

CINQUIÈME 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

Décembre 2020 • Bruxelles • Belgique



Personne de contact :

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

Auteurs (par ordre alphabétique) :

Finaba Berete
Elise Braekman
Rana Charafeddine
Stefaan Demarest
Sabine Drieskens
Lydia Gisle
Lize Hermans

Les personnes suivantes ont collaboré à la réalisation des enquêtes de santé Covid-19 et à la révision de ce rapport (par ordre alphabétique) :

Johan Van der Heyden
Karin De Ridder

Support administratif et informatique :

Sabine Drieskens
Ledja 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 :

Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/96
Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	6
2. Connaissance et respect des mesures liées au COVID-19.....	8
2.1. Principaux résultats.....	8
3. Consultations liées au COVID-19	12
3.1. Principaux résultats.....	12
4. Accès aux soins et aux services	14
4.1. Principaux résultats.....	14
5. Accessibilité financière aux soins de santé	16
5.1. Principaux résultats.....	16
5.2. Perception des dépenses de santé	16
5.3. Report des soins de santé	19
6. Vaccination.....	20
6.1. Principaux résultats.....	20
6.2. Intention vaccinale	21
6.3. Raisons invoquées pour se faire vacciner.....	23
6.4. Éléments importants pour la prise de décision parmi ceux qui hésitent à se faire vacciner	24
6.5. Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner.....	25
6.6. Confiance dans les sources d'information.....	26
6.7. Stratégies et scénarios de vaccination.....	27
7. Santé sociale.....	30
7.1. Principaux résultats.....	30
7.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux	30
7.3. Qualité du soutien social.....	31
8. Santé mentale	34
8.1. Principaux résultats.....	34
8.2. Anxiété et dépression	34
8.3. Troubles du sommeil	37
8.4. Satisfaction de vie.....	38
9. Habitudes de consommation	40
9.1. Principaux résultats.....	40
9.2. Proportion de consommateurs / utilisateurs.....	41
9.3. Changements dans les habitudes de consommation	42
9.4. Changement dans les PRATIQUES sur écrans.....	47
10. Sécurité alimentaire.....	51
10.1. Principaux résultats	51
10.2. Peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent.....	51
10.3. Manque de nourriture et d'argent pour en racheter	51
10.4. Ne pas pouvoir s'offrir des repas sains et équilibrés par manque d'argent.....	52
10.5. La sécurité alimentaire selon la situation d'emploi.....	53
11. Confiance dans les institutions	55
11.1. Principaux résultats	55
12. Méthodologie	57

1. Introduction

En Belgique, des mesures restrictives ont été mises en place par le Conseil national de sécurité depuis le 13 mars 2020 dans l'optique d'endiguer la propagation du coronavirus au sein de la population. L'épidémie de COVID-19 a bien sûr un impact majeur sur la santé de la population directement touchée. Mais l'épidémie et les mesures de restriction ont aussi des conséquences indirectes sur la santé et les modes de vie des citoyens qu'il ne faut certes pas sous-estimer. Afin de pouvoir mesurer les conséquences de cette crise et le respect des mesures imposées, Sciensano organise une série d'enquêtes en ligne à intervalle régulier.

La première enquête de santé COVID-19 a été initiée trois semaines après l'introduction des mesures de restriction, soit le 2 avril 2020. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient : la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, les cas d'infections au coronavirus, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale. 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. La troisième enquête de santé COVID-19 a été mise en ligne le 28 mai 2020, s'intéressant plus spécifiquement à l'impact de la crise sur la situation financière et la sécurité alimentaire, ainsi que sur la perception de l'avenir. La quatrième enquête de santé COVID-19 a démarré le 24 septembre, et a notamment examiné l'attitude de la population en ce qui concerne le suivi des contacts, l'application de traçage des contacts, et la vaccination contre le coronavirus une fois qu'un vaccin aura été développé.

La cinquième enquête de santé COVID-19 a démarré le 3 décembre et il était possible d'y participer jusqu'au 11 décembre 2020. **Près de 30 000** personnes âgées de 18 ans et plus y ont pris part, dont de nombreuses personnes qui avaient participé à une ou plusieurs enquêtes de santé COVID-19 précédentes. Cette enquête a notamment examiné, la santé mentale et sociale lors de ce deuxième confinement, la position de la population en ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19 et son avis en ce qui concerne les stratégies de vaccination. En outre, l'enquête s'est penchée sur l'accès aux soins de santé, la sécurité alimentaire et les comportements en lien avec santé (consommation d'alcool, de tabac, de drogues et de somnifères ou tranquillisants ; utilisation d'internet et des réseaux sociaux).

Les données collectées par le biais des enquêtes de santé COVID-19, y compris lors de la dernière, fournissent un photographie de la situation à un moment donné. Ce rapport présente les résultats préliminaires de la 5^e enquête de santé COVID-19, en mettant l'accent sur l'expérience de la population lors du deuxième confinement. Les thèmes suivants y sont abordés :

- La connaissance et le respect des mesures liées au COVID-19
- Les consultations chez le médecin et les infections au COVID-19
- L'accès aux soins de santé
- L'attitude vis-à-vis la vaccination et les stratégies de vaccination
- La santé sociale
- La santé mentale
- Comportements en lien avec la santé
- La sécurité alimentaire
- La confiance dans les institutions

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 5^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. Connaissance et respect des mesures liées au COVID-19

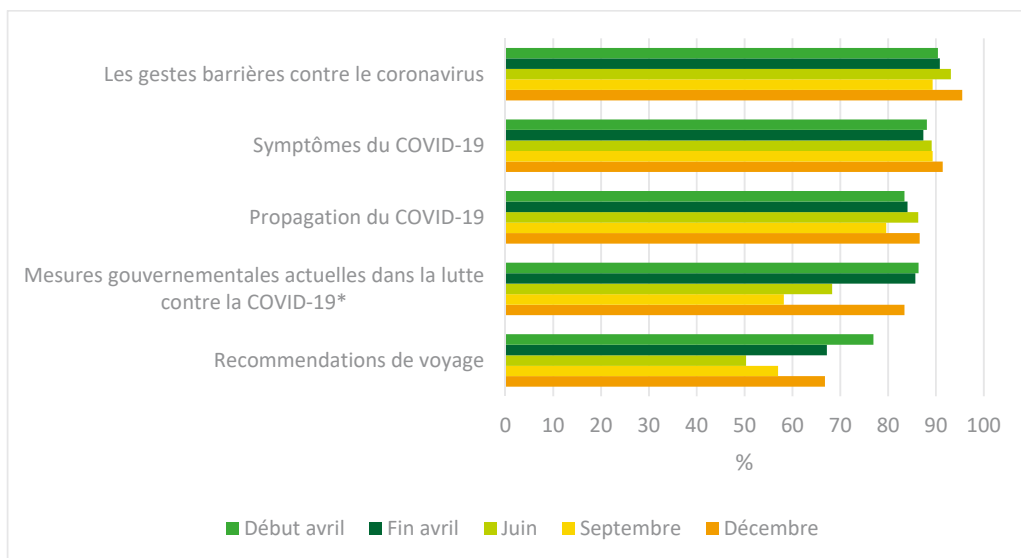
2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Une proportion très élevée de la population se considère comme suffisamment informée sur la COVID-19 et les gestes barrières contre le coronavirus : ces pourcentages sont les plus élevés depuis le début des enquêtes de santé COVID-19. En outre, dans l'enquête de décembre, plus de personnes ont indiqué qu'elles sont suffisamment informées des mesures actuelles prises dans la lutte contre la COVID-19 que dans les enquêtes de juin et de septembre.
- Le pourcentage de personnes indiquant qu'elles ne respectent pas strictement les mesures a diminué par rapport à septembre. Toutefois, le taux de non-respect des mesures de base (hygiène et distance physique) reste plus élevé que les taux observés dans les deux enquêtes d'avril.
- La mesure la moins respectée est la restriction des contacts étroits à une seule personne. La mesure la plus respectée est de couvrir la bouche et le nez lorsque c'est obligatoire.
- Les jeunes et les hommes indiquent relativement plus souvent qu'ils ne respectent pas strictement les mesures.

Comme pour les enquêtes de santé COVID-19 précédentes, la cinquième enquête qui a eu lieu en décembre, a de nouveau interrogé les participants sur leur niveau de connaissance en ce qui concerne la COVID-19 et sur le respect des mesures prises pour lutter contre le virus. Contrairement aux gestes barrières (se laver les mains, se tenir à distance, etc.), les mesures prises par les autorités changent régulièrement en fonction de la situation épidémiologique (nombre d'infections, d'admissions à l'hôpital, ...). Lors de la collecte des données de la cinquième enquête organisée en décembre, l'épidémie était dans la phase descendante de la deuxième vague, mais au moment où les chiffres avaient commencé à se stabiliser. Les contacts étroits étaient autorisés avec une seule personne (en dehors du foyer) et les rassemblements étaient limités à quatre personnes.

Conformément aux résultats des enquêtes précédentes, on retrouve une proportion très élevée de la population qui se considère comme suffisamment informée sur les gestes barrières contre le coronavirus (96 %), les symptômes de la COVID-19 (91 %) et le mode de propagation du virus (87 %). Ces taux sont les plus élevés depuis le début des enquêtes de santé COVID-19 (figure 1). En outre, le pourcentage de personnes qui indiquent être suffisamment informées des mesures actuelles prises par le gouvernement dans la lutte contre la COVID-19 a augmenté lors de l'enquête de décembre (83 %) par rapport aux enquêtes de juin (68 %) et de septembre (58 %). Ce taux est maintenant presque revenu au niveau des deux enquêtes d'avril (86 % chacune). Le pourcentage de personnes ayant indiqué qu'elles étaient suffisamment informées sur les recommandations de voyage a augmenté à 67 % et se situe à nouveau au niveau de l'enquête qui a eu lieu fin avril (67 %). Les taux sont plus faibles pour les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire que pour celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. Par exemple, 82 % des personnes ayant un faible niveau d'éducation indiquent être suffisamment informées des mesures actuelles, contre 86 % des personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé.

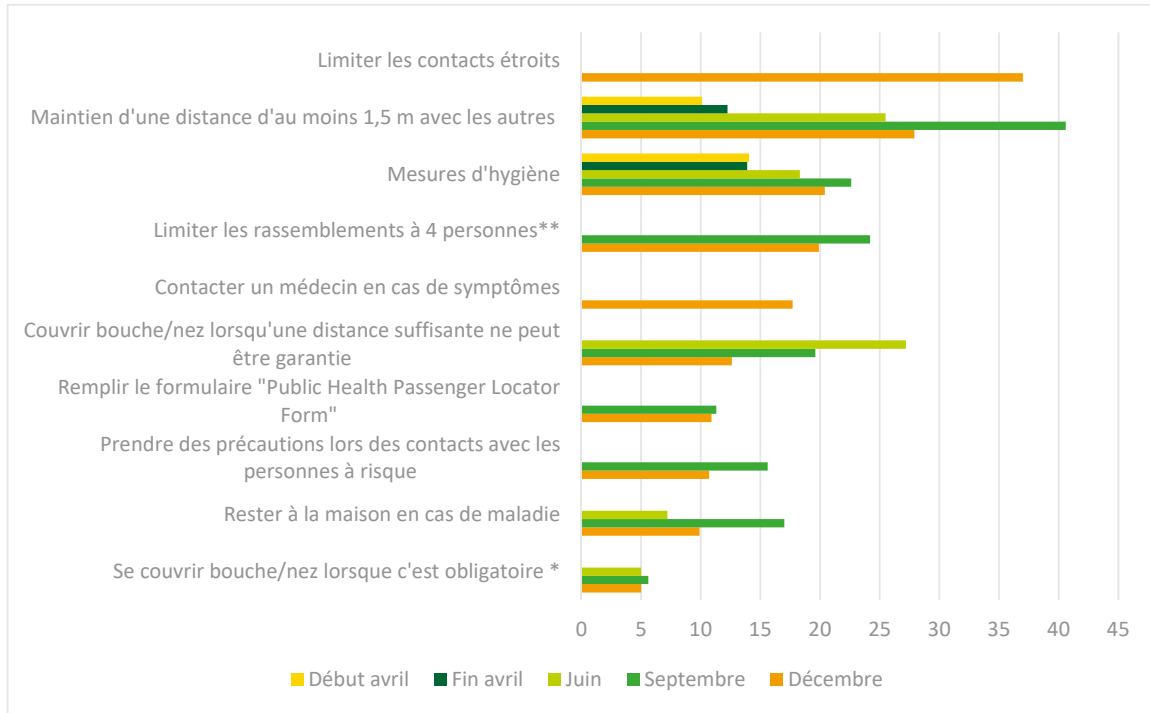
Figure 1 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent être suffisamment informées sur la COVID-19 et les mesures en vigueur, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-3-4-5), Belgique 2020



* Première et deuxième enquêtes organisées en avril : Mesures de confinement et de quarantaine ; troisième enquête organisée en juin : Assouplissement des mesures de confinement.

Par rapport à l'enquête de septembre, on constate une diminution du pourcentage de personnes qui indiquent ne pas respecter strictement les mesures, une évolution favorable dans la lutte contre le virus (figure 2). Par exemple, en décembre, 28 % des personnes ont indiqué qu'elles ne respectaient pas la mesure de se maintenir à une distance d'au moins 1,5 m avec les autres, contre 41 % en septembre. Ce pourcentage est similaire à celui de l'enquête de juin (26 %), mais reste supérieur à ceux des deux enquêtes d'avril (10 % et 12 % respectivement). La mesure la moins respectée est de limiter les contacts étroits à une seule personne : 37 % déclarent ne pas s'y conformer. Là encore, la mesure la plus respectée consiste à se couvrir la bouche et le nez là où c'est obligatoire : seuls 5 % déclarent ne pas le faire.

Figure 2 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-3-4-5), Belgique 2020

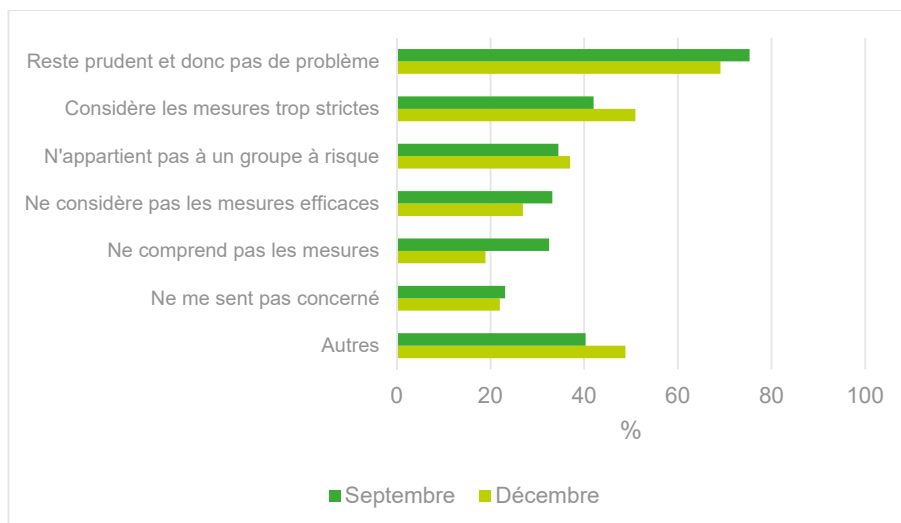


*Enquête 3 organisée en juin : se couvrir la bouche et le nez dans les transports publics (également obligatoire à l'époque).

**Enquête 4 organisée en décembre : Limiter les rassemblements à 10 personnes.

Parmi ceux qui ont rapporté en décembre ne pas respecter strictement les mesures, 69 % ont évoqué comme raison qu'ils étaient prudents ou seuls et que cela ne devrait donc pas poser de problème (figure 3). Ensuite, 51 % indiquent qu'ils considèrent les mesures comme trop strictes et 49 % qu'ils ont une autre raison. Ce sont également les raisons les plus souvent évoquées dans l'enquête de septembre. Sous "autres raisons", les répondants indiquent souvent que les règles sociales sont souvent difficiles à suivre étant donné la taille de la famille et le besoin de contacts sociaux.

Figure 3 | Raisons évoquées pour ne pas respecter strictement les mesures en vigueur (plusieurs raisons possibles), 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique, 2020



Le respect des mesures est lié à l'âge et au sexe : les jeunes et les hommes sont nettement plus nombreux à indiquer qu'ils ne suivent pas strictement les différentes mesures. Par exemple, deux fois plus d'hommes que de femmes indiquent qu'ils ne respectent pas strictement les mesures d'hygiène (27 % et 14 % respectivement). De même, 55 % des 18-24 ans indiquent qu'ils ne respectent pas strictement la règle de la distance physique, contre 14 % des 65 ans et plus.

3. Consultations liées au COVID-19

3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Depuis le début de la crise, près d'une personne sur trois âgée de 18 ans et plus a consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19.
- Plus d'une personne sur trois a été testée pour le coronavirus. Parmi ceux-ci, 15 % ont été testés positifs.
- Les raisons les plus importantes pour se faire tester sont la présence de symptômes inquiétants et être identifié comme contact à haut risque.

Lors de la cinquième enquête qui a eu lieu en décembre, 28 % de la population déclare avoir consulté un médecin pour des problèmes qui pouvaient être liés au COVID-19, et ceci depuis le début de la crise. Lors de la quatrième enquête en septembre, ce pourcentage était de 21 %. Ce pourcentage varie considérablement en fonction des caractéristiques suivantes :

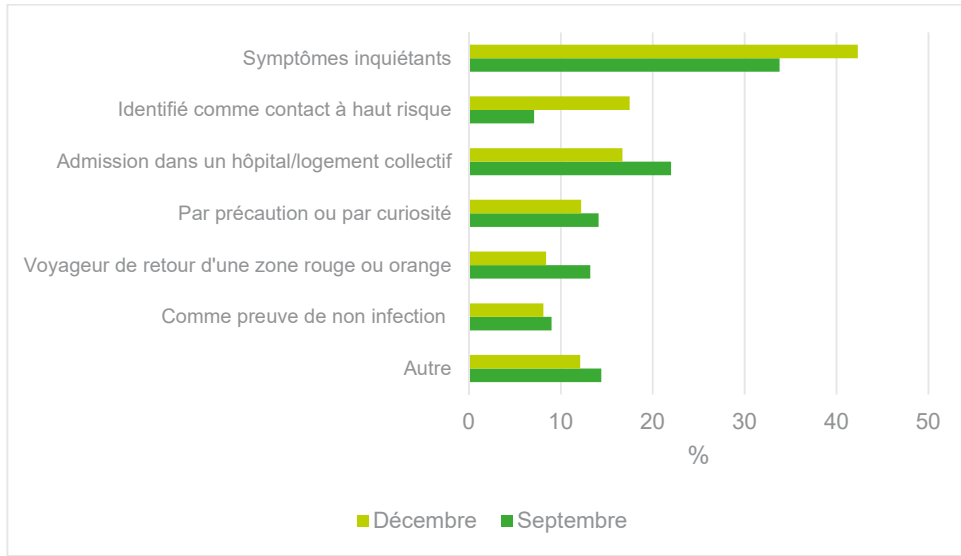
- Les personnes de 65 ans sont celles qui ont le moins souvent consulté (15 %) et celles de 18-44 ans ont le plus souvent consulté (36 % - 38 %).
- Relativement plus de femmes que d'hommes ont consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19 (30 % et 27 % respectivement).

Nous avons demandé à tous les participants s'ils avaient été testés pour le coronavirus (COVID-19). Plus d'une personne sur trois (36 %) a déclaré avoir été testée pour le coronavirus, ce qui représente une augmentation significative par rapport à septembre (24 %). Parmi ceux qui ont été testés, 15 % se sont révélés positifs, contre 5 % en septembre. Le pourcentage de personnes qui déclarent avoir été testées pour le coronavirus varie de manière significative en fonction des caractéristiques générales suivantes :

- Les pourcentages sont les plus faibles chez les personnes de 65 ans et plus (24 %) et les plus élevés chez les 25-44 ans (46 % - 48 %).
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir été testées (38,5 % contre 34 %).
- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur sont plus nombreuses à se faire tester que celles ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (39 % contre 35 %)
- Les personnes vivant en Région wallonne (40 %) sont plus nombreuses à se faire tester que celles vivant en Région flamande (34 %). Par contre, on ne trouve pas de différence significative entre les habitants de la Région bruxelloise (39 %) et ceux des deux autres régions.

Les personnes qui se font tester peuvent indiquer une ou plusieurs raisons à partir d'une liste. Tout comme en septembre, la raison la plus importante pour se faire tester était de présenter des symptômes inquiétants (34 %) (figure 4). La deuxième raison la plus fréquemment évoquée est d'être identifié comme contact à haut risque (18 %). Il est intéressant de noter que les 18-24 ans en particulier ont indiqué cette raison plus souvent (39 % contre 7-17 % dans les autres groupes d'âge). En septembre, la raison de "l'admission dans un hôpital/logement collectif" était en deuxième place.

Figure 4 | Raisons invoquées pour avoir été testé pour la COVID-19, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



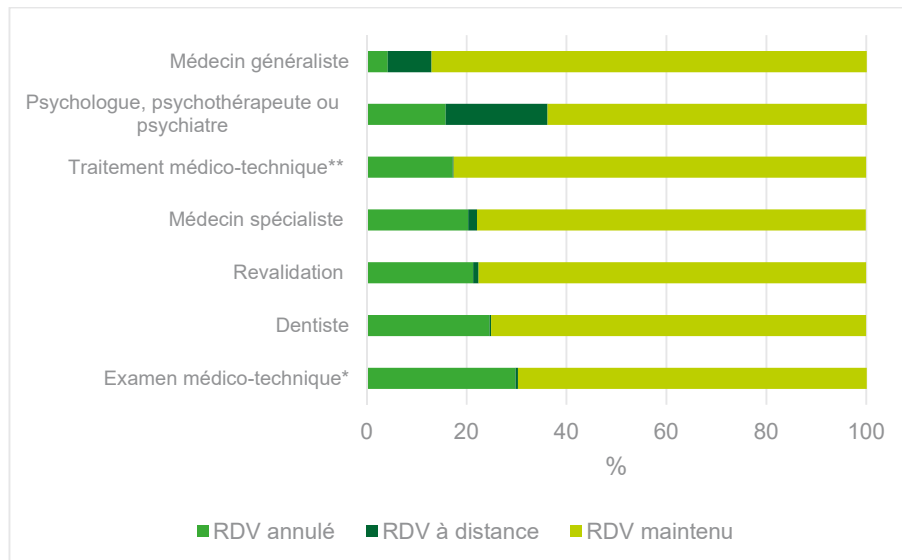
4. Accès aux soins et aux services

4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Seule une petite proportion de la population a indiqué que des soins planifiés non liés au COVID-19 ont été annulés ou reportés au cours des quatre dernières semaines.
- L'épidémie a encore un impact sur l'accès aux soins à domicile : 4 personnes sur 10 déclarent encore que les soins et l'aide apportés par une infirmière à domicile, ou par la famille, les voisins ou les amis ont cessé ou diminué au cours des 4 dernières semaines.

La première enquête de santé COVID-19, qui a eu lieu en avril, a examiné l'accès aux soins de santé pour des problèmes non liés à la COVID-19. Les résultats de cette enquête ont montré que le confinement a eu un impact important sur l'accès aux soins de santé : selon le type de soins fournis, entre 25 % et 90 % des personnes ont rapporté le report ou l'annulation des rendez-vous prévus au cours des 4 dernières semaines. Pour l'enquête de décembre, nous avons examiné de nouveau cette thématique pour étudier si l'accès aux soins de santé a été impacté par le second confinement, où les restrictions étaient moins strictes que le premier confinement. Les résultats montrent une diminution du pourcentage de personnes ayant annulé ou reporté des soins programmés : les taux varient maintenant entre 4 % et 30 % selon le prestataire de soins (figure 5). La majorité indique même que l'offre de soins planifiés s'est poursuivie comme prévu (taux variant entre 64 % à 87 % selon le prestataire). Par exemple, alors qu'en avril seuls 34 % des personnes ayant un traitement médico-technique prévu ont pu le maintenir, en décembre ce taux est de 70 %.

Figure 5 | Distribution des personnes ayant des rendez-vous prévus avec des prestataires de soins au cours des 4 dernières semaines, selon le statut de ce rendez-vous (soins prévus pour d'autres problèmes de santé que ceux liés au COVID-19), 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

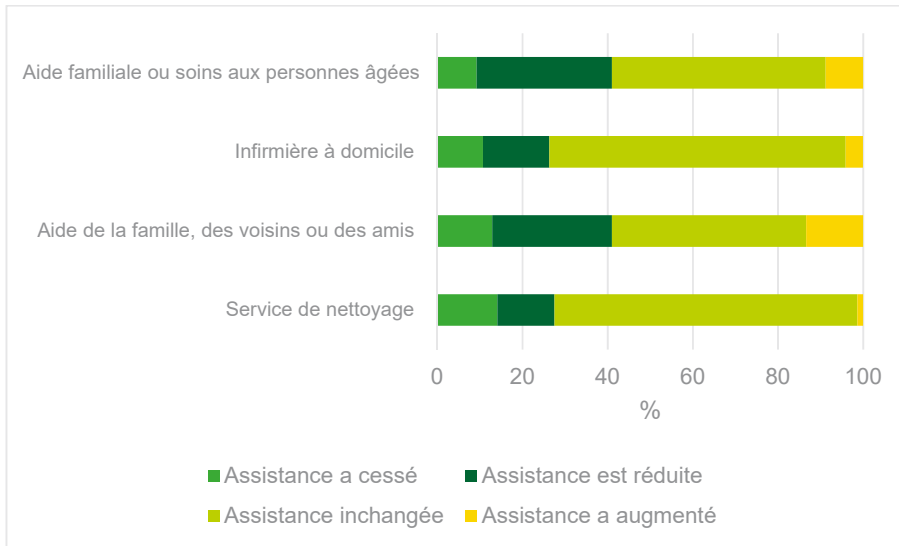


* radiographie, tomodensitométrie, RMN, TEP,...

** radiothérapie, dialyse, ...

La cinquième enquête, réalisée en décembre, s'est également penchée sur l'accès aux services d'aide à domicile. Les résultats montrent que l'impact des restrictions sur l'accès aux soins à domicile est moindre que lors de la première enquête en avril. Le pourcentage de personnes déclarant que l'assistance a cessé au cours des quatre dernières semaines dépend du type d'assistance et varie entre 9 % et 14 % (figure 6) ; en avril, il se situait entre 28 % et 94 %. Malgré cette évolution positive, 4 personnes sur 10 déclarent encore que les soins et l'aide apportés par une infirmière à domicile, ou par la famille, les voisins ou les amis ont cessé ou diminué au cours des 4 dernières semaines.

Figure 6 | Distribution des personnes qui ont habituellement recours à une assistance à domicile, selon le statut de cette assistance au cours des 4 dernières semaines, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



5. Accessibilité financière aux soins de santé

5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Près d'une personne sur trois en Belgique (30 %) déclare que les dépenses de santé ont été difficiles à supporter pour leur ménage pendant la crise du COVID-19, un pourcentage deux fois plus élevé que celui constaté dans l'enquête de santé 2018.
- Pas moins de la moitié des habitants de la Région wallonne indique que les dépenses de santé ont été difficiles à supporter pour leur ménage pendant la crise du COVID-19. Ce chiffre est de 38 % en Région bruxelloise et de 19 % en Région flamande.
- 15 % des personnes de 18 ans et plus ont indiqué qu'en raison de problèmes financiers, ils ont dû reporter des soins médicaux, des soins dentaires, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes et/ou de soins de santé mentale pendant la crise COVID-19. Ce pourcentage est également significativement plus élevé que celui de l'enquête de santé 2018 (9 %).

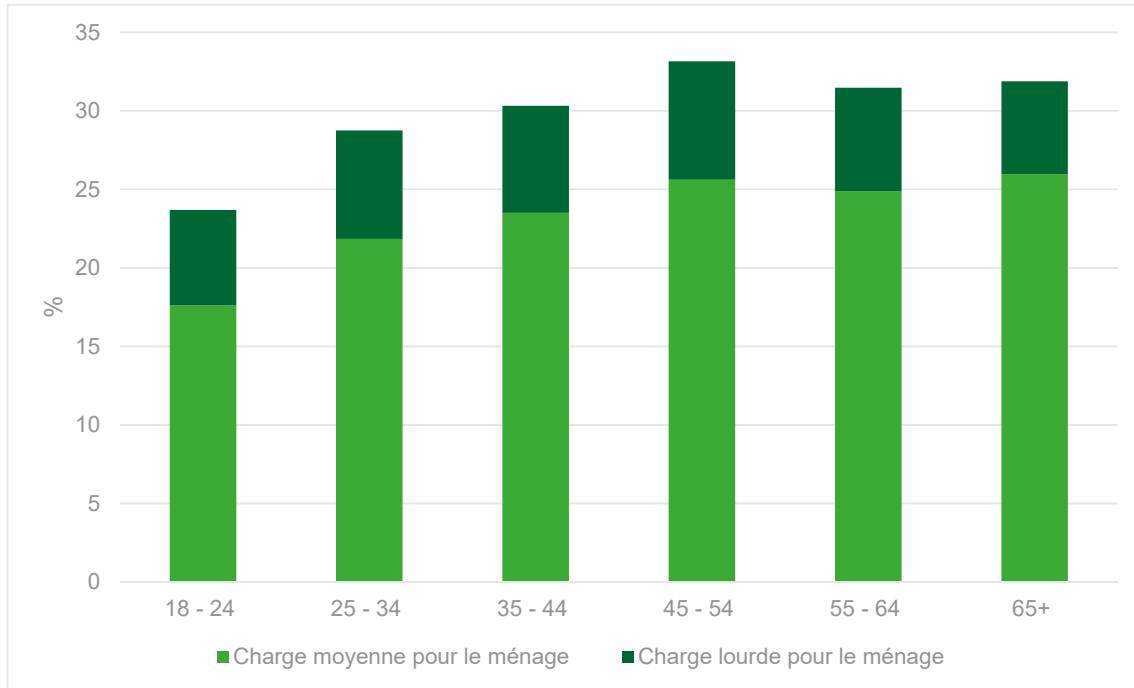
L'enquête de santé COVID-19 de décembre a inclus un module sur l'accessibilité financière aux soins de santé pendant la crise du COVID-19. Ce module a été repris de l'enquête de santé organisée en 2018 et comprend deux séries de questions. La première série examine dans quelle mesure les personnes considèrent les dépenses nécessaires aux soins de santé de leur famille (coûts des soins médicaux, coûts du dentiste, coûts des médicaments) comme une charge difficile à supporter pour le ménage. Ces questions ont d'abord été testées dans l'enquête EU-SILC (statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie) de 2017. La deuxième série examine dans quelle mesure les personnes ont indiqué qu'elles étaient obligées de reporter leur consommation médicale (des soins médicaux, des soins dentaires, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes et/ou de soins de santé mentale, comme ceux d'un psychologue ou d'un psychiatre) pour des raisons financières. Pour les deux séries de question, la période de référence "pendant la crise du coronavirus (COVID-19)" a été utilisée.

5.2. PERCEPTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Les résultats montrent que 7 % des personnes de 18 ans et plus déclarent que les dépenses de santé ont été une charge très lourde à supporter pour leur ménage pendant la crise du COVID-19 et 24 % déclarent que ces dépenses ont été une charge moyenne pour leur ménage. Au total, 30 % de la population estime que les dépenses de soins ont été difficiles à supporter pour leur ménage pendant la crise du COVID-19, un pourcentage deux fois plus élevé que le taux rapporté par l'enquête de santé 2018 (15 % - avec une période de référence d'un an).

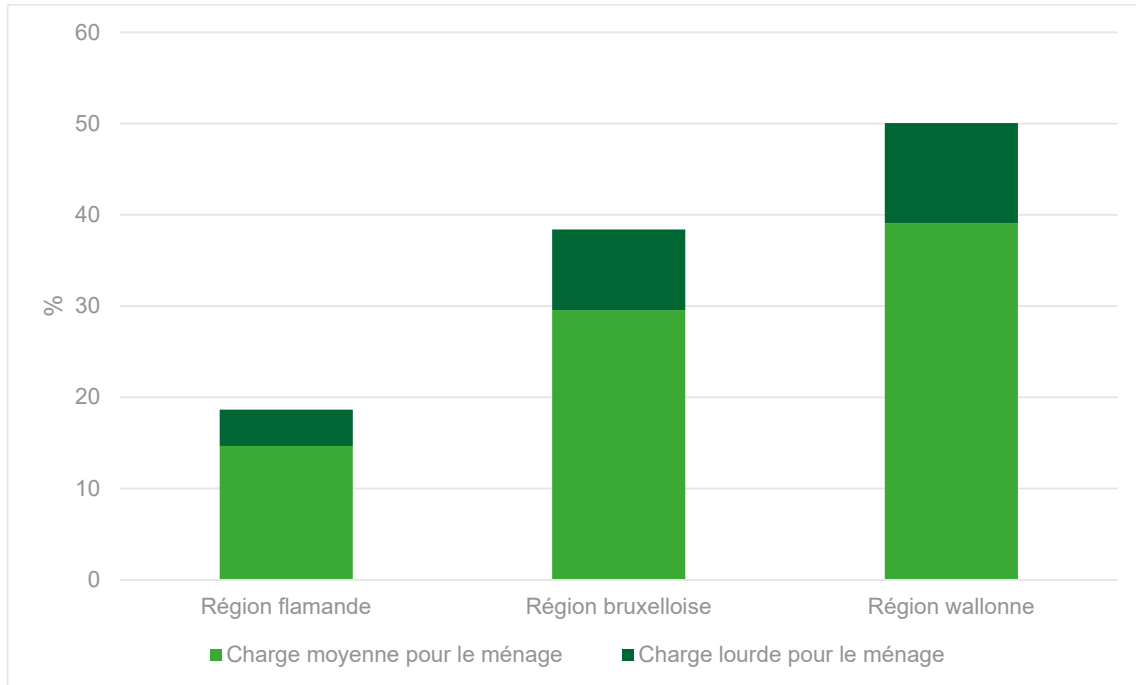
Les femmes (33 %) perçoivent plus souvent que les hommes (27 %) que les dépenses de santé ont été difficiles à supporter pour leur ménage. Le pourcentage de la population indiquant que les dépenses de santé ont été une charge moyenne pour leur ménage augmente avec l'âge, jusqu'à la tranche d'âge de 45 à 54 ans, pour se stabiliser ensuite. Par contre, le pourcentage de la population indiquant que les dépenses de santé ont été une charge lourde à supporter ne varie pas avec l'âge (Figure 7).

Figure 7 | Distribution des personnes (18 ans et plus) indiquant que les dépenses de soins de santé sont difficiles à supporter, par âge, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



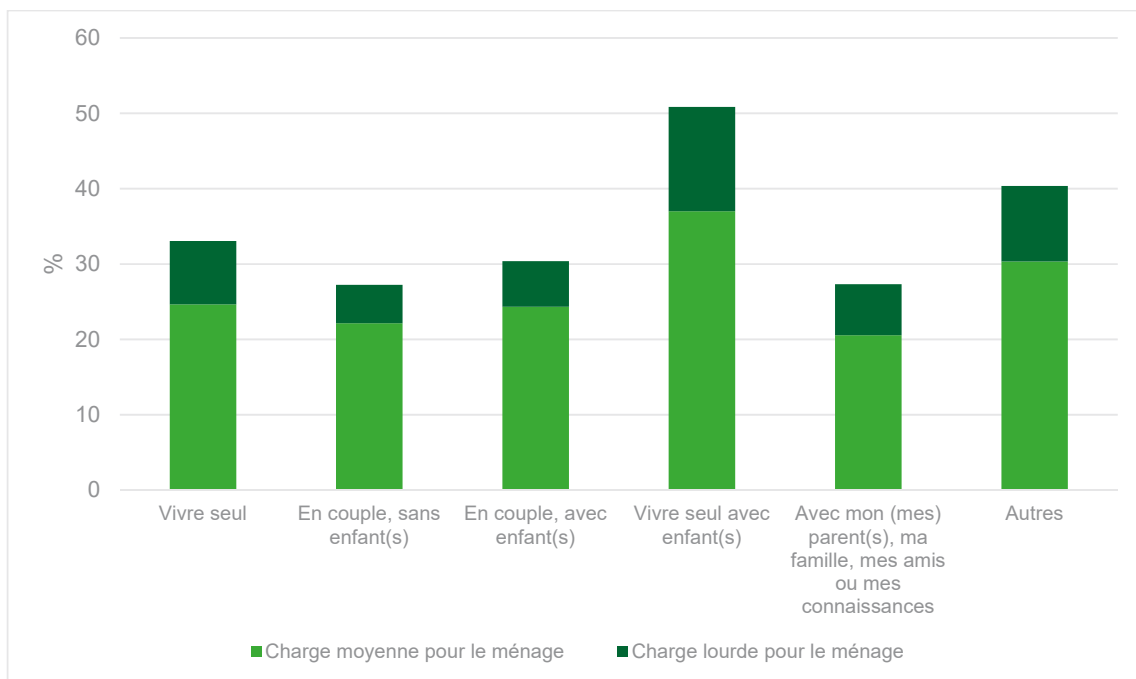
Le pourcentage de personnes qui indiquent que les dépenses de santé sont difficiles à supporter varie significativement selon les régions : alors qu'en Région flamande, 19 % de la population est concernée, ce pourcentage est de 38 % en Région bruxelloise et de pas moins de 50 % en Région wallonne (Figure 8). Ces différences sont significatives à la fois pour la proportion de la population qui déclare que les dépenses de soins de santé sont une charge moyenne pour leur ménage (respectivement 15 %, 26,5 % et 37 % respectivement) et celle qui estime que ces dépenses sont une charge lourde pour leur ménage (respectivement 4 %, 9 % et 11 %).

Figure 8 | Distribution des personnes (18 ans et plus) indiquant que les dépenses de santé sont difficiles à supporter, par régions, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Aussi, la composition du ménage a un impact sur l'accessibilité financière : les personnes vivant seules et (surtout) les personnes vivant seules avec enfant(s) indiquent que les dépenses de santé sont difficiles à supporter (Figure 9).

Figure 9 | Distribution des personnes (18 ans et plus) indiquant que les dépenses de soins de santé sont difficiles à supporter, par type de ménage, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

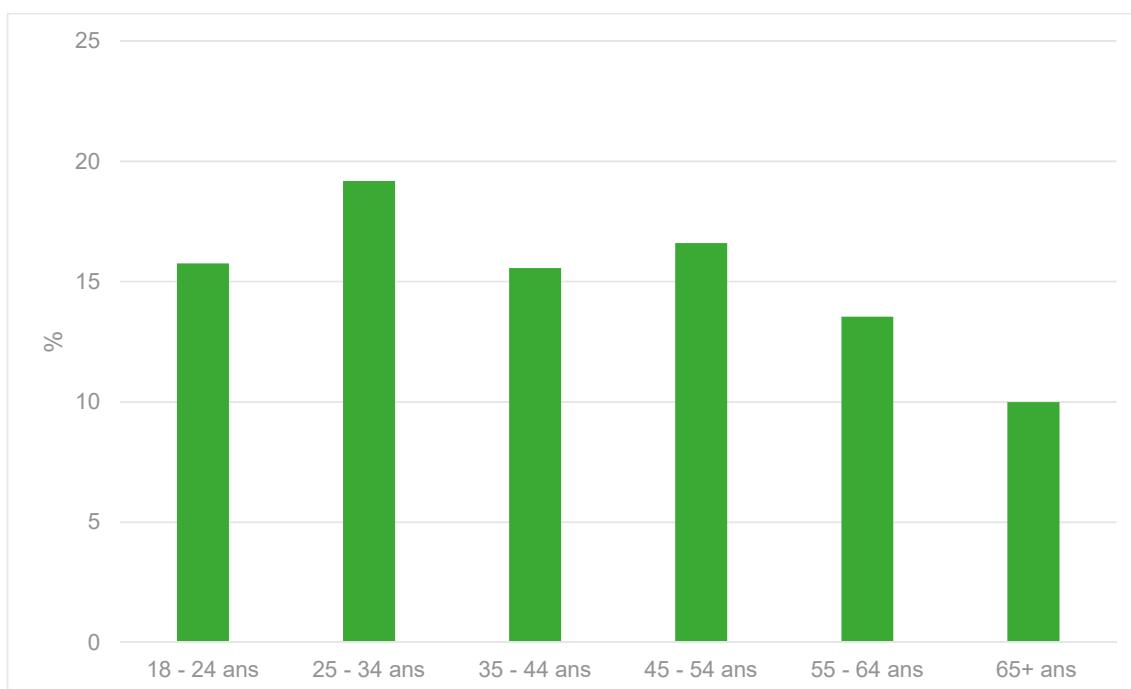


5.3. REPORT DES SOINS DE SANTÉ

15 % des personnes de 18 ans et plus ont indiqué qu'en raison de problèmes financiers, ils ont dû reporter des soins médicaux, des soins dentaires, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes et/ou des soins de santé mentale au cours de la crise du COVID-19. Ce pourcentage est également plus élevé que le taux rapporté dans l'enquête de santé 2018 (9 %, avec une période de référence d'un an).

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à indiquer que leur famille a dû reporter des soins de santé pour des raisons financières (16 % contre 13% des hommes). En ce qui concerne l'âge, c'est surtout les 18-34 ans et les 45-54 ans qui sont plus nombreux à déclarer avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières (Figure 10).

Figure 10 | Distribution des personnes (18 ans et plus) indiquant que leur famille a dû reporter des soins pour des raisons financières, par âge, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Contrairement à ce que l'on a pu constater en ce qui concerne la perception des dépenses de santé, le pourcentage de la population affirmant devoir reporter des soins de santé ne diffère guère selon les régions (Région flamande : 14 % ; Région bruxelloise : 15 % ; Région wallonne : 16 %).

6. Vaccination

6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 59,5 % de la population de 18 ans et plus a l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 si un tel vaccin devient disponible, soit une augmentation de 10 % par rapport à l'enquête précédente. D'autre part, 26 % de la population indique qu'elle n'est pas certaine de vouloir se faire vacciner tandis que 15 % déclare qu'elle n'a pas l'intention de le faire.
- Le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner dès qu'un vaccin sera disponible a augmenté pour tous les groupes d'âge, mais surtout parmi les 18-24 ans (de 47 % à 62 %).
- Le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner a augmenté dans toutes les régions par rapport à l'enquête précédente, et il est maintenant à 67 % en Région flamande, 55 % en Région bruxelloise et 47 % en Région wallonne.
- Selon les personnes qui ont l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, la raison principale de ce choix est que le vaccin est le meilleur moyen de revenir à une vie normale.
- Selon les personnes qui ne sont pas certaines de se faire vacciner, l'élément qui les aiderait le plus dans leur prise de décision est de savoir que le vaccin a été utilisé pendant longtemps sans effets secondaires graves.
- Selon les personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner, la crainte des effets secondaires est la principale raison à ce refus.
- Une grande proportion de la population a confiance dans les informations sur le vaccin contre la COVID-19 fournies par les professionnels de la santé et par le site officiel (www.infocoronavirus.be). En revanche, les informations sur le vaccin COVID-19 fournies par des amis, des membres de la famille ou des collègues, les informations fournies par les réseaux sociaux ou par des célébrités et influenceurs des médias sociaux ne sont fiables que pour une très petite partie de la population.
- 90 % de la population indique que des travailleurs du secteur des soins de santé devrait avoir une "priorité élevée" pour la vaccination contre la COVID-19. Les personnes souffrant de maladies qui les exposent à un risque de développer une COVID-19 sévère et les personnes de 65 ans et plus sont également considérées comme prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19.
- Plus de la moitié de la population est d'accord avec les déclarations suivantes : "La vaccination contre la COVID-19 doit être enregistrée dans une base de données centrale ", " Il est du devoir du citoyen de se faire vacciner contre la COVID-19 ", " Les autres pays devraient pouvoir demander si les voyageurs belges sont vaccinés contre la COVID-19 " et " Les personnes entrant en Belgique doivent pouvoir prouver qu'elles sont vaccinées contre la COVID-19 ".

Lors de la cinquième enquête de santé COVID-19, organisée en décembre, le thème de la "vaccination" a été abordé d'une manière plus approfondie que dans l'enquête précédente qui a eu lieu en septembre 2020. Comme lors de l'enquête précédente, nous avons d'abord enquêté sur l'attitude de la population à l'égard de la vaccination contre le coronavirus. Dans l'enquête de septembre, la question suivante a été posée : "Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le coronavirus (COVID-19), mais de nombreux chercheurs y travaillent. Quand un tel vaccin sera disponible, prévoyez-vous de vous faire vacciner ?". Dans l'enquête de décembre, cette question a été reformulée en raison de l'évolution du développement des vaccins : "Plusieurs vaccins contre la COVID-19 sont en phase de développement. Lorsqu'ils seront disponibles, prévoyez-vous de vous faire vacciner ?". Les réponses possibles sont les suivantes : "Oui", "Peut-être, pas sûr", "Non".

Comme lors de l'enquête de septembre, les personnes ayant répondu "Oui" ont été invitées à indiquer les raisons de leur choix (question à choix multiples). La liste des raisons possibles est restée inchangée par rapport à l'enquête précédente. Les personnes ayant répondu "Peut-être, pas sûr" ont été invitées à indiquer

les éléments importants qui les aideraient dans leur prise de décision concernant la vaccination (question à choix multiple). Dans l'enquête actuelle, deux éléments ont été ajoutés : "Type de vaccin utilisé" et " Niveau d'efficacité du vaccin". Les personnes ayant répondu "Non" ont été invitées à indiquer les raisons de leur choix (question à choix multiples). Là encore, la liste des raisons possibles a été élargie avec la catégorie de réponse suivante : " Je ne pense pas que c'est nécessaire car j'ai déjà eu la COVID-19".

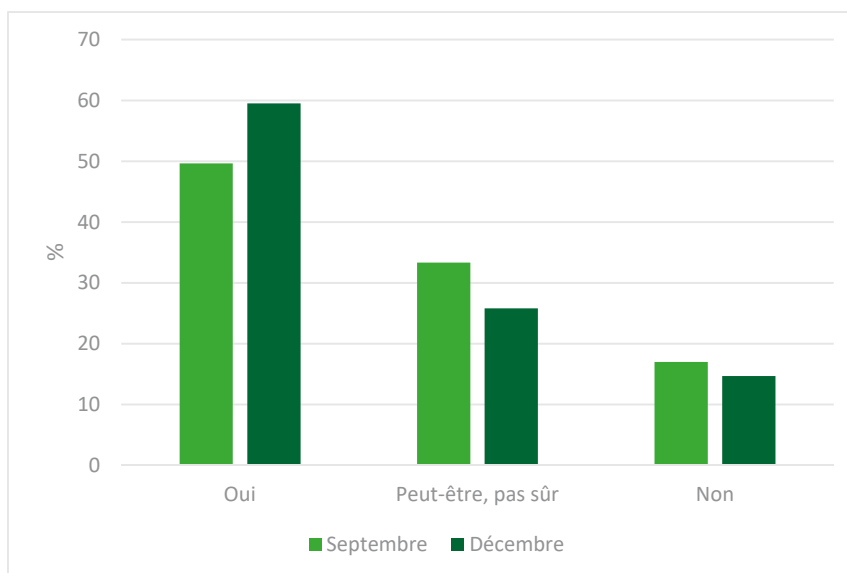
Les participants ont aussi été interrogés sur leur attitude à l'égard des vaccins en général, et ceci pour déterminer si l'hésitation à l'égard de la vaccination contre le coronavirus est spécifique à ce type de vaccin ou si c'est une attitude envers le vaccin en général.

Ces derniers mois, les médias ont abondamment rapporté sur le développement des vaccins contre la COVID- 19. Dans ce contexte, il nous a semblé opportun de questionner les participants sur leur degré de confiance dans les différentes sources d'information. Enfin, nous avons aussi étudié l'avis de la population vis-à-vis des stratégies et scénarios possibles pour la campagne de vaccination.

6.2. INTENTION VACCINALE

Lors de la cinquième enquête de santé COVID-19, 59,5 % de la population de 18 ans et plus a déclaré avoir l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 si un tel vaccin devient disponible. Par rapport aux résultats de l'enquête de septembre- où 50 % des personnes interrogées ont indiqué vouloir se faire vacciner - cela représente une augmentation de presque 10 %. D'autre part, 26 % de la population indique qu'elle n'est pas certaine de vouloir se faire vacciner (une diminution de 7,5 % par rapport à septembre) tandis que 15 % de la population déclare qu'elle n'a pas l'intention de se faire vacciner (une diminution de 2 % par rapport à septembre) (figure 11). La forte augmentation dans le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 est donc associée plus à une diminution dans le pourcentage de personnes qui ne sont pas sûres de vouloir se faire vacciner qu'à une diminution dans le pourcentage de personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner. Les différences dans les proportions entre les deux enquêtes sont statistiquement significatives, même si l'on ajuste pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, et l'attitude envers les vaccins en général.

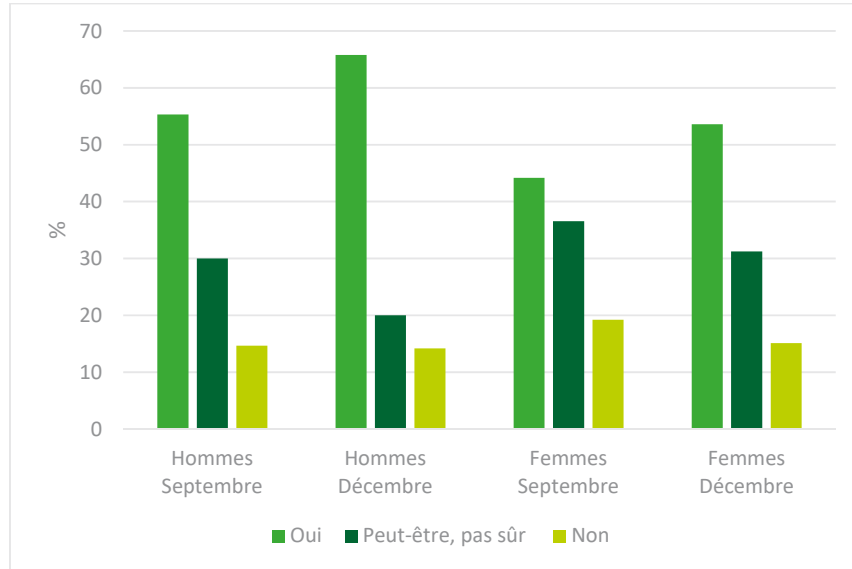
Figure 11 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID- 19, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



Comme pour l'enquête de septembre, les hommes restent plus nombreux que les femmes à vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 (66 % contre 54 %). En outre, par rapport à septembre, le pourcentage de personnes qui ne sont sûres de vouloir se faire vacciner a diminué davantage chez les hommes (de 30 % à

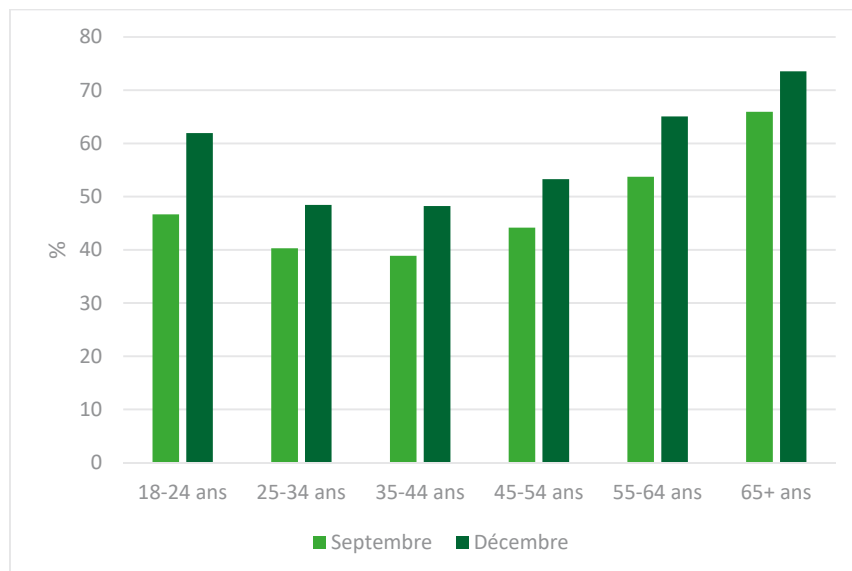
20 %) que chez les femmes (de 37 % à 31 %) (figure 12). Le pourcentage d'hommes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner est resté presque stable entre les deux enquêtes, tandis que celui des femmes a diminué (de 18 % à 15 %).

Figure 12 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID- 19, par sexe, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



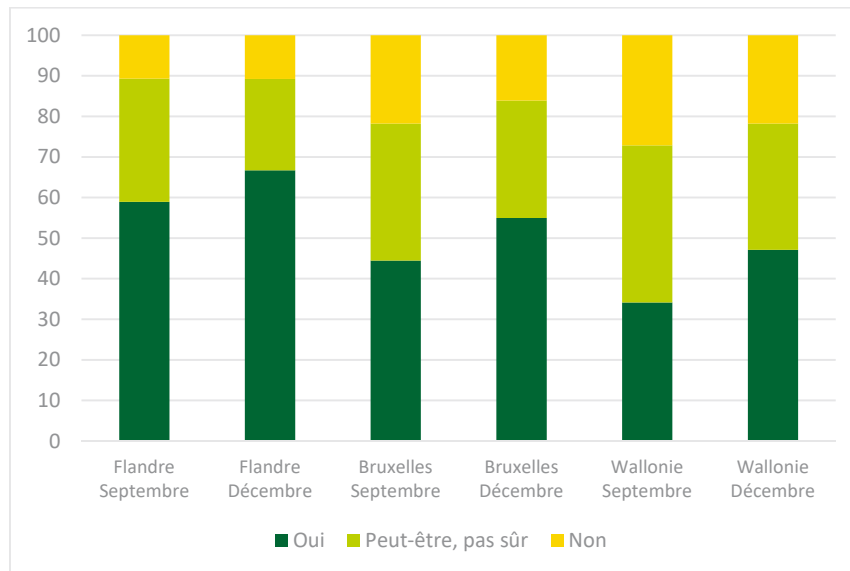
Le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner dès qu'un vaccin sera disponible a augmenté pour tous les groupes d'âge, mais surtout parmi les 18-24 ans (de 47 % à 62 %) (figure 13). Malgré cette augmentation le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner reste relativement faible dans les tranches d'âge des 25-44 ans (48 %). Parmi les personnes de 65 ans et plus - qui appartiennent au groupe cible prioritaire - le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner passe de 66 % à 73,5 %.

Figure 13 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID- 19, par âge, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



Les résultats de l'enquête de septembre ont montré des différences régionales très marquées en ce qui concerne l'intention vaccinale contre la COVID-19, avec une proportion substantiellement plus élevée de la population qui a l'intention de se faire vacciner en Région flamande par rapport aux Régions bruxelloise et wallonne. L'enquête actuelle montre que l'intention de se faire vacciner a augmenté dans les trois régions – mais d'une manière plus prononcée dans les Régions bruxelloise (de 44,5 % à 55 %) et wallonne (de 34 % à 47 %) (figure 14). Néanmoins, ces proportions restent inférieures à celle de la Région flamande (67 %). L'augmentation de l'intention vaccinale dans les Régions bruxelloise et wallonne se fait grâce à la diminution à la fois du pourcentage de la population qui n'est pas sûre de vouloir se faire vacciner et du pourcentage de la population qui n'a pas l'intention de se faire vacciner. En Région flamande, cependant, le pourcentage de la population qui n'a pas l'intention de se faire vacciner contre le coronavirus la COVID-19 reste stable.

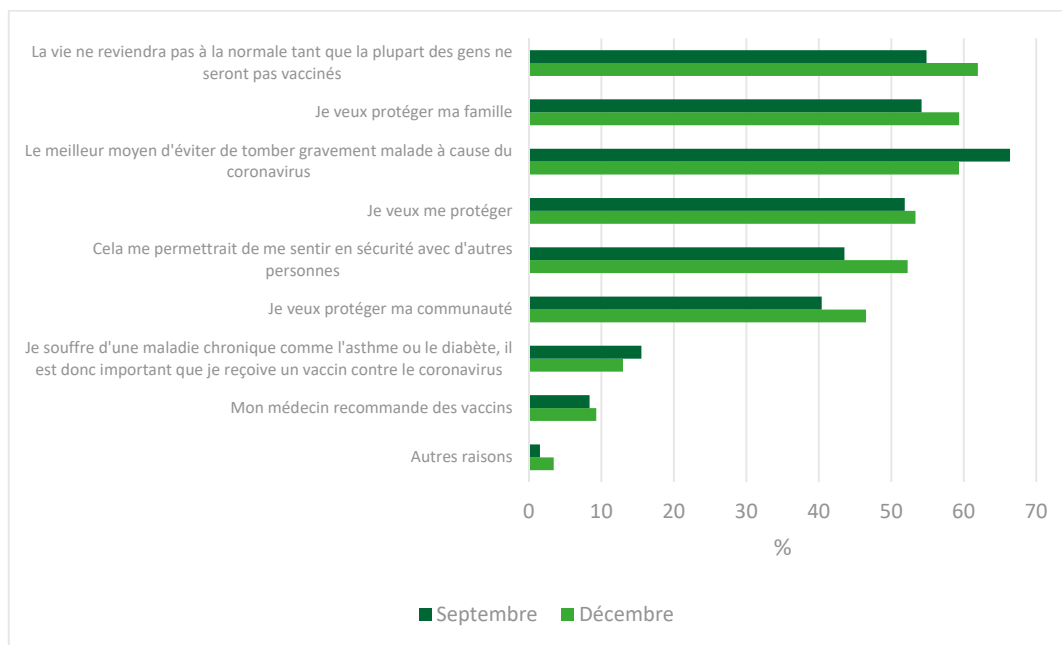
Figure 14 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID-19, par région, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



6.3. RAISONS INVOQUÉES POUR SE FAIRE VACCINER

Nous avons examiné les raisons pour lesquelles les participants ont indiqué avoir l'intention de se faire vacciner. Plusieurs raisons pouvaient être choisies. Parmi les 59,5 % des participants qui ont l'intention de se faire vacciner, le « top trois » des raisons les plus fréquemment citées n'a pas changé par rapport aux résultats de l'enquête précédente : "la vie ne reviendra pas à la normale tant que la plupart des gens ne seront pas vaccinés", "je veux protéger ma famille" et "c'est (= la vaccination) le meilleur moyen d'éviter de tomber gravement malade à cause du coronavirus" (figure 15).

Figure 15 | Raisons invoquées (%) pour se faire vacciner contre la COVID-19, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020

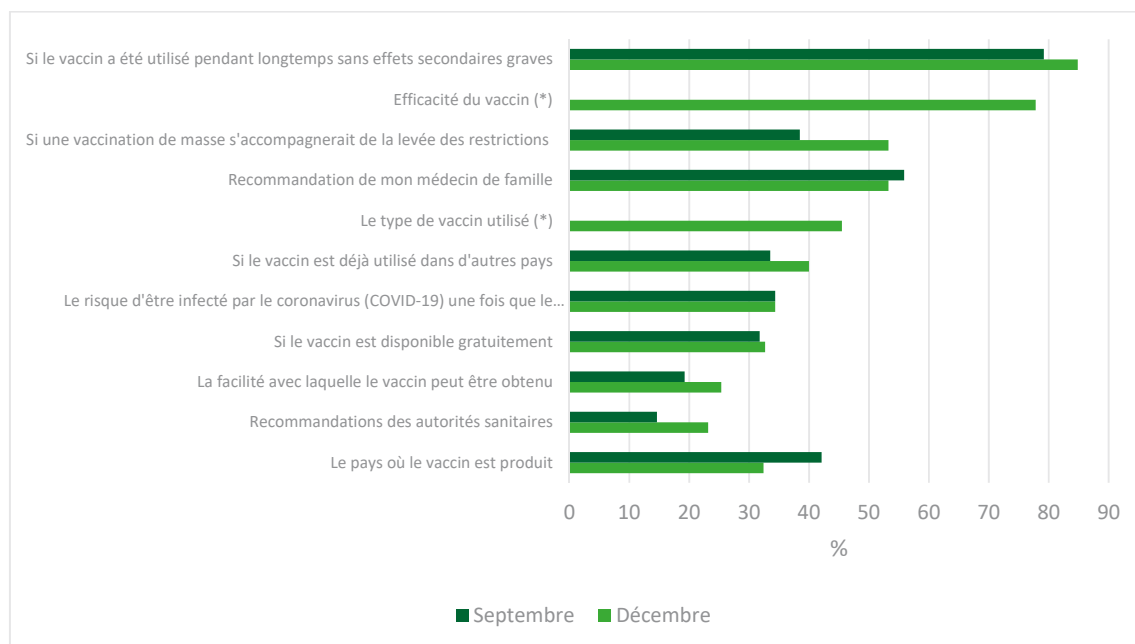


6.4. ÉLÉMENTS IMPORTANTS POUR LA PRISE DE DÉCISION PARMIS CEUX QUI HÉSITENT À SE FAIRE VACCINER

La proportion de la population qui n'est pas certaine de vouloir se faire vacciner a diminué de 7,5 % par rapport à septembre (tandis que la proportion de la population qui a l'intention de se faire vacciner a augmenté de presque 10 %). Néanmoins, pour développer une politique de vaccination efficace, il est extrêmement utile de savoir quels sont les éléments qui aideraient la prise de décision de se faire vacciner ou non.

L'élément qui reste le plus souvent indiqué comme très important est le fait de savoir que le vaccin a été utilisé depuis longtemps sans effets secondaires graves (85 % des personnes qui hésitent à se faire vacciner ont indiqué cet élément comme très important) (figure 16). Toutefois, cela signifie que si le vaccin n'a pas été utilisé pendant longtemps sans effets secondaires graves, il serait difficile de convaincre ce groupe à se faire vacciner. Le deuxième élément le plus souvent indiqué comme très important est de savoir si le vaccin est efficace (pour 78 % des personnes qui hésitent à se faire vacciner ont indiqué cet élément comme très important), cet élément est d'une grande importance - point non interrogé dans l'enquête précédente). Le "top trois" des éléments est complété par la question de savoir si un taux de vaccination élevé permettrait de lever les restrictions de mouvement et de rassemblement des groupes.

Figure 16 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui ne sont pas sûres de vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 et qui indiquent que les éléments suivants sont très importants dans leur prise de décision, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



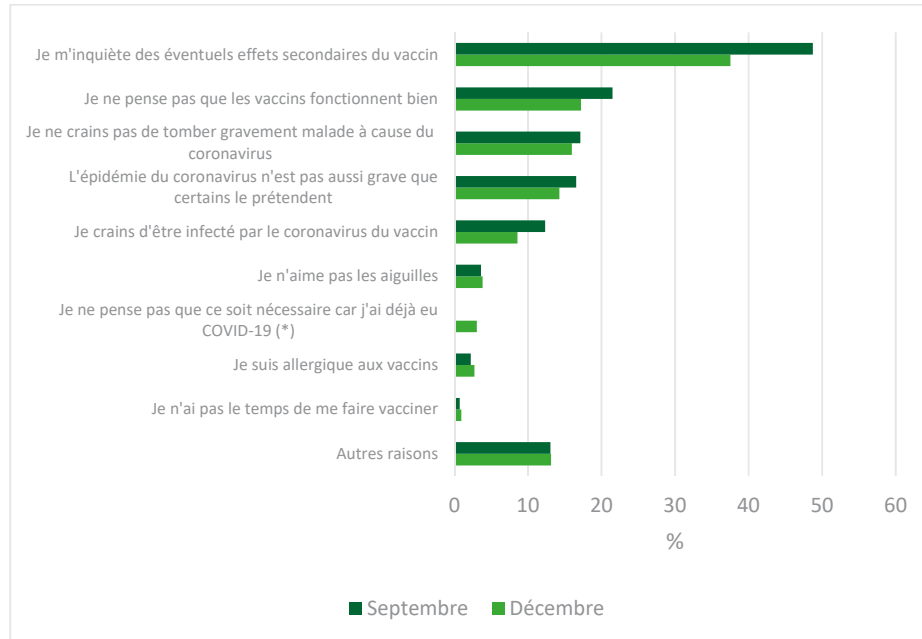
(*) Éléments uniquement étudiés dans la 5^e enquête de santé COVID-19 organisée en décembre

6.5. RAISONS INVOQUÉES POUR NE PAS SE FAIRE VACCINER

Malgré le fait que nous avons observé une légère diminution entre septembre et décembre dans la proportion de la population qui n'a pas l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 (de 17 % à 15 %), il reste extrêmement important de connaître les raisons pour lesquelles une partie de la population n'est pas prête à se faire vacciner.

Par rapport à l'enquête précédente, les trois principales raisons sont restées inchangées : la raison la plus souvent indiquée reste l'inquiétude concernant les éventuels effets secondaires du vaccin (37,5 % des personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner - une diminution de 11 % par rapport à l'enquête précédente), la croyance que les vaccins ne fonctionnent pas très bien (17 %) et le fait qu'elles ne craignent pas de tomber gravement malades à cause du coronavirus (16 %) (figure 17) .

Figure 17 | Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner contre la COVID-19, 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020

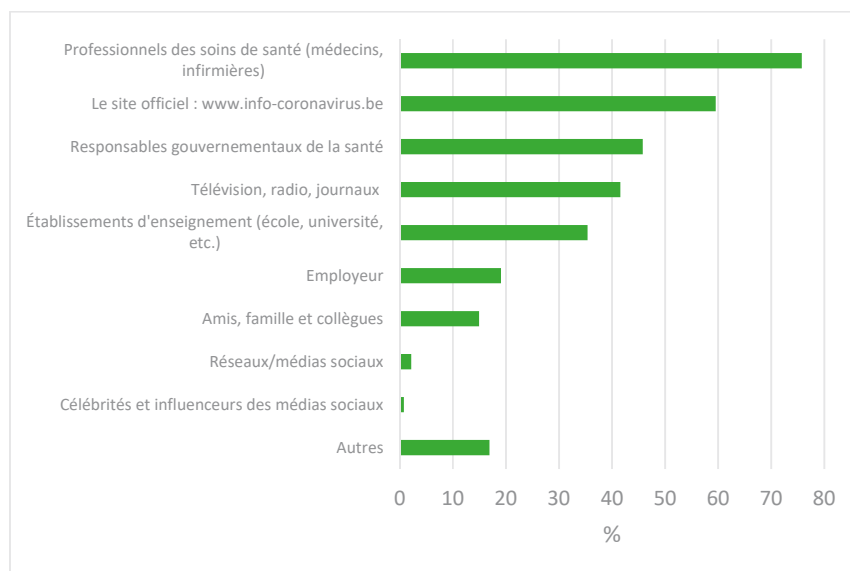


(*) Éléments uniquement étudiés dans la 5e enquête de santé COVID-19 organisée en décembre

6.6. CONFIANCE DANS LES SOURCES D'INFORMATION

La 5^e enquête de santé COVID-19 a enquêté sur le degré de confiance de la population dans les sources d'information sur le vaccin contre la COVID-19. Les résultats montrent que le trois quart de la population (76 %) ont confiance dans les professionnels de soins de santé (tels que les médecins et les infirmières) pour obtenir de l'information sur le vaccin COVID-19 (figure 18). Le site officiel (www.info-coronavirus.be) bénéficie également de la confiance d'une grande proportion de la population (59,5 %). Les responsables de la santé publique (46 %) et la télévision, la radio et les journaux (41,5 %) ont la confiance d'une bonne partie de la population. En revanche, les informations sur le vaccin COVID-19 fournies par des amis, des membres de la famille ou des collègues, les informations fournies par les réseaux sociaux ou par des célébrités et influenceurs des médias sociaux ne sont fiables que pour une très petite partie de la population.

Figure 18 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui déclarent être très confiantes dans les informations sur le vaccin contre la COVID-19 provenant des sources suivantes, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

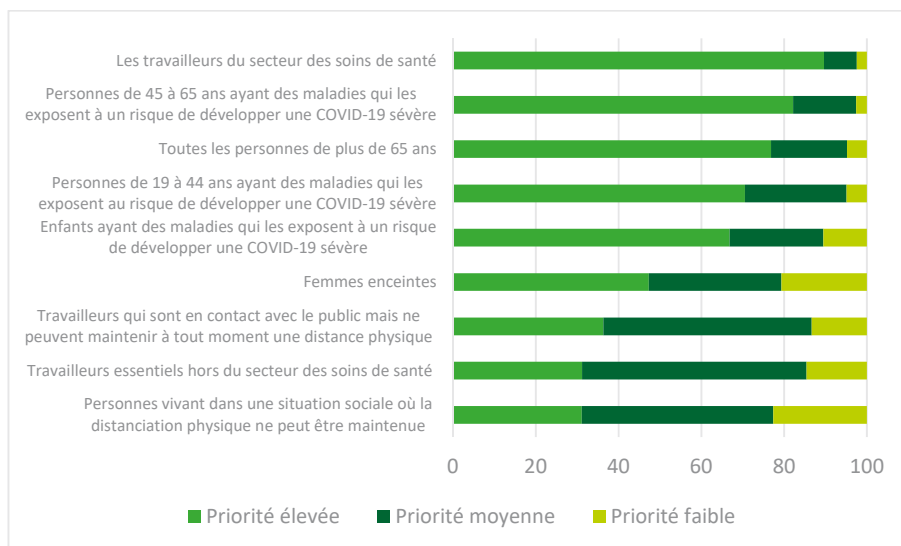


6.7. STRATEGIES ET SCENARIOS DE VACCINATION

Maintenant que le développement des vaccins COVID-19 est à son stade final, différents scénarios et stratégies sont en cours d'élaboration pour organiser une campagne de vaccination efficace. Toutefois, étant donné que les vaccins disponibles ne sont pas en nombre suffisant pour pouvoir vacciner tout le monde -du moins au début -, la priorité devrait être donnée aux groupes à "haut risque". Afin de connaître l'opinion de la population à ce sujet, une question a été posée dans l'enquête pour savoir quels groupes devraient être prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19.

Les résultats montrent clairement que, selon la population, les travailleurs du secteur des soins de santé devraient être prioritaires : 90 % de la population indique que la vaccination de ce groupe professionnel devrait avoir une "priorité élevée" (figure 19). Les personnes souffrant de maladies qui les exposent à un risque de développer une COVID-19 sévère et les personnes de 65 ans et plus sont également considérées comme prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Les travailleurs qui interagissent avec le public et ne peuvent pas maintenir à tout moment une distance physique, les travailleurs essentiels hors du secteur des soins de santé et les personnes vivant dans une situation sociale où la distanciation physique ne peut être maintenue à tout moment, ne sont considérés comme ayant une "priorité élevée" pour la vaccination que par une minorité de la population (+/- 30 %) (COVID-19).

Figure 19 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de priorité des groupes de populations suivantes pour la vaccination contre la COVID-19, 5e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

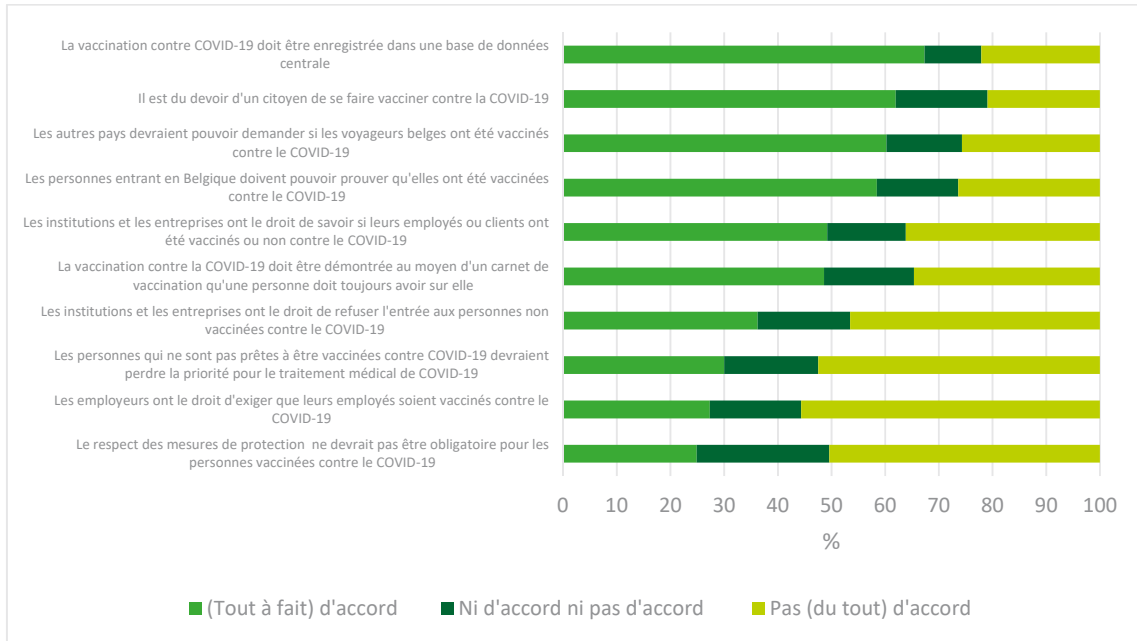


Nous avons aussi sondé l'avis de la population sur une série de déclarations. L'objectif étant de voir dans quelle mesure la population était d'accord avec certaines conséquences éventuelles de la (non)vaccination. Pour chacune des déclarations, il y a 5 possibilités de réponse que nous avons groupé en 3 catégories : tout à fait d'accord ou d'accord (catégorie « (tout à fait) d'accord »), ni d'accord ni pas d'accord (catégorie « Ni d'accord ni pas d'accord »), pas d'accord ou pas du tout d'accord (catégorie « pas (du tout) d'accord »).

La déclaration "La vaccination contre la COVID-19 doit être enregistrée dans une base de données centrale " est celle avec laquelle le plus grand pourcentage de la population (67 %) se déclare (tout à fait) d'accord (figure 20). Les déclarations avec lesquelles au moins la moitié de la population adhère sont les suivantes : " Il est du devoir du citoyen de se faire vacciner contre la COVID-19 " (62 %), " Les autres pays devraient pouvoir demander si les voyageurs belges sont vaccinés contre la COVID-19 " (60 %) et " Les personnes entrant en Belgique doivent pouvoir prouver qu'elles sont vaccinées contre la COVID-19 " (58 %).

En revanche, au moins la moitié de la population n'est pas (du tout) d'accord avec les déclarations suivantes : "Les personnes qui ne veulent pas être vaccinées contre la COVID-19 devraient perdre la priorité pour le traitement médical de la COVID-19" (52,5 %), " Les employeurs ont le droit d'imposer la vaccination contre la COVID-19 à leurs employés " (56 %) et " Le respect des mesures de protection (port du masque, distanciation physique, etc.) ne devrait pas être obligatoire pour les personnes qui sont vaccinées contre la COVID- 19" (50 %).

Figure 20 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur accord ou désaccord avec les déclarations suivantes, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



7. Santé sociale

7.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 63,5 % de la population âgée de 18 ans et plus est insatisfaite de ses contacts sociaux. Il s'agit d'une forte augmentation par rapport à la quatrième enquête de santé COVID-19 organisée en septembre 2020 (34,5 %).
- 40 % de la population se sent faiblement soutenue socialement. Ce pourcentage est plus élevé que les pourcentages rapportés dans toutes les enquêtes de santé COVID-19 précédentes (30,5 %-33 %).

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 de soutien social, tout au long de la crise du coronavirus.

7.2. INSATISFACTION À L'ÉGARD DES CONTACTS SOCIAUX

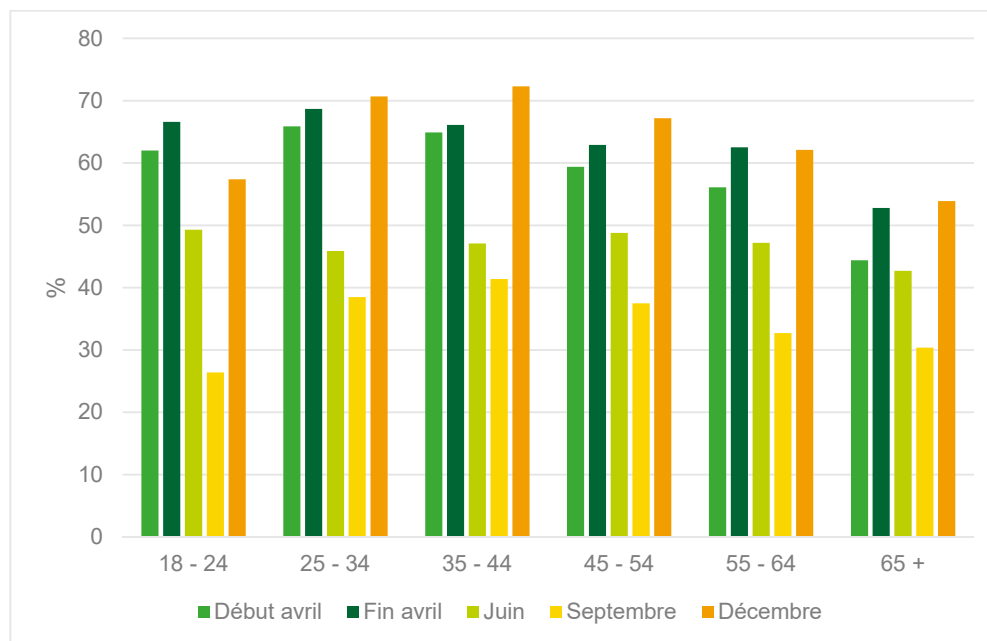
La cinquième enquête de santé COVID-19 montre que 63,5 % de la population (18 ans et plus) est insatisfaite de ses contacts sociaux². L'évolution de cet indicateur tout au long de l'épidémie est liée à la sévérité des mesures en vigueur concernant les contacts sociaux : lors des première et deuxième enquêtes de santé COVID-19 (début avril et fin avril), les contacts sociaux étroits étaient principalement limités aux membres du ménage, et l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux était alors élevée (respectivement 58 % et 62 %), lors des troisième et quatrième enquêtes de santé COVID-19 (juin et septembre), des mesures plus souples étaient en vigueur, entraînant un taux moins élevé de personnes insatisfaites des contacts sociaux (respectivement 46,5 % et 34,5 %). Lors de la cinquième enquête, les mesures ont été à nouveau renforcées et cela se traduit par une augmentation du taux de personnes insatisfaites à l'égard des contacts sociaux. Il convient toutefois de noter que ce pourcentage reste nettement plus élevé qu'en « temps normal ». En effet, sur base des données de l'enquête de santé de 2018, seuls 9 % de la population âgée de 18 ans et plus sont insatisfaits de leurs contacts sociaux.

Les résultats concernant l'insatisfaction des contacts sociaux montrent des différences selon le sexe et l'âge :

- Les hommes et les femmes sont tout aussi insatisfaits de leurs contacts sociaux au moment de la cinquième enquête de santé COVID-19.
- L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, a fortement augmenté par rapport à la quatrième enquête de santé COVID-19 organisée en septembre (hommes : de 35 % à 63 %, femmes : de 34 % à 64 %).
- Les différences liées à l'âge en termes d'insatisfaction des contacts sociaux sont illustrées dans la figure 1 : les 25-34 ans et les 35-44 ans sont les plus souvent insatisfaits de leurs contacts sociaux (respectivement 71 % et 72 %), nettement plus souvent que tous les autres groupes d'âge. Les 65 ans et plus sont les moins insatisfaits de leurs contacts sociaux (54 %), seule la différence avec les 18-24 ans n'est pas statistiquement significative.
- Dans toutes les tranches d'âge, on constate une augmentation significative de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux. Chez les 18-24 ans, on constate même que le taux a doublé par rapport à septembre (de 26 % à 57 %).

² Sur base de la question « Comment trouvez-vous vos contacts sociaux ? (Très satisfaisants / Plutôt satisfaisants / Plutôt insatisfaisants / Vraiment insatisfaisants) », il est possible d'avoir une appréciation globale des contacts sociaux d'une personne.

Figure 21 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) insatisfaites de ses contacts sociaux, par âge, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-3-4-5), Belgique 2020



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

- Les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont les plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux (72 %), suivies des personnes vivant seules avec un ou plusieurs enfants (67 %) et des personnes vivant en couple sans enfant(s) (62 %). Il y a une différence significative dans le taux d'insatisfaction entre ces groupes et les personnes qui vivent seules et celles qui cohabitent avec des parents, de la famille, des amis ou des connaissances (58 % et 57 % respectivement).
- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (67 %) sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (62 %).
- Les indépendants sans personnel sont plus souvent insatisfaits de leurs contacts sociaux que les salariés (71 % et 68 % respectivement).
- Parmi les personnes ayant un emploi rémunéré, celles qui font du télétravail (70 %) et celles en chômage techniques (73 %) sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que celles qui sont capables d'effectuer leur travail sur leur lieu de travail normal (66 %).

7.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de la cinquième enquête COVID-19 montrent que 40 % des personnes se sentent peu soutenues socialement³. Entre la première et la quatrième enquête de santé COVID-19 (avril et septembre), cet indicateur

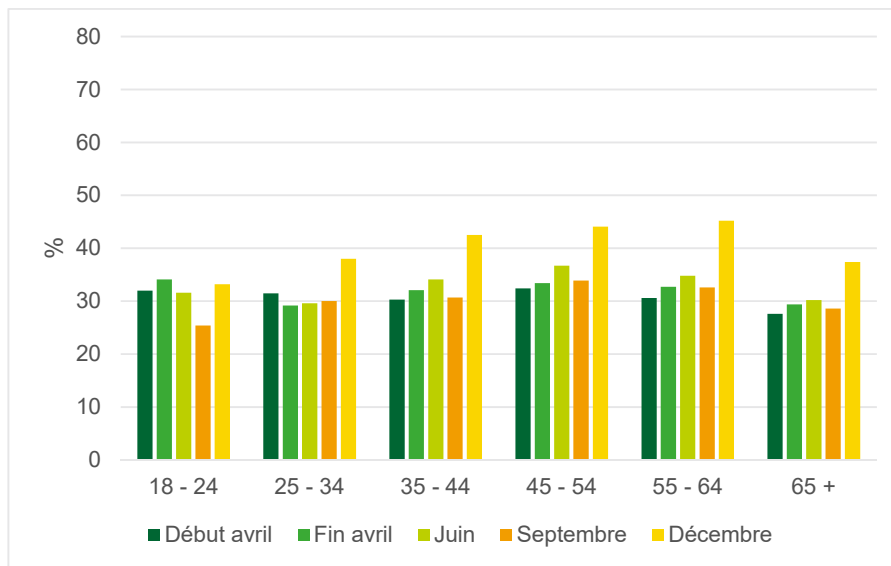
³ Cet indicateur s'appuie sur une série de trois questions – qui correspondent à l'échelle d'OSLO – 1) Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles lorsque vous avez de graves problèmes ? ; 2) Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils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

est resté relativement stable (30,5 %-33 %), mais à la cinquième enquête en décembre on observe une augmentation du taux de personnes qui se sentent peu soutenues. Pour comparer, en "temps normal" seuls 16 % de la population de 18 ans et plus se sentent peu soutenues par leur entourage (chiffre basé sur l'enquête santé de 2018).

Les résultats de la cinquième enquête de santé COVID-19 montrent des différences dans la qualité du soutien social selon le sexe et l'âge :

- Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à rapporter un faible soutien social (42 % contre 39 %).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes qui rapportent un faible soutien social a significativement augmenté par rapport aux enquêtes de santé COVID-19 précédentes.
- Le pourcentage de personnes rapportant un faible soutien social est significativement plus élevé chez les 55-64 ans (45 %), les 45-54 ans (44 %) et les 35-44 ans (42,5 %) que chez les 18-24 ans (33 %), les 25-34 ans (38 %) et les 65 ans et plus (37 %) (figure 2).
- Pour tous les groupes d'âge, on observe une augmentation du taux de personnes qui rapportent un faible soutien social par rapport à la quatrième enquête de santé COVID-19 organisée en septembre. Toutefois, cette augmentation est la plus forte chez les personnes de 35 à 44 ans (de 31 % à 42,5 %) et chez les personnes de 55 à 64 ans (de 32,5 % à 45 %).

Figure 22 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, par âge, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-3-4-5), Belgique 2020



En outre, les résultats de la cinquième enquête de santé COVID-19 mettent également en évidence des différences statistiquement significatives après ajustement pour l'âge et le sexe selon des caractéristiques socio-économiques :

- Les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s) se sentent moins bien soutenues socialement (respectivement 49 % et 44 % d'entre elles) que les couples avec ou sans enfant(s) (40 % et 39 % respectivement).
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (43 %) rapportent plus souvent un faible soutien social que celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (35 %).

- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité (62 %) ou les demandeurs d'emploi (qui ne sont pas temporairement au chômage technique) (51 %) rapportent plus souvent un faible soutien social que les personnes ayant un emploi rémunéré (40 %).
- Les salariés (40 %) sont plus susceptibles de déclarer un faible soutien social que les indépendants avec personnel (31 %).
- Les travailleurs qui sont au chômage technique (50 %) sont plus susceptibles de rapporter un faible soutien social que ceux qui continuent à travailler sur leur lieu de travail normal (39 %) ou ceux qui font du télétravail (38 %).

8. Santé mentale

8.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les troubles anxieux et dépressifs chez les personnes de 18 ans et plus en ce mois de décembre 2020 (respectivement 23 % et 20 %) sont bien plus fréquents que lors des enquêtes de juin et de septembre. On retrouve ainsi les prévalences particulièrement élevées obtenues au début de la crise sanitaire (avril).
- Les troubles anxieux semblent fluctuer au gré de l'évolution des contaminations, tandis que les troubles dépressifs semblent davantage liés aux mesures restrictives mises en place pour freiner la propagation du virus.
- Comme constaté dans les enquêtes de santé COVID-19 précédentes, les jeunes de 18-24 ans sont de loin les plus touchés par l'anxiété (39 %) et la dépression (37 %). L'indicateur de bien-être qu'est la satisfaction de vie montre également des résultats préoccupants pour les plus jeunes : presque la moitié (48 %) estiment leur vie comme (très) peu satisfaisante, alors qu'en 2018 ils n'étaient que 11,5 % dans le cas.
- L'enquête de décembre permet à nouveau d'identifier les groupes de population les moins affectés en termes de troubles émotionnels ou de bien-être (anxiété, dépression, sommeil et satisfaction de vie) : il s'agit des personnes âgées de 65 ans et plus, des personnes vivant en couple (avec ou sans enfants), celles ayant accédé à des études supérieures, et celles qui bénéficient d'un travail rémunéré.
- A contrario, les contextes qui s'avèrent défavorables au maintien d'un bon état de santé mentale se confirment : hormis le jeune âge, les facteurs de risque sont le fait de vivre isolé ou en situation monoparentale et être bénéficiaire d'allocations sociales.
- Enfin, quel que soit le moment de l'enquête, et donc de la crise sanitaire, une large majorité de la population (72 %) éprouve des troubles du sommeil, un chiffre qui demeure extrêmement élevé.
- Tous les indicateurs de santé mentale révèlent que la population est très éprouvée. Il est urgent de donner une lueur d'espoir aux personnes les plus fragilisées au regard des restrictions dictées par l'évolution de la pandémie.

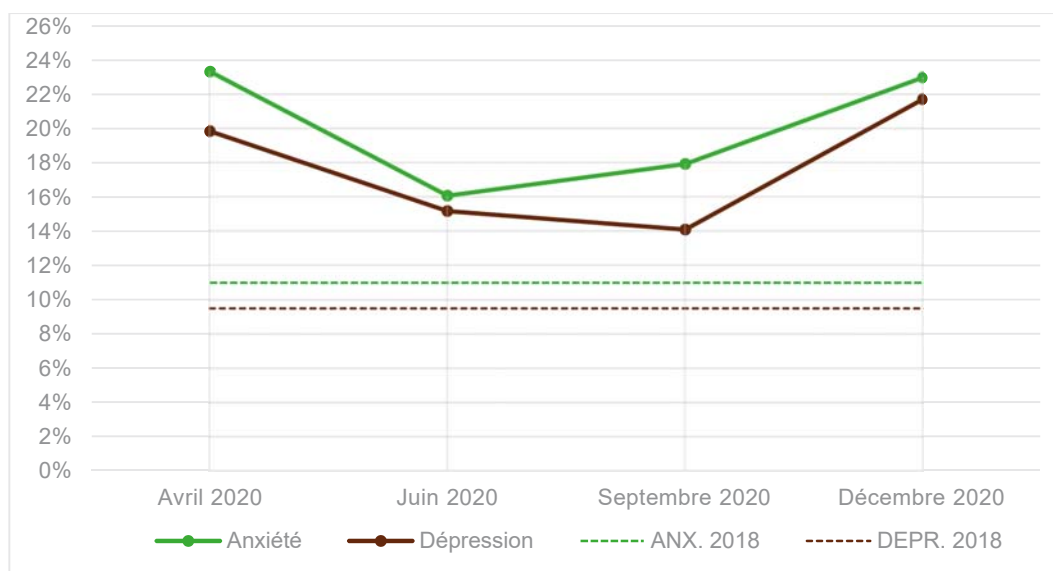
La santé mentale fait l'objet d'une attention continue au sein des enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano, et cette cinquième édition ne fait pas exception. De fait, de nombreuses recherches de par le monde témoignent des effets néfastes de la pandémie et des conséquences de celle-ci sur la santé mentale des populations. Cette section du rapport porte sur les troubles émotionnels tels que l'anxiété et la dépression, les troubles du sommeil et la satisfaction de vie, et ce, à un moment où le pays est en niveau 4 d'alerte-Covid et que l'annonce a été faite de garder des mesures strictes (distanciation, couvre-feu, rassemblement interdit...) pendant les fêtes de fin d'année, voire au-delà. Les résultats pour ce mois de décembre 2020 sont comparés à ceux obtenus lors des précédentes enquêtes COVID-19 et à ceux de l'enquête de santé nationale (HIS 2018) qui a été menée avant la crise. Nous commenterons les tendances globales à la lumière de l'évolution de l'épidémie et des mesures imposées pour tenter de ralentir la propagation du virus.

8.2. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

La première enquête de santé COVID-19 lancée au tout début du mois d'avril 2020, après deux semaines de confinement, avait mis en exergue une très forte augmentation des personnes présentant des troubles anxieux (23 %) et dépressifs (20 %) au sein de la population adulte (18 ans et plus) par rapport aux prévalences obtenues en 2018 (respectivement 11 % et 9,5 %). Suite à la baisse des cas de COVID-19 et au déconfinement amorcé en juin, les problèmes d'anxiété et de dépression avaient également diminués, sans pour autant revenir aux valeurs 'normales'. Après la période estivale et le relâchement des mesures, les contaminations se sont intensifiées et avec elles, le taux d'anxiété est reparti à la hausse (de 16 % en juin à

18 % en septembre). La proportion des personnes présentant des signes de dépression était restée, quant à elle, stable entre juin (15 %) et septembre (14 %), avant que de nouvelles restrictions n'entrent en vigueur. Avec l'arrivée de la saison hivernale, la 2^e vague de contaminations et la prolongation des mesures restrictives annoncées jusqu'en janvier 2021, il était à craindre de voir augmenter les cas d'anxiété et de dépression au sein d'une population déjà éprouvée. Ce fait s'est avéré, puisque les valeurs observées en décembre sont à nouveau très élevées : 23 % de la population manifeste des troubles anxieux – comme en avril 2020 – et 22 % souffre de troubles dépressifs, soit un nombre qui dépasse celui de la 1^e vague de l'épidémie de COVID-19 en Belgique (figure 23).

Figure 23 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui présentent un trouble anxieux ou dépressif par mois d'enquête COVID-19, en comparaison avec les pourcentages pour l'année 2018, HIS 2018 et Enquêtes de santé COVID-19 (1-3-4-5), Belgique 2020



Sachant que la dépression et l'anxiété coexistent souvent chez un même individu (comorbidité), nous avons vérifié quel était le nombre de personnes qui présentait au moins un de ces troubles au moment de la dernière enquête. Les chiffres concernant les personnes affectées, présentés ci-après par ordre chronologique des enquêtes, confirment les tendances : 29 %, 21 %, 22 % et 29 % des personnes présentaient un (ou deux) de ces troubles émotionnels.

Caractéristiques socio-démographiques

La question est ici de savoir si certaines personnes, de par leur âge ou leur sexe, sont plus susceptibles de développer des troubles de la santé mentale ou si ceux-ci sont uniformément distribués dans la population. Les analyses montrent à nouveau que :

- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à éprouver des troubles de l'anxiété (26 % > 20 %), et la différence entre les deux groupes est significative après ajustement pour l'âge. Les troubles dépressifs sont aussi plus fréquents parmi les femmes (23 % > 21 %), bien que la différence ne soit pas statistiquement significative dans ce cas, après ajustement pour l'âge.
- Les troubles anxieux sont clairement liés à l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 24). Les jeunes de 18-24 ans, filles et garçons, sont les plus touché(e)s par ces troubles (39 % d'entre eux/elles souffrent d'anxiété), une proportion qui se différencie de manière significative de celles de tous les autres groupes d'âge.
- Le nombre de jeunes qui présentent un trouble anxieux en décembre est encore plus élevé que lors de la première vague de l'épidémie de COVID-19 (26 % avec des troubles anxieux parmi les 18-24 ans en avril, une différence significative après ajustement pour le sexe).

- Les chiffres ne sont guère meilleurs en ce qui concerne la dépression (figure 25), qui touche 39 % des garçons et 36 % des filles de 18 à 24 ans, sans doute très affecté(e)s par les bouleversements dans les sphères estudiantines, sociales et de loisirs, à un âge où les activités avec les pairs ont une place fondamentale dans leur expérience de vie. Ici, le nombre de cas de dépression parmi les jeunes de 18-24 ans (37 %) a dépassé ce qui avait été observé lors de la première enquête en avril 2020 (32 %), mais la différence n'est pas statistiquement significative entre ces deux périodes après ajustement pour le sexe.
- Les garçons de 18-24 ans et les hommes de 25 à 54 ans, semblent avoir plus de mal à s'accommoder de la situation en décembre qu'en avril, bien que les mesures aient été plus restrictives lors de la 1^e vague de COVID-19. Ceci laisse supposer que la durée de la crise et des mesures mises en place soit une épreuve supplémentaire pour le bien-être mental. Du côté des femmes, la prévalence de la dépression par âge au mois de décembre a rejoint, sans nécessairement dépasser, les prévalences observées au mois d'avril (sauf pour les 18-24 ans).

Figure 24 | Pourcentage des hommes et des femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles de l'anxiété par âge et par mois d'enquête COVID-19, Enquêtes de santé COVID-19 (1-3-4-5), Belgique 2020

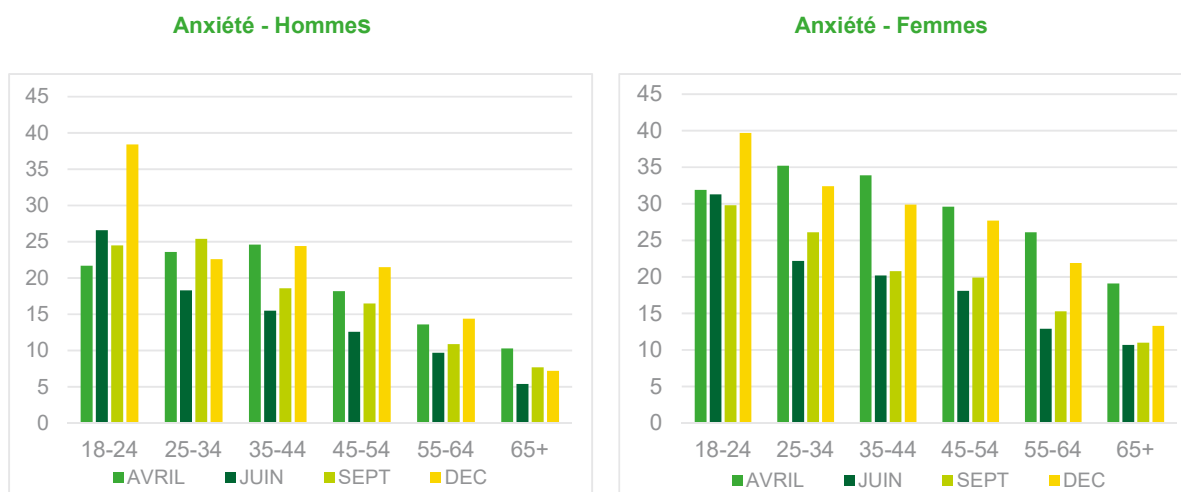
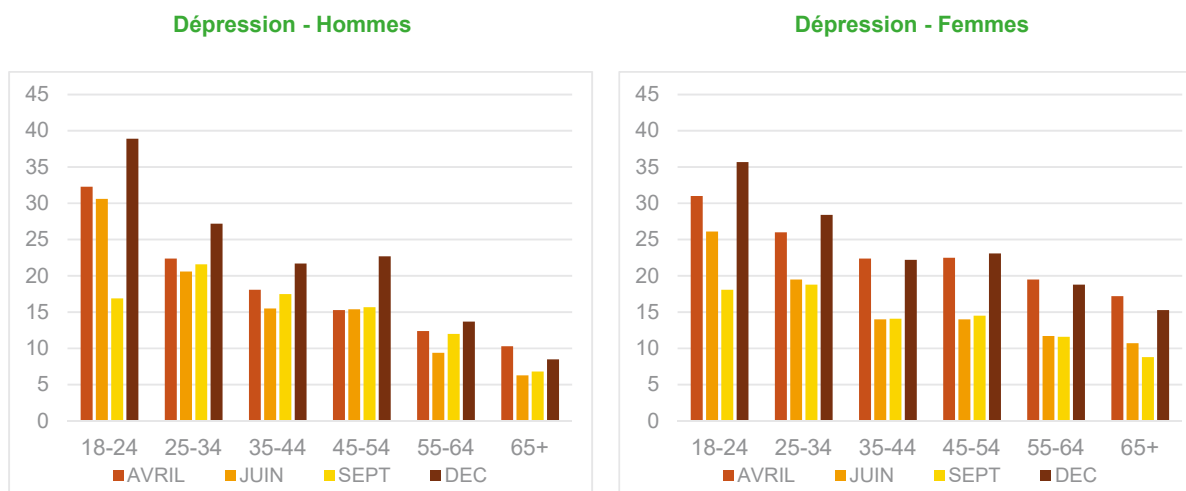


Figure 25 | Pourcentage des hommes et des femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs par âge et par mois d'enquête COVID-19, Enquêtes de santé COVID-19 (1-3-4-5), Belgique 2020



Situation socio-économique

- La composition du ménage joue un rôle certain au niveau du bien-être psychosocial. Depuis la première enquête de santé COVID-19 du mois d'avril, on remarque que les personnes vivant en couple sont davantage préservées d'une décompensation mentale, et cela se confirme en décembre.
- En effet, la prévalence de l'anxiété parmi les personnes vivant en couple sans enfants (16 %) ou avec enfants (25 %) ne diffère pas de manière statistiquement significative lorsque l'on standardise pour l'âge et le sexe. En revanche, les personnes vivant seules sont significativement plus affectées par les troubles de l'anxiété que les personnes en couple sans enfants (respectivement 22 % et 16 %) ; et les personnes seules avec enfants sont plus nombreuses à souffrir d'anxiété (32 %) que les personnes en couple avec enfants (25 %), même après ajustement pour l'âge et le sexe.
- On trouve un pattern similaire pour les troubles dépressifs : ils sont moins fréquents chez les personnes en couple avec ou sans enfants (respectivement 20 % et 15 %) que chez les personnes seules avec ou sans enfants (respectivement 30 % et 24 %), des différences qui sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.
- Le niveau d'éducation comme indicateur du statut social et économique est également un facteur influent. Ainsi, les personnes ayant accédé à des études supérieures sont moins nombreuses à souffrir d'anxiété (20 %) et de dépression (18 %) que les personnes qui possèdent tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (25 % et 24 % respectivement pour ces troubles). Les différences entre ces groupes sont statistiquement significatives après ajustement pour l'âge et le sexe.
- Depuis le début de la crise, le statut professionnel des individus est un facteur discriminant pour les troubles anxieux et dépressifs. Avoir un travail rémunéré agit comme un facteur protecteur, si l'on compare la prévalence de l'anxiété (24 %) et de la dépression (22 %) dans ce groupe par rapport à celui des individus en recherche d'emploi (33 % et 34 %) et des personnes en invalidité (46 % et 41 %). Les pensionné(e)s sont les moins nombreux(ses) à présenter des troubles anxieux (10 %) et dépressifs (11 %), une différence qui reste significative après ajustement pour l'âge.
- Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas avoir aggravé l'expérience de troubles anxieux (24 % chez les travailleurs de la santé comme chez les travailleurs des autres secteurs), et semble même aider dans le cas des troubles dépressifs (18 % contre 22 % respectivement, une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe).

8.3. TROUBLES DU SOMMEIL

Les troubles du sommeil ont un impact sur les défenses physiques, psychologiques et cognitives des individus. Ils mènent aussi, par manque d'énergie et de ressources, à un désinvestissement des contacts sociaux, voire une isolation sociale. La crise du coronavirus, par le stress et l'anxiété qu'elle génère, peut provoquer des troubles importants du sommeil. De plus, pendant la période de confinement, certaines activités jouant sur l'endormissement et le temps de sommeil peuvent également être en cause, comme par exemple la baisse de l'activité physique, l'augmentation du temps sur les écrans, une moindre exposition à la lumière du jour (surtout en période hivernale), une perturbation de la routine lever-coucher, etc.

Les enquêtes de santé COVID-19 de juin et de septembre avaient mis en évidence l'ampleur des problèmes de sommeil au sein de la population : ainsi trois quarts des répondants avaient un sommeil perturbé, en termes d'endormissement, de réveil précoce ou de nuit agitée. Toutefois, les différences de prévalence observées entre les sous-groupes de la population, même si elles sont significatives sur le plan statistique, ne représentent pas grand-chose face à l'ampleur de ce trouble au sein de chaque sous-groupe pris indépendamment.

Les résultats de décembre montrent que :

- Les troubles du sommeil parmi les adultes de 18 ans et plus concernent autant de personnes en décembre (73 %) qu'en juin et septembre (72 %) (différences non significatives entre les périodes).

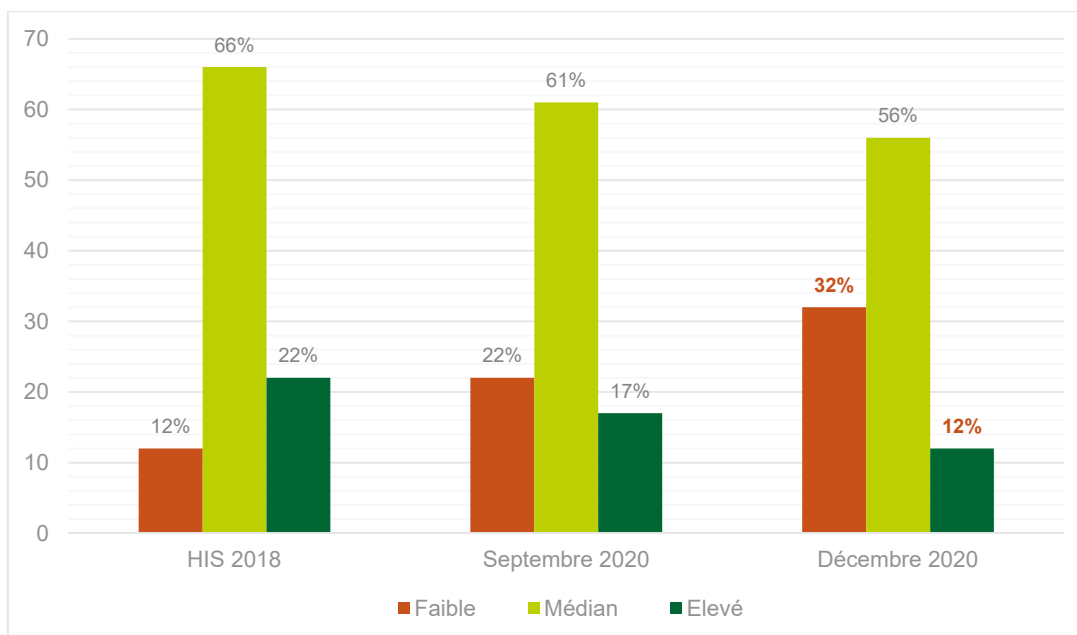
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter un sommeil détérioré (respectivement 78 % et 68 %), et les taux sont également restés stables par rapport aux enquêtes précédentes (76 % des femmes et 67 % des hommes en juin et en septembre 2020).
- Les personnes de 65 ans et plus sont moins souvent concernées par un sommeil détérioré (66,5 %) que les moins de 65 ans, ce qui avait également été observé dans les enquêtes précédentes.
- Dans la même veine, le sommeil des personnes retraitées est aussi moins souvent perturbé (66 %) que celui des travailleurs actifs (75 %), une différence significative même après ajustement pour l'âge.
- Les diplômés du supérieur sont moins nombreux à éprouver des problèmes de sommeil (71,5 %) que les personnes avec un niveau d'éducation moins élevé (74 %).
- La proportion de personnes qui souffre de troubles du sommeil parmi les professionnels de la santé (76 %) et parmi les travailleurs d'autres secteurs (74 %) n'est pas statistiquement différente lorsque les données sont ajustées pour l'âge et le sexe.

8.4. SATISFACTION DE VIE

La satisfaction de vie est un jugement subjectif que l'on porte sur son existence dans sa globalité. Elle est estimée ici sur une échelle de Cantril à 11 points, allant de 0 = pas du tout satisfait(e) à 10 = entièrement satisfait(e). Cette mesure est considérée à ce jour comme l'une des meilleures pour évaluer le bien-être subjectif. Elle peut donner lieu à deux indicateurs, où le premier reflète une moyenne et le second distingue un niveau donné de satisfaction, que l'on a établi à « faible » (0 à 5), « médian » (6 à 8) et « élevé » (9 et 10).

Deux enquêtes de santé COVID-19 ont inclus la mesure de satisfaction de vie : celles au mois de septembre et de décembre. La satisfaction de vie moyenne était de 6,8 (IC 95 % 6,7-6,8) en septembre et de 6,1 (IC 95 % 6,1-6,2) en décembre, ce qui représente une diminution significative du point de vue statistique. En guise de comparaison, l'enquête de santé nationale de 2018 (HIS 2018) a obtenu un score moyen de satisfaction de vie de 7,4 pour l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus. La figure 26 ci-dessous présente distribution selon le niveau de satisfaction pour la HIS 2018 et les deux enquêtes COVID-19. Sans surprise, les indicateurs de satisfaction en période de crise sanitaire sont bien en-deçà des résultats obtenus au sein de la population en 2018, avant la crise.

Figure 26 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon les classes de satisfaction de vie (faible, médian, élevée) par enquête, HIS 2018 et 4^e et 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



Caractéristiques socio-démographiques

En moyenne en décembre, les hommes et les femmes ont rapporté le même degré de satisfaction à l'égard de leur vie (6,2 et 6,1 respectivement, n.s.). Par contre, la différence par genre se reflète dans la proportion plus élevée d'hommes (14 %) que de femmes (11 %) indiquant une satisfaction de vie élevée. Notons pour la comparaison qu'en 2018, 24 % des hommes et 20 % des femmes se disaient hautement satisfait(e)s de leur vie, une différence qui atteint donc 10 à 11 points de pourcentage.

Si l'on se penche sur les scores de faible satisfaction rapportés entre les enquêtes septembre et décembre 2020, on remarque à la fois une différence de genre et une différence dans le temps : chez les hommes, le pourcentage qui clame être faiblement satisfait est passé de 22 % à 31 % sur cette période, et chez les femmes, il est passé de 22 % à 33 % (soit une progression plus importante chez ces dernières).

Le degré de satisfaction varie avec l'âge. Il est en moyenne de 5,3 chez les jeunes de 18-24 ans et augmente par paliers (18-24 ans / 25-54 ans / 55+ ans) pour atteindre 7,0 chez les aînés de 65 ans et plus. En décembre, près de la moitié (48 %) des jeunes a indiqué être peu satisfait de sa vie, alors qu'une personne sur cinq (19,5 %) est dans ce cas parmi les aînés. Par rapport à septembre, le nombre de peu satisfaits a presque doublé chez les jeunes de 18-24 ans (26 % à 48 %) alors que l'augmentation des personnes peu satisfaites chez les aînés est bien moindre (16 % à 19,5 %). Enfin, l'enquête de santé de 2018 avait relevé seulement 11,5 % de faiblement satisfaits parmi les 18-24 ans et 11,4 % parmi les personnes de 65 ans et plus. À la lumière de ces données, on peut conclure que la crise que nous traversons actuellement empiète davantage sur les modes de vie et la joie de vivre des plus jeunes par rapport aux personnes plus âgées.

La composition du ménage révèle aussi des différences en termes de satisfaction de vie : en décembre, les personnes en couple avec ou sans enfants étaient en moyenne plus satisfaites (6,2 et 6,7) de leur existence que les personnes vivant seules ou seules avec leurs enfants (6,0 et 5,5), et ces différences sont significatives après ajustement pour l'âge et le sexe. Les ménages d'un seul adulte (avec ou sans enfants) sont également identifiés comme étant plus à risque pour une faible satisfaction de vie que les autres types de ménages.

Situation socio-économique

L'éducation et la situation professionnelle sont également des facteurs discriminants au regard de la satisfaction de vie. Bien que la différence de satisfaction moyenne soit minime entre les personnes ayant ou non un diplôme de l'enseignement supérieur (respectivement 6,2 et 6,1), elle est néanmoins significative sur le plan statistique après ajustement pour l'âge et le sexe. De plus, la proportion de personnes faiblement satisfaites est plus importante parmi les non-diplômés (34 %) que parmi les diplômés du supérieur (28,5 %).

Par rapport aux personnes ayant un travail rémunéré (satisfaction de vie moyenne = 6,1), les personnes au chômage (5,3), en invalidité (4,9) ou aux études (5,1) rapportent en moyenne un degré de satisfaction moins élevé, tandis que les personnes retraitées (7,0) rapportent un degré de satisfaction plus élevé, et ces différences restent significatives après ajustement pour l'âge et le sexe. Cette différenciation par situation professionnelle est également observée pour l'indicateur du niveau de satisfaction.

9. Habitudes de consommation

9.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 73,5 % des personnes interrogées consomment des boissons alcoolisées et parmi elles, 29 % indiquent en consommer moins qu'avant la crise sanitaire tandis que 19,6 % disent en consommer davantage.
- L'enquête de décembre compte 23 % de fumeurs, et parmi ceux-ci 39 % disent fumer davantage qu'avant la crise, alors que 20 % prétendent avoir diminué leur consommation de tabac.
- C'est dans le groupe d'âge de 35 à 44 ans que l'augmentation de la consommation d'alcool et de tabac est la plus fréquente, soit respectivement chez 29 % et 47 % des consommateurs de ce groupe.
- Environ 6 % des personnes interrogées en décembre a fait usage de drogues. La part de celles-ci ayant augmenté sa consommation par rapport à la période précédant la crise s'est accrue au fil des enquêtes : elle était de 23,5 % au début du mois d'avril et atteint 34,5 % en décembre. La proportion qui dit avoir diminué sa consommation (33,5 %) est maintenant équivalente à la proportion qui dit l'avoir augmentée.
- La prise de somnifères ou tranquillisants concerne 21 % des personnes interrogées, parmi lesquelles 42 % ont commencé ou augmenté leur consommation depuis la crise sanitaire. Les trois quarts des jeunes de 18 à 24 ans (75,0 %) qui consomment des sédatifs disent que leur usage a débuté ou augmenté depuis la crise.
- La grande majorité des répondants utilisent les réseaux sociaux et internet (92,5 et 97 % respectivement), et ils sont aussi une large part à y avoir recours plus fréquemment qu'avant la crise (54 % et 57 %).
- Par rapport à la période précédant la crise sanitaire, on constate parmi les jeunes de 18-24 ans (les plus vulnérables à cette crise sur le plan psychosocial) une baisse globale dans la consommation d'alcool, de tabac et de stupéfiants, et une hausse dans la consommation de somnifères/tranquillisants, de l'utilisation des réseaux sociaux et d'internet, ainsi que de la pratique des jeux de hasard.

Les enquêtes de santé COVID-19 ont inclus des questions sur les changements éventuels à l'égard de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues et de somnifères ou tranquillisants. Les questions des enquêtes du mois d'avril 2020 avaient pour point d'encrage « *depuis le 13 mars* » c'est-à-dire quand des premières mesures étaient prises en réponse à la propagation du coronavirus. Les enquêtes de santé COVID-19 de septembre et décembre 2020 ont pris un point d'encrage sémantiquement différent (mais conceptuellement similaire) pour évaluer les changements éventuels encourus. La question est devenue :

« *Par rapport à l'année dernière, c'est-à-dire avant la crise du coronavirus, avez-vous modifié vos habitudes concernant : ...* (l'alcool, le tabac, les drogues, les sédatifs). Les catégories de réponse étant :

- J'ai commencé à consommer entretemps
- J'ai augmenté ma consommation
- Je consomme autant qu'avant la crise
- J'ai diminué ma consommation
- J'ai stoppé entretemps
- Je n'en consommait ni l'année avant la crise, ni maintenant

La 5^e enquête (de décembre) s'est également intéressée, à la demande des autorités, aux comportements en lien avec les écrans, notamment en demandant :

« *Par rapport à l'année dernière, c'est-à-dire avant la crise du coronavirus, avez-vous modifié vos habitudes concernant : ...*

1. l'utilisation des média/réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn, Twitter, WhatsApp, Skype, Zoom...)
2. l'utilisation d'internet pour les tâches de la vie quotidiennes (shopping, télébanking, administration, ...)

3. la pratique des jeux vidéo (Nintendo, Playstation, X-Box, Wii, etc.) ou des cyber-jeux par/sur internet
4. la pratique des jeux de hasard et d'argent comme la loterie, les paris, les jeux de casino en ligne...
 - o ... a débuté avec la crise
 - o ... a augmenté avec la crise
 - o ... est pareille qu'avant la crise
 - o ... a diminué depuis la crise
 - o ... a stoppé depuis la crise
 - o ... ni avant la crise, ni maintenant

Les indicateurs construits à partir de ces questions évaluent d'abord la part des consommateurs ou des utilisateurs dans l'échantillon de population, et ensuite, la proportion parmi ces consommateurs/utilisateurs qui a augmenté, diminué ou gardé le même niveau de consommation ou d'utilisation des différents produits envisagés. Les données de cette 5e enquête feront l'objet d'une approche plus détaillée, puisque celles des enquêtes du mois d'avril ont été publiées dans un rapport antérieur. Les résultats du mois d'avril qui sont présentés dans ce rapport-ci sont analysés en tenant compte de l'éducation dans le facteur de pondération, ce qui n'était pas le cas dans les premières analyses : ceci explique les différences qui pourraient apparaître entre les chiffres du rapport paru en avril et ceux présentés ci-après.

9.2. PROPORTION DE CONSOMMATEURS / UTILISATEURS

En décembre, 73,5 % des participants âgés de 18 ans et plus consommaient des boissons alcoolisées, 23,0 % étaient fumeurs, 6 % consommaient des substances illégales et 21 % prenaient des somnifères ou des tranquillisants (tableau 1).

Tableau 1 | Pourcentage de la population (18 ans ou plus) qui fait usage des produits suivants, par période d'enquête – Enquêtes COVID-19 (1-2-4-5), Belgique 2020

	Début avril	Fin avril	Septembre	Décembre
% consommateurs :	%	%	%	%
Alcool	67,6	72,1	71,3	73,5
Tabac	21,8	22,1	23,6	23,0
Drogues	3,6	4,4	5,4	5,8
Sédatifs	-	18,2	18,8	20,6
% utilisateurs :	%	%	%	%
Media sociaux				92,5
Internet				96,6
Jeux vidéo				38,6
Jeux de hasard & argent				27,6

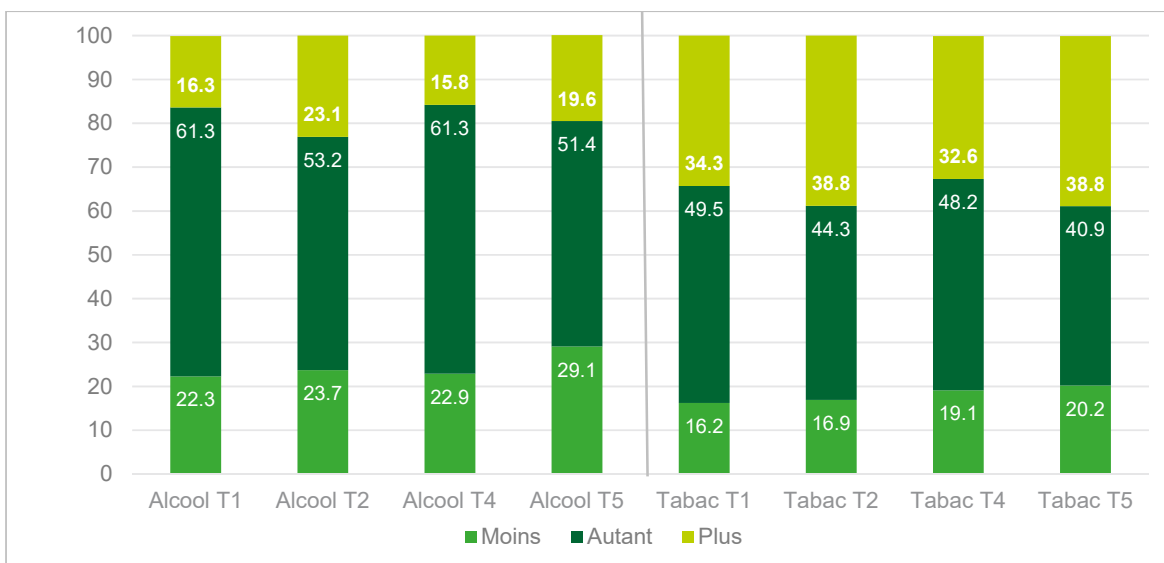
Le tableau 1 révèle tout d'abord qu'il existe un nombre plus important de consommateurs au mois de décembre que lors de la première enquête du mois d'avril, et ce, quel que soit le produit envisagé. Cela laisse entrevoir la possibilité d'une augmentation des comportements à risque pour la santé au sein de la population, tels que la consommation d'alcool, de tabac, de drogues et de sédatifs. Il faut toutefois se garder de conclure trop rapidement. Pour affirmer cela, il faudrait l'appui de données longitudinales collectées à plusieurs reprises au sein de la même cohorte de population. Les analyses qui suivent permettent malgré tout de se faire une idée de l'évolution des comportements, mais selon l'appréciation des individus eux-mêmes.

9.3. CHANGEMENTS DANS LES HABITUDES DE CONSOMMATION

Alcool

- Parmi les personnes qui consomment de l'alcool, la majorité déclare ne pas avoir changé sa consommation par rapport à la période qui précédait la crise sanitaire : ainsi en fonction des enquêtes, entre 51 % et 61 % des consommateurs d'alcool auraient gardé les mêmes habitudes de consommation (figure 27).

Figure 27 | Proportion de consommateurs d'alcool ou de tabac (18 ans ou plus) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation au moment de l'enquête par rapport à la période précédant la crise sanitaire, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-4-5), Belgique 2020



- Une lecture horizontale au travers des enquêtes (figure 27) indique que les changements de consommation sont plus fréquents lorsque les mesures pour contrer la propagation du virus perdurent. Ainsi par exemple, la proportion de personnes ayant augmenté leur consommation d'alcool est plus élevée fin avril (23 %) qu'elle ne l'était début avril (16 %). De même, plus de personnes déclarent avoir augmenté leur consommation en décembre (20 %) par rapport à ce qui est constaté en septembre (16 %). A contrario, 29 % des consommateurs déclarent avoir diminué leur consommation d'alcool en décembre, une proportion plus élevée qu'au mois de septembre (23 %). Le changement observé est donc bidirectionnel.
- Une lecture verticale des changements, par enquête cette fois, indique un équilibre relatif entre les personnes ayant augmenté leur consommation d'alcool et celles l'ayant diminuée (figure 27) ; avec toutefois un bémol pour le mois de décembre qui affiche un ratio « négatif », puisque 29 % ont diminué leur consommation par rapport à 20 % qui l'ont augmentée.
- Ces derniers chiffres sont probablement en lien avec les mesures en vigueur en ce mois de décembre, soit par exemple la fermeture des bars et des restaurants, l'interdiction de se rassembler, l'annulation des événements festifs, le couvre-feu à partir de 22h (ou minuit), l'interdiction de vendre ou acheter de l'alcool au-delà de 20h, la restriction des visites ou des contacts rapprochés, etc.

Tabac

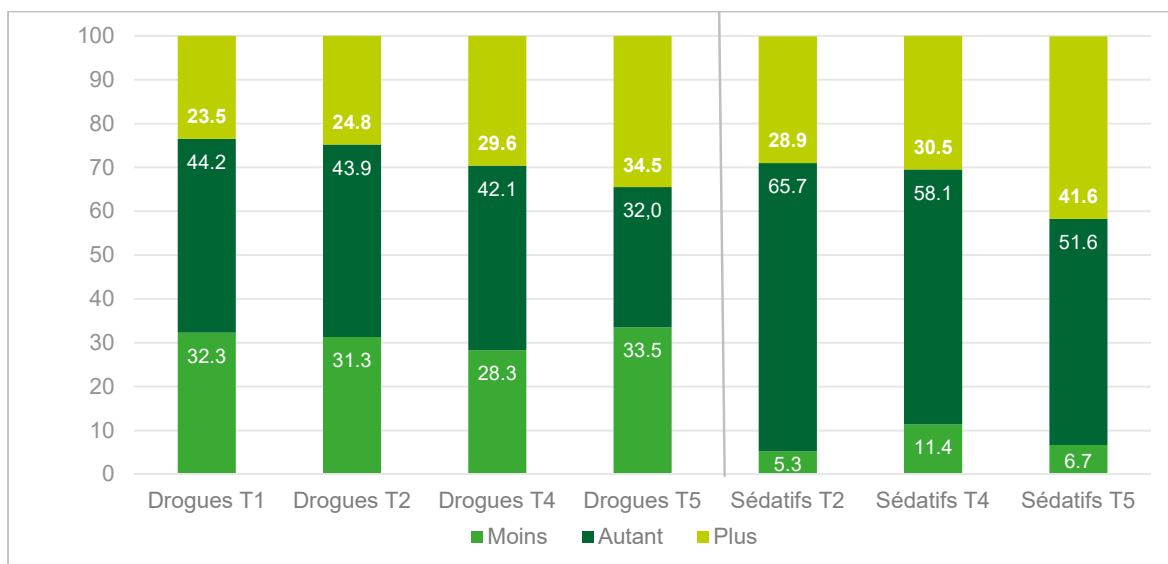
- Environ 50 à 60 % des fumeurs ont modifié leurs habitudes de consommation tabagique au cours de la crise sanitaire. La crise provoque donc davantage de fluctuation dans les habitudes tabagiques que dans celles de la consommation d'alcool.

- Ici, la tendance générale est malheureusement à l'augmentation. On peut interpréter ce phénomène par le fait que les personnes soient incitées à rester plus fréquemment chez elles et ne sont dès lors plus soumises à l'interdiction de fumer applicable au travail et dans les lieux publics.
- Selon les enquêtes, entre 32 % et 39 % des fumeurs disent fumer davantage en comparaison avec la période avant la crise sanitaire contre seulement 16 % à 20 % qui déclarent avoir diminué. Ce ratio « positif » (plus de cas d'augmentation que de diminution) est observé dans chacune des enquêtes successives.

Drogues

- Les habitudes de consommation parmi les usagers de drogues a tendance à fluctuer depuis le début de la crise sanitaire, puisque moins de la moitié (entre 32 % et 44 %) déclarent consommer comme auparavant.
- Il apparaît au cours des enquêtes successives (figure 28) que le nombre relatif de consommateurs qui augmentent leur usage des drogues est en hausse : il passe grosso modo d'un usager sur quatre au début du mois d'avril (23,5 %) à un usager sur trois en décembre (34,5 %).

Figure 28 | Proportion de consommateurs (18 ans ou plus) de drogues ou de sédatifs (somnifères ou tranquillisants) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation au moment de l'enquête par rapport à la période précédant la crise sanitaire, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-4-5), Belgique 2020



- Si au début de la crise sanitaire la proportion d'usagers ayant diminué leur consommation de drogues outrepassait la proportion d'usagers qui avaient augmenté leur consommation (figure 28, drogues T1 et T2, ratio « négatif »), ces fréquences tendent à s'équilibrer lors des deux dernières enquêtes (T4 et T5).

Sédatifs

- L'utilisation de tranquillisants/somnifères était largement restée inchangée en début de crise (66 %), mais cela s'est réduit au cours des enquêtes suivantes (58 % puis 52 %). En contrepartie, la proportion ayant augmenté leur utilisation s'est considérablement accru en décembre (42 %) par rapport aux enquêtes antérieures. Notons que dans la catégorie de ceux qui consomment « plus » qu'avant (figure 28), on trouve également les personnes qui ont commencé à en consommer depuis la crise, mais ne les utilisaient pas avant cela.

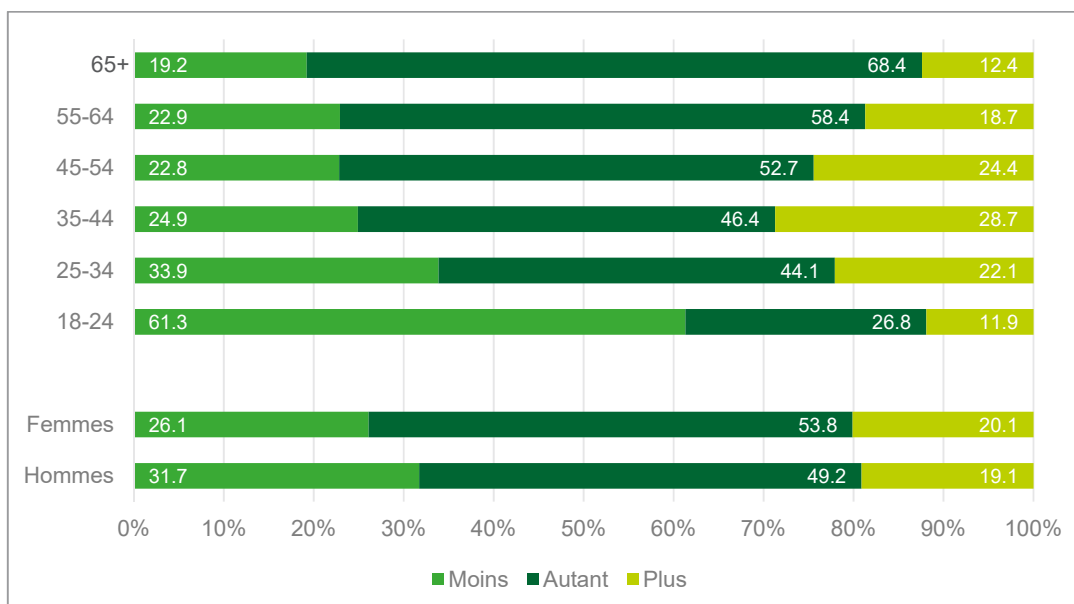
- Ce qui saute également aux yeux (figure 28) c'est la très petite proportion d'utilisateurs qui ont diminué leur consommation de sédatifs (entre 5,3 % et 11 % selon les enquêtes).
- La recrudescence du recours aux sédatifs et tranquillisants est à mettre en parallèle avec la part importante de la population qui souffre de troubles du sommeil (72 %) et de troubles anxieux (23 %).

Distribution par âge, par sexe et par éducation

Alcool

En matière de changement déclaré dans la consommation d'alcool, la figure 29 montre qu'en décembre 19 % des hommes et 20,1 % des femmes ont augmenté leur consommation par rapport à la période avant la crise. Les hommes sont par contre proportionnellement plus nombreux (32 %) que les femmes (26 %) à avoir diminué leur consommation.

Figure 29 | Proportion de consommateurs (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation d'alcool par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon le sexe et l'âge, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



L'analyse par groupes d'âge révèle deux faits intéressants :

- Premièrement, la majorité des jeunes consommateurs (61 % des 18-24 ans) a diminué sa consommation d'alcool, tandis que peu disent l'avoir augmentée (12 %). A partir de 35 ans, moins d'un consommateur sur quatre a diminué sa consommation d'alcool.
- Deuxièmement, c'est dans le groupe des 35-44 ans que l'on compte le plus grand nombre ayant augmenté leur consommation d'alcool (29 % de cet âge) ; cette proportion diminue avec l'âge (12 % de 65 ans et plus).

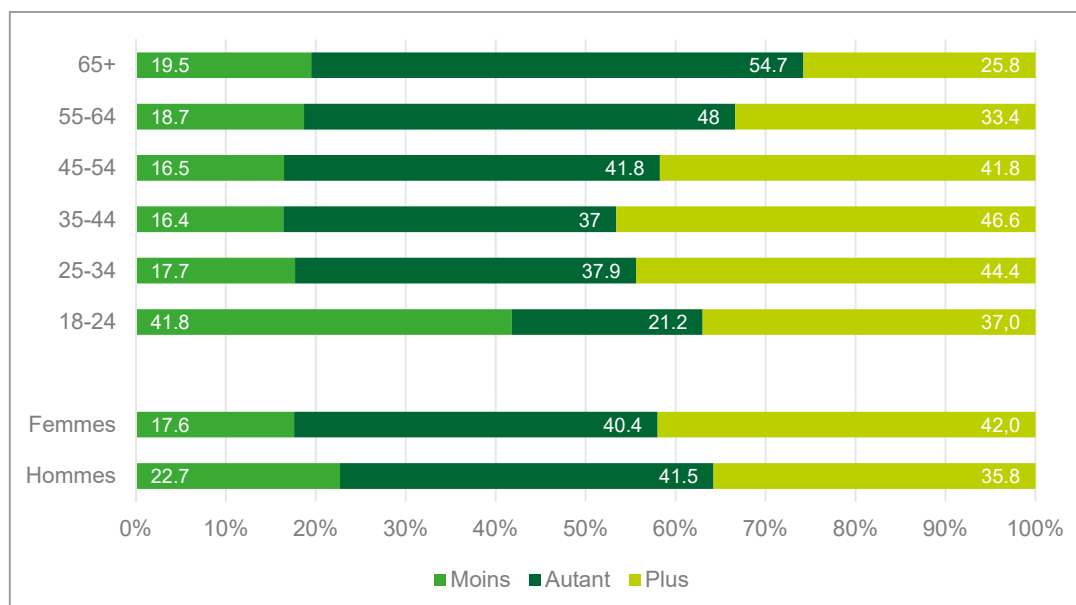
Enfin, l'augmentation de la consommation d'alcool est plus fréquente parmi les diplômés de l'enseignement supérieur (22,5 % pour 18 % des moins instruits).

Tabac

En ce qui concerne les comportements tabagiques, les tendances sont moins favorables du point de vue de la santé publique que pour la consommation d'alcool.

- Parmi les femmes qui fument, 42 % disent avoir augmenté leur consommation de tabac et seulement 18 % déclarent l'avoir diminuée. Les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir augmenté leur tabagisme (36 %) et plus nombreux à l'avoir diminué (23 %).

Figure 30 | Proportion de fumeurs (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation de tabac par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon le sexe et l'âge, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



L'analyse socio-démographique permet de dégager plusieurs tendances :

- Plus on avance en âge, plus les habitudes tabagiques restent stables par rapport à l'avant-crise (21 % chez les plus jeunes, à 55 % chez les aînés).
- Les jeunes fumeurs de 18-24 ans sont de loin les plus nombreux à avoir diminué leur consommation tabagique (42 %, pour moins de 20 % dans les autres groupes d'âge).
- C'est parmi les fumeurs de 35 à 44 ans que l'on trouve le plus grand nombre ayant augmenté l'usage du tabac (47 %). C'est ce même groupe d'âge qui a le plus souvent augmenté leur consommation d'alcool.
- Le changement dans le comportement tabagique varie par niveau d'éducation. Parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, on voit un nombre plus important de fumeurs ayant diminué leur consommation de tabac (23 %) que parmi les moins diplômés (19 %).

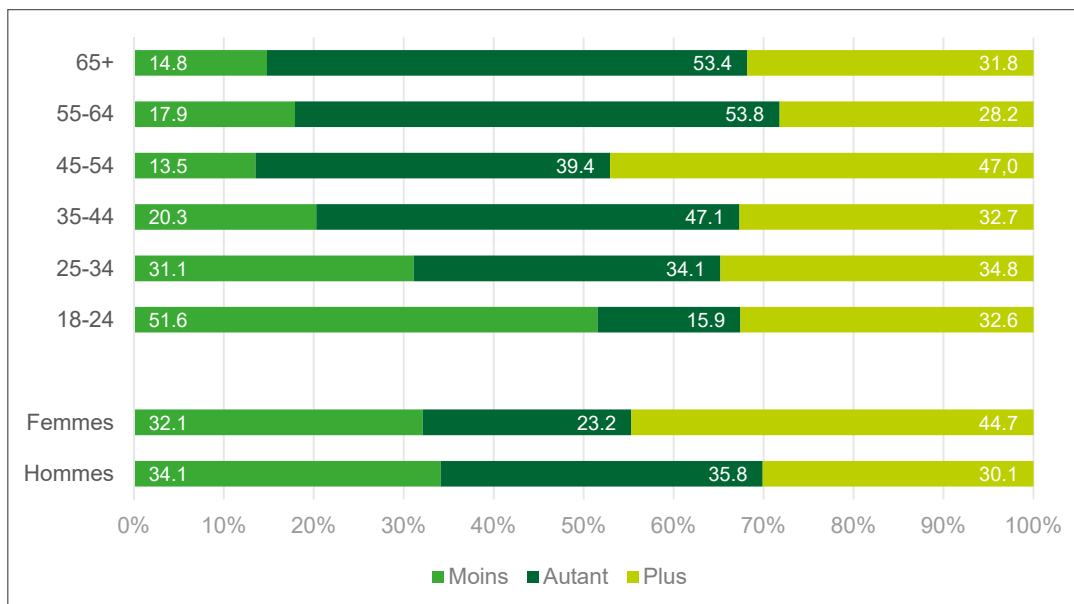
Drogues

Pour rappel, l'usage des drogues concerne 5,8 % des répondants âgés de 18 ans et plus en décembre 2020. Parmi les usagers, 44 % ont continué à consommer comme avant la crise sanitaire. La proportion des usagers qui disent avoir diminué leur consommation (32 %) est supérieure à la proportion de ceux qui disent l'avoir augmentée (24 %).

Les résultats en fonction des caractéristiques sociodémographiques montrent que :

- Les femmes qui consomment des substances illicites sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à indiquer qu'elles ont augmenté leur usage par rapport à la période précédant la crise (respectivement 45 % et 30 %) (figure 31).

Figure 31 | Proportion de consommateurs de drogues (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur usage par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon le sexe et l'âge, 5^e Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



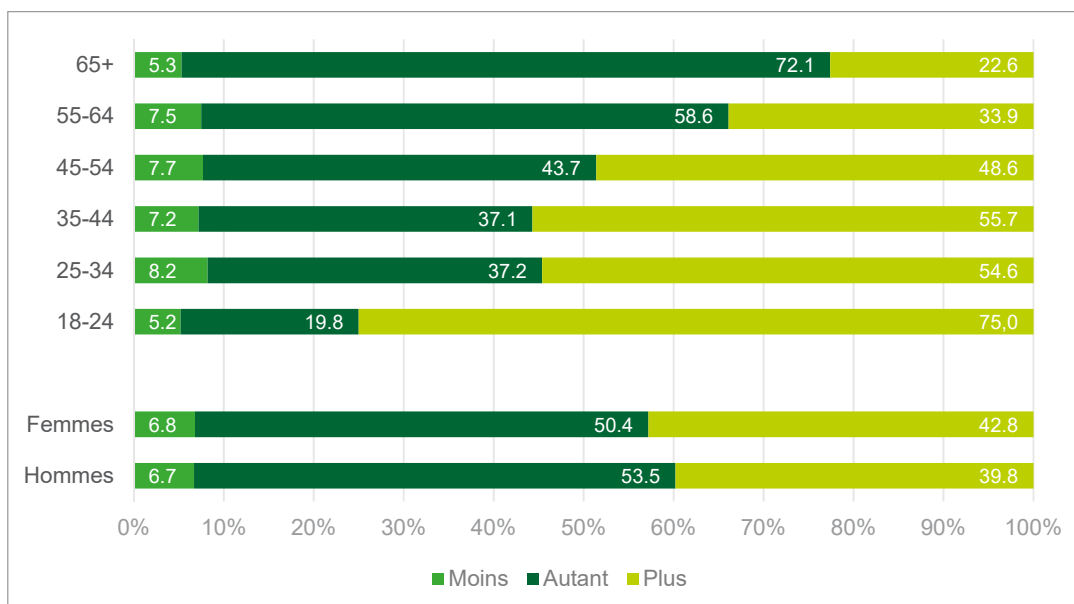
- Avec la crise sanitaire, un peu plus de la moitié des jeunes consommateurs de 18-24 ans dit avoir diminué l'usage des drogues (52 %). Cependant, un nombre non négligeable de jeunes usagers a aussi augmenté sa consommation (33 %).
- La part des usagers ayant augmenté leur consommation de drogues tourne d'ailleurs autour de 32 % dans chaque groupe d'âge, sauf chez les 45-54 ans où elle représente près de la moitié des cas (47 %, figure 31).
- Les consommateurs ayant augmenté leur usage de drogues sont dans les mêmes proportions parmi les diplômés du supérieur (34 %) que parmi les moins instruits (35 %) ; mais les diplômés du supérieur sont moins nombreux à avoir diminué leur usage de drogues (31 %) que ceux n'ayant pas de diplôme de l'enseignement supérieur (30 %).

Sédatifs

La proportion de personnes utilisant des tranquillisants ou des somnifères en décembre 2020 (21 %) est plus élevée que les chiffres de population obtenus via l'enquête de santé de 2018 (où 13 % déclaraient en avoir pris lors des 2 dernières semaines).

- On n'observe peu de différence entre les hommes et les femmes qui prennent des sédatifs pour ce qui concerne les changements de consommation depuis la crise sanitaire (figure 32). Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à avoir augmenté leur utilisation (43 % pour 39,8 %).
- Les changements d'habitudes diffèrent clairement en fonction de l'âge. C'est parmi les jeunes de 18- 24 ans que le recours aux sédatifs a le plus fréquemment augmenté (75 % d'entre eux). La part des utilisateurs chez qui le recours aux sédatifs a augmenté s'amenuise ensuite avec l'âge : autour de 55 % entre 25 et 44 ans, jusqu'à 23 % chez les 65 ans et plus.
- La part des utilisateurs qui diminuent leur consommation reste assez faible quel que soit l'âge et n'atteint jamais les 9 %.
- Le niveau d'éducation départage à peine les utilisateurs. Ceux avec un diplôme de l'enseignement supérieur rapportent plus souvent avoir diminué leur recours aux sédatifs que ceux qui ne sont pas diplômés du supérieur (respectivement 9,3 % et 5,8 %).

Figure 32 | Proportion d'utilisateurs de sédatifs (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur utilisation par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon le sexe et l'âge, 5^e enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



9.4. CHANGEMENT DANS LES PRATIQUES SUR ECRANS

Quatre pratiques en lien avec l'utilisation des smartphones, tablettes, consoles ou PC ont été explorées au sein de cette enquête du mois de décembre. En effet, certaines pratiques peuvent compromettre directement ou indirectement la qualité de vie et le bien-être des individus et/ou de leurs proches, d'autres peuvent mener à de véritables addictions comportementales. Nous les abordons ici aussi sous l'angle du changement par rapport à la période qui précédait la crise sanitaire.

Réseaux sociaux

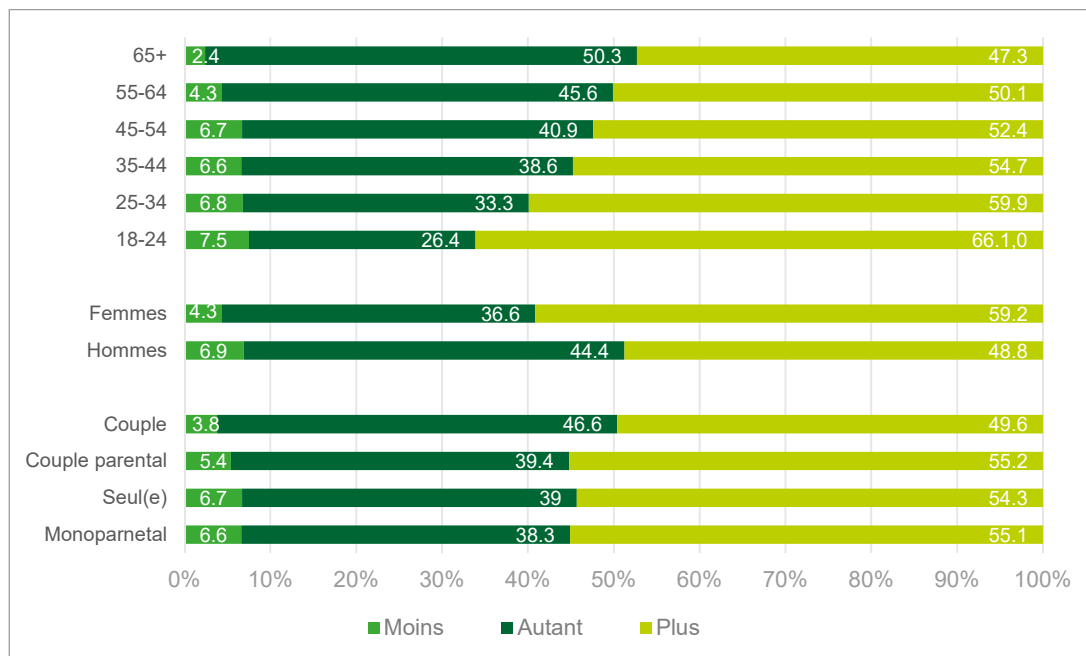
- Sans surprise, un peu plus de la moitié des personnes qui utilisent les réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn, Twitter, WhatsApp, Skype, Zoom...) (54 %) ont dit y avoir recours plus souvent aujourd'hui qu'avant la crise.

La figure 33 montre que :

- Plus de femmes que d'hommes ont augmenté leur utilisation des réseaux sociaux (59 % pour 49 %).
- Utiliser davantage les réseaux sociaux depuis la crise varie de manière graduelle avec l'âge : les jeunes sont les plus nombreux à avoir augmenté l'utilisation de ces canaux (66 % des 18-24 ans) et cette proportion baisse progressivement par groupe d'âge jusqu'à tout de même 47 % chez les aînés.
- Par rapport aux couples sans enfants, les personnes issues d'autres compositions de ménage ont tendance à rapporter plus fréquemment avoir augmenté leur utilisation des réseaux sociaux.
- Les diplômé(e)s de l'enseignement supérieur ont plus souvent augmenté leur recours aux réseaux sociaux que les personnes moins instruites (60 % pour 51 %).

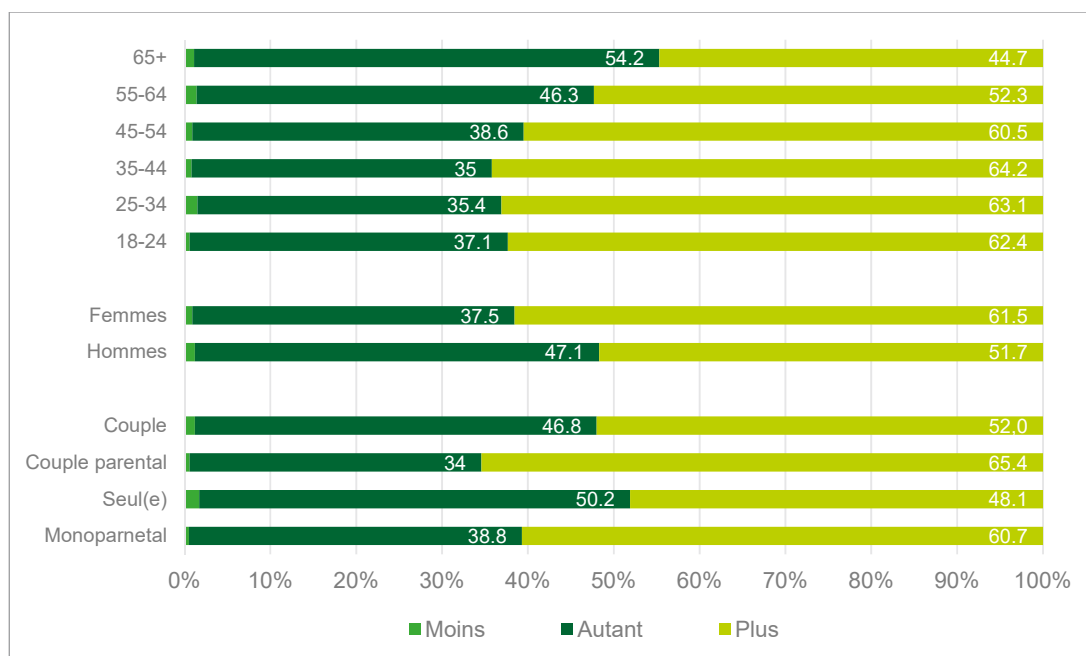
Bien sûr, il n'est pas possible dans le cadre de cette enquête d'aller plus loin dans le questionnement. On ne connaît donc pas le temps réel passé sur les réseaux sociaux, le type d'utilisation (dans le cadre de l'école ou du travail, pour rester connecté avec les proches, pour passer le temps...)

Figure 33 | Proportion d'utilisateurs des réseaux sociaux (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur utilisation par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon l'âge, le sexe et la composition du ménage, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Internet pour les besoins de la vie quotidienne

Figure 34 | Proportion d'utilisateurs d'internet (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur utilisation par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon l'âge, le sexe et la composition du ménage, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



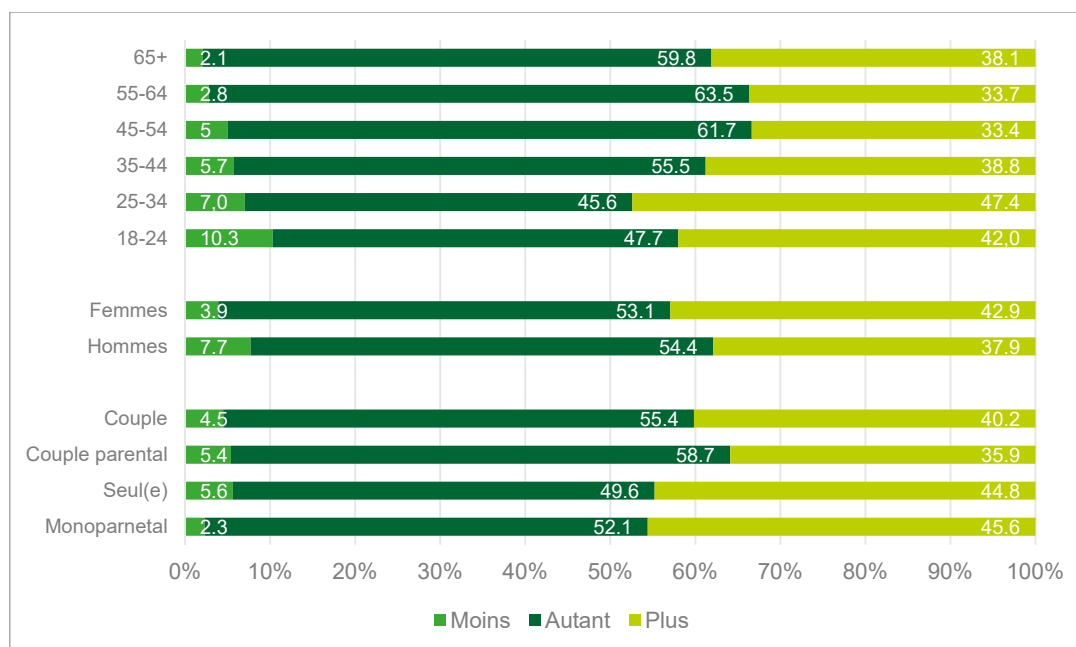
- Parmi les personnes qui utilisent internet pour les besoins de la vie quotidienne (shopping, télébanking, administration, ...), la majorité (57 %) déclare y avoir davantage recours qu'avant la crise, alors que seuls 1,1 % l'utilisent moins.

- L'utilisation d'internet a surtout augmenté chez les femmes et chez les personnes âgées de 18 à 54 ans, des groupes où les proportions dépassent les 60 % (figure 34).
- Au regard de la composition du ménage, ce sont les personnes avec des enfants (seules ou en couple) qui sont les plus nombreuses à avoir augmenté leur utilisation d'internet pour les besoins de la vie quotidienne.
- Les personnes avec un diplôme du supérieur sont aussi proportionnellement plus nombreuses à avoir augmenté l'utilisation d'internet (62 %) que les personnes avec une éducation moins élevée (54 %).

Jeux vidéo

Les jeux vidéo ou par internet sont une pratique courante parmi les jeunes (69 % des 18-24 ans et 57 % des 25-34 ans), mais 21 % des aînés (de 65 ans et plus) s'y intéressent également.

Figure 35 | Proportion de joueurs (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur pratique des jeux vidéo par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon le sexe et l'âge, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

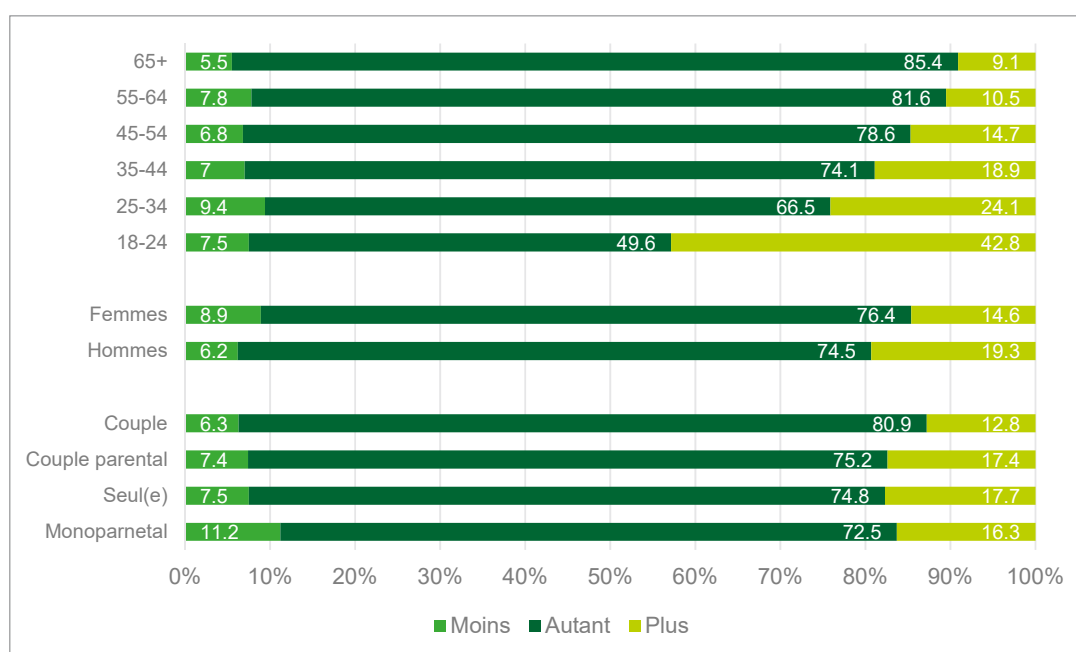


- Peu de joueurs (6,1 %) ont diminué leur pratique des jeux vidéo par rapport à la période précédant le crise (figure 35), la tendance étant globalement d'avoir gardé les mêmes habitudes en la matière (54 %) ou de les avoir augmentées (40 % des joueurs).
- Parmi les joueurs, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à augmenter leur pratique des jeux vidéo, et les hommes plus nombreux que les femmes à l'avoir diminuée.
- Les jeunes joueurs ont plus fréquemment rapporté une diminution de cette pratique (10 % des 18-24 ans et 7,0 % des 25-34 ans) mais ils ont également été les plus nombreux à augmenter leur pratique des jeux (42 à 45 % d'entre eux).
- Les personnes vivant seules ou seules avec des enfants ont été plus nombreuses à augmenter leur pratique des jeux vidéo par rapport à la période précédant la crise.
- Il n'y a pas de différence entre les joueurs qui ont accédé ou non à des études supérieures.

Jeux de hasard et d'argent

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) renvoient à des jeux dont le dénouement est aléatoire (jet de dés, distribution de cartes, tirage...) alors qu'un engagement financier y est associé. Sont inclus les jeux totalement aléatoires (comme les jeux de tirage ou de grattage de la loterie, la roulette, les machines à sous, etc.), les jeux de « hasard raisonné » (comme le poker, le blackjack, etc.) et les jeux de pronostiques tels que les paris sportifs et autres. Selon l'enquête nationale de santé de 2018, 32 % de la population âgée de 18 ans et plus avait pris part à un jeu de hasard et d'argent au cours des 12 mois précédents. Cet échantillon de participants compte 28 % joueurs, un chiffre assez proche. Cette enquête met en évidence que les jeunes de 18-24 ans sont les moins friands de cette pratique de jeux (18 %) de même que les aînés (23 % des 65+ ans), tandis que parmi les personnes âgées de 25 à 44 ans, autant qu'une personne sur trois (33 %) est joueuse.

Figure 36 | Proportion de joueurs (18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur pratique des jeux de chance et d'argent en ligne par rapport à la période précédant la crise sanitaire, selon l'âge, le sexe et la composition du ménage, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



- La pratique des JHA est restée majoritairement stable en décembre par rapport à la période qui a précédé la crise sanitaire (> 70 % des cas), à quelques exceptions près.
- Parmi les joueurs, les hommes sont plus enclins que les femmes à augmenter leur pratique des JHA (figure 36).
- Les jeunes (18-24 ans) sont parmi les joueurs les plus nombreux à avoir commencé ou augmenté leur pratique des JHA, soit 43 % d'entre eux. La part des joueurs qui augmentent leur pratique baisse ensuite à mesure où l'on avance dans les groupes d'âge.
- Outre le sexe et l'âge, la composition du ménage montre également une différence à l'égard des pratiques de jeu ; les personnes vivant en couple ont été moins tentées d'augmenter leur pratique des JHA.
- Enfin, l'augmentation de la pratique des JHA est plus fréquente parmi les personnes qui n'ont pas de diplôme du supérieur (18 %) par rapport à celles qui sont diplômées dans le supérieur (15 %).

10. Sécurité alimentaire

10.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- En décembre, 11 % des personnes ont craint de manquer de nourriture, 6 % avaient effectivement manqué de nourriture (augmentation significative par rapport au taux de 5 % observé en juin) et 12 % ne pouvaient pas se permettre de manger des repas sains et équilibrés (augmentation significative par rapport au taux de 10 % observé en juin).
- Il existe de grandes différences en matière d'insécurité alimentaire selon le type de ménage et le niveau d'instruction. Pour ces trois indicateurs, le pourcentage en situation d'insécurité alimentaire est significativement plus élevé pour les familles monoparentales et les personnes vivant seules et pour les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire.
- L'insécurité alimentaire est fortement liée à la situation professionnelle et est plus fréquente chez les personnes en invalidité et les personnes au chômage.

Nous avons étudié la sécurité alimentaire lors de la cinquième enquête (qui a eu lieu en décembre) à travers trois indicateurs qui évaluent si au cours des 3 derniers mois, les déclarations suivantes sont souvent ou parfois vrai :

- je m'inquiétais de savoir si la nourriture serait épuisée avant que j'aie à nouveau de l'argent pour en racheter,
- la nourriture que j'ai achetée n'a pas duré, et je n'avais pas d'argent pour en obtenir davantage,
- je ne pouvais pas me permettre de manger des repas sains et équilibrés.

10.2. PEUR DE MANQUER DE NOURRITURE AVANT LA PROCHAINE RENTRÉE D'ARGENT

En décembre, 11 % de la population a déclaré avoir souvent ou parfois craint de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent, au cours des 3 derniers mois. Ce taux est légèrement supérieur aux taux observés en juin (10 %), mais cette différence n'est pas significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Cette proportion est significativement plus élevée chez les femmes (13 % contre 9,5 % chez les hommes) et chez les personnes de 25 à 54 ans (avec des taux autour de 14 % contre 9 % chez les 55 à 64 ans et 5,5 % chez les 65 ans et plus). Il existe aussi de grandes différences en fonction du type de ménage : les familles monoparentales (29 %) et les personnes vivant seules (15 %) sont les plus nombreuses à craindre un manque de nourriture, tandis que les couples sans enfants (7 %) sont les moins nombreux (Figure 37). Il existe aussi une différence significative selon le niveau d'instruction : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus nombreuses à craindre un manque de nourriture par rapport aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur (5 % contre 14 %) (Figure 38).

10.3. MANQUE DE NOURRITURE ET D'ARGENT POUR EN RACHETER

En décembre, 6 % de la population a déclaré avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter, au cours des 3 derniers mois. Ce taux est légèrement supérieur aux taux observés en juin (5 %), mais cette différence est significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Contrairement à la situation de juin où l'on n'observait pas de différence selon le sexe, ce taux est en décembre significativement plus élevé chez les femmes (7 % contre 5 % pour les hommes). On observe aussi une différence selon l'âge : les personnes de 25 à 54 ans rapportent plus souvent un manque de nourriture et d'argent pour en racheter (taux autour de 8 %) par rapport aux personnes plus âgées (6 % des 55 à 64 ans et 2 % des 65 ans et plus). Des différences significatives existent aussi en fonction du type de ménage : les familles monoparentales (18 %) et les personnes vivant seules (9 %) sont les plus nombreuses à déclarer avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter, tandis que les couples sans enfants (3 %) sont les moins nombreux (Figure 37). Il existe aussi une différence significative selon le niveau

d'instruction : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus nombreuses à déclarer avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (8 % contre 2,5 %) (Figure 38).

10.4. NE PAS POUVOIR S'OFFRIR DES REPAS SAINS ET ÉQUILIBRÉS PAR MANQUE D'ARGENT

En décembre, 12 % des personnes ont déclaré n'avoir souvent ou parfois pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés au cours des trois derniers mois. Ce taux est légèrement supérieur aux taux observés en juin (10 %), mais cette différence est significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Contrairement à la situation de juin où l'on n'observait pas de différence selon le sexe, ce taux est en décembre plus élevé chez les femmes (13 % contre 10 % des hommes). Comme lors du premier confinement, on observe aussi lors de deuxième confinement, une différence selon l'âge : les personnes de 25 à 54 ans rapportent plus souvent ne pas avoir pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés (taux d'environ 13 % à 16 %), par rapport aux personnes plus âgées (1 % des 55 à 64 ans et 6 % des 65 ans et plus). Des différences significatives existent aussi en fonction du type de ménage : les familles monoparentales (29 %) et les personnes vivant seules (16,5 %) sont les plus nombreuses à déclarer ne pas avoir pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, tandis que les couples sans enfants (7 %) sont les moins nombreux (Figure 37). Il existe aussi une différence significative selon le niveau d'instruction : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus nombreuses à déclarer ne pas avoir pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (15 % contre 6 %) (Figure 38).

Figure 37 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui pendant la crise du COVID-19 ont souvent ou parfois craint de manquer de nourriture, ont effectivement manqué de nourriture, ou n'ont pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, selon le type de ménage, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

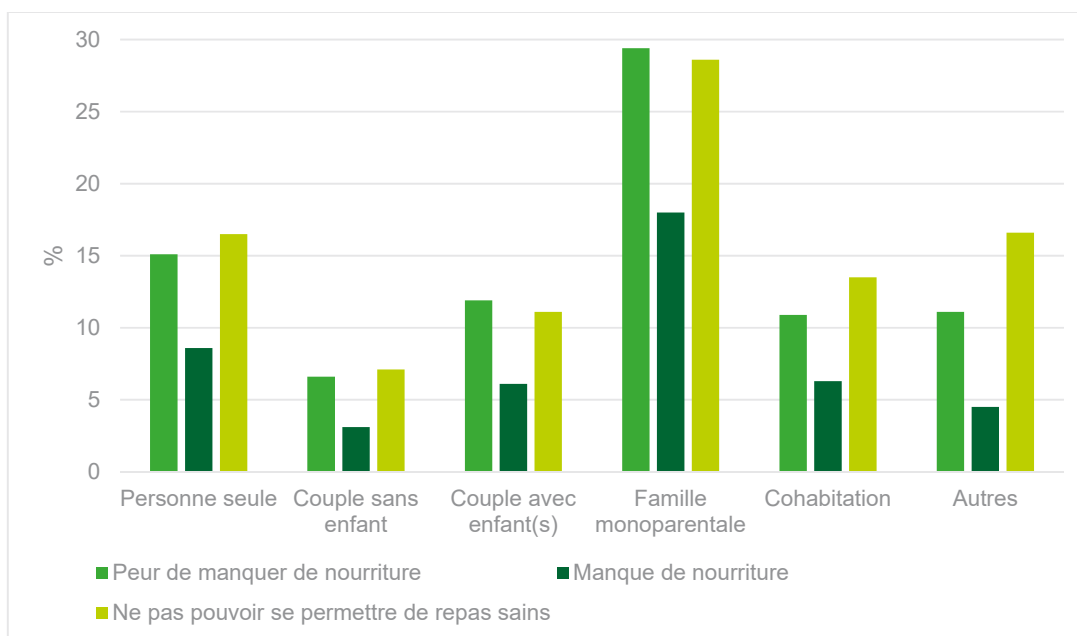
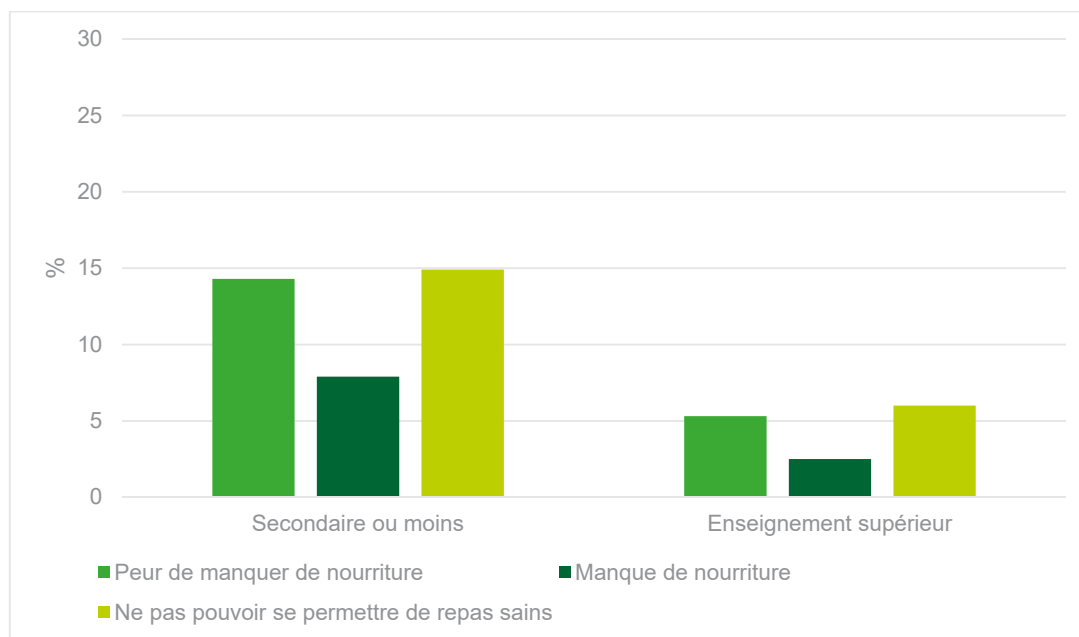


Figure 38 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui pendant la crise du COVID-19 ont souvent ou parfois craint de manquer de nourriture, ont effectivement manqué de nourriture, ou n'ont pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, selon le niveau d'instruction, 5^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



10.5. LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE SELON LA SITUATION D'EMPLOI

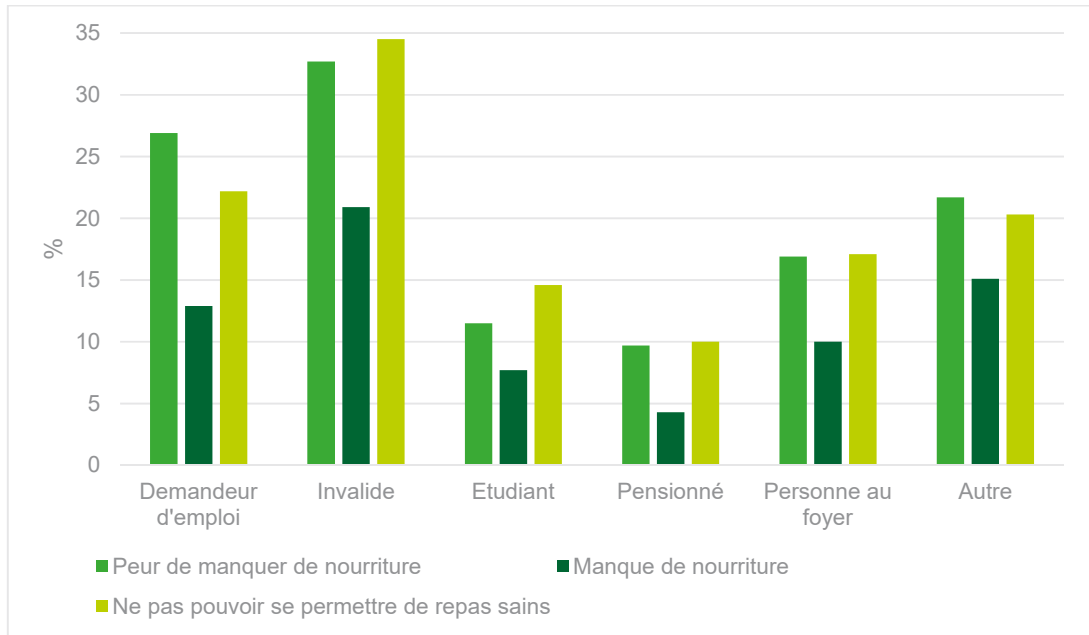
Après ajustement pour l'âge et le sexe, les personnes sans emploi rémunéré (demandeurs d'emploi, personnes en invalidité, étudiants, pensionnés, personnes au foyer et autres situations) sont par rapport aux personnes ayant un emploi rémunéré :

- 2 fois plus susceptibles de déclarer avoir souvent ou parfois craint de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent (pourcentage ajusté : 16 % des personnes sans emploi rémunéré contre 6,5 % des personnes ayant un emploi rémunéré) ;
- 3 fois plus susceptibles de déclarer avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter (pourcentage ajusté : 9 % des personnes sans emploi rémunéré contre 3 % des personnes ayant un emploi rémunéré) ;
- 2 fois plus susceptibles de déclarer avoir souvent ou parfois pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés (pourcentage corrigé : 16 % des personnes sans emploi rémunéré contre 7 % des personnes ayant un emploi rémunéré).

Parmi ceux qui n'ont pas d'emploi rémunéré, ce sont principalement les personnes en invalidité et les demandeurs d'emploi qui sont les plus nombreux à (figure 39) :

- craindre de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent (les pourcentages ajustés sont de 33 % et 27 % respectivement) ;
- avoir effectivement manqué de nourriture et d'argent pour en racheter (les pourcentages ajustés sont de 21 % et 13 % respectivement) ;
- n'avoir pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés (les pourcentages ajustés sont respectivement de 34,5 % et 22 %).

Figure 39 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) n'ayant pas actuellement un emploi rémunéré qui pendant la crise du COVID-19 ont souvent ou parfois craint de manquer de nourriture, ont effectivement manqué de nourriture, ou n'ont pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, selon le type de situation, 5e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



* ajustés pour l'âge et le sexe

11. Confiance dans les institutions

11.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Entre septembre et décembre, il y a eu une augmentation significative dans la proportion de personnes ayant confiance dans le gouvernement national et les gouvernements régionaux.
- La confiance vis-à-vis des services de soins de santé et des institutions scientifiques reste très élevée depuis le début de la crise.
- Entre septembre et décembre, la proportion de personnes ayant confiance dans l'industrie pharmaceutique pour gérer l'épidémie de la COVID-19 a légèrement augmenté.

Nous avons repris dans cette cinquième vague de l'enquête de santé COVID-19 organisée en décembre, des questions sur la confiance de la population dans les institutions. Cette thématique est importante dans une enquête de santé car la confiance peut avoir un impact important sur le respect des recommandations et des mesures de prévention.

La figure x1 montre l'évolution de la proportion de la population qui rapportent avoir très confiance dans les institutions en ce qui concerne la gestion de la crise du coronavirus. La première enquête a eu lieu trois semaines après l'introduction des mesures de restriction, soit le 2 avril 2020, la seconde enquête a été lancée deux semaines plus tard, soit le 16 avril 2020, et la quatrième enquête a eu lieu le 24 septembre. La cinquième enquête a été lancée le 3 décembre, en plein deuxième vague de l'épidémie de la COVID-19.

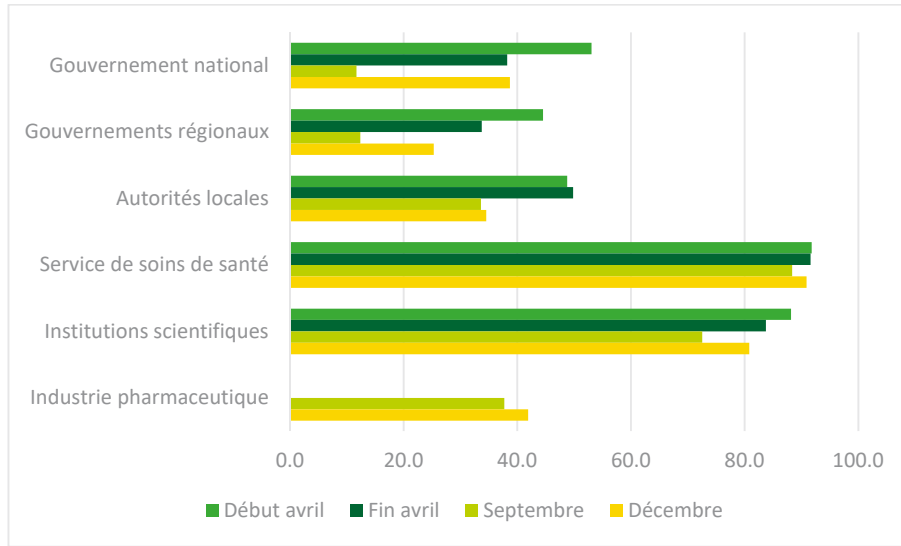
Tout au long de cette épidémie, une grande majorité de la population a rapporté avoir très confiance dans les services de soins de santé (de 92 % de la population pour l'enquête organisée début avril à 91 % pour l'enquête de décembre) et les institutions scientifiques (de 88 % à 81 %, respectivement) pour gérer l'épidémie de la COVID-19.

Par contre, la confiance dans le gouvernement fédéral a significativement changé au fil des enquêtes : la proportion de personnes qui rapportent avoir très confiance dans le gouvernement fédéral a diminué de 53 % à la première enquête organisée début avril à 12 % à la quatrième enquête organisée en septembre, et donc qui reflète la confiance vis-à-vis du gouvernement sortant. Néanmoins, avec le nouveau gouvernement, le taux a de nouveau augmenté à la cinquième enquête en décembre pour arriver à 39 %. On retrouve la même tendance pour les gouvernements régionaux, avec un taux de confiance qui diminue de 44,5 % à la première enquête à 12 % à la quatrième enquête, et augmente de nouveau jusqu'à 25 % dans la cinquième enquête.

On trouve moins de variation en ce qui concerne la confiance envers les autorités locales : d'approximativement 49 % pour les deux enquêtes organisées en avril à approximativement 34 % aux enquêtes de septembre et décembre.

Entre septembre et décembre, la proportion de personnes ayant confiance dans l'industrie pharmaceutique pour gérer l'épidémie de la COVID-19 a légèrement augmenté de 38 % à 42 %.

Figure 40 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent être très confiantes dans les institutions pour faire face à la crise, Enquêtes de santé COVID-19 (1-2-4-5), Belgique 2020



12. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la cinquième enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 3 et le 11 décembre 2020. L'enquête, développée avec le logiciel LimeSurvey, s'adressait aux adultes (18 ans et plus) vivant en Belgique. Étant une enquête en ligne, les personnes n'ayant pas de connexion Internet étaient exclues de la participation. L'enquête et le lien pour y accéder étaient annoncés via le site web de Sciensano et d'autres organisations (mutuelles, collectifs de quartiers...), dans la presse et sur les médias sociaux. À 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 5^e enquête de santé COVID-19.

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

- La participation à l'enquête est volontaire, 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, les données individuelles ne seront jamais transmises à des tiers.
- Les données collectées ne seront conservées que pendant la durée du projet.

Au total, 29.855 personnes ont pris part à l'enquête, c'est-à-dire qu'elles ont au minimum fourni des informations sur leur âge, leur sexe et le code postal du lieu de résidence. Le tableau 2 donne un aperçu du pourcentage d'habitants (de 18 ans et plus) par région en Belgique (sur la base des données de Statbel, situation au 01.01.2019) en comparaison au pourcentage de participants à la 5^e enquête de santé COVID-19 par région de résidence (déterminé à partir du code postal introduit).

Tableau 2 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la 4^e enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2020

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5.311.613 (58,2)	20 699 (69,3)
Région bruxelloise	932.366 (10,2)	2 646 (8,9)
Région wallonne	2.882.040 (31,6)	6 510 (21,8)
Belgique	9.126.019 (100)	29 855 (100)

En termes relatifs, les résidents de la Région flamande sont donc surreprésentés dans l'échantillon des participants et les résidents de la Région wallonne sont sous-représentés.

Tableau 3 | Composition de l'échantillon de la 4^e enquête de santé COVID-19 par sexe et groupe d'âge, Belgique 2020

	Nombre d'hommes (%)	Nombre de femmes (%)	Nombre total (%)
18 à 24 ans	271 (2,3)	473 (2,9)	744 (2,4)
25 à 34 ans	1 135 (9,8)	2 415 (15,8)	3 550 (11,9)
35 à 44 ans	1 820 (15,8)	3 929 (21,4)	5 749 (19,3)
45 à 54 ans	2 177 (18,9)	4 058 (22,2)	6 235 (20,9)
55 à 64 ans	2 929 (25,4)	4 414 (24,1)	7 343 (24,6)
65+ ans	3 209 (27,8)	3 025 (16,5)	6 234 (20,9)
Total	11 541 (38,7)	18 314 (61,3)	29 855 (100)

Plus de femmes (61,3 %) que d'hommes (38,7 %) ont participé à l'enquête, et elles sont surreprésentées (dans la population, la distribution est de 51 % de femmes pour 49 % d'hommes). La distribution par âge des 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 (12,5 % dans la population, 2,4 % dans l'échantillon).

Tableau 4 | Composition de l'échantillon de la 4^e enquête de santé COVID-19 par niveau d'éducation, Belgique 2020

	Population (15+)(%)(*)	Participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6.302.716 (67,1)	7 297 (25,1)
Enseignement supérieur	3.084.424 (22,9)	21 757 (74,9)
Total	9.387.140 (100)	29 054 (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.

Remarque

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 :

1. 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) ;
2. 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.
3. 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 quatre premières enquêtes de santé Covid-19 peuvent être consultés en ligne :

- 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 • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2020/14.440/96