Il est également intéressant d'étudier la manière dont les femmes, en tant que responsables politiques, réagissent

à la crise de la COVID-19. Les premières preuves préliminaires semblent suggérer qu'il y a une différence dans le style de leadership, le type de prise de décision et l'approche en termes de règles et de propositions politiques. Nous avons besoin de plus de temps et de données pour étudier cela en détail et arriver à des conclusions.

Références

Galasso, V., V. Pons, P. Profeta, M. Becher, S. Brouard, and M. Foucault (2020). *Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 117 (44), 27285 – 27291.

Kreps, S., N. Dasgupta, J. Brownstein, Y. Hsuen, and D. L. Kriner (2021). *Public attitudes toward COVID-19 vaccination: role of vaccine attributes, incentives, and misinformation*. Npj Vaccines 6 (73).

Paul, E., A. Steptoe, and D. Fancourt (2021). *Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications*. The Lancet Regional Health Europe 1, 100012.

Perrotta, D., A. Grow, F. Rampazzo, J. Cimentada, E. Del Fava, S. Gil-Clavel, and E. Zaghenni (2021). *Behaviours and attitudes in response to the COVID-19 pandemic: insights from a cross-national Facebook survey*. EPJ Data Science, 10 (17).

Ritchie, H., E. Mathieu, L. Rodes-Guirao, C. Appel, C. Giattino, E. Ortiz-Ospina, J. Hassel, B. Macdonald, D. Beltekian, and M. Roser (2021). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Our World in Data.