

HUITIÈME ENQUÊTE DE SANTÉ COVID-19

Résultats préliminaires

QUI NOUS SOMMES

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept "One health" ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Epidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques

Novembre 2021 • Bruxelles • Belgique

Personne de contact :

Rana Charafeddine (Editor) • T+32 2 642 57 39 • rana.charafeddine@sciensano.be

Auteurs (par ordre alphabétique) :

Rana Charafeddine

Finaba Berete

Elise Braekman

Helena Bruggeman

Stefaan Demarest

Sabine Drieskens

Lydia Gisle

Gwendoline Nélis

Support administratif et informatique :

Sabine Drieskens

Ledia Jani

Tadek Krzywania

Kim Vyncke

Nous souhaitons adresser nos vifs remerciements aux personnes qui ont donné de leur temps pour participer à l'enquête de santé COVID-19.

Cette publication doit être référencée comme suit :

Sciensano. Huitième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/82 Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/hqy9-m065>

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
2. Les infections à la COVID-19	6
2.1. Principaux résultats	6
2.2. Dernier test positif à la covid-19 chez les personnes qui présentent actuellement des symptômes	6
2.3. Symptômes après une infection covid-19	6
3. Vaccination	8
3.1. Principaux résultats	8
3.2. Statut vaccinal de la populationN belge (18+)	8
3.3. Attitudes envers la vaccination COVID-19 chez les personnes non vaccinées	9
3.4. Raisons des répondants pour ne pas se faire vacciner contre le COVID-19	10
3.5. Efficacité perçue des vaccins COVID-19	10
3.6. Utilisation des masques buccaux	11
3.7. Don de vaccins COVID-19 pour les pays pauvres	12
3.8. Perception de la lutte contre l'épidémie DE COVID-19	13
4. Impact de la crise sur différents domaines de la vie	15
4.1. Principaux résultats	15
4.2. Introduction	15
4.3. Résultats par domaine de vie	16
5. Santé sociale	20
5.1. Principaux résultats	20
5.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux	20
5.3. qualité du soutien social	21
6. Santé mentale	23
6.1. Principaux résultats	23
6.2. Introduction	23
6.3. Satisfaction de vie	24
6.4. Anxiété et dépression	25
6.5. Troubles du sommeil et énergie vitale	27
7. Méthodologie	31

1. Introduction

Depuis le 13 mars 2020, des mesures plus ou moins strictes ont été mises en place en Belgique par le Conseil national de sécurité en vue d'endiguer la propagation du coronavirus, et ce, selon les indices d'évolution des contaminations et des hospitalisations. L'épidémie de COVID-19 a bien sûr un impact direct sur la santé de la population. Mais l'épidémie et les mesures de restriction subséquentes ont aussi des conséquences indirectes sur les modes de vie et la santé des citoyens. Afin d'estimer les conséquences de cette crise et le respect des mesures imposées, Sciensano organise une série d'enquêtes de santé en ligne, à intervalles réguliers.

1. La première enquête de santé COVID-19 a été initiée le **2 avril 2020**, trois semaines après l'introduction des mesures de restriction. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, la suspicion d'une infection au coronavirus chez le répondant ou parmi ses proches, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale.
2. La deuxième enquête de santé COVID-19 a été lancée deux semaines plus tard, soit le **16 avril 2020**. En plus de certaines thématiques récurrentes (comme le bien-être mental et social), cette deuxième enquête a mis l'accent sur les modes de vie de la population lors de la période de restrictions liées au coronavirus.
3. La troisième enquête de santé COVID-19 mise en ligne le **28 mai 2020** s'intéressait plus spécifiquement à l'impact de la crise sur la situation financière, la sécurité alimentaire, et la perception de l'avenir.
4. La quatrième enquête de santé COVID-19 du **24 septembre 2020** a notamment examiné l'attitude de la population face au suivi/tracing des contacts lors d'une infection, à l'application pour les contacts à risque (Coronalert) et à la vaccination lorsqu'un vaccin aura été développé.
5. La cinquième enquête de santé COVID-19 était accessible le **3 décembre 2020**. Elle a abordé la santé mentale et sociale alors que les mesures de confinement étaient prolongées, l'accès aux soins de santé, la sécurité alimentaire et les comportements en lien avec santé et l'attitude face au vaccin anti-COVID,
6. La sixième enquête de santé COVID-19 a démarré le **18 mars 2021**, soit une année après les premières mesures sécuritaires. Elle a sondé l'expérience de la population alors que des mesures strictes étaient toujours de rigueur. La santé mentale et sociale faisait à nouveau partie des thématiques, à côté de la vaccination, la présence de maladies aggravant le COVID-19, la fragilité chez les personnes âgées, la qualité de vie et les déterminants comportementaux liés à la santé.
7. La septième enquête COVID-19 sur la santé, lancée le **10 juin 2021**, a été conçue principalement pour surveiller certaines dimensions clés alors que les restrictions commençaient à s'assouplir. Ce rapport présente les résultats dans les domaines suivants : vaccination, qualité de vie liée à la santé, impact de la crise du coronavirus sur divers domaines de la vie, santé sociale et santé mentale.
8. La huitième enquête COVID-19 a été organisée du **5 au 18 octobre 2021** et a porté sur des sujets tels que l'infection au coronavirus, la vaccination, l'impact de la crise du coronavirus sur les différents domaines de la vie, la santé sociale et la santé mentale.

Afin d'estimer les conséquences de la crise que nous connaissons actuellement, certains résultats de l'enquête de santé COVID-19 sont comparés aux données de population avant l'épidémie. La source d'information pour ces données de comparaison est l'enquête nationale de santé qui a eu lieu en 2018¹. Cette enquête donne une image représentative de l'état de santé de la population en 2018 et constitue un point de référence fiable. En outre, certains thèmes de cette 8^e enquête seront mis en parallèle avec ceux obtenus lors des enquêtes COVID-19 précédentes afin d'évaluer les tendances.

¹ <https://his.wiv-isp.be/fr/sitepages/accueil.aspx>

2. Les infections à la COVID-19

2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Au total, 36% des individus qui ont été testés positifs à la COVID-19 depuis le début de la pandémie présentent actuellement des symptômes liés à leur infection.
- Les femmes et les personnes avec un niveau d'éducation plus faible sont plus susceptibles de déclarer des symptômes suite à une infection COVID-19.
- Près de la moitié des personnes présentant des symptômes déclarent être intensément fatiguées. Une personne sur trois rapporte des maux de tête, des troubles de la mémoire / concentration, des douleurs / faiblesses musculaires.

2.2. DERNIER TEST POSITIF À LA COVID-19 CHEZ LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT ACTUELLEMENT DES SYMPTÔMES

Parmi les personnes âgées de 18 ans et plus, 12% ont été testées positives à la COVID-19 depuis le début de la pandémie. Parmi les personnes qui ont été testées positives, 36 % présentent actuellement des symptômes liés à leur infection COVID-19 (cas aigus et persistants).

La proportion d'individus qui présentent actuellement des symptômes liés à leur infection COVID-19 diffère selon les caractéristiques sociodémographiques suivantes :

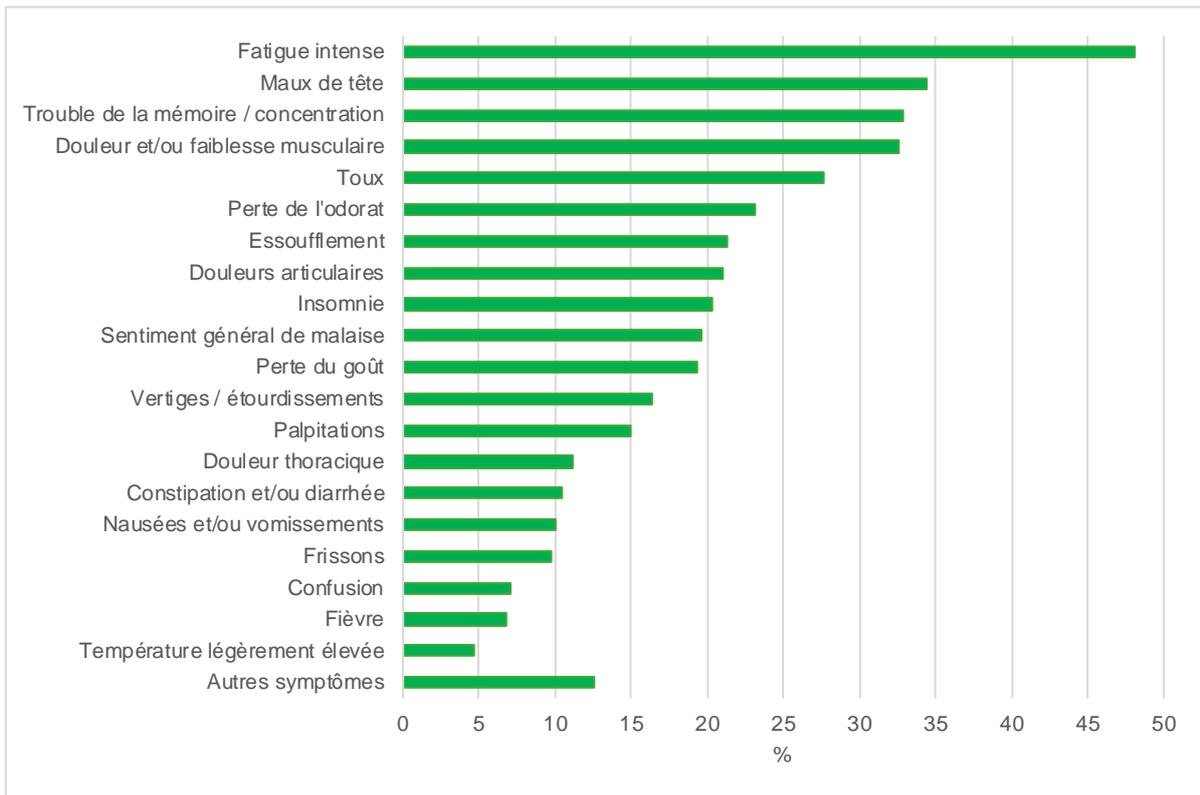
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer souffrir actuellement de symptômes (respectivement 41% et 30%).
- Les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus susceptibles de déclarer des symptômes que celles ayant un niveau d'éducation élevé (respectivement 38% et 32%).

Il n'y a pas de différences significatives selon l'âge, la région ou le type de ménage.

2.3. SYMPTÔMES APRÈS UNE INFECTION COVID-19

La Figure 1 présente les symptômes perçus par les personnes testées positives au COVID-19 depuis le début de la pandémie, dans l'ordre du plus fréquent au moins fréquent. Les symptômes les plus fréquemment rapportés sont la fatigue intense (48 %), les maux de tête (34 %), des troubles de la mémoire ou de la concentration (33 %) et des douleurs et/ou faiblesses musculaires (33 %). La confusion (7 %), la fièvre (7 %) et une température légèrement élevée (5 %) sont les symptômes les moins fréquemment rapportés.

Figure 1 | Symptômes (aigus et persistants) rapportés par les personnes âgées de 18 ans et plus après une infection COVID-19, 8ème enquête de santé COVID-19, Belgique 2021.



3. Vaccination

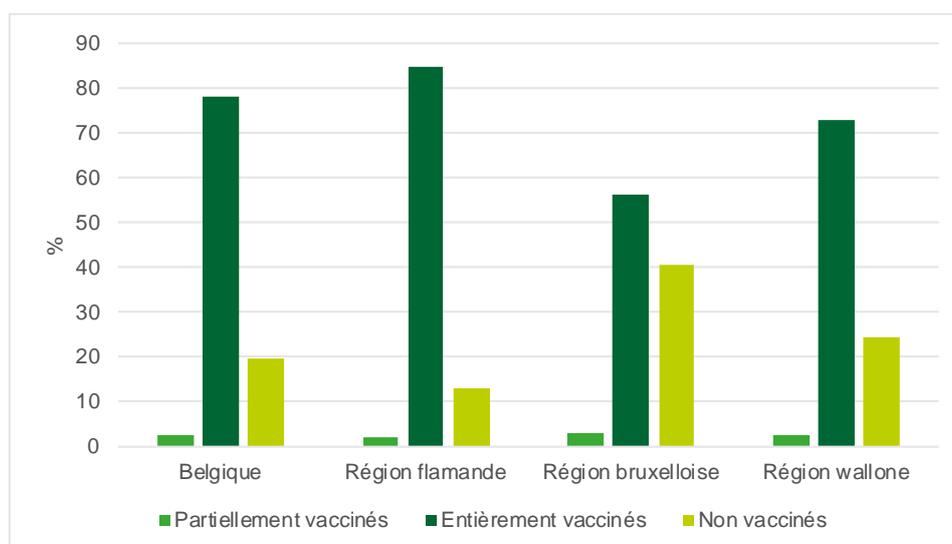
3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Au moment de l'enquête, 19,5% de la population n'était pas encore vaccinée contre le COVID-19, alors que la majorité a été invitée à le faire.
- Les personnes non vaccinées se trouvent principalement (mais pas exclusivement) dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans.
- Plus de 60% des non-vaccinés indiquent qu'ils ne souhaitent pas être vaccinés.
- Les principales raisons de ne pas se faire vacciner contre le COVID-19 sont les effets secondaires possibles du vaccin, la crainte que les vaccins aient été produits trop rapidement et les doutes sur l'efficacité des vaccins. Un non-vacciné sur dix déclare être contre les vaccins en général.
- La vaccination contre le COVID-19 est principalement considérée par les personnes vaccinées comme un moyen de protection contre les éventuelles conséquences graves de l'infection, et moins comme un moyen de se protéger contre l'infection ou d'empêcher les autres d'être infectés.
- Six personnes sur 10 déclarent que la Belgique devrait immédiatement commencer à donner des vaccins aux pays pauvres, d'autant plus qu'une immunité collective est considérée comme nécessaire pour faire face à la pandémie de COVID-19.

3.2. STATUT VACCINAL DE LA POPULATION BELGE (18+)

En octobre 2021, 78 % de la population était entièrement vaccinée contre le COVID-19, 2 % était partiellement vaccinée et 19,5 % n'était pas vaccinée². Le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir été vaccinées varie selon les régions. En Région flamande, 85 % étaient entièrement vaccinés, en Région bruxelloise, cette proportion était de 56,5 % et en Région wallonne, de 73 % (Figure 2).

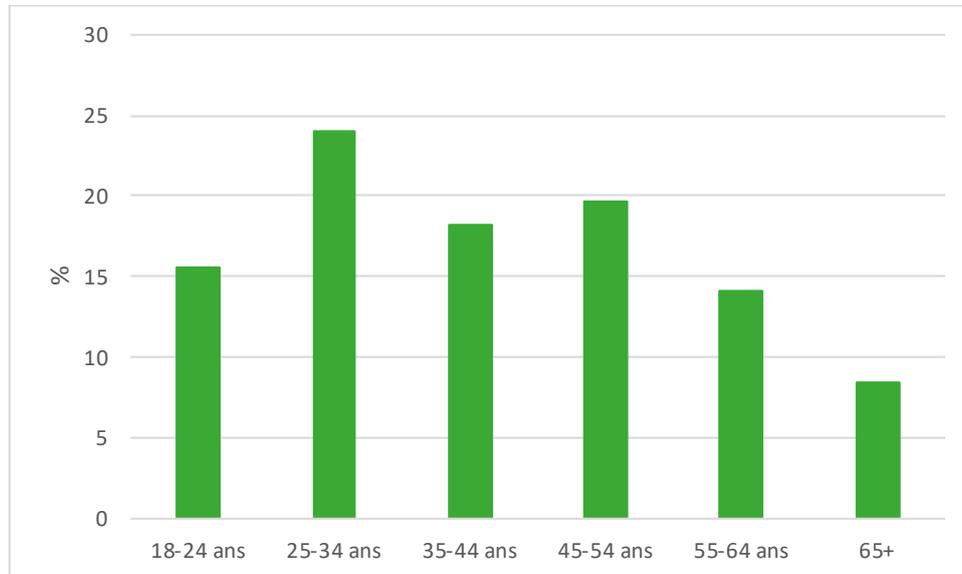
Figure 2 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) selon le statut vaccinal au moment de l'enquête pour la Belgique et par région, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



² Le pourcentage de personnes ayant indiqué avoir été vaccinées contre le COVID-19 était nettement plus élevé parmi les participants à l'enquête sanitaire du 8^e COVID que le nombre effectif de personnes vaccinées. Pour compenser cela, un facteur de correction a été ajouté au facteur de pondération des indicateurs du module "vaccination", basé sur le nombre effectif de personnes vaccinées (par sexe, groupe d'âge et région) le 18 octobre 2021 (source : <https://datastudio.google.com/embed/u/0/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/hOMwB>).

La répartition par âge des personnes qui déclarent ne pas être vaccinées (au moment de l'enquête) présente une distribution en cloche (Figure 3) : le pourcentage de personnes non vaccinées est plus faible parmi les plus jeunes et les plus âgés et plus élevé parmi les personnes de 25 à 45 ans.

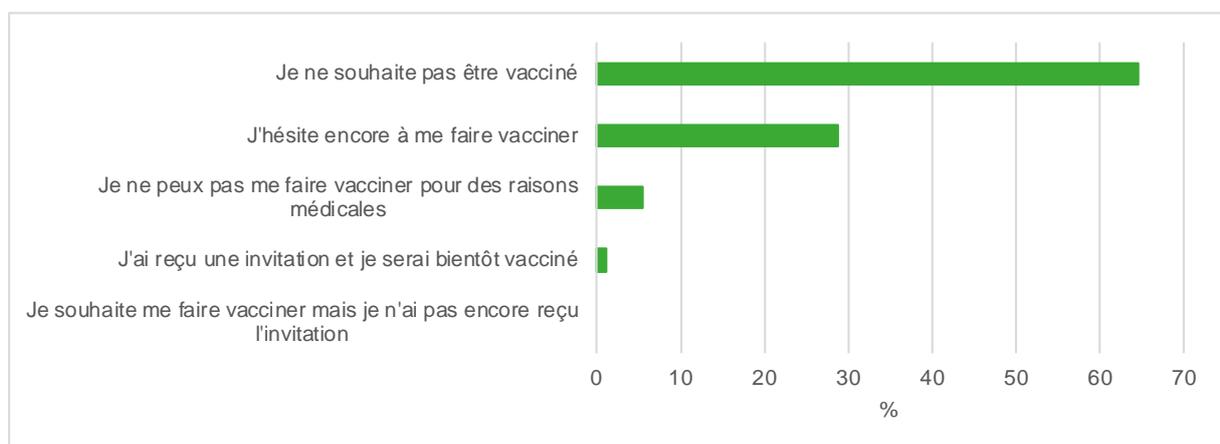
Figure 3 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) non vaccinées au moment de l'enquête, par âge, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



3.3. ATTITUDES ENVERS LA VACCINATION COVID-19 CHEZ LES PERSONNES NON VACCINÉES

Parmi les personnes non vaccinées au moment de l'enquête, 65% ont déclaré qu'elles ne souhaitent pas être vaccinées, tandis que 29 % hésitent encore à le faire (Figure 4). De plus, 5% des non-vaccinés indiquent qu'ils ne sont pas vaccinés pour des raisons médicales, tandis que 1% ont déclaré qu'ils se feraient bientôt vacciner car ils ont reçu une lettre d'invitation. Personne n'a dit souhaiter se faire vacciner mais n'avoir pas encore reçu d'invitation.

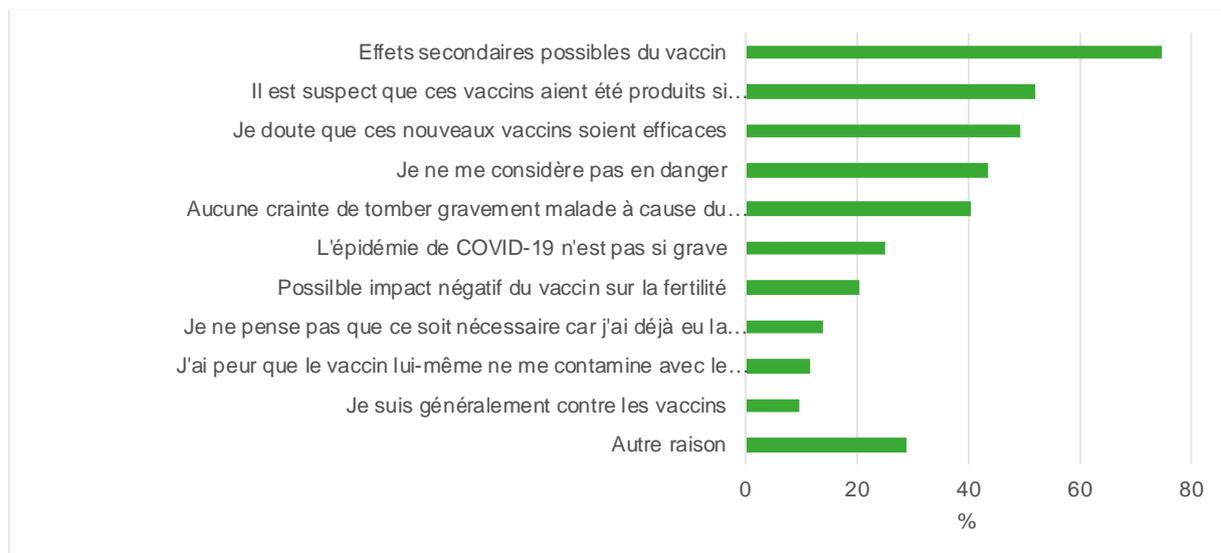
Figure 4 | Attitudes envers la vaccination COVID-19 chez les personnes (18 ans et plus) non vaccinées contre le COVID-19 au moment de l'enquête, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



3.4. RAISONS DES RÉPONDANTS POUR NE PAS SE FAIRE VACCINER CONTRE LE COVID-19

Parmi ceux qui ne souhaitent pas se faire vacciner ou qui hésitent encore à le faire, la ou les raisons ont été rapportées (question à choix multiple). Les trois quarts d'entre eux ont déclaré se méfier des effets secondaires possibles du vaccin (75%), tandis qu'un peu plus de la moitié ont trouvé suspect que ces vaccins soient produits si rapidement (52%), 49,5% ont eu des doutes sur l'efficacité de ces vaccins et 43% ont affirmé ne pas se considérer comme à risque. Il est intéressant de noter que "seulement" 10% des personnes qui ne souhaitent pas être vaccinées ou qui ne sont pas sûres de le vouloir sont généralement contre les vaccins (Figure 5).

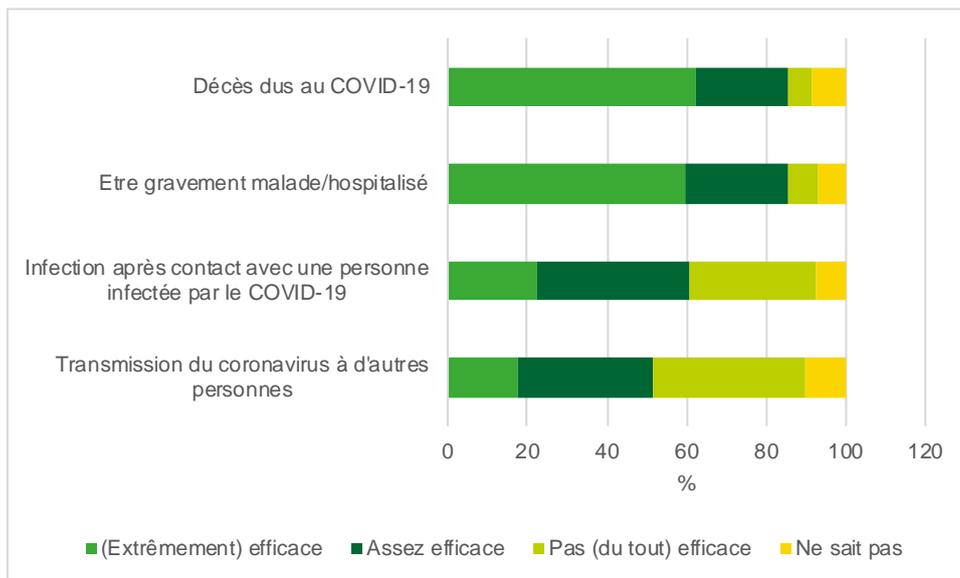
Figure 5 | Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner contre le COVID-19 parmi les personnes (18 ans et plus) qui ne souhaitent pas se faire vacciner ou qui hésitent encore à le faire, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



3.5. EFFICACITÉ PERÇUE DES VACCINS COVID-19

Les participants ont été interrogés sur leur perception quant à l'efficacité des vaccins COVID-19 disponibles en Belgique à protéger les personnes vaccinées contre les conséquences possibles d'une infection par le COVID-19. Pour 6 personnes sur 10, les vaccins sont (extrêmement) efficaces en ce qui concerne les conséquences graves possibles d'une infection (décès ou maladie grave) (Figure 6). Par contre, les vaccins étaient perçus comme modérément efficaces ou pas du tout efficaces pour protéger contre l'infection ou la transmission du COVID-19 à d'autres personnes.

Figure 6 | Perception de personnes (18 ans et plus) quant à l'efficacité des vaccins COVID-19 disponibles en Belgique, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021

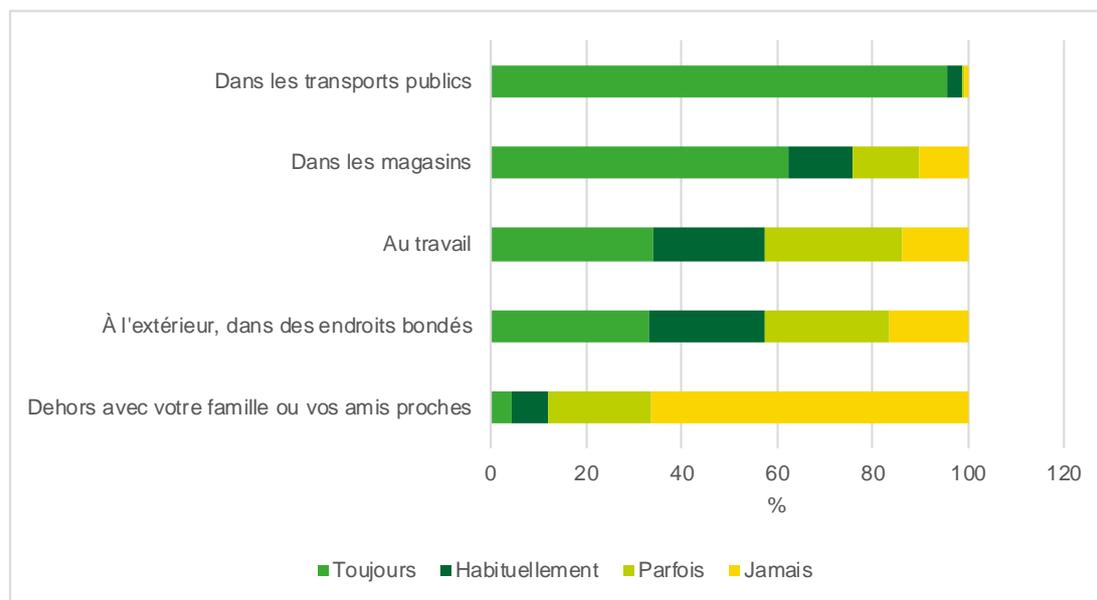


3.6. UTILISATION DES MASQUES BUCCAUX

Au moment de l'enquête, le port du masque buccal était encore obligatoire dans les transports publics, lors des courses en magasins, etc. Les participants ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils portent un masque dans un certain nombre d'endroits.

Plus de 95% des répondants ont déclaré qu'ils utilisent toujours un masque dans les transports publics, tandis que 62% ont déclaré qu'ils utilisent toujours un masque dans les magasins (10% rapportent ne jamais en utiliser) (Figure 7). Plus d'une personne sur trois rapporte utiliser un masque au travail (14% disent ne jamais en utiliser). Une personne sur trois dit utiliser un masque dans les lieux bondés (17% disent ne jamais le faire). Enfin, 66% des personnes déclarent ne plus porter de masque lors de visites à la famille ou à des amis proches.

Figure 7 | Utilisation de masques buccaux dans un certain nombre de lieux chez les personnes âgées de 18 ans et plus, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



3.7. DON DE VACCINS COVID-19 POUR LES PAYS PAUVRES

En tant que pays occidental, la Belgique a moins de difficultés que les pays pauvres à se procurer et à distribuer les vaccins COVID-19 à grande échelle. Dans le cadre de l'initiative COVAX, la Belgique a, parmi de nombreux autres pays, fait don de vaccins COVID-19 aux pays pauvres. Il a été demandé aux participants de l'enquête quelle stratégie le gouvernement belge devrait suivre en termes de don de vaccins COVID-19 à ces pays.

Trois scénarios ont été proposés aux répondants :

- La Belgique devrait donner des vaccins aux pays pauvres dès maintenant
- La Belgique ne devrait donner des vaccins aux pays pauvres que lorsque tous les Belges qui souhaitent être vaccinés le sont
- La Belgique ne devrait pas donner de vaccins aux pays pauvres ; la Belgique devrait conserver un stock de vaccins au cas où nous en aurions besoin

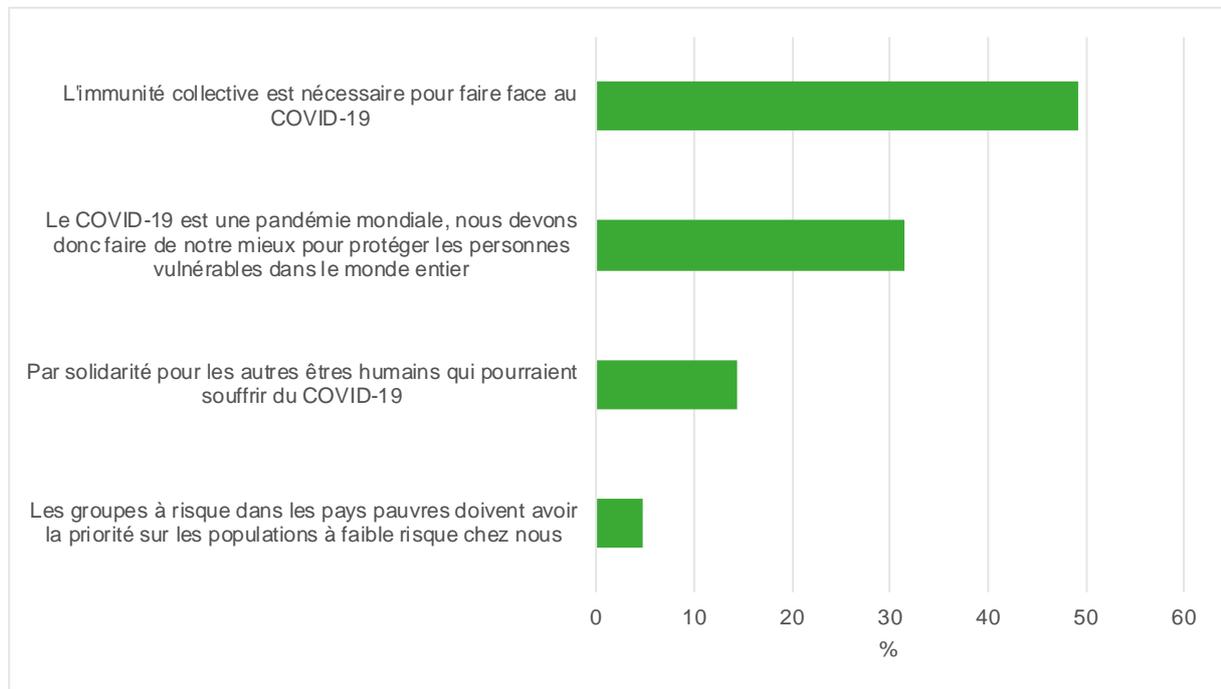
Au total, 62% des répondants indiquent que la Belgique devrait immédiatement commencer à donner des vaccins, tandis que 33% sont d'avis que tous ceux qui veulent se faire vacciner en Belgique devraient d'abord être vaccinés avant. Enfin, 5 % affirment que la Belgique ne devrait pas faire don de vaccins aux pays pauvres, mais devrait les stocker.

Les personnes qui ont indiqué que la Belgique devrait immédiatement commencer à donner des vaccins aux pays pauvres ont été interrogées sur les principales raisons de cette décision. Les raisons suivantes étaient proposées :

- L'immunité collective est nécessaire pour faire face au COVID-19
- Par solidarité pour les autres êtres humains qui pourraient souffrir du COVID-19
- Les groupes à risque dans les pays pauvres doivent avoir la priorité sur les populations à faible risque chez nous
- Le COVID-19 est une pandémie mondiale, nous devons donc faire de notre mieux pour protéger les personnes vulnérables dans le monde entier.

Un peu moins de la moitié (49%) de ceux qui pensent que la Belgique devrait commencer à donner des vaccins immédiatement aux pays pauvres citent comme raison qu'une immunité collective est nécessaire pour faire face au COVID-19 et 32% pensent que puisque le COVID-19 est une pandémie mondiale, nous devrions faire de notre mieux pour protéger les plus vulnérables dans le monde (Figure 8). Les deux autres raisons possibles ne sont mentionnées que par une minorité des répondants.

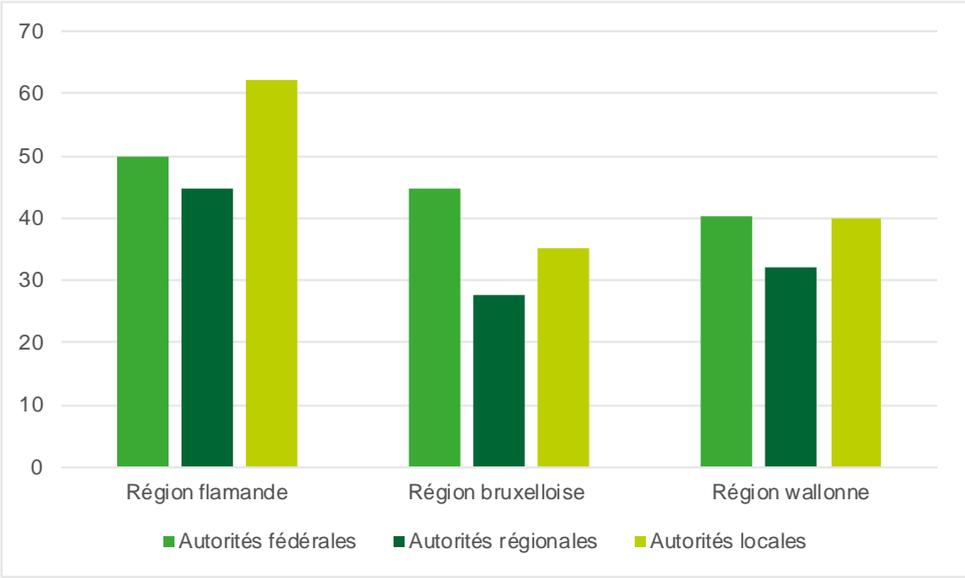
Figure 8 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui pensent que la Belgique devrait immédiatement commencer à faire don des vaccins COVID-19 aux pays pauvres, en fonction de la raison principale de ce don, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



3.8. PERCEPTION DE LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Les participants à l'enquête ont été invités à évaluer la manière dont un certain nombre d'institutions ont géré l'épidémie de COVID-19 en Belgique jusqu'à présent. Un peu plus de 46% des participants pensent que le gouvernement national a bien géré l'épidémie de COVID-19, pour les autorités régionales ce chiffre est de 39%, et pour les autorités locales de 52%. Par contre, plus d'un quart à un tiers de la population n'a pas d'opinion claire sur la manière dont les gouvernements ont géré l'épidémie de COVID-19 jusqu'à présent. C'est en région flamande que l'on retrouve le taux le plus élevé de personnes qui pensent que les différents gouvernements ont bien géré la crise (Figure 9). Plus de 88% des répondants sont d'avis que les services de santé ont bien géré l'épidémie, 77% sont d'avis que les institutions scientifiques l'ont bien géré et 65% que l'industrie pharmaceutique l'a bien géré.

Figure 9 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui pensent que les différentes institutions ont (très bien) géré l'épidémie de COVID-19 en Belgique, 8^{ème} enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



4. Impact de la crise sur différents domaines de la vie

4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui rapportent un impact négatif de la crise a diminué de manière significative en octobre 2021 par rapport à mars 2020, et ce, dans tous les domaines considérés, à l'exception des revenus.
- Quant à l'impact négatif de la crise du coronavirus sur les revenus, ce pourcentage a significativement augmenté en octobre par rapport à juin 2021, revenant au niveau de mars 2021; cependant, il reste significativement inférieur à celui de septembre 2020 (taux le plus élevé).
- Les trois principaux domaines de la vie où la crise du coronavirus a eu un impact négatif en octobre sont les voyages/vacances (62%), la vie sociale (59%) et les perspectives d'avenir (45%).
- Dans tous les domaines considérés, aucune différence en fonction du sexe n'est constatée en ce qui concerne l'impact négatif de la crise.
- Deux groupes d'âge semblent davantage être impactés par la crise du coronavirus dans les domaines de la vie :
 - Tout d'abord les jeunes adultes de 18-29 ans. Ils sont plus nombreux à percevoir les effets négatifs de la crise dans les domaines suivants : le travail ou l'éducation, l'activité physique et l'alimentation.
 - Les personnes âgées de 30 à 49 ans sont, quant à elles, plus susceptibles de percevoir un impact négatif dans les domaines suivants : vie familiale, vie sociale, santé et soins, poids corporel, activités de loisirs, voyages/vacances et perspectives d'avenir.
- En ce qui concerne la composition du ménage, deux groupes ont plus souvent subi un impact négatif sur certains domaines de leur vie :
 - Pour les personnes vivant seules avec un ou des enfants, les domaines de la vie impactés sont le revenu, la santé et les soins.
 - Pour les personnes vivant en couple avec un ou des enfants, les domaines de la vie impactés sont les voyages ou les vacances.
- Les différences en fonction du niveau d'éducation sont les suivantes :
 - Les personnes ayant fait des études supérieures rapportent davantage un impact négatif sur leur travail ou l'éducation, leur vie sociale, leurs loisirs et leurs voyages ou vacances.
 - Les personnes les moins éduquées rapportent plus souvent un impact négatif de la crise au niveau de leurs revenus, leur santé et leurs soins, ainsi que sur leur poids.

4.2. INTRODUCTION

La crise du coronavirus et les mesures prises pour contenir sa propagation ont des implications importantes pour notre vie quotidienne. En septembre 2020, soit 6 mois après le début de la crise, nous avons examiné l'impact (négatif, nul ou positif) que la crise pouvait avoir sur différents domaines de la vie des répondants. Nous avons réitéré cette question dans les enquêtes de mars, juin et octobre 2021.

Il est important d'indiquer que l'enquête d'octobre a été réalisée dans la première moitié du mois, donc avant la (ré)introduction du masque et des 'coronapass' dans l'Horeca et les centres sportifs. Les participants étaient invités à indiquer sur une échelle allant de -5 (= impact le plus négatif) en passant par 0 (= pas d'impact) à +5 (= impact le plus positif) dans quelle mesure la crise du coronavirus affecte différents domaines de leur vie, à savoir : le travail ou les études, les revenus, la vie de famille ou domestique, la vie sociale, la santé ou les soins, les activités physiques, les habitudes alimentaires, le

poids corporel, les loisirs, les voyages ou vacances et les perspectives d'avenir. Pour les analyses ci-dessous, l'échelle a été ramenée à 3 classes : impact négatif (de -5 à -1), aucun impact (0), et impact positif (de +1 à +5). Les résultats sont présentés ci-dessous.

4.3. RÉSULTATS PAR DOMAINE DE VIE

Figure 10 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent un impact négatif de la crise, par domaine de vie (1') et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020 - 2021

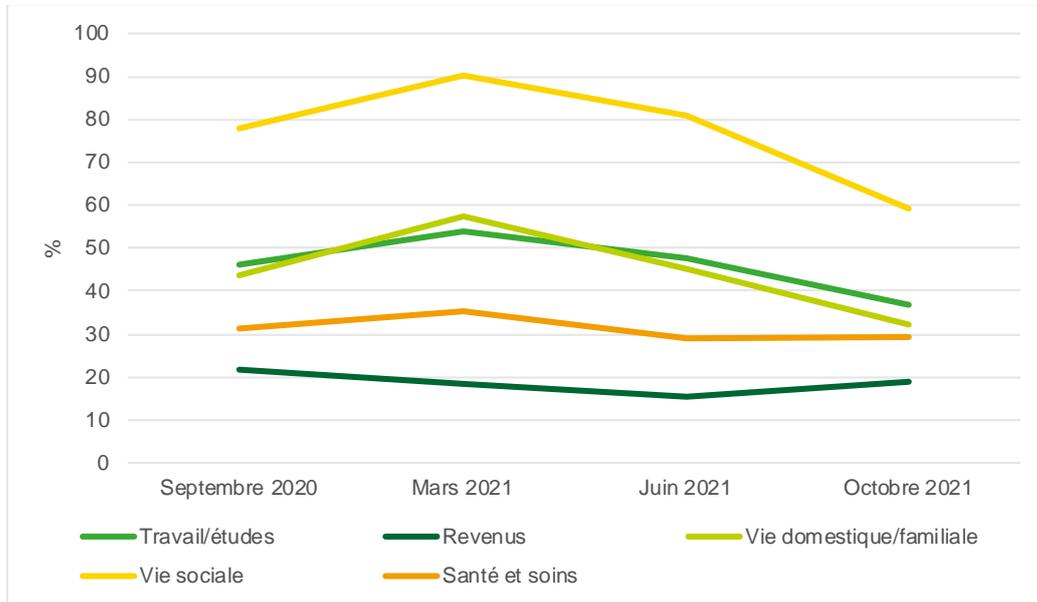
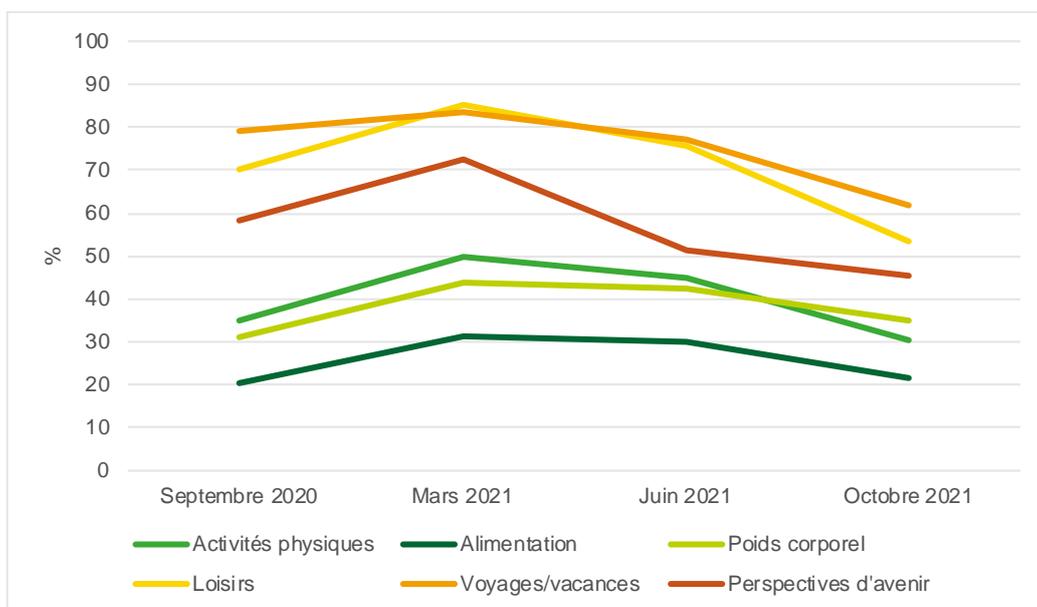


Figure 11 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent un impact négatif de la crise, par domaine de vie (2') et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020 et 2021.



4.3.1. Travail ou études

En octobre 2021, 37% des personnes de 18 ans et plus ont déclaré que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur leur travail ou leurs études, pour 48% elle n'a eu aucun impact sur ce domaine et pour 15% elle a eu un impact positif. La proportion de personnes de 18 ans et plus qui rapportent un impact négatif de la crise sur leur travail ou leur éducation a diminué de manière significative en octobre (37%) par rapport aux enquêtes précédentes (46 % en septembre 2020, 54 % en mars et 48 % en juin 2021), et ceci après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 10). Les jeunes adultes sont les plus affectés dans ce domaine : 56% des 18-29 ans, une différence significative après standardisation pour le sexe par rapport aux 30-49 ans (45%) et aux 65 ans et plus (13%). En outre, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur sont plus nombreuses à ressentir l'impact négatif de la crise dans le domaine du travail ou des études (41%) que les personnes ayant un faible niveau d'éducation (34%), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

4.3.2. Revenus

En octobre 2021, 19 % des personnes de 18 ans et plus attestent d'un effet négatif de la crise sur leurs revenus, alors que 73 % ne rapportent aucun impact et 9 % indiquent un impact positif. Le pourcentage de personnes qui ont subi un impact négatif de la crise sur leur revenu a significativement augmenté en octobre (19%), après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, par rapport à juin 2021 (15%), revenant au niveau de mars 2021 (19%) ; cependant, ce pourcentage reste significativement inférieur à celui de septembre 2020 (22%) (Figure 10). Aucune différence selon l'âge n'est détectée en octobre en ce qui concerne l'impact de la crise sur les revenus. Par contre, les personnes vivant seules avec enfant(s) sont significativement plus susceptibles de subir un impact négatif sur leur revenu (26%) que les personnes vivant en couple sans enfant (16%) et les personnes vivant avec parent(s), famille, amis ou connaissances (20%). En outre, les personnes les moins scolarisées (21%) témoignent davantage d'un impact négatif de la crise sur leur revenu que les personnes plus scolarisées (14%), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

4.3.3. Vie domestique ou familiale

En octobre 2021, 32 % des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a un impact négatif sur leur vie domestique ou familiale, 52 % rapportent qu'elle n'a pas eu d'impact sur leur vie domestique ou familiale et 16% indiquent un impact positif. La proportion de personnes pour qui la crise a eu des effets négatifs sur la vie de famille (32%) a diminué par rapport aux autres enquêtes (44% en septembre 2020, 57% en mars et 45% en juin 2021), une différence significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 10). Les personnes âgées de 30 à 49 ans sont significativement plus susceptibles d'indiquer que la crise du coronavirus avait eu un impact négatif sur la vie domestique et familiale (36%) par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (33%), tandis que les personnes de 65 ans et plus (28%) étaient, quant à elles, les moins susceptibles d'indiquer un impact négatif, des différences significatives après ajustement pour le sexe.

4.3.4. Vie sociale

La crise sanitaire présente toujours un impact négatif sur la vie sociale de nombreuses personnes (59%) en octobre 2021, alors que 29 % estiment que la crise n'a eu aucun impact sur leur vie sociale et 11 % y voient un impact positif. Le pourcentage de personnes qui perçoivent un impact négatif de la crise sur leur vie sociale est, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, significativement moins élevé en octobre 2021 (59%) par rapport aux enquêtes précédentes (78% en septembre 2020, 90% en mars et 81% en juin 2021) (Figure 10). Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (61%), ceux âgés de 30 à 49 ans (63%) sont plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leur vie sociale, et ceux âgés de 65 ans et plus (54%) sont moins susceptibles de le faire, des différences significatives après ajustement pour le sexe. En outre, il existe également une différence significative en fonction du niveau d'éducation. Les personnes ayant accédé à l'enseignement supérieur dénoncent plus souvent l'impact négatif de la crise sur leur vie sociale (65%) que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (56%).

4.3.5. Santé ou soins de santé

En octobre 2021, 29% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur santé ou les soins, 60% ne perçoivent aucun impact, et 11 % rapportent un impact positif de la crise sur la santé ou les soins. La proportion de personnes qui perçoivent un impact négatif dans le domaine de la santé en octobre (29%) est resté inchangé après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, par rapport à juin 2021 (29%), mais a diminué de manière significative par rapport à mars 2021 (35%) (Figure 10). Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (30%), ceux âgés de 30 à 49 ans (32%) sont plus susceptibles d'indiquer que la crise avait eu un impact négatif sur leur santé et leurs soins, et ceux âgés de 65 ans et plus (23%) sont moins susceptibles de le faire, des différences significatives après ajustement pour le sexe. En outre, les personnes vivant seules avec enfant(s) sont plus susceptibles de signaler l'impact négatif de la crise sur leur santé et leurs soins (40%) que les personnes vivant en couple sans enfant (26 %), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe. C'était également le cas pour les personnes ayant un faible niveau d'éducation, mais la différence avec les personnes ayant un niveau d'éducation élevé n'est claire qu'après ajustement pour l'âge et le sexe.

4.3.6. Activité physique

En octobre 2021, 30 % des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur activité physique, 53 % déclarent qu'elle n'a eu aucun impact à ce niveau, et 17 % indiquent un impact positif sur leur activité physique. La proportion de personnes ayant ressenti un impact négatif de la crise sur leur activité physique (30%) est, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, significativement plus faible en octobre par rapport aux enquêtes précédentes (35% en septembre 2020, 50% en mars et 45% en juin 2021) (Figure 11). L'enquête d'octobre 2021 montre que les jeunes adultes de 18 à 29 ans (39%) sont plus susceptibles de ressentir un impact négatif de la crise du coronavirus sur leur activité physique que les personnes de 50 ans et plus (28% des 50-64 ans et 24% des 65 ans et plus), des différences significatives après ajustement pour le sexe.

4.3.7. Habitudes alimentaires

En octobre 2021, 22% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires, 65% ne perçoivent aucun impact, et 13 % rapportent un impact positif de la crise sur leurs habitudes alimentaires. Le pourcentage de personnes ayant ressenti un impact négatif de la crise sur leur alimentation est significativement plus faible en octobre (22%), après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, qu'en mars (31%) et juin (30%) 2021 et retrouve le même niveau qu'en septembre 2020 (20%) (Figure 11). Les personnes de 50 ans et plus (21% des 50-64 ans et 12% des 65 ans) sont moins susceptibles de déclarer que la crise a eu un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires que les personnes de moins de 50 ans (27% à 28%).

4.3.8. Poids corporel

En octobre 2021, 35% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur poids corporel, 54% ne perçoivent aucun impact, et 11 % rapportent un impact positif de la crise sur leur poids corporel. La proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont ressenti un impact négatif de la crise du coronavirus sur leur poids corporel est, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, significativement plus faible en octobre (35%) qu'en mars (44%) et juin (42%) 2021, mais toujours significativement plus élevé qu'en septembre 2020 (31%) (Figure 11). En octobre, il n'y avait pas de différences significatives selon le sexe, mais bien d selon l'âge. Par rapport aux jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans (37%), ceux âgés de 30 à 49 ans (41 %) sont plus susceptibles de déclarer que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur leur poids corporel, et ceux âgés de 65 ans et plus (26%) sont moins susceptibles de le faire, des différences significatives après ajustement pour le sexe. En outre, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus susceptibles de déclarer que la crise a eu un impact négatif sur leur poids corporel (35%) que celles ayant un niveau d'éducation élevé (34%), une différence qui devient particulièrement évidente après ajustement pour l'âge et le sexe.

4.3.9. Activités de loisir

En octobre 2021, 53 % des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs activités de loisir, 34 % ne perçoivent aucun impact, et 12 % rapportent un impact positif de la crise sur leurs activités de loisir. La proportion de personnes ayant ressenti un impact négatif de la crise sur leurs activités de loisir est, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, significativement plus faible en octobre (53%) que lors des enquêtes précédentes (70% en septembre 2020, 85% en mars et 76% en juin 2021) (Figure 11). Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (53%), les personnes âgées de 30 à 49 ans (58%) sont plus susceptibles d'indiquer que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur leurs activités de loisirs et celles âgées de 65 ans et plus (50%) sont moins susceptibles de l'indiquer, des différences significatives après ajustement pour le sexe. En outre, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé ressentent davantage un effet négatif de la crise sur les loisirs que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (58% contre 51%), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

4.3.10. Voyages ou vacances

En octobre 2021, 62% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs voyages ou vacances, 32% ne perçoivent aucun impact, et 6% rapportent un impact positif de la crise sur leurs voyages ou vacances. Le pourcentage de personnes pour qui l'impact est négatif pour les voyages ou vacances a significativement diminué en octobre (62%) par rapport aux enquêtes précédentes (79% en septembre 2020, 84% en mars et 77% en juin 2021), et ceci après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 11). Aucune différence n'a été détectée selon le sexe, mais bien selon l'âge. Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (63%), les personnes âgées de 30 à 49 ans (66%) sont plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leurs voyages ou leurs vacances, et les personnes de 65 ans et plus (58%) sont moins susceptibles de le faire, des différences significatives après ajustement pour le sexe. En outre, après ajustement pour l'âge et le sexe, les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont significativement plus nombreuses à indiquer que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur leurs voyages et leurs vacances (65%) que les personnes vivant en couple sans enfant(s) (62%). De même, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé ressentent davantage un effet négatif de la crise sur les voyages ou vacances (69 %) que celles ayant un niveau d'éducation plus faible (58 %).

4.3.11. Perspectives d'avenir

En octobre 2021, 45% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir, 44 % ne perçoivent aucun impact, et 11 % rapportent un impact positif de la crise sur leurs perspectives d'avenir. La proportion de personnes ayant ressenti un impact négatif de la crise du coronavirus sur leurs perspectives d'avenir est, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, significativement plus faible en octobre (45%) que lors des enquêtes précédentes (58% en septembre 2020, 72% en mars et 51% en juin 2021) (Figure 11). Aucune différence significative n'a été observée selon le sexe et le niveau d'éducation, mais bien selon l'âge. Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (48%), les personnes de 30 à 49 ans (50%) sont plus susceptibles d'indiquer que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir et les personnes âgées de 65 ans et plus (39%) sont moins susceptibles de l'indiquer, des différences significatives après ajustement pour le sexe.

5. Santé sociale

5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 19% de la population âgée de 18 ans et plus est insatisfaite de ses contacts sociaux.
- 27% de la population âgée de 18 ans et plus se sent faiblement soutenue socialement.

Des questions relatives à la santé sociale ont été abordées dans toutes les enquêtes de santé COVID-19. Ceci nous permet d'étudier l'évolution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux et la qualité du soutien social, tout au long de la crise du coronavirus.

5.2. INSATISFACTION À L'ÉGARD DES CONTACTS SOCIAUX

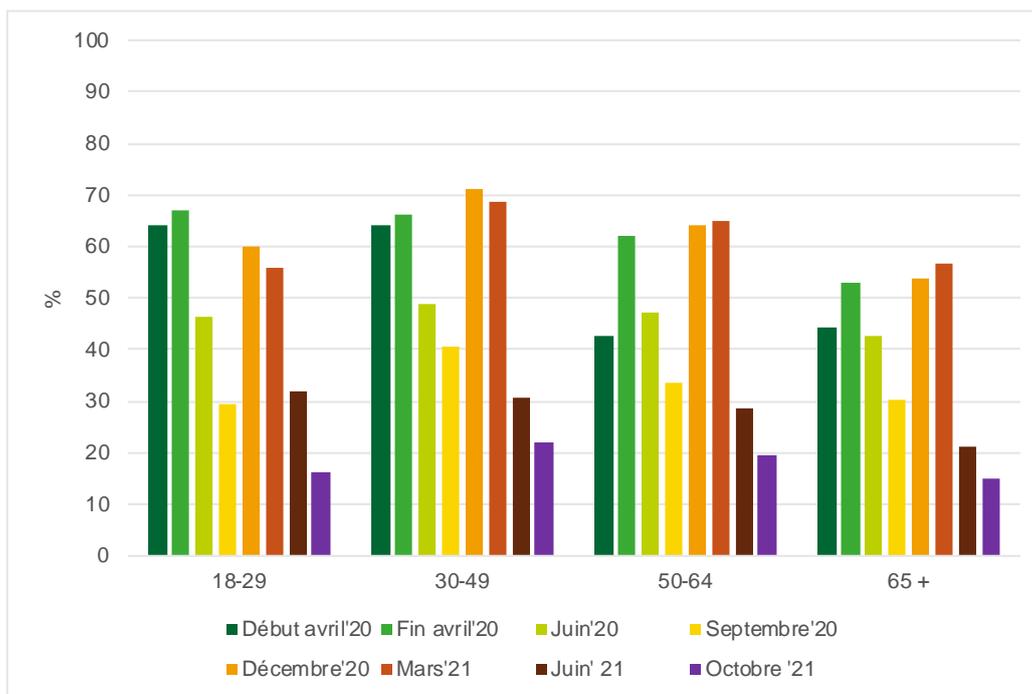
La 8^e enquête de santé COVID-19 montre que 19 % de la population (18 ans ou plus) est insatisfaite de ses contacts sociaux³. Il s'agit d'une baisse par rapport à la 7^e enquête de santé COVID-19 réalisée en juin 2021 (28% à l'époque). L'évolution de cet indicateur au cours de la crise sanitaire varie en fonction des mesures de restrictions sociales mises en place pour éviter la propagation du virus. Par exemple, lors de la huitième enquête santé COVID-19 (octobre 21), les règles concernant l'Horeca, le télétravail, le nombre de contacts rapprochés permis, étaient plus souples que lors des enquêtes de santé COVID-19 précédentes. Cependant, les mesures diffèrent entre les régions, ce qui se reflète également dans les chiffres relatifs à l'insatisfaction des contacts sociaux (Flandre : 15%, Wallonie : 23% et Bruxelles : 22,5%). Le pourcentage de personnes insatisfaites de leurs contacts sociaux reste plus élevé qu'en « temps normal ». En effet, sur base des données de l'enquête santé de 2018, seule 9 % de la population âgée de 18 ans et plus était insatisfaite de ses contacts sociaux.

Les résultats concernant l'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux par sexe et par âge peuvent être résumés ainsi :

- Les chiffres concernant l'insatisfaction des contacts sociaux sont assez similaires pour les hommes et les femmes (hommes : 20% et femmes : 18%).
- L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, a diminué de manière significative par rapport à la septième enquête de santé COVID-19 réalisée en juin '21 (hommes : de 28% à 20%, femmes : de 29% à 18%).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux dans les différents groupes d'âge est présentée dans la Figure 12. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont le moins souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux (15%), significativement moins souvent que les groupes d'âge 30-49 (22%) et 50-64 (20%). Le groupe le plus jeune (18-29 ans) est également moins susceptible d'être insatisfait de ses contacts sociaux que les 30-49 ans (16% contre 22%).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux a diminué dans chaque groupe d'âge par rapport à l'enquête précédente (Figure 12). Toutefois, c'est dans la tranche d'âge de 18-29 ans que la baisse se révèle être la plus importante (de 32% à 16% d'insatisfaits).

³ Indicateur basé la question « Comment avez-vous trouvé vos contacts sociaux au cours des deux dernières semaines? (Très satisfaisants / Assez satisfaisants / Assez insatisfaisants / Très insatisfaisants) ».

Figure 12 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) insatisfaites de leurs contacts sociaux, par âge, enquêtes de santé Covid-19, Belgique 2020-2021



En outre, les résultats de la huitième enquête de santé COVID-19 montrent que l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie de manière significative en fonction d'autres caractéristiques socio-économiques, même après ajustement pour l'âge et le sexe :

- Les couples avec ou sans enfants sont les moins insatisfaites de leurs contacts sociaux (18% et 15% respectivement). La différence par rapport aux personnes vivant seules (23%), aux personnes vivant seules avec des enfants (25,5%) et aux personnes vivant avec un ou des parents, des proches, des amis ou des connaissances (19%) est statistiquement significative.
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (19%) sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (17%).
- Les personnes en invalidité (37%) ou au chômage (32%) se déclarent plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que les personnes ayant un emploi rémunéré (18%) et les retraités (15,5%).

5.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

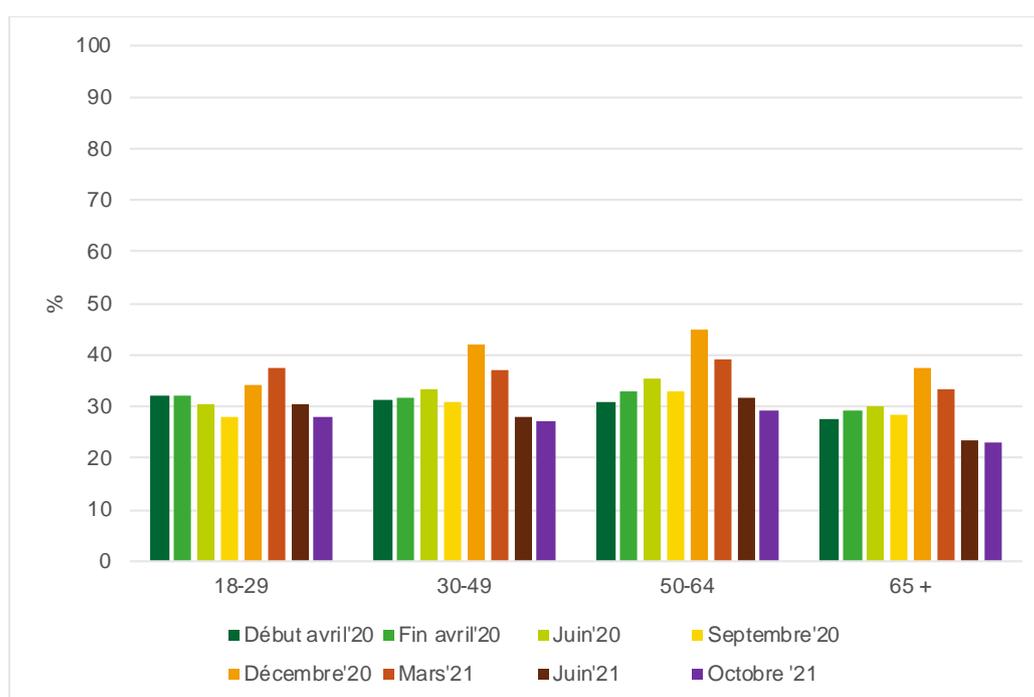
Les résultats de la 8e enquête COVID-19 montrent que 27 % de la population âgée de 18 ans et plus se sent peu soutenue socialement⁴. Ce pourcentage est resté stable par rapport à la précédente enquête de santé COVID-19 organisée en juin '21 (28% à l'époque). Des différences régionales sont perceptibles ; en Flandre (22%), les gens signalent moins souvent un faible soutien social qu'en Wallonie (34%) et à Bruxelles (30%). Pour comparer, en « temps normal » seule 16 % de la population de 18 ans et plus se sent peu soutenue par son entourage (chiffre basé sur l'enquête de santé 2018).

⁴ Cet indicateur s'appuie sur une série de trois questions – qui correspondent à l'échelle d'OSLO – 1) Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles lorsque vous avez de graves problèmes ?; 2) Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils à ce que vous faites ?; 3) Vous est-il facile d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique de vos voisins ?

Les résultats concernant la qualité du soutien social selon le sexe et l'âge montrent que :

- Une même proportion d'hommes que de femmes rapportent un faible niveau de soutien social dans cette 8e enquête (hommes : 27.5 % et femmes : 26%).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes qui rapportent un faible soutien social restent assez stables par rapport à la 7e enquête de santé COVID-19 (les hommes : de 28% à 27.5%, les femmes : de 28% à 26%).
- La qualité du soutien sociale dans les différents groupes d'âge est présentée dans la Figure 14. Le pourcentage de la population (18 ans et plus) faisant état d'un faible soutien social est le plus bas parmi les personnes âgées de 65 ans et plus (23%). La différence entre ce groupe et les 30-49 ans (27%) et les 50-64 ans (29%) est statistiquement significative.
- Les chiffres relatifs au manque de soutien social restent relativement constants dans chacun des groupes d'âge par rapport à la 7e enquête de santé COVID-19 (Figure 13).

Figure 13 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, par âge, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-2021



Les résultats de la 8^e enquête de santé COVID-19 mettent aussi en évidence des différences statistiquement significatives dans la perception du soutien social, après ajustement pour l'âge et le sexe, selon d'autres caractéristiques socio-économiques :

- Les personnes vivant seules avec un ou plusieurs enfants (38,5 %), les personnes vivant seules (33 %) et les personnes vivant avec un ou plusieurs parents, des proches, des amis ou des connaissances (31 %) sont plus susceptibles de déclarer un faible soutien social que les couples avec ou sans enfant(s) (23 %).
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (29%) déclarent plus souvent un faible soutien social que celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (22%). Les personnes en invalidité ou au chômage rapportent plus souvent avoir peu de soutien social (respectivement 49 % et 43,5 %) que les personnes ayant un emploi rémunéré ou les personnes pensionnées (24 % chacun).

6. Santé mentale

6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- L'évolution de l'indice de satisfaction de vie montre des résultats encourageants : par rapport aux mois de décembre 2020 et de mars 2021, la part des individus insatisfaits de leur existence a fortement diminué, passant de 32 % à 14 % en ce mois d'octobre 2021. Les jeunes de 18-29 ans sont les plus nombreux à estimer que leur vie est peu satisfaisante (19 %), mais ici aussi, la tendance est à la baisse (ils étaient 28 % à être peu satisfaits en juin 2021).
- En octobre 2021, 15 % de la population adulte était affectée par un trouble dépressif et 16 % par un trouble anxieux. Ces prévalences sont moins élevées en comparaison de celles observées en décembre 2020 et mars 2021, et sont similaires aux résultats obtenus lors de l'enquête précédente, en juin 2021.
- La fréquence des troubles anxieux et dépressifs varie selon le sexe et l'âge : chez les femmes, la prévalence de ces troubles diminue à mesure que l'âge (ou groupe d'âge) augmente. Chez les hommes, la diminution se marque à partir de 65 ans seulement.
- Les jeunes femmes de 18-29 ans sont de loin les plus touchées par la symptomatologie anxieuse (29 %) et dépressive (23 %), tandis que les hommes de 65 ans et plus sont les moins nombreux à en souffrir (7 % pour chacun des troubles).
- La grande majorité des adultes (18+ ans) ont des problèmes de sommeil, une proportion qui tourne autour des 71-72 % depuis le début de la crise. Pas de changement à ce niveau.
- Le niveau de vitalité au sein de la population adulte est resté stable entre les enquêtes de juin et d'octobre 2021. Ce sont les personnes plus âgées (65+ ans) qui bénéficient d'un niveau de vitalité plus élevé et qui sont proportionnellement les plus nombreuses à atteindre le seuil d'énergie vitale optimal.

Conclusion :

- Au sortir de la période estivale, alors que la couverture vaccinale contre la COVID-19 était satisfaisante au niveau de la population générale, que la circulation du virus était ralentie et que les mesures restrictives étaient moins strictes, les résultats en termes de bien-être et de satisfaction de vie se sont également révélés meilleurs que durant cet hiver 2020-21. La population semble aussi souffrir de moins de problèmes de santé mentale telles que l'anxiété et la dépression. Cette amélioration de la condition mentale était déjà visible lors de la 7^e enquête de santé COVID-19 réalisée en juin 2021. Il demeure que le nombre relatif de personnes en souffrance psychique est toujours plus élevé qu'en 2018, avant la crise sanitaire. Comme il a été observé dans chacune des enquêtes précédentes, les jeunes adultes et les femmes sont les plus vulnérables sur le plan psychologique. Par ailleurs, des inégalités sociales en santé mentale ont été observées dans chacune de nos enquêtes depuis le début de l'épidémie. Les analyses en fonction du niveau d'éducation, de la situation socioéconomique ou d'emploi, de la composition familiale, etc. n'ont donc plus été appliquées pour ce rapport. Les conclusions tirées précédemment concernant ces facteurs de risque demeurent d'actualité.

6.2. INTRODUCTION

Plusieurs aspects de la santé mentale ont été sondés au sein des enquêtes de santé COVID-19 menées par Sciensano depuis le début de la crise du coronavirus. Les résultats publiés dans les rapports précédents mettent en exergue l'impact de la crise sanitaire dans son ensemble sur le bien-être psychosocial de la population. Cette section du 8^e rapport d'enquête porte sur l'évolution dans le temps des indicateurs de satisfaction de vie, ainsi que de la prévalence de l'anxiété, de la dépression, des

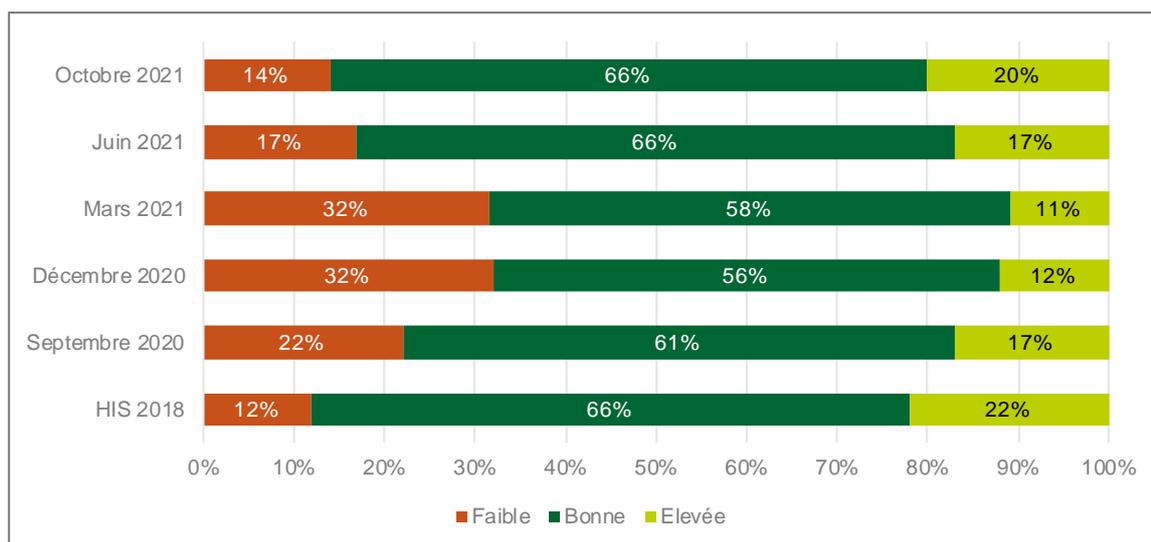
troubles du sommeil et de la vitalité. Les résultats du mois d'octobre 2021 sont en outre comparés à ceux de la dernière enquête de santé nationale (HIS) de Sciensano qui a eu lieu avant la crise (2018).

6.3. SATISFACTION DE VIE

La satisfaction de vie est un indicateur qui implique un jugement personnel vis-à-vis son existence et représente une mesure fiable du bien-être subjectif. La satisfaction est estimée sur une échelle de Cantril à 11 points, allant de 0 = pas du tout satisfait(e) à 10 = entièrement satisfait(e). Elle peut donner lieu à deux indicateurs, où le premier reflète une moyenne et le second distingue trois niveaux de satisfaction, que l'on qualifie de « faible » (0 à 5), « bonne » (6 à 8) et « élevée » (9 et 10). L'échelle de satisfaction de vie était incluse dans 4 enquêtes de santé COVID-19 antérieures : septembre et décembre 2020 ainsi que mars et juin 2021.

- Le score moyen de satisfaction de vie en octobre 2021 est de 7,2. Il est donc en augmentation depuis le mois de mars 2021 (6,1) et approche la valeur obtenue en 2018 (7,4) pour la population adulte.
- La Figure 14 présente la distribution en fonction du niveau de satisfaction par enquête. En octobre 2021, 66 % de la population a rapporté un bon niveau de satisfaction, ce qui équivaut à la proportion de juin 2021 et de l'enquête de santé nationale de 2018. On observe également que les proportions de personnes insatisfaites de leur vie (14 %) et, à l'opposé, des personnes très satisfaites de leur vie (19 %), tendent à converger vers les valeurs de 2018 (respectivement 12 % et 22 %).

Figure 14 | Distribution des personnes (de 18 ans et plus) selon le niveau de satisfaction (faible, bonne, élevée) à l'égard de sa vie, par enquête, HIS 2018 et enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



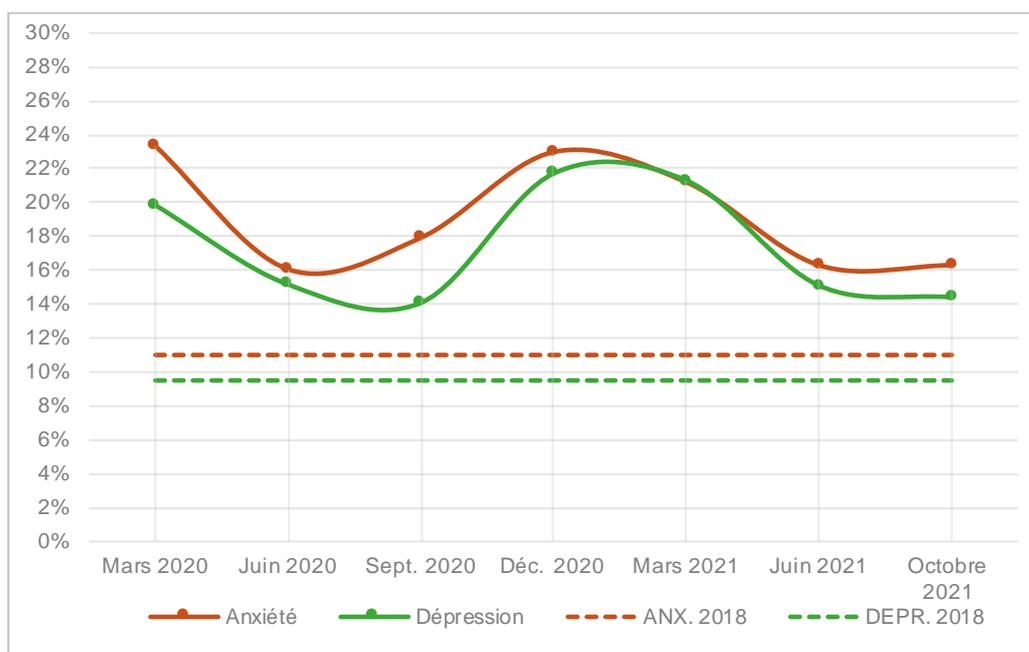
- La satisfaction à l'égard de la vie augmente avec l'âge. Elle commence à 6,7 en moyenne chez les jeunes adultes de 18-29 ans et atteint 7,7 chez les aînés de 65 ans ou plus.
- En octobre 2021, 19 % des jeunes adultes (18-29 ans) indiquent être peu satisfaits de leur vie, une proportion qui baisse en fonction de l'âge pour ne plus concerner que 8 % des aînés de 65 ans et plus.
- Les chiffres sont meilleurs en octobre qu'en juin 2021 dans chacun des groupes d'âge. Notons que l'enquête de santé de 2018 avait révélé que 12 % des 18-29 ans étaient peu satisfaits de leur vie pour 11 % des 65 ans et plus. À 65 ans et plus, près d'une personne sur trois (32%) se dit très satisfaite de sa vie lors de l'enquête d'octobre 2021.

6.4. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

Nos enquêtes de santé utilisent les mêmes questionnaires standardisés, à savoir, le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder⁵) pour évaluer le trouble de l'anxiété généralisée et le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire⁶) pour estimer les troubles dépressifs (incluant la dépression majeure et d'autres formes de dépression). Ceci nous permet d'évaluer la progression des indicateurs dans le temps. Les résultats sont repris ci-dessous.

- La première enquête de santé COVID-19 (mars 2020) avait mis en exergue une prévalence très élevée des troubles anxieux (23 %) et dépressifs (20 %) au sein de la population adulte par rapport à celles obtenues en 2018 (respectivement 11 % et 9,5 %, Figure 15).
- Après une diminution de la prévalence en période estivale de 2020 (à 15-16 %), les cas d'anxiété et de dépression ont dépassé les 20 % à partir de décembre de cette année lorsque la circulation du virus s'était intensifiée et que les mesures de confinement étaient devenues plus strictes et durables.
- En octobre 2021, nous retrouvons des valeurs similaires à l'été 2020, soit une prévalence de 16 % pour l'anxiété et de 14 % pour la dépression, des valeurs équivalentes à celles de juin dernier. Ces pourcentages n'ont toutefois pas atteint leur valeur de base, établie en 2018 (Figure 15).
- La dépression et l'anxiété coexistent souvent chez un même individu. Cette comorbidité anxieuse et dépressive touche 9 % des répondants dans cette 8^e enquête. Par ailleurs, 7 % des répondants souffrent d'anxiété sans dépression et 5 % souffrent de dépression sans anxiété. Cela veut dire qu'au total 21 % des personnes de 18 ans et plus sont affectées par au moins un de ces deux troubles. Pour information, lors de l'enquête de juin 2021, le pourcentage de personnes affectées par un de ces troubles (ou les deux) était également de 21 %.

Figure 15 | Évolution du pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui présentent un trouble anxieux ou un trouble dépressif, par enquête, HIS-2018 et enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



⁵ Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löw e B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006;166:1092-1097.

⁶ Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Annals 2002;32:509-521.

Les analyses du mois d'octobre 2021 montrent que :

- Les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à éprouver des troubles de l'anxiété (18 % > 14,5 %), et la différence est significative après ajustement pour l'âge.
- Les troubles dépressifs sont presque aussi fréquents parmi les hommes (14 %) que parmi les femmes (15 %), une différence non significative après ajustement pour l'âge.
- Les troubles anxieux baissent en fonction de l'âge parmi les femmes (Figure 16). Les jeunes femmes de 18-29 ans sont les plus affectées (29 %), mais la prévalence baisse depuis mars 2021 (40 %). Chez les hommes, la prévalence des troubles anxieux ne diminue de façon marquée qu'à partir de 65 ans et plus. On remarque en outre (Figure 16) que la symptomatologie anxieuse chez les jeunes hommes de 18-29 ans est à son plus bas niveau depuis le début de la crise (16 %).
- En ce qui concerne la dépression (Figure 17), l'âge est également un facteur déterminant chez les femmes : 23 % des plus jeunes (18-29 ans) rapportent les symptômes d'une dépression, et cette proportion baisse en fonction du groupe d'âge jusqu'à 9 % des femmes de 65 ans ou plus. Chez les hommes, comme pour les troubles anxieux, la proportion touchée par la dépression ne diminue réellement qu'à partir de 65 ans (7 % contre 14 % ou plus chez les hommes de moins de 65 ans).

Figure 16 | Évolution du pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles de l'anxiété, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021

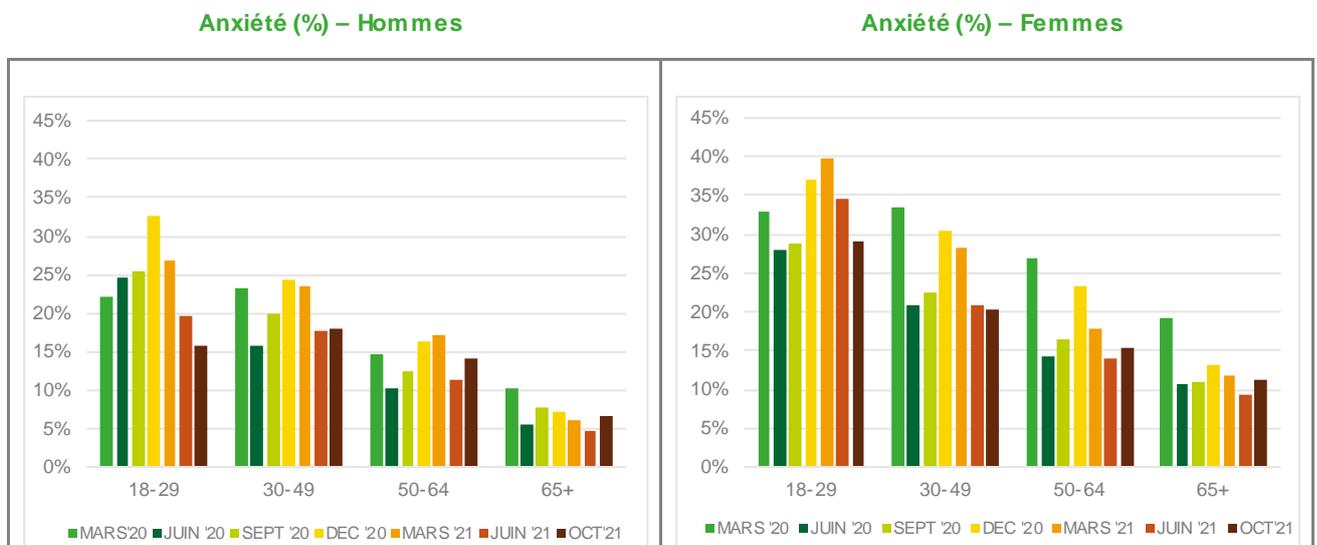
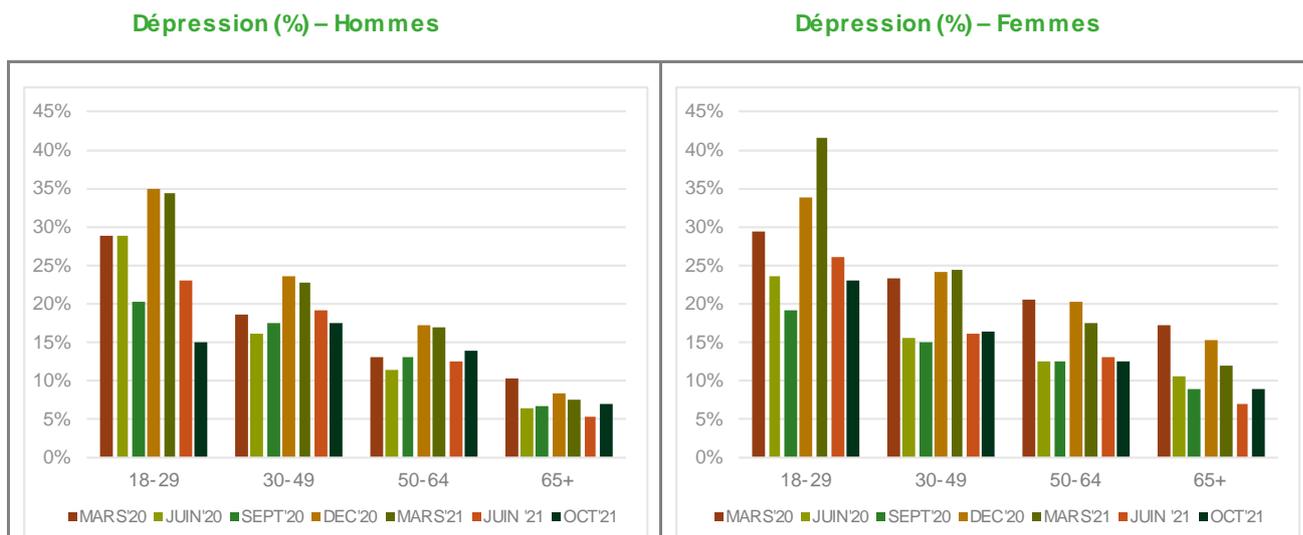


Figure 17 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



6.5. TROUBLES DU SOMMEIL ET ÉNERGIE VITALE

Nous avons déjà révélé dans les enquêtes précédentes que la crise sanitaire avait un impact important sur le sommeil au sein de la population. Or, les troubles du sommeil fragilisent les personnes, tant au niveau des défenses physiques qu'au niveau psychologique et cognitif. Une mauvaise qualité de sommeil peut en outre impacter le dynamisme et l'énergie vitale qui permettent aux individus de mener à bien leur vie et leurs tâches, d'être capable de prendre des décisions, ou d'interagir adéquatement avec leur entourage. Le manque de sommeil mène aussi à un désinvestissement par rapport aux contacts sociaux et une isolation sociale, puis à la solitude.

Trois questions sont utilisées pour évaluer le sommeil (SCL-90R) au cours des 2 semaines écoulées :

- ✓ avez-vous eu du mal à vous endormir ?
- ✓ vous êtes-vous réveillé trop tôt le matin ?
- ✓ votre sommeil était-il agité ou troublé ?

L'énergie vitale au cours des 2 semaines écoulées est évaluée à partir de 4 questions issues de l'échelle de vitalité (VT) du SF-36 :

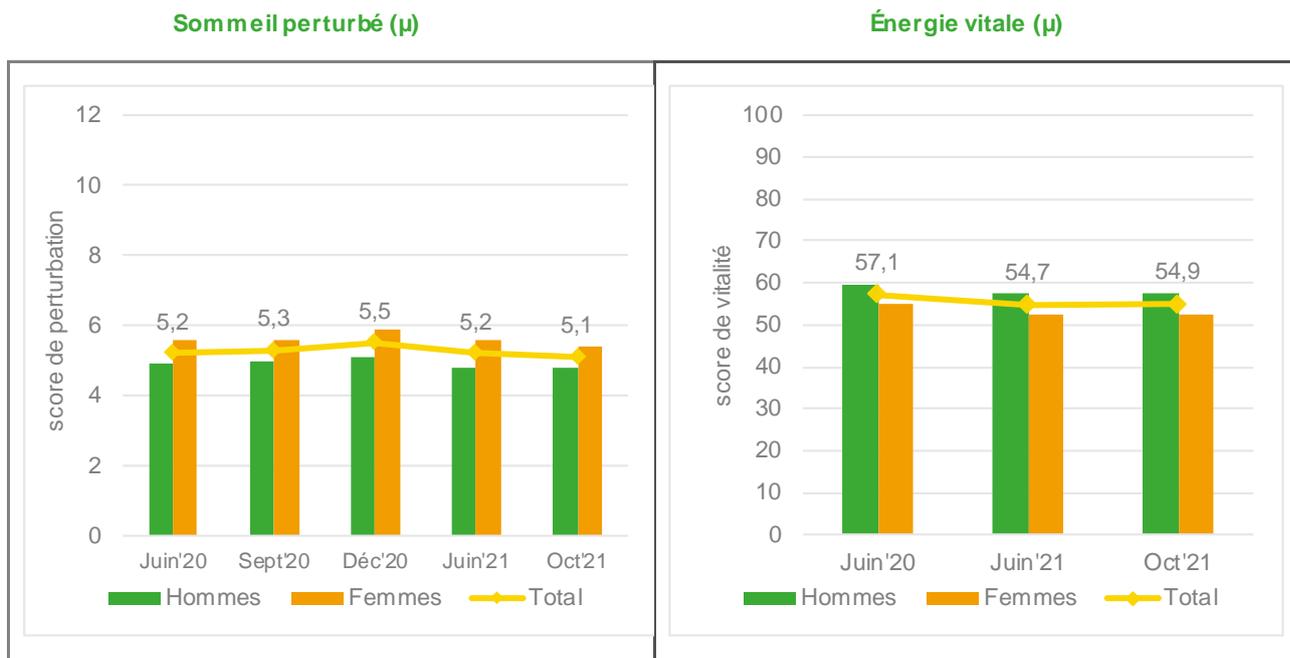
- ✓ vous êtes-vous senti(e) épuisé(e), à bout ?
- ✓ vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?
- ✓ vous êtes-vous senti(e) dynamique ?
- ✓ vous êtes-vous senti(e) débordant(e) d'énergie ?

L'échelle de réponse varie de 1= jamais à 5= en permanence. Le score de sommeil est calculé en additionnant les valeurs attribuées à chaque item (ramené à 0-4) et varie donc de 0 à 12. Nous en rapportons ici le score moyen, sachant que plus celui-ci est élevé, plus le sommeil est perturbé. Par ailleurs, le trouble du sommeil est établi à partir d'un score individuel de 4+, permettant de rendre compte du pourcentage de personnes pour qui le sommeil n'est pas optimal.

Le score de vitalité est calculé selon le même principe, mais il est rapporté à une échelle de 0 à 100 (par convention). On estime que l'énergie vitale est optimale au-delà de 78 (la moyenne populationnelle + une déviation standard, celle-ci étant normée à partir des enquêtes de santé (HIS) belges).

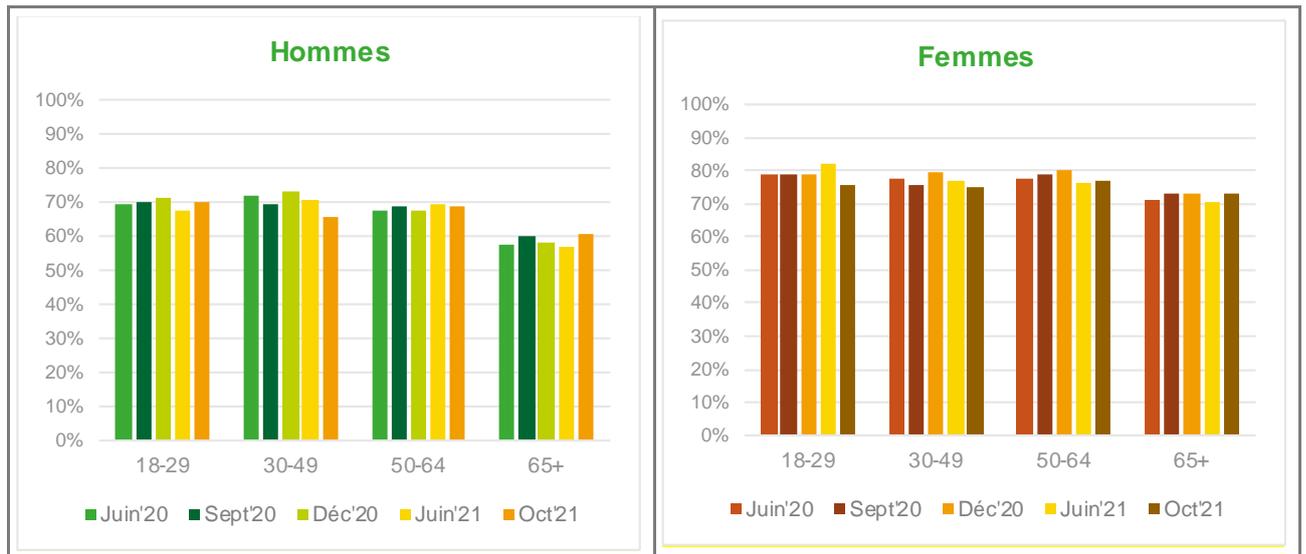
Les résultats obtenus lors de cette enquête du mois d'octobre 2021 sont comparés avec ceux des enquêtes de santé COVID-19 précédentes dans lesquelles ces questions étaient adressées.

Figure 18 | Score moyen de perturbation du sommeil (0-12) et score moyen de vitalité (0-100), par enquête et par sexe, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



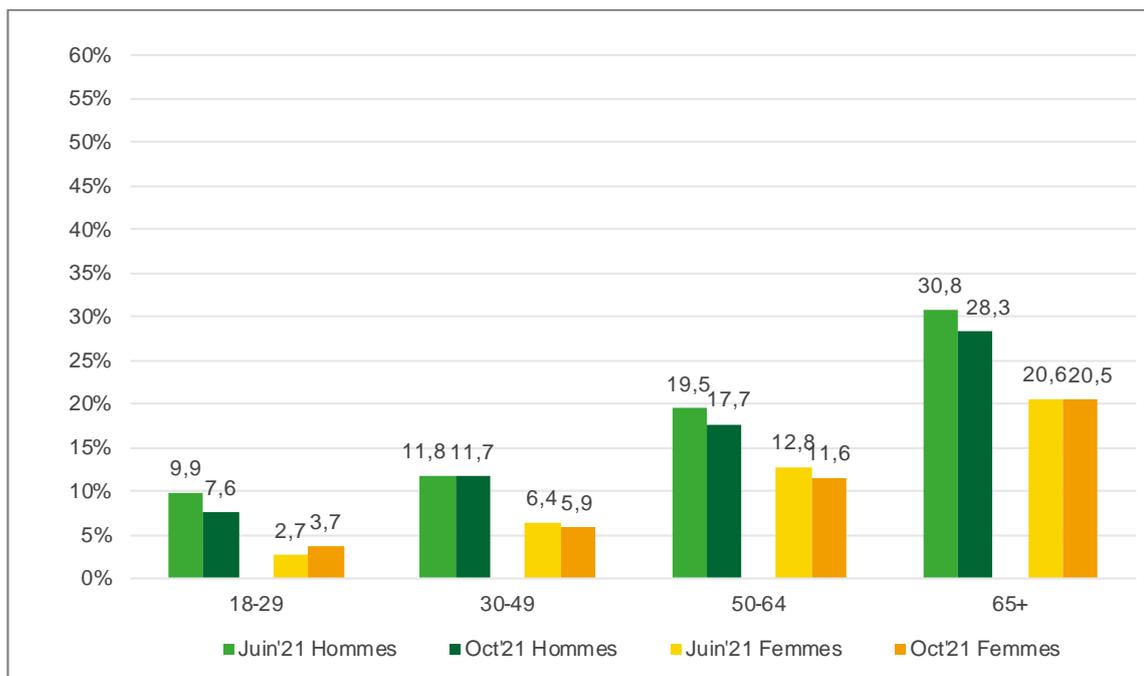
- Le score moyen de perturbation du sommeil change peu d’une enquête à l’autre (Figure 18). On note toutefois une légère diminution du niveau moyen après décembre 2020, se poursuivant en octobre 2021. Le pourcentage d’adultes qui se classe comme ayant un sommeil perturbé reste très important (71%), comme ce fut le cas tout au long de la crise (différences non significatives entre les enquêtes).
- La Figure 18 montre que les femmes ont plus de difficultés liées au sommeil que les hommes (score moyen de respectivement 4,8 et 5,4 en octobre 2021), une différence significative après ajustement pour l’âge.
- Cette différence par sexe apparaît également lorsque l’on considère le pourcentage de personnes ayant un trouble du sommeil, plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Figure 18).
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ont moins souvent des troubles du sommeil que les personnes de moins de 65 ans (Figure 19, hommes et femmes), et cette différence est plus marquée parmi les hommes que parmi les femmes.

Figure 19 | Pourcentage des personnes ayant un sommeil perturbé, par sexe, par âge, et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



- Le niveau de vitalité au sein de la population est resté stable entre juin 2021 (54,7) et octobre 2021 (54,9) (Figure 20). En moyenne, les femmes manifestent un niveau d'énergie moins élevé que les hommes (52,4 et 57,8 respectivement).
- Pour ce qui concerne le niveau optimal de vitalité (Figure 20), 14 % des personnes ont atteint ce seuil en juin 2021 et 13 % en octobre 2021, des pourcentages similaires à ce qui fut observé en 2018 (14 %) .

Figure 20 | Pourcentage de personnes (de 18 ans et plus) avec un niveau optimal de vitalité, par sexe, par âge, et par enquête (juin 2020 et 2021), enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



- Plus d'hommes (16 %) que de femmes (10 %) ont un niveau optimal d'énergie, et ceci se vérifie à tous les âges (Figure 20).
- Atteindre un niveau optimal d'énergie est lié à l'âge, mais non dans le sens escompté. En effet, au plus on avance dans les groupes d'âge, au plus on trouve de personnes ayant un niveau optimal d'énergie.
- Enfin, le nombre de personnes atteignant un niveau d'énergie vitale optimal ne diffère pas de manière significative (après ajustement pour l'âge) entre juin et octobre 2021, que ce soit parmi les femmes ou parmi les hommes.

7. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la 8^e enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 5 et le 18 octobre 2021. L'enquête, développée avec le logiciel LimeSurvey, s'adresse aux adultes (de 18 ans et plus) vivant en Belgique. Étant une enquête en ligne, les personnes n'ayant pas de connexion Internet sont malheureusement exclues de la participation. L'enquête et le lien pour y accéder ont été annoncés via le site web de Sciensano et d'autres organisations (mutuelles, collectifs de quartiers,...), ainsi que dans la presse et sur les médias sociaux. A côté de cela, un recrutement par courriel a démarré suivant le principe « boule de neige » : il était demandé aux premiers contacts de retransmettre l'invitation à participer à l'enquête à leur famille, amis et connaissances, et ainsi de suite. En outre, les participants aux précédentes enquêtes de santé COVID-19 qui avaient exprimé leur volonté de participer à une enquête ultérieure (et avaient donné leur adresse électronique à cette fin) étaient recontactés par courrier électronique pour cette 6^e enquête de santé COVID-19. Enfin, des efforts ont été déployés pour atteindre un plus grand nombre de jeunes participants (18-25 ans), et ce, tant auprès des répondants afin qu'ils relayent l'invitation aux jeunes de leur entourage, que via des « story » postés sur Twitter, Tik Tok ou autre. Des contacts ont également été pris avec des universités, hautes écoles, académies, clubs sportifs et mouvements de jeunesse afin de faire passer le message parmi les jeunes de ces institutions.

Les conditions suivantes devaient être acceptées avant d'accéder à l'enquête :

- La participation à l'enquête est volontaire, et la participation peut être interrompue à tout moment ;
- Toutes les informations fournies ne seront utilisées qu'aux fins de l'étude ;
- Sciensano n'utilisera les résultats de l'étude que pour créer des statistiques générales, et les données individuelles ne seront jamais transmises à des tiers ;
- Les données collectées ne seront conservées que pendant la durée du projet.

Au total 17.347 personnes ont répondu à l'enquête, c'est-à-dire qu'elles ont au minimum fourni des informations sur leur âge, leur sexe et le code postal de leur résidence.

Le Tableau 1 donne un aperçu du nombre et de la proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui résident dans les trois Régions de Belgique (sur la base des données de Statbel, situation au 01/01/2019) en comparaison aux proportions de participants à la 8^e enquête de santé COVID-19 selon leur région de résidence (déterminée à partir de la question relative à leur code postal).

Tableau 1 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la 8^e enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2021

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5.311.613 (58,2)	11.213 (64,6)
Région bruxelloise	932.366 (10,2)	1.615 (9,3)
Région wallonne	2.882.040 (31,6)	4.519 (26,1)
Belgique	9.126.019 (100)	17.344 (100)

En termes relatifs, les participants qui résident en Région flamande sont surreprésentés dans l'échantillon par rapport à la distribution des habitants et les participants en Région wallonne sont sous-représentés.

Tableau 2 | Composition de l'échantillon de la 8^e enquête de santé COVID-19, par sexe et groupe d'âge, Belgique 2021

	Nombre d'hommes (%)	Nombre de femmes (%)	Nombre total (%)
18 à 24 ans	270 (4,3)	728 (6,6)	998 (5,7)
25 à 34 ans	412 (6,6)	1.206 (10,9)	1.618 (9,3)
35 à 44 ans	704 (11,2)	1.981 (17,9)	2.685 (15,5)
45 à 54 ans	1.074 (17,1)	2.308 (20,9)	3.382 (19,5)
55 à 64 ans	1.577 (25,1)	2.638 (23,8)	4.215 (24,3)
65+ ans	2.242 (35,7)	2.207 (19,9)	4.449 (25,7)
Total	6.279 (36,2)	11.068 (63,8)	17.347 (100)

Plus de femmes (63,8 %) que d'hommes (36,2 %) ont participé à l'enquête, elles y sont donc surreprésentées (dans la population, la distribution est de 51 % de femmes et 49 % d'hommes). La distribution par âge parmi les participants diffère également de celle de la population : le groupe d'âge le plus jeune (18 à 24 ans) est notamment sous-représenté dans l'enquête (5,7 % dans l'échantillon pour 12,5 % dans la population).

Tableau 3 | Composition de l'échantillon de la 8^e enquête de santé COVID-19, par niveau d'éducation, Belgique 2021

	Population (15+)(%)(*)	Nombre de participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6.302.716 (67,1)	4.800 (28,3)
Enseignement supérieur	3.084.424 (22,9)	12.150 (71,7)
Total	9.387.140 (100)	16.950 (100)

(*) Population de référence : 15 ans et plus, données basées sur l'enquête sur les forces de travail (EFT) - Statbel 2018.

La composition de l'échantillon est donc assez différente de la composition de la population (de 18 ans et plus) en termes de sexe, de groupe d'âge et de niveau d'éducation. Par conséquent, les conclusions éventuelles tirées sur la base de l'analyse des résultats peuvent être biaisées. Pour compenser cela, un redressement par pondération (post-stratification) est utilisé dans les analyses pour obtenir des estimations plus précises. Cette technique consiste à utiliser des informations sur la composition réelle de la population en Belgique (ici en termes de sexe, de groupe d'âge, de province, et d'éducation) pour ajuster les données de l'échantillon à la distribution exacte lors du calcul des résultats de l'enquête :

- La composition « exacte » de la population belge par sexe, groupe d'âge et province proviennent des données relatives à la composition de la population au 1er janvier 2019, calculées par Statbel ;
- La composition de la population par niveau d'éducation, est obtenue sur base des résultats de l'Enquête sur les forces de travail 2018 (EFT), organisée par Statbel. Deux groupes d'éducation ont été distingués : les personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire (supérieur) et les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

Il est donc possible de constituer des sous-groupes (également appelés strates) tant dans la population que dans l'échantillon, sur la base d'un croisement entre le sexe, le groupe d'âge, la province et le niveau d'éducation. Des poids (ou coefficients multiplicateur) peuvent être calculés sur cette base. Ils sont obtenus en divisant, par strate, le nombre de personnes dans la population par le nombre de participants à l'enquête. Les résultats présentés dans ce rapport ont tous été pondérés par sexe, groupe d'âge, province et niveau d'éducation.

Les analyses du présent rapport introduisent trois changements méthodologiques par rapport aux résultats préliminaires publiés dans le rapport de la 1^e enquête de santé COVID-19 :

- Les résultats portent désormais sur la population de 18 ans et plus (et non 16 ans et plus comme dans le premier rapport d'avril 2020) ;
- Les critères d'inclusion pour les analyses sont moins stricts : il fallait avoir répondu aux trois premières questions de la première enquête de santé COVID-19 pour être considéré comme ayant participé à l'enquête, mais cette règle n'est plus d'application ici car elle s'est avérée trop restrictive.
- Les facteurs de pondération utilisés pour corriger les biais de sélection dus à la fracture numérique et le mode d'échantillonnage tiennent compte à présent du niveau d'éducation, ce qui n'était pas encore le cas lors des analyses de la première enquête COVID-19.

Ces trois changements expliquent les différences obtenues pour les mêmes indicateurs entre le premier rapport d'enquête et les rapports suivants. La raison principale de ces différences tient à la relation qui existe entre le niveau d'éducation et les indicateurs. Elles ne changent en rien les conclusions tirées lors du premier rapport.

Les rapports des sept premières enquêtes de santé Covid-19 peuvent être consultés en ligne :

- Septième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/51. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ht7a-8923>
- Sixième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/30. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/j877-kf56>
- Cinquième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/96. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/xcx-d-7784>
- Quatrième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/80. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>
- Troisième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/54. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/xkg3-xz50>
- Deuxième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/52. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/rkna-ee65>
- Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/50. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>

CONTACT

Rana Charafeddine • T+32 2 642 57 39 • rana.charafeddine@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Rendez-vous sur notre site
web >www.sciensano.be ou
contactez-nous à l'adresse
>info@sciensano.be

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles
2 642 54 20 • info@sciensano.be

• Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32
www.sciensano.be

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2021/14.440/82