

SIXIÈME 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

Avril 2021 • Bruxelles • Belgique



Personne de contact :

Lydia Gisle (Editrice) • T+32 2 642 57 53 • lydia.gisle@sciensano.be

Auteurs (par ordre alphabétique) :

Finaba Berete
Elise Braekman
Helena Bruggeman
Rana Charafeddine
Stefaan Demarest
Sabine Drieskens
Lydia Gisle
Lize Hermans
Victoria Leclercq
Johan Van der Heyden

Support administratif et informatique :

Sabine Drieskens
Ledia Jani
Tadek Krzywania
Kim Vyncke

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

Cette publication doit être référencée comme suit :

Sciensano. Sixième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt :D/2021/14.440.30.
Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/j877-kf56>

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	7
2. Connaissance et respect des mesures liées à la COVID-19.....	9
2.1. Principaux résultats.....	9
3. Consultations liées à la COVID-19.....	13
3.1. Principaux résultats.....	13
4. Vaccination.....	15
4.1. Principaux résultats.....	15
4.2. Statut vaccinal.....	15
4.3. Intention vaccinale.....	17
4.4. Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner.....	20
5. Qualité de vie liée à la santé.....	21
5.1. Principaux résultats.....	21
5.2. Dimensions de qualité de vie.....	22
5.3. Score de qualité de vie.....	24
6. Fragilité chez les personnes âgées.....	26
6.1. Principaux résultats.....	26
6.2. Dimensions de la fragilité chez les personnes âgées.....	26
6.3. Fragilité et pré-fragilité.....	27
7. Santé sociale.....	29
7.1. Principaux résultats.....	29
7.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux.....	29
7.3. qualité du soutien social.....	30
7.4. Degré de solitude.....	32
8. Santé mentale.....	34
8.1. Principaux résultats.....	34
8.2. Introduction.....	35
8.3. Satisfaction de vie.....	35
8.4. Anxiété et dépression.....	37
8.5. Pensées et comportements suicidaires.....	40
8.6. Troubles alimentaires.....	42
9. Habitudes alimentaires et état nutritionnel.....	45
9.1. Principaux résultats.....	45
9.2. Consommation quotidienne d'aliments sains et moins sains.....	45
9.3. Etat Nutritionnel.....	47
9.4. Évolution dans l'état nutritionnel.....	48
9.5. Conclusion.....	49
10. Activité physique.....	50
10.1. Principaux résultats.....	50
10.2. introduction.....	50
10.3. Niveau d'activité physique bénéfique pour la santé selon l'OMS.....	50
10.4. Comportements sédentaires.....	52
10.5. conclusion.....	52

11. Consommation d'alcool	53
12. Violence domestique	55
12.1. Principaux résultats	55
12.2. Introduction	55
12.3. Victimes de violence domestique.....	55
13. Impact de la crise du coronavirus sur différents domaines de la vie	57
13.1. Principaux résultats	57
13.2. Introduction	58
13.3. Résultats par domaine de vie.....	58
14. Emploi.....	66
14.1. Principaux résultats	66
14.2. Application du télétravail	66
14.3. Contacts avec les patients COVID-19.....	66
15. Méthodologie	67

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 certains aspects d'avenir. La quatrième enquête de santé COVID-19 a démarré le 24 septembre 2020, 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 était accessible entre le 3 et le 11 décembre 2020. 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 sur 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).

La 6^e enquête de santé COVID-19, dont les résultats sont décrits dans ce rapport, a démarré le 18 mars 2021 et il était possible d'y participer jusqu'au 25 mars. Au total, 20 140 personnes âgées de 18 ans et plus y ont participé. Un grand nombre d'entre elles ont par ailleurs pris part à une ou plusieurs de nos enquêtes de santé COVID-19 précédentes, ce qui permettra ultérieurement de faire des analyses longitudinales.

Nous avons malheureusement observé une baisse de la participation des plus jeunes (18-24 ans) au fil des enquêtes de santé COVID-19 que nous organisons depuis une année. Pour cette 6^e enquête, le groupe des 18-24 ans est devenu trop limité pour permettre des estimations suffisamment précises au niveau de cette tranche d'âge. Il a donc été décidé de distinguer des groupes d'âge plus larges pour les analyses de ce rapport (18-29 ans, 30-49 ans, 50-64 ans, 65+ ans). Les résultats des enquêtes précédentes - parfois utilisés à des fins de comparaison - ont été recalculés en fonction de ces nouveaux groupes d'âge.

Les données collectées par le biais des enquêtes de santé COVID-19 fournissent une photographie de la situation à un moment donné. Ce rapport présente les résultats préliminaires de la 6^e enquête de santé COVID-19, en mettant l'accent sur l'expérience de la population alors que ce deuxième confinement se prolonge. Les thèmes suivants y sont abordés :

- La connaissance et le respect des mesures liées à la COVID-19
- Les consultations chez le médecin et les infections à la COVID-19
- La vaccination
- Les maladies et affections sous-jacentes
- La fragilité chez les personnes âgées
- La qualité de vie en lien avec la santé
- La santé sociale
- La santé mentale

- Les habitudes alimentaires et état nutritionnel
- L'activité physique
- La consommation d'alcool
- La violence domestique
- L'impact de la crise sur les domaines de la vie
- L'emploi

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 6^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 à la COVID-19

2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

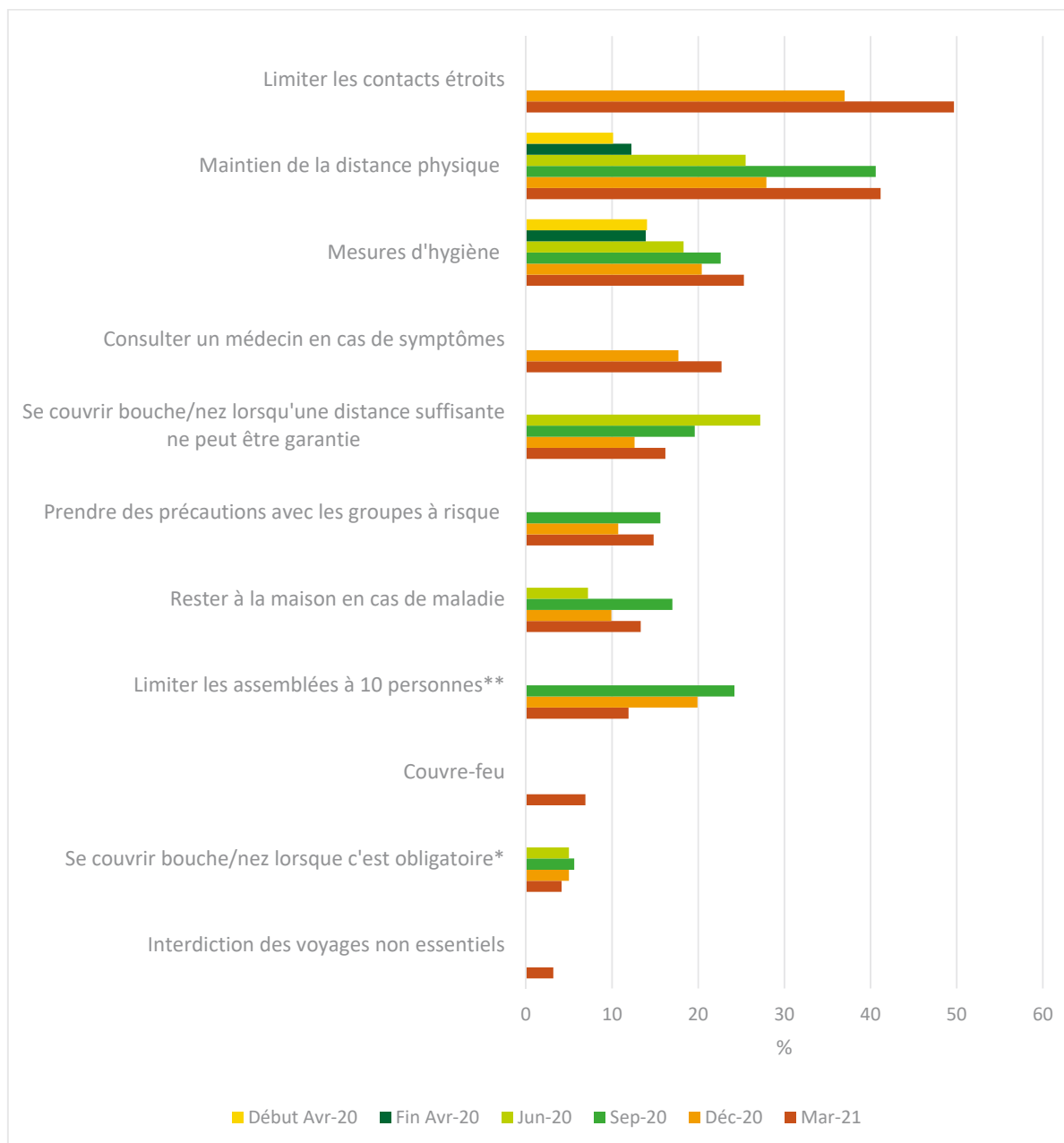
- En mars 2021, le pourcentage de personnes indiquant qu'elles ne respectent pas strictement les mesures est plus élevé qu'en décembre 2020, mais comparable à celui de septembre 2020.
- La mesure la moins respectée est celle qui limite les contacts rapprochés à une seule personne. La mesure la plus respectée est l'interdiction des voyages non essentiels.
- Les 18-29 ans ainsi que les hommes sont relativement plus nombreux à indiquer qu'ils ne respectent pas strictement les mesures.

La 6^e enquête de santé COVID-19, qui a eu lieu en mars 2021, 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. Lorsque l'enquête a eu lieu, les rassemblements étaient autorisés pour un maximum de 10 personnes à l'extérieur. En outre, les contacts étroits étaient limités à une seule personne et les déplacements non essentiels étaient interdits. Un couvre-feu était en vigueur dans toute la Belgique, mais il différait selon les régions : en Flandre et en Wallonie, il était en vigueur entre minuit et 5 heures du matin et à Bruxelles entre 22 heures et 6 heures. Par ailleurs, il est toujours fortement recommandé de respecter les mesures d'hygiène et de garder une distance d'au moins 1,5 m avec les autres.

On s'est intéressé au respect des mesures d'hygiène et de maintien des distances physiques depuis la première enquête de santé COVID-19, et plus spécifiquement aux personnes qui disent ne pas respecter strictement ces mesures. Celles-ci étaient proportionnellement moins nombreuses en avril 2020, au début de la pandémie, mais leur proportion a augmenté en juin et en septembre 2020. En décembre, le pourcentage de personnes ne respectant pas strictement ces mesures était redescendu à une valeur inférieure au taux observé en septembre. 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 (Figure 1). Nous constatons aujourd'hui que le pourcentage de personnes qui ne respectent pas les mesures a de nouveau augmenté par rapport à décembre 2020. Pour la mesure du maintien de la distance physique, ce chiffre est maintenant de 41 % (le même qu'en septembre 2020). Pour les mesures d'hygiène, il est désormais de 25 % contre 20 % en décembre et 23 % en septembre 2020. Ces chiffres se situent donc à nouveau à un niveau similaire à celui de septembre 2020, juste avant la deuxième vague.

Quant aux autres mesures, nous constatons également une augmentation en mars 2021 par rapport à décembre 2020 de la proportion de personnes qui ne les respectent pas, à l'exception du fait de porter le masque lorsqu'il est obligatoire (non-respect : 4 % en mars, 5 % en décembre) et de la restriction des rassemblements (12 % et 20 % respectivement). Toutefois, cette dernière mesure n'avait été assouplie que de 4 à 10 personnes au moment de l'enquête. Le tableau aurait pu être différent si les rassemblements avaient été limités à 4 personnes à ce moment-là. La mesure la plus respectée est l'interdiction des voyages non essentiels : seuls 3% indiquent ne pas la respecter.

Figure 1 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021

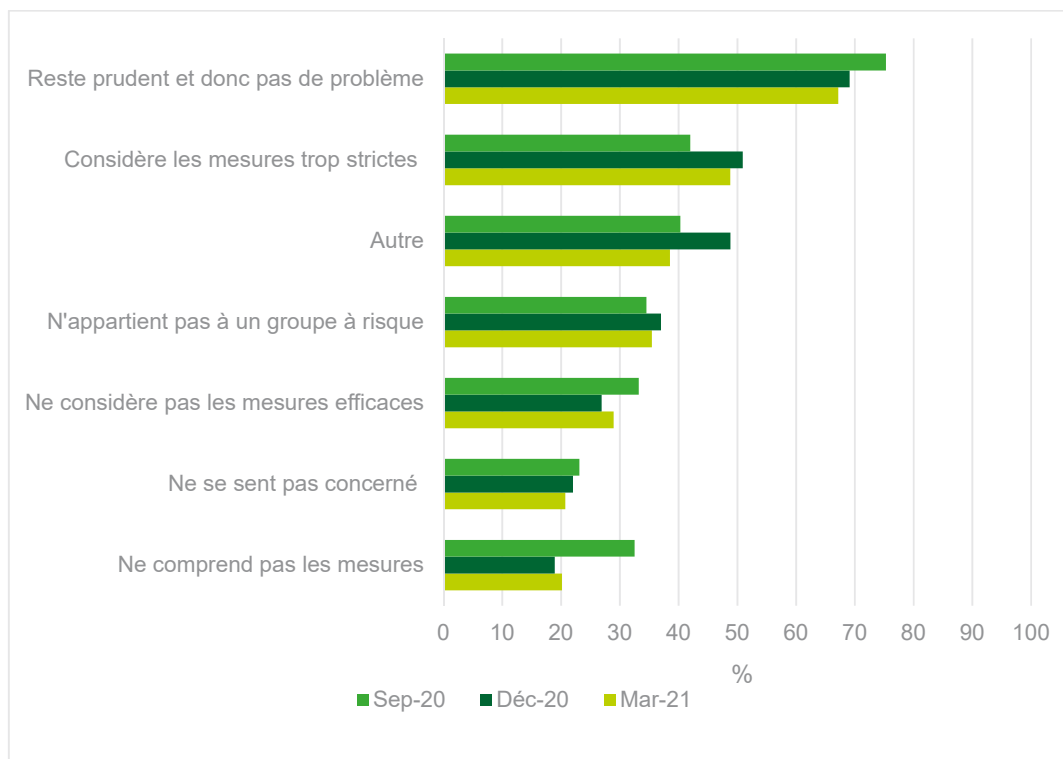


* Enquête organisée en juin: se couvrir la bouche et le nez dans les transports publics (également obligatoire à l'époque).

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

Parmi les personnes qui ont rapporté en mars 2021 ne pas respecter strictement les mesures, 67 % ont invoqué comme raison qu'elles étaient prudentes et que cela ne devrait donc pas poser de problème (Figure 2). Ensuite, 49 % indiquent considérer les mesures comme trop strictes et 39 % ont une autre raison. Ce sont également les raisons les plus souvent invoquées dans les enquêtes de septembre et de décembre 2020. Sous « autres raisons », les répondants indiquent souvent que les règles sociales sont difficiles à suivre étant donné la taille de la famille et le besoin de contacts sociaux. En outre, les répondants ont aussi indiqué être fatigués des mesures contre la COVID-19 et ne plus être motivés de les suivre.

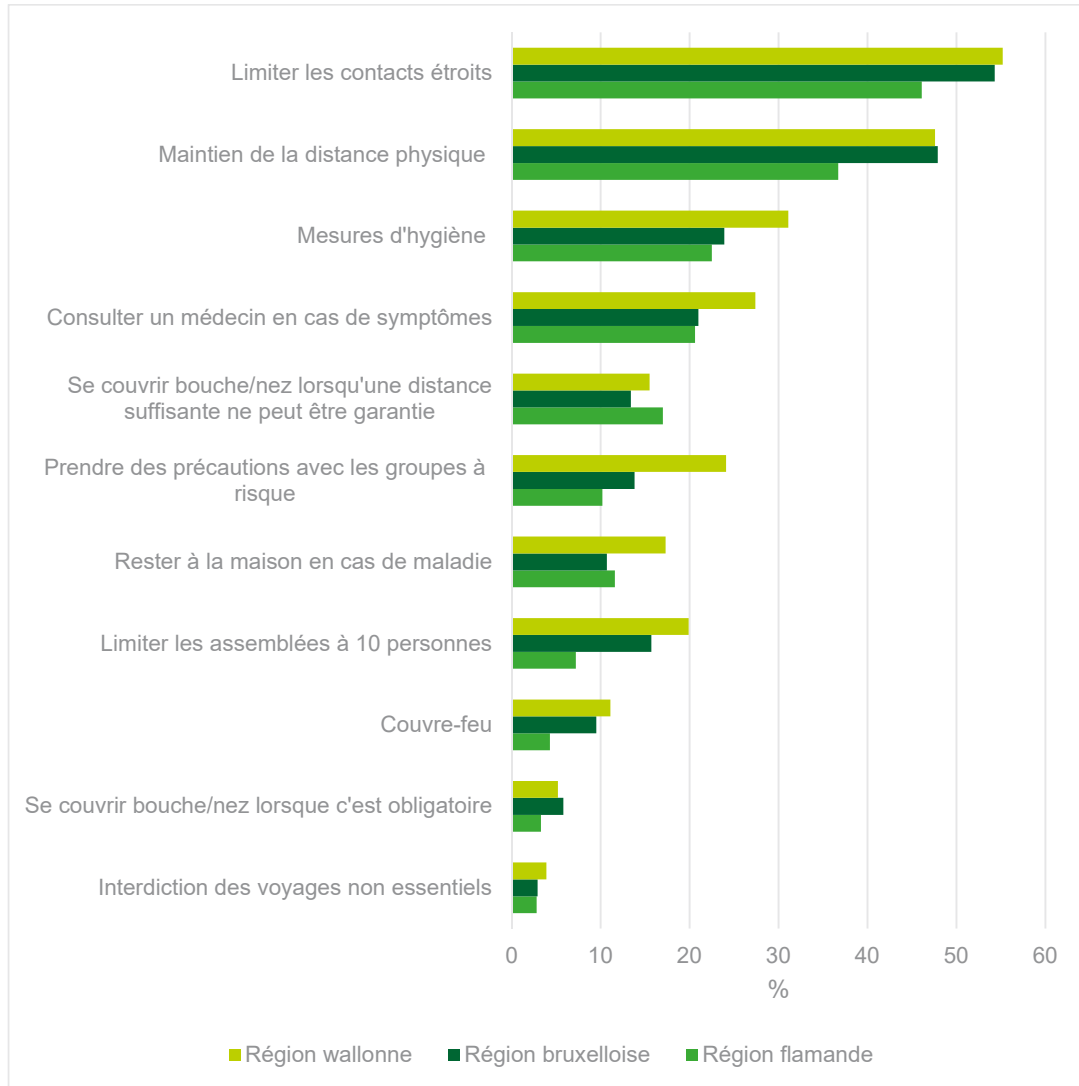
Figure 2 | Raisons invoquées pour ne pas respecter strictement les mesures en vigueur (plusieurs raisons possibles), enquêtes de santé COVID-19, Belgique, 2021



Le respect des mesures varie en fonction de l'âge et du sexe : les jeunes adultes et les hommes sont nettement plus nombreux à indiquer qu'ils ne suivent pas strictement les différentes mesures. Par exemple, les hommes sont plus nombreux que les femmes à indiquer qu'ils ne respectent pas strictement les mesures d'hygiène (31 % et 20 % respectivement). De même, 68 % des 18-29 ans disent ne pas respecter strictement la règle du maintien de la distance physique, contre 23 % des 65 ans et plus. Lorsqu'il s'agit de limiter les contacts étroits, 56 % à 67 % des 18-49 ans le font, contre 37 % à 41 % des plus de 50 ans.

Il existe également des différences par région (Figure 3). Le pourcentage de personnes qui ne respectent pas strictement les mesures est plus élevé en Région wallonne qu'en Région flamande, et ceci pour toutes les mesures sauf le port du masque dans les lieux où l'on ne peut pas garder une distance de 1,5 mètre et l'interdiction des voyages non essentiels. Le pourcentage de personnes qui ne respectent pas strictement les mesures est également plus élevé en Région bruxelloise qu'en Région flamande pour certaines mesures, notamment en ce qui concerne le maintien de la distance physique, le port du masque dans les lieux où c'est obligatoire, la restriction des rassemblements et le couvre-feu. Pour d'autres mesures, le pourcentage de personnes qui ne respectent pas strictement les mesures est plus élevé en Région wallonne qu'en Région bruxelloise, notamment pour les mesures d'hygiène, le fait de rester à la maison en cas de maladie, l'attention portée aux groupes à risque et la consultation d'un médecin en cas de symptômes.

Figure 3 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, par région, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



3. Consultations liées à la COVID-19

3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

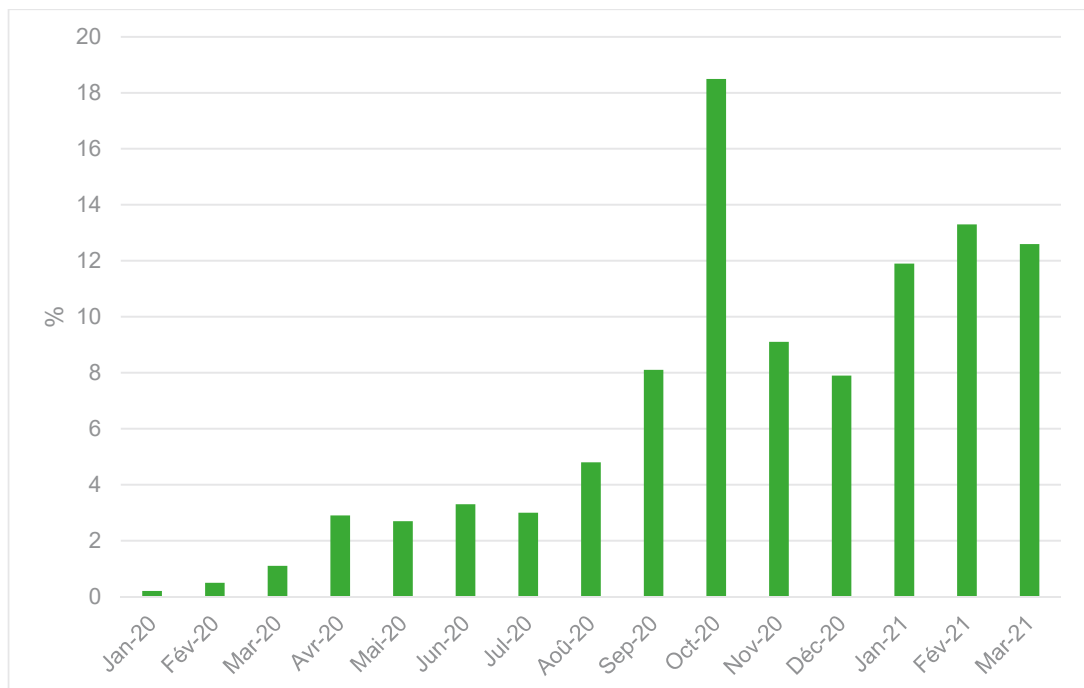
- Depuis le début de la crise, près d'une personne sur trois âgée de 18 ans et plus a consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19.
- En mars 2021, près de la moitié de la population en Belgique aura été testée pour le coronavirus.
- Les principales raisons pour se faire tester sont la présence de symptômes inquiétants, l'admission dans un établissement collectif et être identifié(e) comme contact à haut risque.

En mars 2021, 33 % des participants déclarent avoir consulté un médecin pour des problèmes qui pouvaient être liés à la COVID-19, et ceci au moins une fois depuis le début de la crise. En 2020, ce taux était de 28 % en décembre et de 21 % en septembre. Ce pourcentage varie significativement en fonction des caractéristiques démographiques :

- Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont le moins souvent consulté (19 %) par rapport aux autres groupes d'âge. Les pourcentages les plus élevés se trouvent chez les 18-49 ans (40,5 % - 42 %).
- Relativement plus de femmes que d'hommes ont consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19 (35 % et 32 % respectivement).

En mars 2021, près de la moitié des participants (48 %) ont indiqué avoir été testés pour la COVID-19 depuis le début de la crise, contre 36 % en décembre 2020. La figure 4 montre la date du dernier test COVID-19.

Figure 4 | Date du dernier test pour la COVID-19, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021

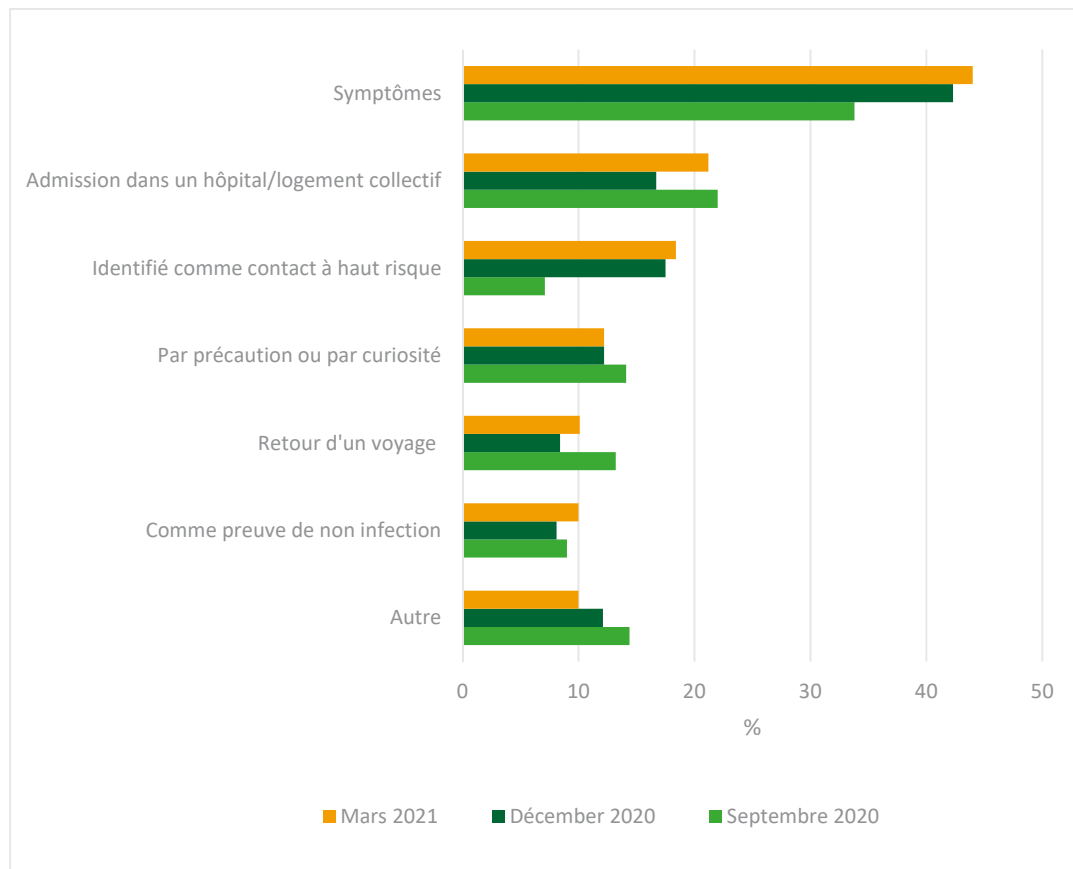


Le pourcentage de personnes qui déclarent avoir été testées pour le coronavirus varie de manière significative en fonction des caractéristiques suivantes :

- Les pourcentages sont les plus faibles chez les personnes de 65 ans et plus (34 %) et les plus élevés chez les 18-49 ans (55 % dans les deux groupes).
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir été testées (50 % contre 45 %).
- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur sont plus nombreuses à avoir été testées que celles ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (52 % contre 46 %).

Les personnes qui ont répondu qu'elles s'étaient fait tester pouvaient ensuite indiquer, dans une liste à choix multiples, la ou les raisons pour lesquelles avoir fait le test. Tout comme dans les deux enquêtes précédentes, la raison la plus importante pour se faire tester était de présenter des symptômes inquiétants (44 %) (Figure 5). La deuxième raison la plus fréquemment invoquée était « l'admission dans un hôpital/logement collectif » (21 %), suivie par le fait d'être identifié(e) comme un contact à haut risque (18 %).

Figure 5 | Raisons invoquées pour avoir été testé(e) pour la COVID-19, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



4. Vaccination

4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

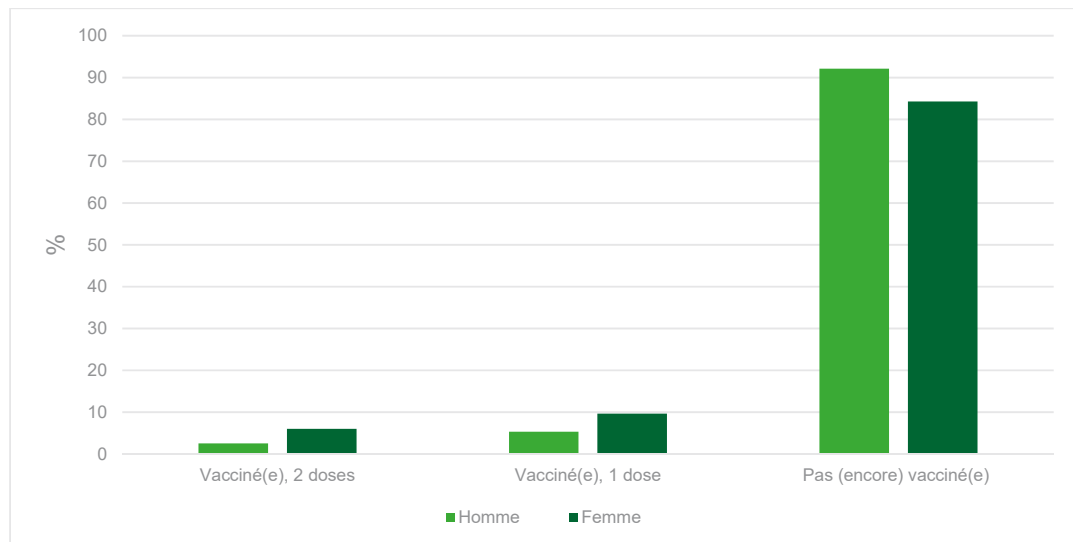
- La stratégie de vaccination consistant à donner la priorité au personnel de santé se reflète clairement dans ces chiffres : pendant la période de collecte des données de la 6^e enquête de santé COVID-19, 70 % des personnes travaillant dans le secteur de la santé ont indiqué avoir été (partiellement) vaccinées contre le coronavirus (COVID-19).
- 15 % de la population adulte est hésitante ou n'a pas l'intention de se faire vacciner contre le coronavirus (COVID-19). En Région wallonne, cela concerne près d'un quart de la population.
- Les personnes à plus haut risque pour une forme grave de la COVID-19 et définies comme groupe prioritaire pour la vaccination par le Conseil Supérieur de la Santé sont moins nombreuses à renoncer de se faire vacciner que celles des groupes non-prioritaires. Il n'y a en revanche pas de distinction entre le groupe des prioritaires et des non prioritaires en termes de proportions de personnes qui hésitent à se faire vacciner.

Les résultats concernant la vaccination présentés dans ce chapitre proviennent de l'enquête de santé COVID-19 qui a eu lieu pendant la période du 18 au 25 mars 2021. Toutefois, Sciensano publie également quotidiennement des chiffres sur la couverture vaccinale de la population adulte sur base du registre « Vaccinnet+ ». Selon ce registre, il était estimé qu'au 27 mars 2021, 10,7 % de la population de Belgique avait reçu une première dose du vaccin et 4,4 % avait reçu deux doses (soit un total de 15,1 % de la population adulte).

4.2. STATUT VACCINAL

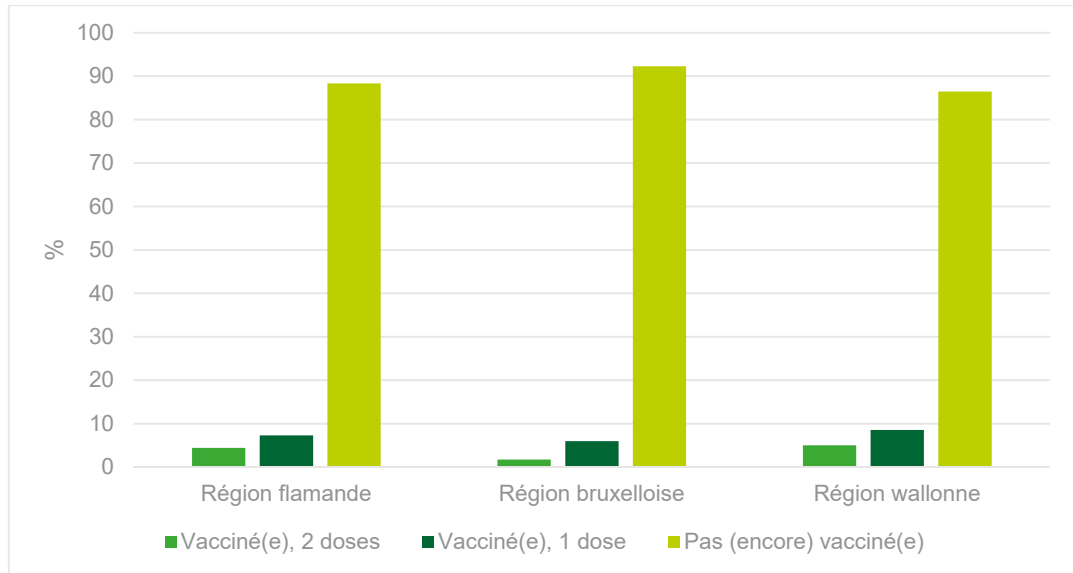
Au moment de l'enquête (18-25 mars 2021), 11 % de la population adulte (de 18 ans et plus) a indiqué avoir été vaccinée contre le coronavirus (COVID-19) : 4 % a indiqué avoir déjà reçu les deux doses et 7 % a reçu une dose (Figure 6). Par conséquent, 89 % des participants n'ont pas (encore) été vaccinés contre le coronavirus (COVID-19). Ce pourcentage est plus élevé parmi les hommes (92 %) que parmi les femmes (84 %), ce qui peut être lié au fait que les femmes sont plus nombreuses à être employées dans le secteur de la santé (voir plus loin).

Figure 6 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur statut vaccinal contre la COVID-19, par sexe, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



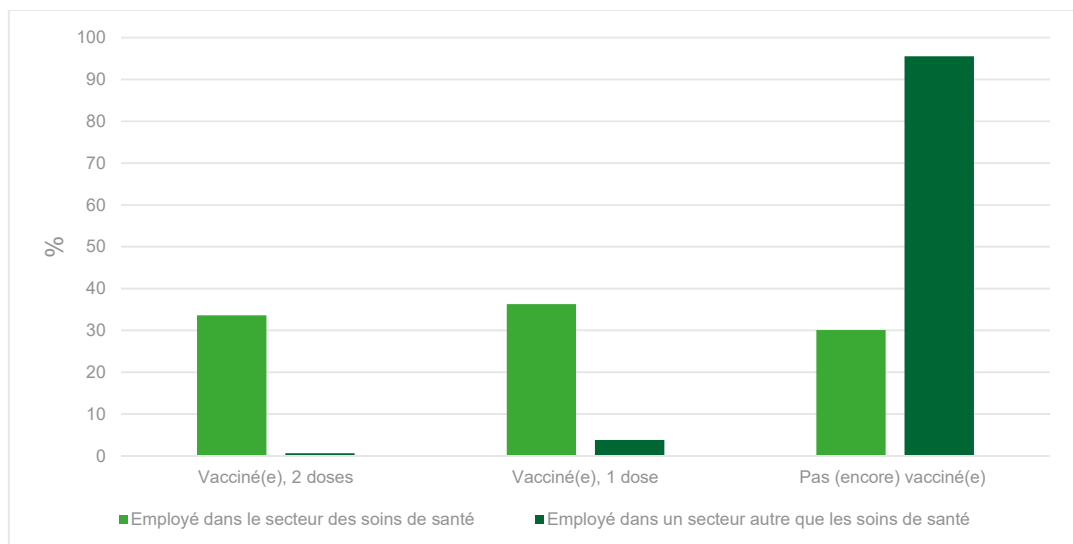
Le pourcentage de personnes qui indiquent avoir été vaccinées (tant celles ayant reçu une dose que celles ayant reçu les deux doses) est légèrement plus élevé en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles (Figure 7).

Figure 7 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur statut vaccinal contre la COVID-19, par région, 6^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



Nous avons vérifié s'il existait un lien entre le fait d'être vacciné(e) et le fait d'être employé(e) dans le secteur des soins de santé, au sein de la population active. Les résultats sont très clairs : parmi les employé(e)s du secteur des soins de santé, 34 % indiquent avoir déjà reçu deux doses (pour 0,6 % au sein de la population active, hormis les travailleurs du secteur des soins de santé), 36 % indiquent avoir déjà reçu une dose (pour 3,8 % au sein de la population active, hormis les travailleurs du secteur des soins de santé) (Figure 8). Enfin, 30 % des employé(e)s du secteur des soins de santé ont indiqué ne pas (encore) avoir été vacciné(e)s (pour 96 % de la population active, hormis les travailleurs du secteur des soins de santé).

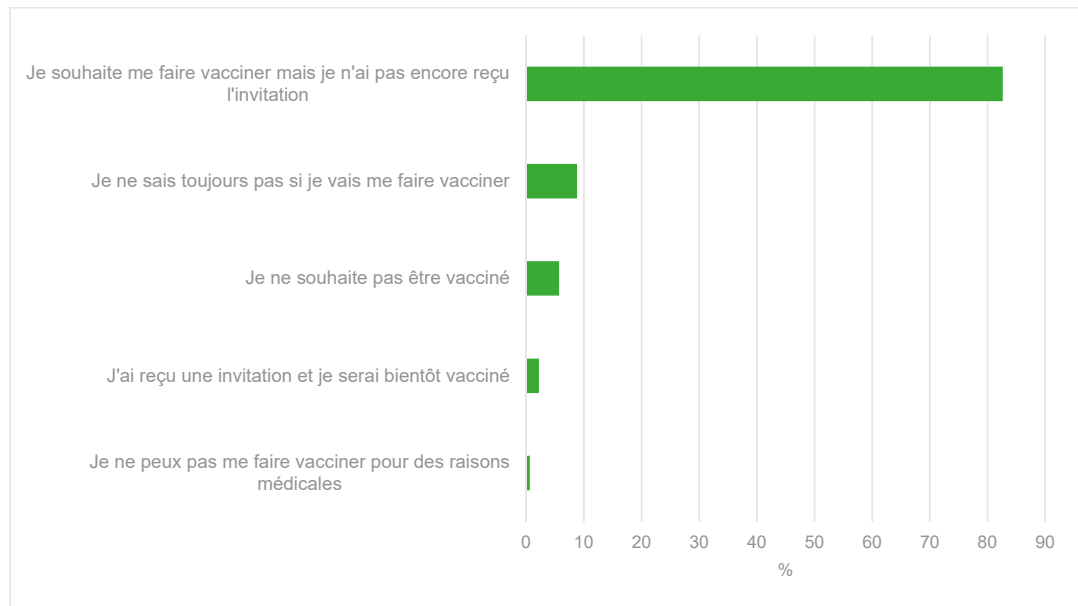
Figure 8 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon le statut vaccinal COVID-19 et l'emploi dans le secteur des soins de santé, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



4.3. INTENTION VACCINALE

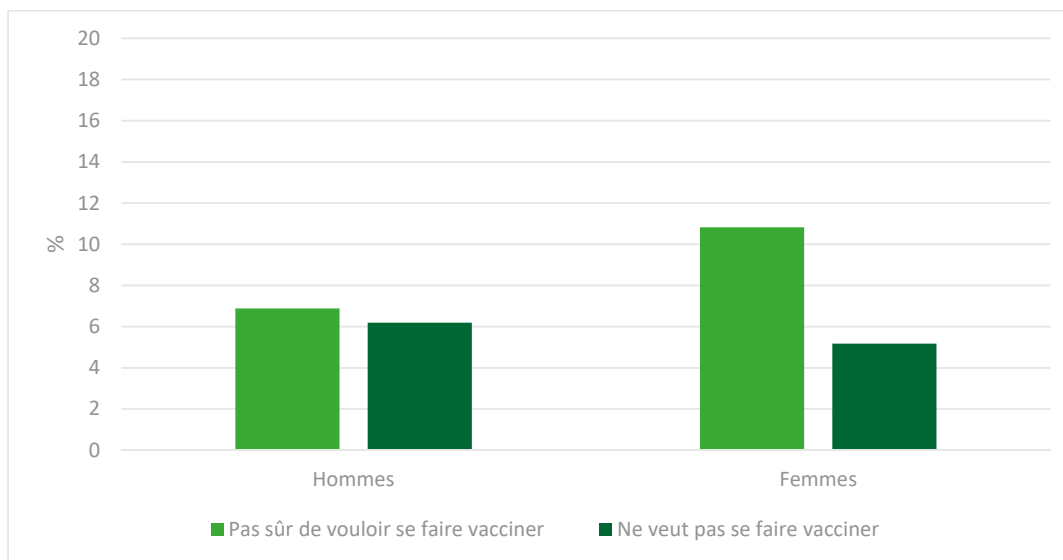
Les personnes qui n'ont pas (encore) été vaccinées contre le coronavirus (COVID-19) - c'est-à-dire la grande majorité de la population - ont été interrogées sur les raisons de leur non-vaccination. Comme le montre la figure 9, 83 % de celles-ci ont déclaré ne pas encore avoir reçu d'invitation, 2 % ont reçu une invitation et seront vaccinées prochainement, et 0,6 % ont déclaré ne pas pouvoir se faire vacciner pour des raisons médicales. De plus, 9 % de la population hésite encore à se faire vacciner contre le coronavirus (COVID-19) et 6 % indique ne pas vouloir se faire vacciner. Au total, 15 % de la population est donc réticente ou n'a pas l'intention de se faire vacciner contre le coronavirus (COVID-19).

Figure 9 | Distribution des personnes (18 ans et plus) non-vaccinées contre la COVID-19, selon les raisons invoquées pour la non-vaccination, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



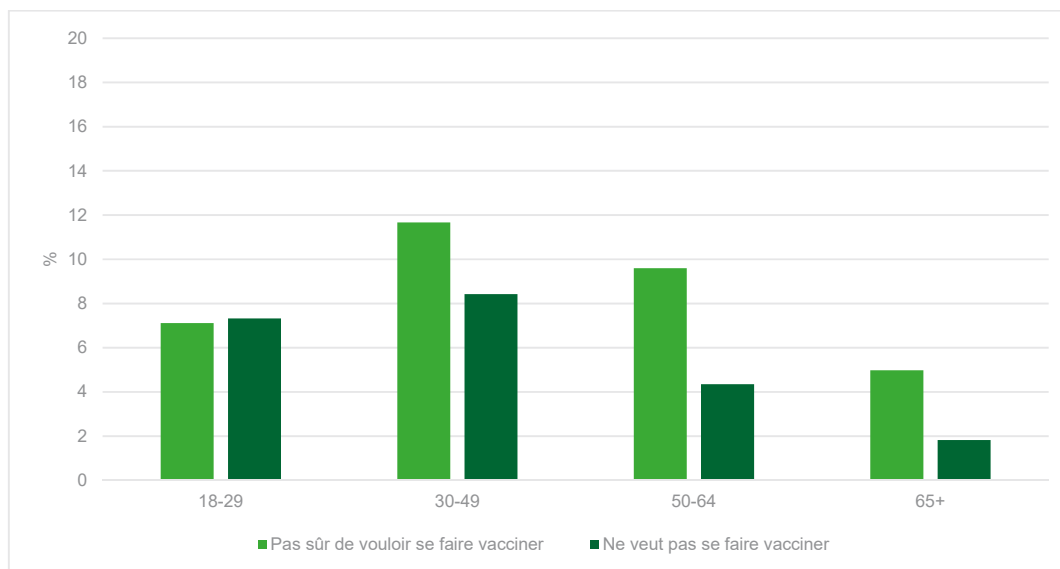
Dans les paragraphes suivants, l'attention est portée sur les personnes qui disent hésiter à se faire vacciner ou ne pas vouloir se faire vacciner. Aucune différence par sexe n'est constatée dans le pourcentage de personnes qui ne veulent pas se faire vacciner. Néanmoins, le pourcentage de personnes hésitantes quant à la vaccination est nettement plus élevé chez les femmes (11 %) que chez les hommes (7 %) (Figure 10).

Figure 10 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui hésitent à se faire vacciner / qui ne veulent pas se faire vacciner, par sexe, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



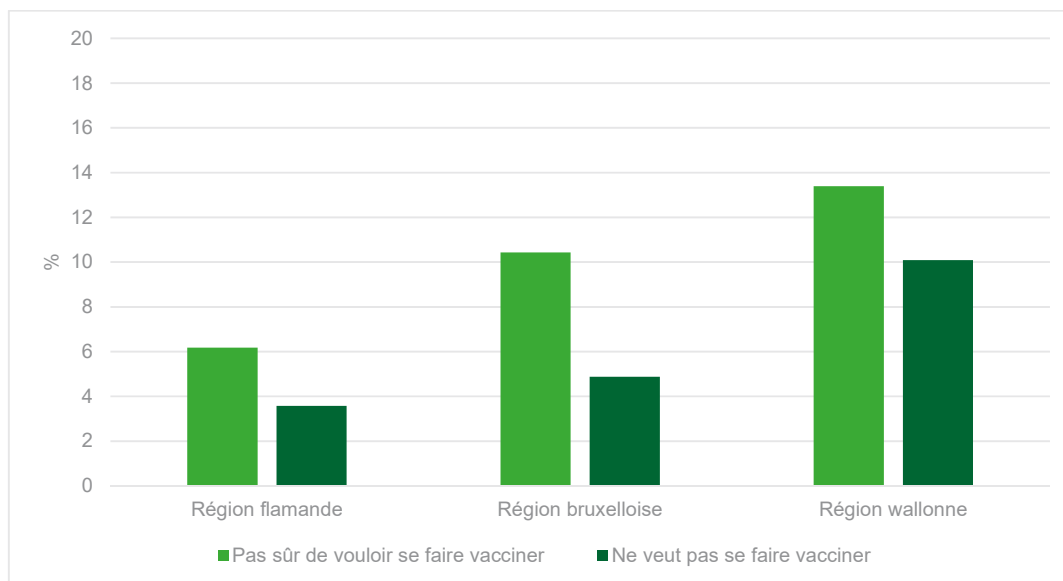
Le pourcentage de personnes qui hésitent à se faire vacciner, tout comme le pourcentage de personnes qui ne veulent pas se faire vacciner, sont les plus élevés dans la tranche d'âge de 30-49 ans (Figure 11).

Figure 11 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui hésitent à se faire vacciner / qui ne veulent pas se faire vacciner, par âge, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



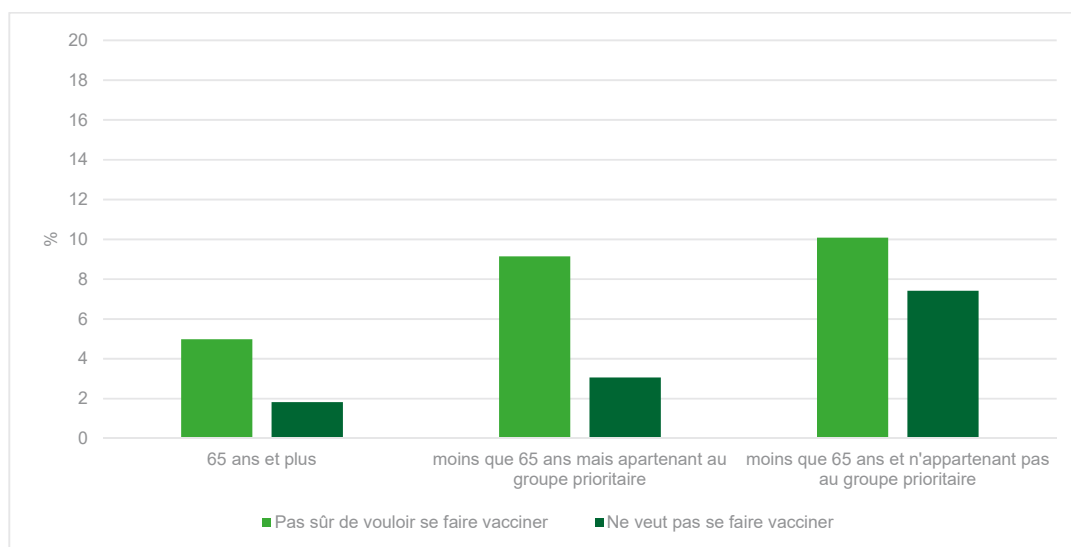
Le pourcentage de personnes qui hésitent à se faire vacciner, tout comme le pourcentage de personnes qui ne veulent pas se faire vacciner sont les moins élevés en Flandre (respectivement 6 % et 4 %) par rapport aux taux à Bruxelles (10 % et 5 %), et surtout, aux taux en Wallonie (13 % et 10 %) (Figure 12).

Figure 12 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui hésitent à se faire vacciner / qui ne veulent pas se faire vacciner, par région, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



Nous avons aussi examiné les attitudes envers la vaccination selon l'appartenance aux groupes prioritaires pour la vaccination contre le coronavirus (COVID-19) tels que définis par les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé. Dans le groupe des prioritaires, le pourcentage de personnes qui ne souhaitent pas se faire vacciner est nettement inférieur aux taux dans le groupe des non-prioritaires, mais on n'observe pas de différence en ce qui concerne le pourcentage de personnes qui hésitent à se faire vacciner (Figure 13).

Figure 13 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui hésitent à se faire vacciner / qui ne veulent pas se faire vacciner, par statut prioritaire pour la vaccination, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



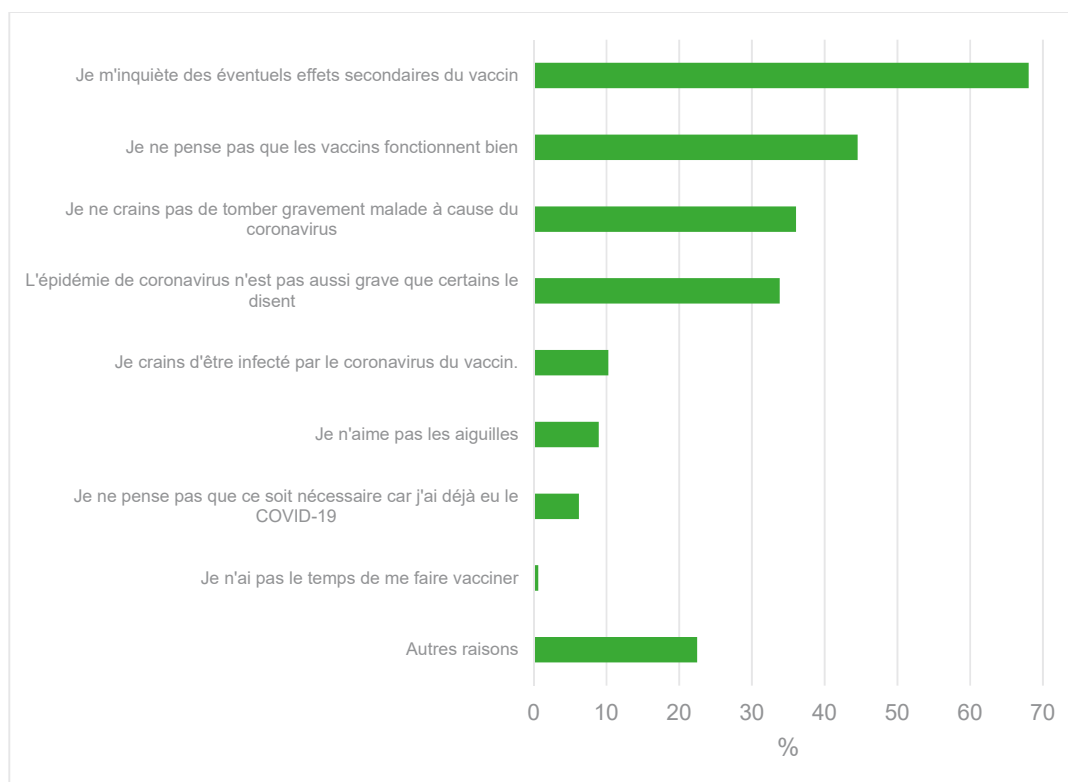
Groupes prioritaires : personnes atteintes d'une maladie pulmonaire chronique (45-64 ans), d'une maladie cardiovasculaire chronique (45-64 ans), d'obésité (45-64 ans), de diabète (45-64 ans), d'une maladie neurologique chronique (45-64 ans), d'une maladie rénale chronique (16-64 ans), d'un cancer (pas un cancer du sang) (45-64 ans), d'un cancer du sang (18-64 ans), patients immunodéprimés (pas le VIH) (18-64 ans), transplantés (18-64 ans).

4.4. RAISONS INVOQUÉES POUR NE PAS SE FAIRE VACCINER

Nous avons examiné les raisons invoquées par les personnes qui ont indiqué ne pas vouloir se faire vacciner. Les répondants pouvaient choisir plus d'une raison. Attention : cela ne concerne qu'un groupe relativement restreint de la population (6 %) (Figure 14). Les 3 raisons les plus souvent indiquées sont : l'inquiétude concernant les éventuels effets secondaires du vaccin (pour 68 % des personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner), la croyance que les vaccins ne fonctionnent pas très bien (pour 45 %) et le fait de ne pas craindre de tomber gravement malades à cause du coronavirus (pour 36 %). Une personne sur cinq (22 %) a indiqué comme raison « autre ». Dans le cadre de ce rapport, nous ne nous étendrons pas sur ces éventuelles autres raisons, mais nous souhaitons en mentionner quelques-unes (les raisons ont été littéralement reprises ici) :

« En 1 an, l'épidémie a laissé 98 % de la population vivants » ; « Je ne fais pas confiance au gouvernement et certainement pas aux virologues ; menteurs, manipulateurs et narcissiques. Des gens dangereux. » ; « Les intérêts commerciaux de toutes ces parties sont bien trop colossaux, les scientifiques n'ont aucune empathie et sont aveuglés par les chiffres, les admissions à l'hôpital sont maintenues artificiellement élevées, les gens sont gardés plus longtemps que nécessaire, l'oxygène peut être donné à la maison, mais les hôpitaux reçoivent des allocations supplémentaires de l'État s'ils hébergent des patients COVID ... il n'est pas intéressant de développer un médicament car cela rapporte beaucoup moins que la population mondiale entière à vacciner » ; « Les scientifiques ne font qu'une analyse coûts/bénéfices, la masse de personnes qui ont des effets secondaires et les quelques personnes qui ont des effets secondaires graves les laissent complètement indifférents » ; « Les personnes qui ont déjà eu le coronavirus, et sont donc immunisées contre les cellules T reçoivent l'injection et sont alors souvent plus malades à cause du vaccin que de la maladie dont elles souffraient, ceci est décrit dans des revues scientifiques » ; « Les dommages causés par la vaccination sont actuellement fortement minimisés, cela aугure bien des dommages à long terme, bravo ! »

Figure 14 | Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner contre la COVID-19, 6^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



5. Qualité de vie liée à la santé

5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Parmi les 5 dimensions du questionnaire EQ-5D, la population âgée de 18 ans et plus rapporte le plus souvent des problèmes dans les dimensions de l'anxiété/dépression (52 %) et des douleurs/gêne (49 %). Les proportions de personnes rapportant de l'anxiété/dépression et rapportant des problèmes pour accomplir les activités courantes ont augmenté significativement au cours de la crise.
- En mars 2021, le score moyen de qualité de vie liée à la santé (QdVS) au sein de la population âgée de 18 ans et plus est de 0,77. Ce score est significativement plus bas qu'en 2018 (0,79).
- La QdVS varie selon les variables socio-démographiques : le score est plus élevé chez les hommes, il augmente avec l'âge, et il est plus élevé chez les plus instruits.
- Les tendances par sexe et par niveau d'instruction sont comparables pendant et avant la crise. Par contre, en 2021 on observe que le score moyen augmente avec l'âge, une tendance inverse par rapport à l'enquête de 2018 où ce score diminuait significativement avec l'âge. Ceci est probablement dû aux problèmes d'anxiété/dépression qui ont augmenté chez les plus jeunes pendant la crise.

La qualité de vie liée à la santé (QdVS) est un concept complexe et multidimensionnel qui comprend des domaines liés au fonctionnement physique, mental, émotionnel et social. Ce concept va au-delà des indicateurs traditionnels de morbidité et de mortalité pour mesurer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie. Dans les 2^e et 6^e enquêtes de santé COVID-19, nous avons intégré l'EQ-5D, un questionnaire simple et rapide qui permet d'estimer la QdVS de la population selon cinq dimensions : mobilité, autonomie personnelle, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression. Chacune de ces dimensions comporte cinq niveaux de réponse. Les questions sont formulées comme ci-dessous :

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé aujourd'hui.

Mobilité

1. Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
2. J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
3. J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
4. J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
5. Je suis incapable de me déplacer à pied

Autonomie de la personne

1. Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
2. J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
3. J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
4. J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs)

1. Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
2. J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
3. J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
4. J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
5. Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs / gêne

1. Je n'ai ni douleur ni gêne
2. J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
3. J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
4. J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
5. J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété / dépression

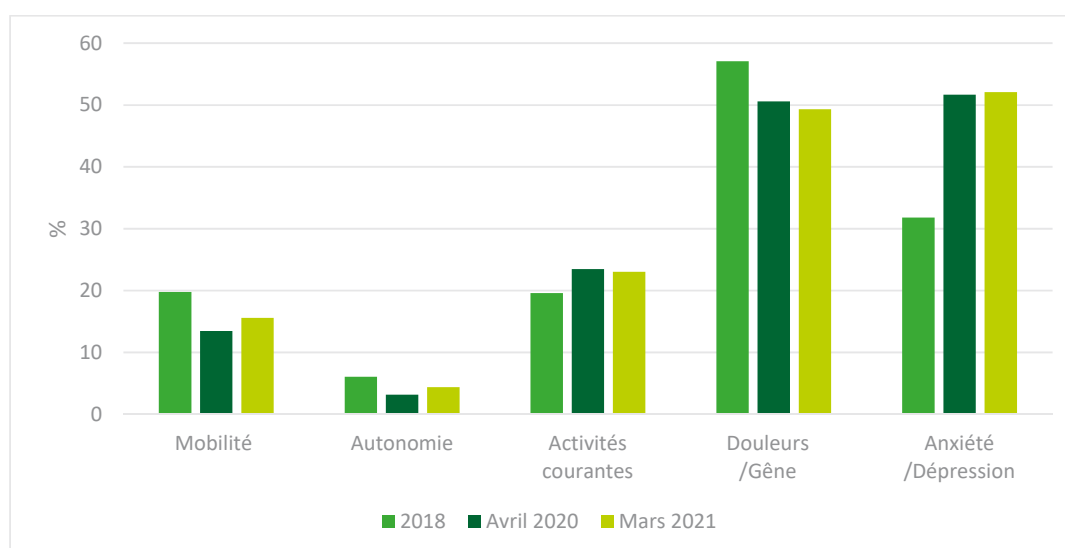
1. Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
2. Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
3. Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
4. Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
5. Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

5.2. DIMENSIONS DE QUALITÉ DE VIE

Parmi les cinq dimensions de qualité de vie étudiées dans cette 6^e enquête de santé COVID-19, les problèmes au niveau de l'anxiété/dépression et des douleurs/gêne sont les plus fréquemment signalés : ainsi, 52 % de la population rapporte des problèmes d'anxiété/dépression et 49 % des problèmes de douleurs/gêne. Les autres dimensions ont moins souvent été perçues comme posant problème : les activités courantes (23 %), la mobilité (16 %) et l'autonomie de la personne (4,4 %). Les résultats issus de la 2^e enquête de santé (avril 2020) et de la 6^e (mars 2021) montrent des tendances similaires pour les cinq dimensions étudiées (Figure 15).

Les problèmes d'anxiété/dépression ont significativement augmenté au cours de la crise de coronavirus : de 32 % de la population ayant rapporté des problèmes d'anxiété/dépression dans l'enquête de santé de 2018 (HIS 2018) à la moitié de la population qui rapporte de tels problèmes au cours de la crise (presque 52 % dans les deux enquêtes de santé COVID-19). On note aussi une augmentation, mais moins importante, dans la proportion de personnes rapportant des problèmes dans l'accomplissement des activités courantes : de 20 % en 2018 à presque 23 % dans les deux enquêtes de santé COVID-19

Figure 15 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent des problèmes (légers à extrêmes) par dimension de QdVS, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



Nous observons une diminution de la proportion de personnes rapportant des problèmes pour les trois autres dimensions. Cela peut s'expliquer par le fait que l'enquête COVID-19 est une enquête en ligne, avec une participation relativement plus faible de personnes âgées ayant des problèmes de mobilité, d'autonomie ou de maladies chroniques que dans l'enquête de santé 2018, où les informations sont collectées par le biais d'un entretien au domicile des personnes.

Pour toutes les dimensions évaluées, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à rapporter des problèmes, sauf pour la dimension autonomie (Figure 16). Nous avons observé une tendance similaire avant l'épidémie du coronavirus, dans l'enquête de santé de 2018.

La prévalence des problèmes rapportés augmente significativement avec l'âge pour les dimensions de mobilité, d'autonomie et de douleurs/gêne. A l'opposé, la proportion de personnes ayant des problèmes pour accomplir leurs activités courantes diminue avec l'âge : de 31 % des 18-29 ans à 20 % des 65 ans ou plus. Ces problèmes rapportés pour accomplir les tâches quotidiennes sont probablement dus aux restrictions mises en place au cours de la crise et non liés à des problèmes de santé. De même, la proportion de personnes qui rapportent de l'anxiété/dépression diminue substantiellement de 68 % chez les 18-29 ans à 37 % chez les 65 ans ou plus. Cette diminution avec l'âge n'est pas observée dans l'enquête de santé de 2018, où la prévalence des problèmes rapportés augmente généralement de manière statistiquement significative avec

l'âge pour toutes les dimensions, sauf pour l'anxiété /dépression où l'on observe une augmentation puis une diminution à 65 ans et plus (Figure 16).

Figure 16 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent des problèmes (légers à extrêmes) par dimension, et par sexe, âge, et niveau d'instruction, 6^e enquête de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



On observe aussi une différence significative selon le niveau d'instruction (Figure 16) : les personnes ayant tout au plus un diplôme d'études secondaires rapportent plus souvent des problèmes que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, et ce, dans toutes les dimensions. Les proportions pour la dimension de l'anxiété/dépression semblent comparables entre les deux niveaux d'instructions dans la figure 16 (mars 2021), mais les différences deviennent statistiquement significatives lorsque l'on ajuste pour l'âge et le sexe. Entre 2018 et 2021, on observe surtout une augmentation de la proportion de personnes rapportant des problèmes d'anxiété/dépression et ceci pour les chacun des deux niveaux d'instruction.

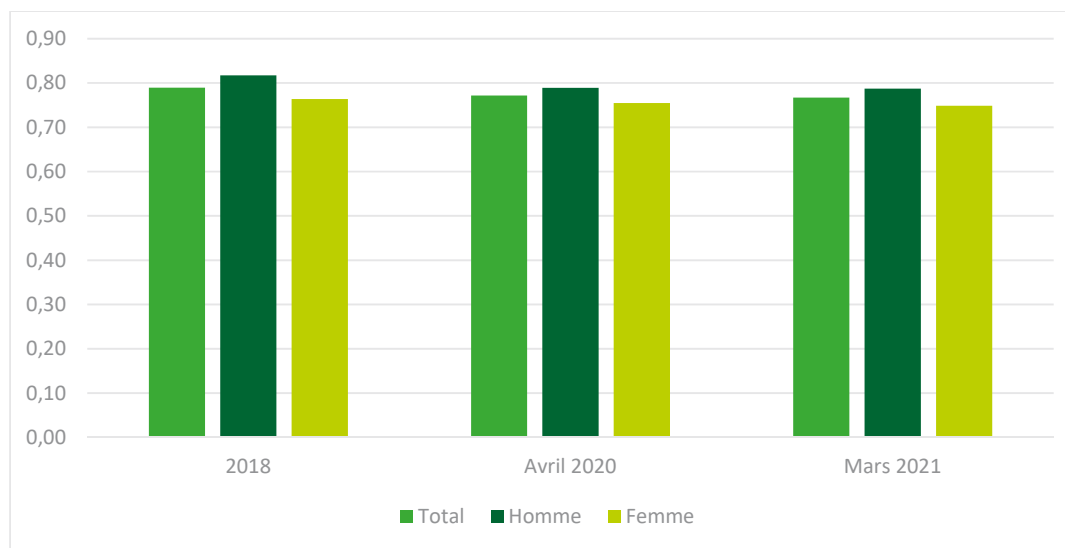
5.3. SCORE DE QUALITÉ DE VIE

Sur la base des réponses relatives aux cinq dimensions, il est possible d'attribuer un score de qualité de vie (QdVS), en utilisant un algorithme développé pour jauger les préférences de la population pour les différents états de santé. Ce score, qu'on nomme le score EQ-5D, est échelonné entre 0 et 1 : 0 représente la mort, et 1 la meilleure QdVS possible. Donc, ce score indique la diminution de la QdVS par rapport à un état de santé optimal. Plus un état de santé est désirable, plus le score qui lui est associé est élevé.

En mars 2021, le score EQ-5D moyen en Belgique au sein de la population de 18 ans et plus est de 0,77. Ce score est resté équivalent à celui observé au début de la crise du coronavirus en avril 2020 (0,77), mais a diminué significativement par rapport à 2018 (0,79). La différence entre mars 2021 et l'enquête de 2018 est significative même après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

Au cours de la crise du coronavirus, tout comme en 2018, le score EQ-5D moyen est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Figure 17). Cette différence reste significative après standardisation pour l'âge et le niveau d'instruction.

Figure 17 | Score EQ-5D moyen au sein de la population (18 ans et plus), par sexe, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



En mars 2021, on observe que le score EQ-5D moyen augmente significativement avec l'âge (de 0,76 chez les 18-29 ans à 0,78 chez les 65 ans et plus), et cette différence reste significative après standardisation pour le sexe et le niveau d'instruction. Cette tendance est comparable à celle observée au début de la crise (de 0,75 chez les 18-29 ans à 0,77 chez les 65 ans et plus). Par contre, en 2018, on observe une tendance inverse avec un score EQ-5D moyen qui diminue significativement avec l'âge : de 0,85 parmi les 15-29 à 0,72 parmi les 65 ans et plus (Figure 18).

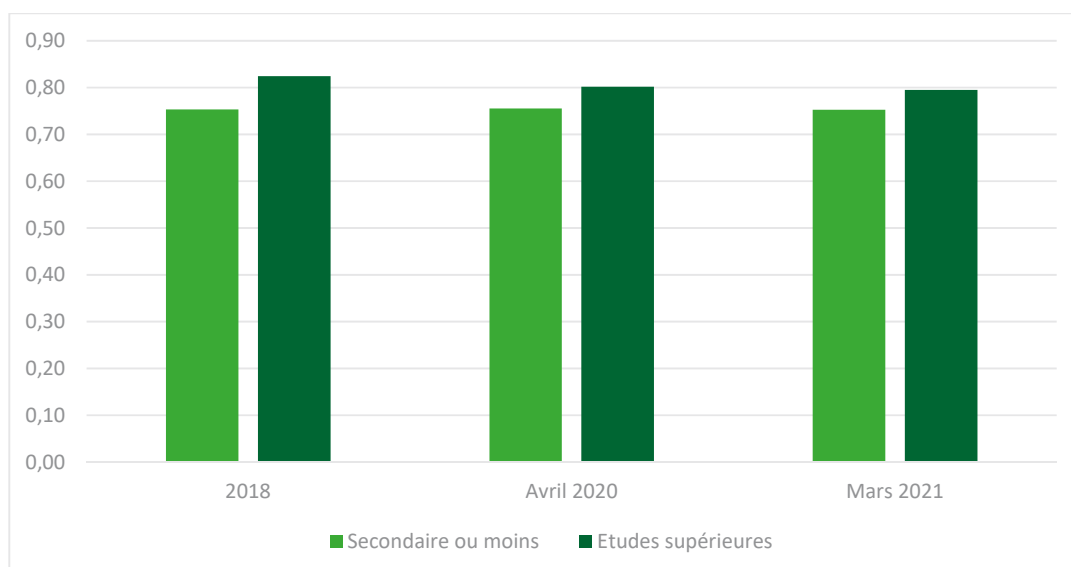
En effet, un score EQ-5D qui augmente avec l'âge est assez exceptionnel car généralement la QdVS diminue avec l'âge. Ce résultat est probablement surtout dû au taux très élevé de jeunes qui rapportent des problèmes d'anxiété/dépression (presque 7 jeunes sur 10) dans la 6^e enquête COVID-19.

Figure 18 | Score EQ-5D moyen au sein de la population (18 ans et plus), par âge, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



Finalement, on observe une différence significative dans la QdVS selon le niveau d'instruction : le score EQ-5D moyen augmente avec le niveau d'instruction et ceci pour les 3 enquêtes (Figure 19). Il est cependant intéressant de noter que le score moyen ne varie pas entre 2018 et 2021 chez les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé (0,75 dans les deux cas). Par contre, le score diminue significativement chez les personnes plus instruites : de 0,82 en 2018 à 0,79 en 2021. Cette tendance se vérifie après standardisation pour le sexe et l'âge.

Figure 19 | Score EQ-5D moyen au sein de la population (18 ans et plus), par niveau d'instruction, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



6. Fragilité chez les personnes âgées

6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent manquer d'énergie. Ce pourcentage est nettement plus élevé que celui observé dans l'enquête de santé 2018, où seule une personne sur quatre de 65 ans et plus était confrontée à ce problème.
- La 6^e enquête de santé COVID-19 montre que 14 % des 65 ans et plus sont fragiles et que 33 % sont pré-fragiles. Nous pouvons supposer que ces chiffres sont une sous-estimation de la situation réelle et que le nombre de personnes âgées fragiles dans la population est certainement plus élevé.
- La fragilité des personnes âgées et les dimensions qui la constituent, augmentent avec l'âge et sont plus fréquentes chez les femmes, les personnes n'ayant pas fait d'études supérieures, les personnes vivant seules et les habitants des Régions bruxelloise et wallonne.
- La fragilité était plus fréquente chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir été testées positives au coronavirus (22 %) par rapport à celles qui ont été testées négatives ou qui n'ont pas été testées (14 %), mais cette différence n'était pas significative. Des recherches supplémentaires sur l'impact de l'infection de la COVID-19 sur la fragilité des personnes âgées sont nécessaires.

La fragilité chez les personnes âgées (65 ans ou plus) est un concept assez complexe et difficile à définir. Il s'agit essentiellement d'un manque de réserve physiologique qui fait que les personnes âgées ne sont pas en mesure de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées. La fragilité des personnes âgées peut être mesurée de différentes manières. L'une d'entre elles est basée sur la présence de problèmes qui se situent dans cinq dimensions différentes : le manque d'énergie, l'appétit diminué, la faible force musculaire, la vitesse de marche ralentie et le peu d'activité physique. Une personne âgée est considérée comme fragile si elle présente au moins trois de ces problèmes.

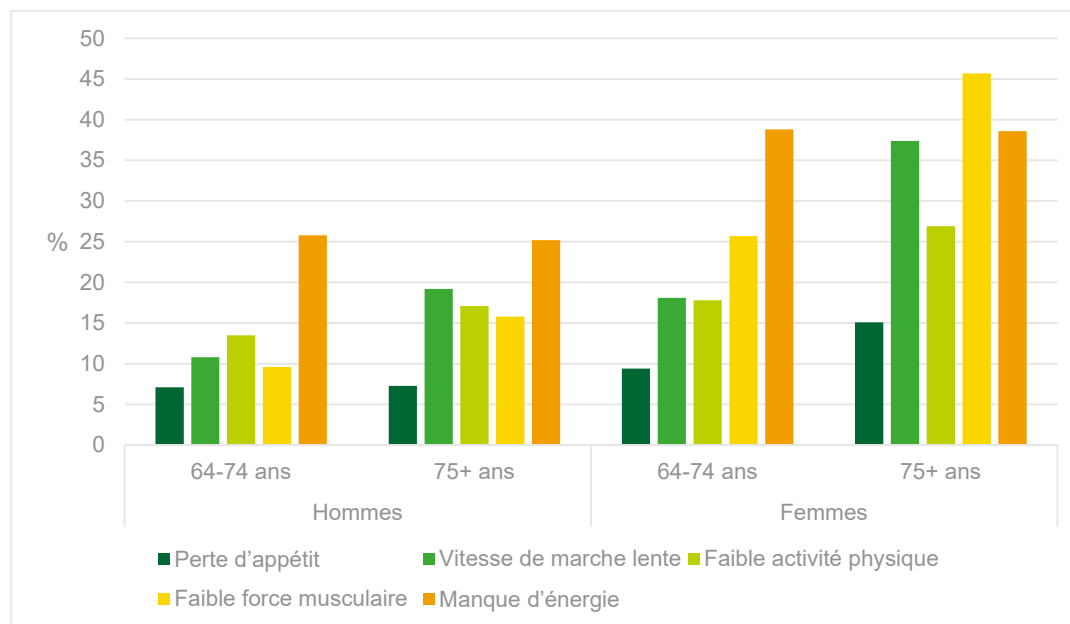
Cette 6^e enquête de santé COVID-19 a sondé pour la première fois la fragilité des personnes âgées dans la population pendant la crise du coronavirus. Les résultats concernent les participants à l'enquête âgés de 65 ans ou plus.

6.2. DIMENSIONS DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Parmi les cinq dimensions de la fragilité étudiées, le manque d'énergie (33 %) est de loin la plus fréquemment rapportée. La fréquence des autres problèmes rapportés est, par ordre décroissant : la faible force musculaire (20 %), le peu d'activité physique (17 %), la vitesse de marche ralentie (17 %) et l'appétit diminué (9 %). Il est remarquable que seul le pourcentage de personnes souffrant d'un manque d'énergie est sensiblement plus élevé ici que dans l'enquête de santé 2018 (25 %), alors que les autres pourcentages sont beaucoup plus moins élevés. Cela peut s'expliquer par le fait que l'enquête COVID-19 est une enquête en ligne, avec une participation relativement moindre de personnes âgées fragiles que dans l'enquête de santé 2018, où les informations sont collectées par le biais d'un entretien en face à face au domicile des personnes.

Il existe des différences significatives en fonction de l'âge et du sexe (Figure 20). Pour toutes les dimensions abordées, les femmes semblent signaler des problèmes beaucoup plus souvent que les hommes. Il n'y a pas d'augmentation significative avec l'âge pour le manque d'énergie et l'appétit diminué. Chez les hommes, la vitesse de marche ralentie est significativement plus fréquente chez les 75 ans et plus (19 %) que chez les 65-74 ans (11 %) et c'est le cas également pour la faible force musculaire (16 % contre 9,6 %). Chez les femmes, c'est le cas pour la faible force musculaire (46 % contre 26 %), la vitesse de marche ralentie (37 % contre 18 %) et le peu d'activité physique (27 % contre 18 %).

Figure 20 | Pourcentage des personnes (65 ans et plus) signalant des problèmes pour les différentes dimensions de la fragilité, par âge et par sexe, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



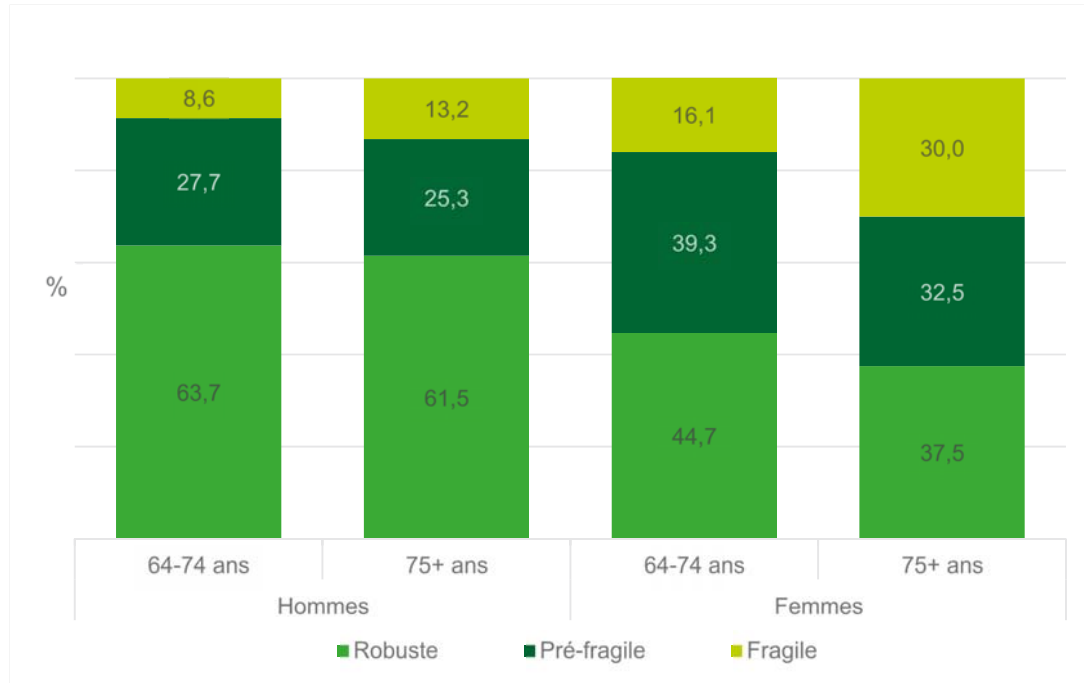
Les personnes âgées de 65 ans et plus ayant un niveau d'éducation de l'enseignement supérieur déclarent moins souvent avoir une faible force musculaire, une vitesse de marche ralentie et peu d'activité physique que celles ayant un niveau d'éducation inférieur. Pour toutes les dimensions, les personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules ont plus de problèmes que celles qui vivent avec une ou plusieurs autres personnes. Il existe également d'importantes différences régionales. Dans les Régions bruxelloise et wallonne, les personnes âgées de 65 ans et plus signalent plus souvent un manque d'énergie, une vitesse de marche ralentie et peu d'activité physique que dans la Région flamande. En Région wallonne, les personnes qui déclarent manquer d'appétit sont nettement plus nombreuses qu'en Région flamande. L'appétit diminué et la vitesse de marche ralentie semblent se produire plus souvent chez les personnes de 65 ans et plus qui ont été testées positives pour le coronavirus, mais la différence n'est pas significative.

6.3. FRAGILITÉ ET PRÉ-FRAGILITÉ

La 6^e enquête de santé COVID-19 montre que 14 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont fragiles et que 33 % sont pré-fragiles. Ces résultats sont moins élevés que ceux de l'enquête de santé 2018, où ces chiffres sont respectivement de 23 % et 37 %, mais cela est sans doute dû à un biais de sélection dans la mesure où ce sont principalement des « personnes âgées en meilleure santé » qui participent à une enquête en ligne. Il est également peu probable que de nombreuses personnes âgées vivant dans des maisons de soins résidentielles, qui ont tendance à être plus fragiles, aient participé à cette enquête en ligne, bien que cela ne soit pas un critère d'exclusion. Dans tous les cas, on peut supposer que l'estimation de la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées dans l'enquête de santé COVID-19 est une sous-estimation de la situation réelle. Par contre, l'enquête indique clairement quels groupes de population sont les plus fragiles.

La fragilité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Dans la tranche d'âge 65-74 ans, 16 % des femmes sont fragiles, dans celle des plus de 75 ans, ce chiffre atteint 30 %. Chez les hommes, ces pourcentages sont respectivement de 8,6 % et 13 % (Figure 21).

Figure 21 | Distribution du statut de fragilité parmi les personnes de 65 ans et plus, par âge et par sexe, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



La fragilité est nettement plus fréquente chez les personnes âgées qui n'ont pas fait d'études supérieures, qui vivent seules et qui habitent dans les régions bruxelloise et wallonne. Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus présentant une fragilité est plus élevée chez celles qui ont été testées positives au coronavirus (22 %) que chez celles qui ont été testées négatives ou qui n'ont pas été testées (14 %), mais cette différence n'est pas significative. Des recherches supplémentaires sur l'impact de l'infection par le COVID-19 sur la fragilité des personnes âgées sont nécessaires.

7. Santé sociale

7.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 63 % de la population âgée de 18 ans et plus est insatisfaite de ses contacts sociaux.
- 37 % de la population âgée de 18 ans et plus se sent faiblement soutenue socialement.
- 29 % de la population âgée de 18 ans et plus se sent profondément seule.

Des questions relatives à la santé sociale ont été abordées dans toutes les enquêtes de santé COVID-19. Ceci nous permet d'étudier l'évolution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux et la qualité du soutien social, tout au long de la crise du coronavirus. Dans cette sixième édition, nous avons pour la première fois abordé le sentiment de solitude.

7.2. INSATISFACTION À L'ÉGARD DES CONTACTS SOCIAUX

La 6^e enquête de santé COVID-19 montre que 63 % de la population (18 ans ou plus) est insatisfaite de ses contacts sociaux². Ce pourcentage est resté similaire à celui mis évidence lors de la 5^e enquête de santé COVID-19 (63,5 %). 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 5^e (décembre 2020) et 6^e (mars 2021) enquêtes de santé COVID-19, les mesures restrictives étaient similaires, à l'exception de la « bulle extérieure » de 10 personnes qui était en vigueur entre le 8 et le 26 mars 2021.

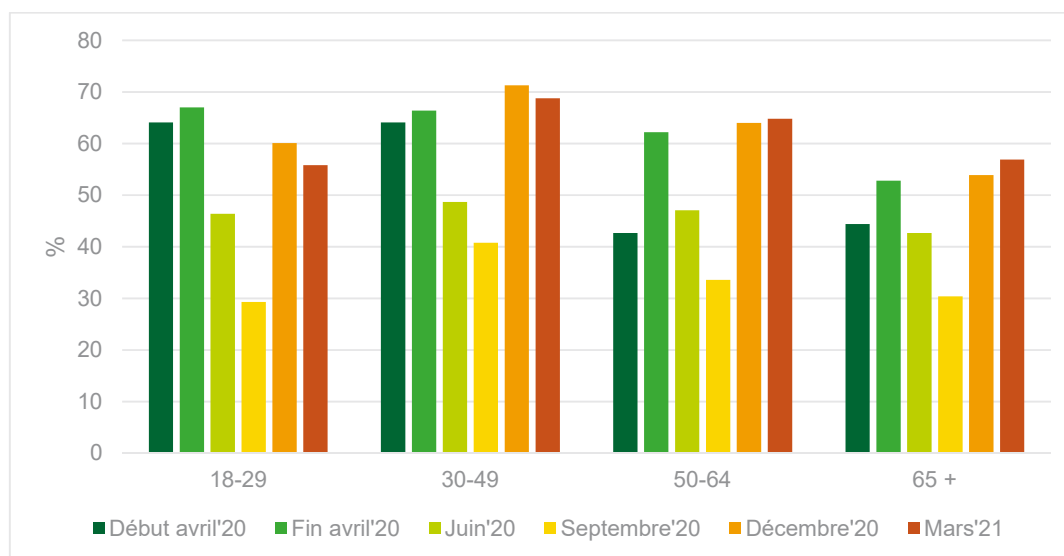
Le pourcentage de personnes insatisfaites de leurs contacts sociaux est nettement plus élevé qu'en « temps normal ». En effet, sur base des données de l'enquête santé de 2018, seule 9 % de la population âgée de 18 ans et plus était insatisfaite de ses contacts sociaux.

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

- Les femmes (64 %) sont plus susceptibles d'être insatisfaites de leurs contacts sociaux que les hommes (61 %) au moment de la 6^e enquête de santé COVID-19.
- L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, est restée relativement constante par rapport à la 5^e enquête de santé COVID-19 (hommes : de 63 % à 61 %, femmes : de 64 % à 65 %).
- Les différences liées à l'âge en termes d'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux sont illustrées dans la figure 22 : les 30-49 ans sont les plus insatisfaits de leurs contacts sociaux (69 %), suivis des 50-64 ans (65 %). La différence entre ces groupes d'âge et les 18-29 ans (56 %) et les plus de 65 ans (57 %) est statistiquement significative.
- L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux est restée constante dans tous les groupes d'âge par rapport à la 5^e enquête de santé COVID-19 (Figure 22).

² Indicateur basé la question « Comment avez-vous trouvé vos contacts sociaux au cours des deux dernières semaines? (Très satisfaisants / Assez satisfaisants / Assez insatisfaisants / Très insatisfaisants) ».

Figure 22 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) insatisfaites de leurs contacts sociaux, par âge, enquêtes de santé Covid-19, Belgique 2021



En outre, les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 montrent que l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie de manière significative en fonction d'autres caractéristiques socio-économiques, même après ajustement pour l'âge et le sexe :

- Les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont les plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux (70 %), suivies des personnes vivant seules avec enfant(s) (69 %) et des personnes vivant en couple sans enfant(s) (63 %). 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 (respectivement 58 % et 57 %).
- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité (73 %) sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que les personnes ayant un emploi rémunéré (65 %).
- Les personnes ayant déclaré être atteinte d'au moins une maladie³ sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que celles qui n'ont pas déclaré de maladie (respectivement 67,5 % contre 62 %).

7.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de la 6^e enquête COVID-19 montrent que 37 % de la population se sent peu soutenue socialement⁴. Cet indicateur a donc légèrement baissé depuis la 5^e enquête de santé COVID-19 (40 %) organisée en décembre 2020. Cependant, ce pourcentage (37 %) est plus élevé que ceux rapportés dans les quatre premières enquêtes de santé COVID-19 (30,5-33 %). Pour comparer, en « temps normal » seule 16 % de la population de 18 ans et plus se sent peu soutenue par son entourage (chiffre basé sur l'enquête de santé 2018).

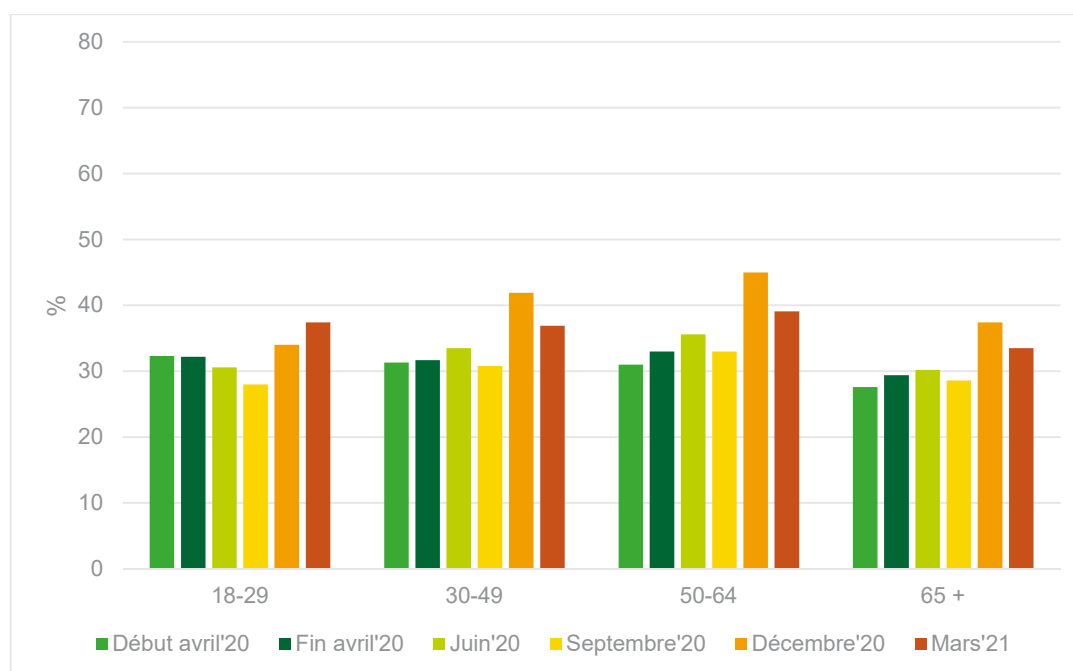
³ Au moins une des maladies suivantes: maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire chronique, diabète, maladie neurologique chronique, maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, cancer ou cancer du sang, maladie ou affection touchant le système immunitaire et greffé ou sur liste d'attente.

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

Les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 montrent des différences dans la qualité du soutien social selon le sexe et l'âge :

- Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes rapportant un faible soutien social (les hommes : 38 %, les femmes : 35,5 %).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes qui rapportent un faible soutien social a légèrement diminué par rapport à la 5^e enquête de santé COVID-19 (les hommes : de 42 % à 38 %, les femmes : de 39 % à 35,5 %).
- Le pourcentage de personnes rapportant un faible soutien social est le plus élevé chez les 50-64 ans (39 %) et le plus faible chez les 65 ans et plus (33,5 %) (figure 23). La différence entre les deux groupes est statistiquement significative.
- Pour tous les groupes d'âge, la proportion de personnes rapportant un faible soutien social a légèrement diminué par rapport à la 5^e enquête de santé COVID-19, à l'exception des 18-29 ans (Figure 23).

Figure 23 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, par âge, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



En outre, les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 mettent également en évidence des différences statistiquement significatives dans la perception du soutien social, après ajustement pour l'âge et le sexe, selon d'autres caractéristiques socio-économiques :

- Les personnes vivant seules avec enfant(s) et sans enfant(s) (45 %) se sentent moins bien soutenues socialement que les personnes vivant en couple avec enfant(s) (35 %) et sans enfant(s) (33,5 %).
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (40 %) se sentent plus souvent moins bien soutenues socialement que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (31 %).

- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité (60 %) 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 (36 %) ou les retraités (33 %).
- Les personnes qui ont déclaré être atteintes d'au moins une maladie⁵ rapportent plus souvent un faible soutien social que celles qui n'ont déclaré aucune maladie (respectivement 44 % contre 36 %).

7.4. DEGRÉ DE SOLITUDE

Le sentiment de solitude est un indicateur clé dans le manque de bien-être social. Il est le résultat d'une évaluation personnelle des relations existantes par rapport à ses propres souhaits et ses attentes en matière de relations sociales. Le sentiment de solitude est principalement dû à un manque de qualité des relations sociales, mais peut également être lié à un manque de contacts sociaux. Dans la 6^e enquête de santé COVID-19, la solitude a été mesurée à l'aide de l'échelle de solitude de De Jong Gierveld⁶. Les résultats nous montrent que 29 % de la population âgée de 18 ans et plus s'avère être « très seule », 50,5 % « modérément seule » et 22 % « pas seule ».

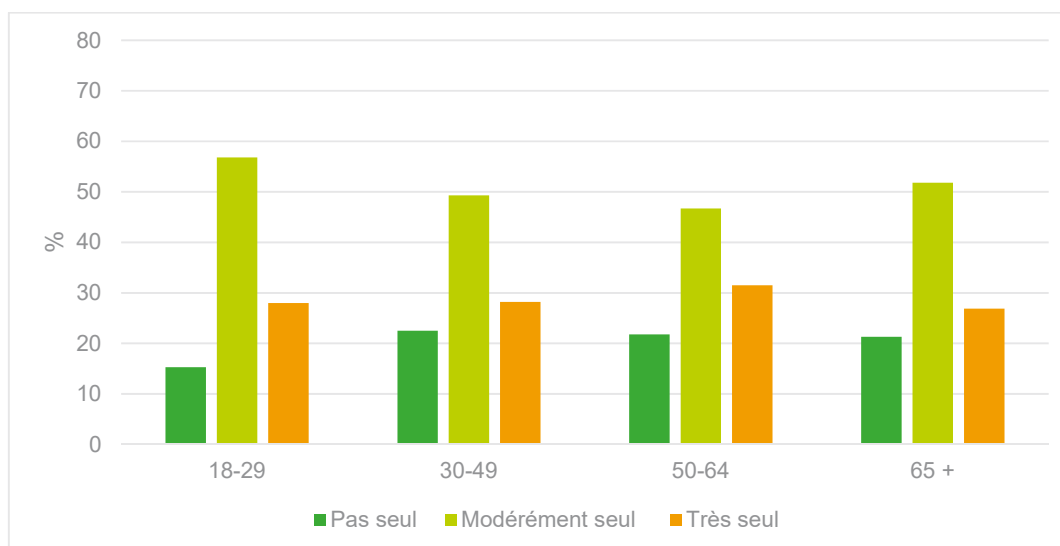
Les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 concernant la solitude selon le sexe et l'âge sont les suivants :

- Les femmes présentent de moins bons résultats sur le sentiment de solitude que les hommes. Elles apparaissent être « très seules » plus souvent que les hommes (respectivement de 32 % et 27 %) et sont moins souvent classées ne se sentant « pas seules » (respectivement de 19 % et 22 %).
- Les personnes de 50-64 ans sont les plus nombreuses à se trouver « très seules » (31,5 %). La différence est statistiquement significative avec les groupes d'âge des 30-49 ans (28 %) et ses 65 ans et plus (27 %). C'est parmi les jeunes adulte (18-29 ans) que l'on trouve le moins de personnes classées comme ne se sentant « pas seules » (15 %). La différence par rapport aux autres groupes d'âge est statistiquement significative (Figure 24).

⁵ Au moins une des maladies suivantes: maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire chronique, diabète, maladie neurologique chronique, maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, cancer ou cancer du sang, maladie ou affection touchant le système immunitaire et greffé ou sur liste d'attente.

⁶ Six affirmations étaient incluses dans l'enquête et les répondants devaient indiquer dans quelle mesure elles s'appliquaient à eux: "Je ressens un vide autour de moi"; "Il y a suffisamment de personnes sur lesquelles je peux compter en cas de problème"; "J'ai beaucoup de personnes sur lesquelles je peux compter complètement"; "Il y a suffisamment de personnes dont je me proche"; "Les gens qui m'entourent me manquent" et "Je me sens souvent abandonné". Une personne est classée comme « très seule » si elle répond à 5 ou 6 affirmations avec une indication de solitude, et comme « modérément seule » si elle répond à 2,3 ou 4 affirmations.

Figure 24 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) selon le degré de solitude, par âge, 6^e enquête de santé Covid-19, Belgique 2021



En outre, les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 mettent également en évidence des différences statistiquement significatives dans le degré de solitude selon d'autres caractéristiques socio-économiques après ajustement pour l'âge et le sexe :

- Les personnes vivant seules avec enfant(s) (37 %), les personnes vivant seules sans enfant(s) (36 %) et les personnes cohabitant avec un ou plusieurs parents, proches, amis ou connaissances (32 %) sont plus susceptibles de ressentir une grande solitude que les personnes vivant en couple avec ou sans enfant(s) (respectivement de 26 % et 24 %). Le pourcentage de personnes qui ne ressentent « pas de solitude » est également le plus bas parmi les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s) (respectivement de 15 % et 16 %).
- Le degré de solitude varie selon le niveau d'éducation : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus souvent classées comme étant « très seules » par rapport aux personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (31 % contre 24 %). Les personnes avec un moindre niveau d'éducation sont également moins nombreuses dans la condition où elles ne ressentent « pas de solitude » (19 % contre 25 %).
- Les personnes bénéficiant d'un revenu d'invalidité souffrent le plus de solitude : elles se sentent plus souvent « très seules » (53 %) que les personnes ayant un emploi rémunéré (27 %), les demandeurs d'emploi (pas temporairement au chômage technique) (38 %), les étudiants (29,5 %) et les retraités (27 %). Parmi les personnes bénéficiant d'un revenu d'invalidité, les personnes qui ne ressentent « pas de solitude » sont aussi moins nombreuses (10 %). Les demandeurs d'emploi sont plus souvent « très seuls » que les personnes qui exercent une activité professionnelle, et la différence est statistiquement significative.
- Les personnes qui ont déclaré être atteintes d'au moins une maladie⁷ sont plus souvent « très seules » (33,5 %) et sont moins susceptibles d'être dans la condition « pas de solitude » (18 %) par rapport aux personnes qui n'ont pas déclaré de maladie (ici, 28% sont « très seules » et 21 % ne sont « pas seules »).

⁷ Au moins une des maladies suivantes: maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire chronique, diabète, maladie neurologique chronique, maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, cancer ou cancer du sang, maladie ou affection touchant le système immunitaire et greffé ou sur liste d'attente.

8. Santé mentale

8.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

ERRATUM: LES PÉRIODES LIÉS AUX TENDANCES DE SUICIDE ONT ÉTÉ CORRIGÉES LE 14/04/21 ET SONT MARQUÉES EN ORANGE DANS LE TEXTE.

- Après une année de crise sanitaire, les troubles anxieux (21 %) et dépressifs (21 %) sont toujours bien présents au sein de la population âgée de 18 ans et plus, avec des prévalences ponctuelles à peine moins élevées que celles obtenues en avril et décembre 2020. La proportion de personnes en souffrance mentale reste particulièrement élevée parmi les moins de 50 ans.
- On observe d'ailleurs clairement pour ces troubles un gradient lié à l'âge, comme lors des enquêtes COVID-19 précédentes. Ainsi, les jeunes adultes (18-29 ans) sont de loin les plus touchés par la symptomatologie anxieuse (34 %) et dépressive (38 %) ; les aînés (65 ans et plus) sont, en revanche, proportionnellement les moins nombreux à souffrir de ces troubles (9 % et 10 % respectivement).
- Une personne sur quatre (26 %) dit avoir déjà eu des pensées suicidaires au cours de sa vie, dont la moitié – soit 12,5 % – rapporte avoir pensé au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'idéation suicidaire dans les 12 derniers mois concerne surtout les jeunes adultes, les personnes vivant seules (avec ou sans enfant(s)) et les personnes moins scolarisées.
- L'enquête révèle que 7 % des personnes déjà ont fait une tentative de suicide et 0,6 % indique avoir tenté de se suicider au cours des 12 mois écoulés (avril 2020 à mars 2021). Ce sont là des chiffres plus élevés qu'en période 'ordinaire'.
- L'indice de satisfaction de vie montre également des résultats mitigés, et ce, plus spécifiquement pour les jeunes adultes (18-29 ans) : une grande part (46 %) estime que leur existence est actuellement (très) peu satisfaisante, alors qu'en 2018, seuls 11,5 % des jeunes adultes jugeaient ainsi leur vie.
- Ces indicateurs de santé mentale ne sont pas distribués de façon homogène au sein de la population. Hormis les jeunes adultes particulièrement affectés par cette crise, les personnes les plus à risque sont celles qui vivent seules (ménage isolé et ménage monoparental), celles qui sont moins scolarisées, et celles qui sont sans emploi (occupation domestique, au chômage ou en incapacité de travail).

Conclusion :

Comme lors de l'enquête de décembre 2020, l'ensemble des indicateurs de santé mentale révèlent que la population est toujours déstabilisée et très éprouvée psychologiquement. A côté des mesures standardisées de ce mal-être, on a aussi remarqué par l'entremise d'une question ouverte, l'expression d'une grande colère et de frustrations, mais également de beaucoup de confusion et d'incompréhension à l'égard de la gestion de la crise et de la campagne de vaccination. A défaut de pouvoir rapidement assouplir les mesures anti-COVID qui créent des situations particulières face auxquelles un grand nombre ne dispose pas des ressources spécifiques pour les surmonter, il est nécessaire de mettre en place des filets de sécurité pour venir en aide aux personnes les plus vulnérables, et cela passe notamment, dans le court terme, par le renforcement de l'accès à l'aide financière et au soutien psychologique professionnel. Par ailleurs, il serait futile d'en rester là sans envisager des réformes sur le long terme, au cœur desquelles il serait impératif de réinvestir – voire réinventer - les systèmes de base tels que l'éducation, l'emploi, la santé (y compris mentale !), la solidarité et l'économie de proximité, pour mieux correspondre aux besoins humains plutôt qu'au dictat d'une hégémonie économique qui ne profite qu'à un petit nombre.

8.2. INTRODUCTION

La santé mentale a longtemps fait défaut dans les sphères de la santé publique et des politiques de santé, dont le corollaire est le sous-financement des services de prévention et de soins, ainsi que de la recherche dans ce domaine. Avec la publication de chiffres sur l'état de santé mentale dans le monde (notamment via le rapport de l'OMS en 2001⁸) et depuis lors, sur la recrudescence des troubles psychiatriques, la charge de morbidité qu'ils représentent et leur impact sur l'économie globale, cet aspect de la santé tend à remonter sur l'agenda des décideurs. Plus récemment, à la lumière de la récession économique de 2008 et de la crise du coronavirus, la santé mentale s'impose aussi comme un indicateur de « ce qui ne va pas » au sein d'une société, révélant des inégalités qui n'ont cessé de se creuser. Car parmi les déterminants du bien-être mental et de la qualité de vie, on compte autant de ressources environnementales mises à mal dans ces crises, telles que l'éducation, l'emploi, le logement, la famille, et les réseaux de support et de solidarité, ainsi que de ressources individuelles, comme la résilience, les liens sociaux, la compliance avec des modes de vie sains, le recours aux soins, la sécurité, etc.

La santé mentale a donc fait l'objet d'un suivi systématique au sein des enquêtes de santé COVID-19 menées par Sciensano depuis le début de la crise du coronavirus. À l'instar de nombreuses études similaires au plan international, les résultats belges mettent en exergue l'impact de la pandémie et des mesures restrictives sur la santé mentale de la population. Cette section du 6^e rapport d'enquête porte sur la satisfaction de vie, l'anxiété et la dépression, les tendances suicidaires et les troubles de la conduite alimentaire à l'issue de six longs mois de mesures relativement strictes destinées à réfréner la propagation du virus depuis la 2^e vague de l'épidémie. Les résultats du mois de mars 2021 sont comparés à ceux obtenus lors des précédentes enquêtes COVID-19 et à ceux de la dernière enquête de santé nationale (HIS 2018) de Sciensano qui a eu lieu peu avant la crise.

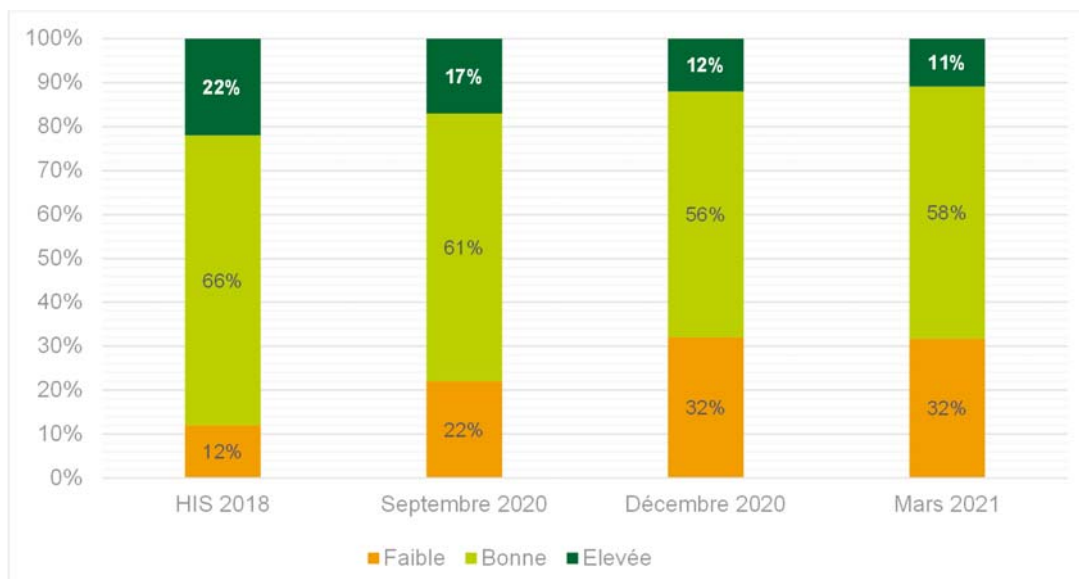
8.3. SATISFACTION DE VIE

La satisfaction de vie est un jugement que l'on porte sur son existence dans sa globalité. Cette mesure est considérée comme l'une des meilleures pour évaluer le niveau de bien-être subjectif. 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) à l'égard de sa vie. Elle peut donner lieu à deux indicateurs, où le premier reflète une moyenne et le second distingue trois niveaux de satisfaction, que l'on établit à « faible » (0 à 5), « bon » (6 à 8) et « élevé » (9 et 10). Les 3 dernières enquêtes de santé COVID-19 (septembre et décembre 2020, avril 2021) ont inclus cette échelle de satisfaction de vie. Les résultats sont décrits ci-dessous.

- La satisfaction de vie moyenne était de 6,8 (IC 95 % : 6,7-6,8) en septembre 2020, mais elle a diminué à 6,1 (IC 95 % : 6,1-6,2) en décembre 2020 et mars 2021. En 2018, le score de satisfaction de vie était en moyenne de 7,4 dans la population âgée de 18 ans et plus, ce qui est significativement plus élevé. En moyenne, donc, la crise sanitaire tend à écorcher la manière dont la population entend mener sa vie et s'accomplir dans son existence.
- La figure 25 présente la distribution (%) des personnes selon leur niveau de satisfaction, pour la HIS 2018 et trois enquêtes COVID-19. Sans surprise, par rapport à 2018, les indicateurs collectés durant la période de crise sanitaire montrent qu'une frange plus importante de la population est peu satisfaite de la tournure que prend leur vie. La proportion de personnes peu satisfaites a sensiblement augmenté en décembre 2020 (32 %), mais n'a pas continué à croître malgré la persévérance des mesures restrictives durant cette période (32 % sont peu satisfaites de leur vie en mars 2021).

⁸ Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

Figure 25 | Distribution des personnes (de 18 ans et plus) selon le niveau de satisfaction de vie (faible, bonne, élevée), par enquête, HIS 2018 et enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



8.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

- En mars 2021, les hommes et les femmes ont en moyenne une satisfaction équivalente à l'égard de leur vie (6,2 et 6,1 respectivement, n.s.). Pour autant, une différence par genre apparaît dans la proportion des personnes qui se disent très satisfaites – versus – peu satisfaites : en effet, plus d'hommes que de femmes indiquent une satisfaction de vie élevée (12 % et 9 % respectivement), et à l'inverse, plus de femmes que d'hommes indiquent être peu satisfait(e)s à l'égard de leur vie (33 % des femmes et 30 % des hommes).
- Le degré de satisfaction varie avec l'âge. Il est en moyenne de 5,3 à 18-29 ans et augmente pour atteindre 6,9 chez les aînés de 65 ans ou plus. En mars 2021, 46 % des jeunes adultes (18-29 ans) ont indiqué être peu satisfaits de leur vie, alors qu'une personne sur cinq (19,5 %) est dans ce cas parmi les aînés de 65 ans et plus.
- Par rapport à septembre 2020, le nombre des « insatisfaits » a fortement augmenté chez les jeunes adultes (27 % des 18-29 ans en septembre 2020 à 46 % en mars 2021) mais pas tant chez les aînés (65 ans et plus) (16 % à 19,5 %). En comparaison, l'enquête de santé de 2018 avait relevé seulement 11,7 % de personnes peu satisfaites parmi les 18-29 ans et 11,4 % parmi les 65 ans et plus. À la lumière de ces données, on peut déduire que la crise que nous traversons actuellement impacte à plus grande échelle la satisfaction et la joie de vivre des jeunes adultes que celles des personnes dans les groupes plus âgés.
- La composition du ménage révèle aussi des différences en termes de satisfaction de vie : en mars 2021, les personnes en couple (avec ou sans enfant(s)) sont en moyenne plus satisfaites (6,2 et 6,7) de leur existence que les personnes vivant seules ou seules avec leur(s) enfant(s) (6,0 et 5,5), et ces différences sont significatives après ajustement pour l'âge et le sexe. Les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s) sont également identifiées comme ayant une plus faible satisfaction de vie que les personnes au sein d'autres types de ménages.

8.3.2. 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 peu satisfaites est plus importante parmi les non-diplômés (34 %) que parmi les diplômés du supérieur (28,5 %).

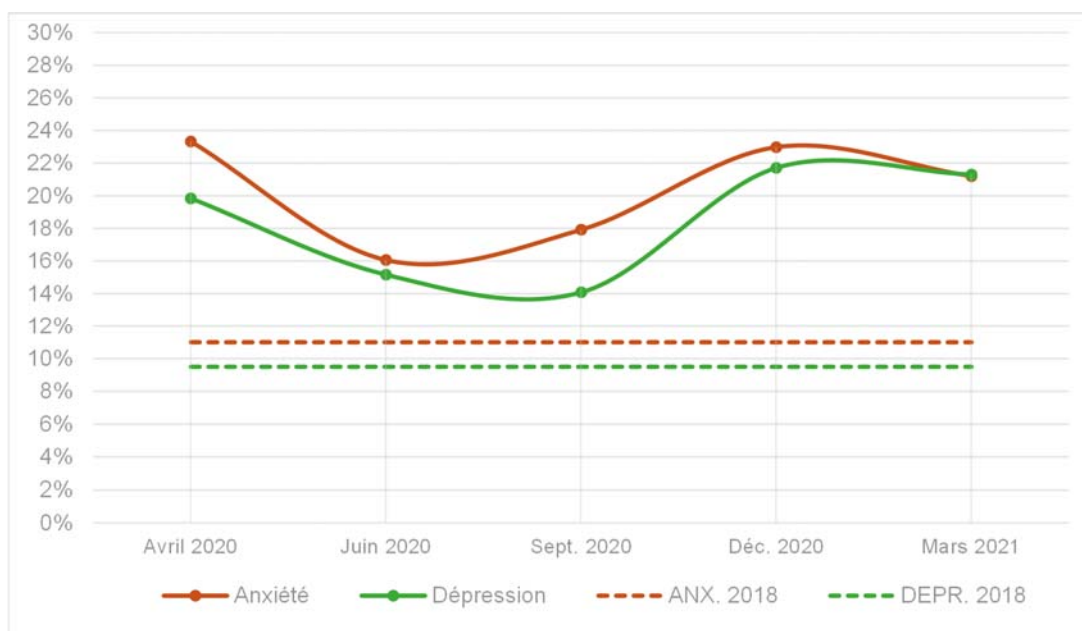
- Par rapport aux personnes ayant un travail rémunéré (satisfaction de vie moyenne = 6,1), les personnes au chômage (5,3), en invalidité (4,9) ou aux études (5,1) rapportent en moyenne un degré de satisfaction moins élevé, tandis que les personnes retraitées (7,0) rapportent un degré de satisfaction 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.

8.4. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

Toutes les enquêtes de santé ont utilisé les mêmes questionnaires, à savoir, le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) pour évaluer le trouble d'anxiété généralisée et le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) pour estimer les troubles dépressifs (incluant la dépression majeure et d'autres formes de dépression).

La première enquête de santé COVID-19 (début avril 2020) avait mis en exergue une prévalence très élevée des troubles anxieux (23 %) et dépressifs (20 %) au sein de la population adulte (18 ans et plus) par rapport à celles obtenues en 2018 (respectivement 11 % et 9,5 %, Figure 26). À l'amorce du déconfinement (en juin 2020), les problèmes d'anxiété et de dépression étaient moins répandus, sans pour autant revenir aux valeurs 'normales'. Après le relâchement des mesures et la période estivale, 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, une nouvelle augmentation des cas d'anxiété et de dépression a été observée (décembre 2020) : 23 % de la population a manifesté des troubles anxieux et 22 % des troubles dépressifs. En mars 2021, alors que le virus circule et les mesures anti-COVID sont toujours maintenues, les chiffres sont demeurés très élevés : l'anxiété comme la dépression atteint 21 % de la population, une différence non significative par rapport à décembre 2020.

Figure 26 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui présentent un trouble anxieux ou dépressif, par enquête COVID-19, en comparaison avec les pourcentages de 2018, enquêtes de santé COVID-19 et HIS-2018, Belgique 2021



La dépression et l'anxiété coexistent souvent chez un même individu (comorbidité), soit 15 % des répondants dans cette 6^e enquête. Par ailleurs, 6 % des répondants souffrent d'anxiété sans dépression et 6 % souffrent de dépression sans anxiété. Dès lors, au total 27 % des personnes de 18 ans et plus sont affectées par au moins un de ces deux troubles, une diminution qui s'avère significative ($p=0,05$) par rapport à décembre dernier (29 %) après ajustement pour l'âge et le sexe. L'évolution chronologique de la proportion de personnes affectées au cours des enquêtes était de : 29 %, 21 %, 22 %, 29 % ayant un (ou les deux) trouble émotionnel en 2020.

8.4.1. 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 du mois de mars 2021 montrent à nouveau que :

- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à éprouver des troubles de l'anxiété (24 % > 18,5 %), et la différence est significative après ajustement pour l'âge. Les troubles dépressifs sont aussi plus fréquents parmi les femmes (23 % > 20 %), bien que la différence ne soit pas statistiquement significative après ajustement pour l'âge. Ces résultats corroborent ceux obtenus en décembre 2020.
- Les troubles anxieux sont clairement liés à l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (Figure 27). Les jeunes adultes de 18-29 ans sont les plus affectés (34 %), une proportion qui se différencie de manière significative de celles de tous les autres groupes d'âge après ajustement pour le sexe. La prévalence de l'anxiété diminue ensuite à chaque groupe d'âge pour ne plus atteindre *que* 9 % des aînés (65 ans et plus).
- Au total, le nombre de jeunes adultes (18-29 ans) avec un trouble anxieux (34 %) est à peine moins élevé qu'en décembre 2020 (35 %), cette différence n'étant pas significative après ajustement pour le sexe. On remarque en revanche (Figure 27) que la symptomatologie anxieuse a diminué de 6 points de pourcentage chez les jeunes hommes (18-29 ans) entre décembre 2020 et mars 2021, alors qu'elle a augmenté de 2 points parmi les jeunes femmes du même âge, atteignant une prévalence encore jamais égalée (40 % en mars 2021) au cours de cette crise sanitaire.
- En ce qui concerne la dépression (Figure 28), l'âge est également un facteur déterminant : 38 % des jeunes adultes (18-29 ans) rapportent les symptômes d'une dépression, et cette proportion baisse en fonction du groupe d'âge jusqu'à 10 % des personnes de 65 ans ou plus.
- Globalement, la proportion de personnes avec une dépression n'a pas évolué entre décembre 2020 et mars 2021, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes.

Figure 27 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles de l'anxiété, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021

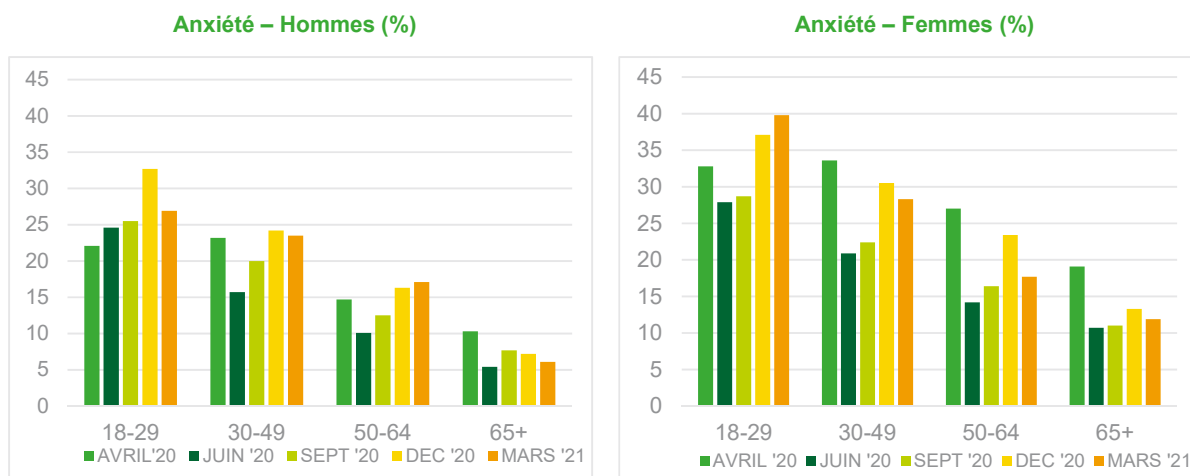
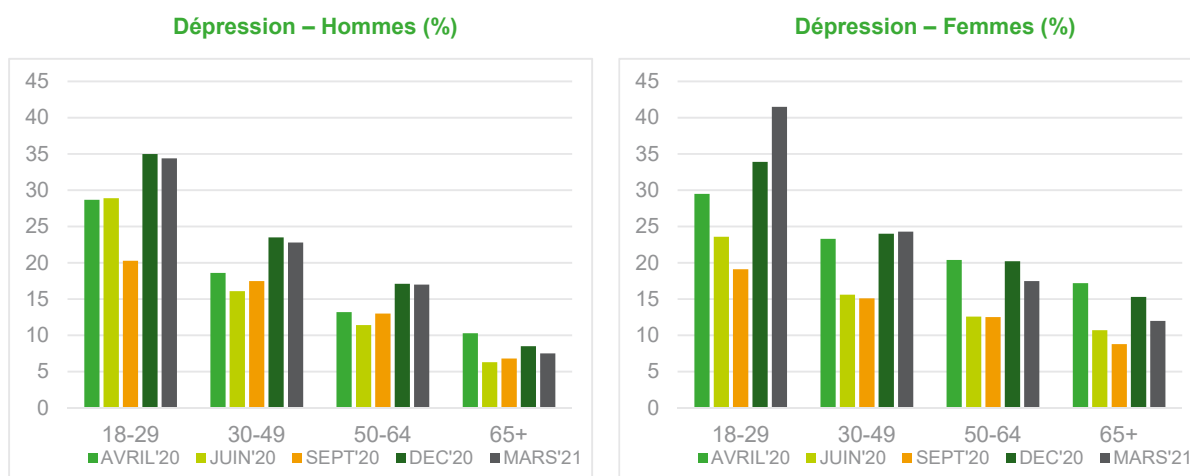


Figure 28 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



8.4.2. Situation socio-économique

- Depuis la première enquête de santé COVID-19 en avril 2020, on avait remarqué que les personnes vivant en couple sont davantage préservées d'une décompensation mentale. En mars 2021, la composition du ménage ne joue plus un rôle aussi déterminant, puisqu'après ajustement pour l'âge et le sexe, une seule différence s'avère statistiquement significative : les personnes vivant seules sont significativement plus affectées par les troubles de l'anxiété que les personnes vivant en couple (respectivement 21 % et 15 %).
- On trouve un pattern similaire pour les troubles dépressifs : ils sont moins fréquents chez les personnes vivant en couple sans enfant(s) (15 %) que chez les personnes seules (22 %) ou seules avec enfant(s) (25 %), des différences qui sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.
- Le niveau d'éducation a également un rôle déterminant pour la santé mentale, comme cela a été montré dans chacune des enquêtes COVID-19. Ainsi, les personnes ayant accédé à l'enseignement supérieur sont moins nombreuses à souffrir d'anxiété (19 %) et de dépression (18 %) que celles qui ont eu un

parcours scolaire moins long (22 % et 23 % respectivement). Les différences de prévalence par niveau d'éducation sont statistiquement significatives, même après ajustement pour l'âge et le sexe.

- Depuis le début de la crise, le statut professionnel des individus est un facteur de différenciation pour les troubles de la santé mentale. Avoir un travail rémunéré agit comme un facteur protecteur, si l'on compare la prévalence de l'anxiété (22 %) et de la dépression (22 %) dans ce groupe par rapport à celui des individus en recherche d'emploi (35 % et 32 %) et des personnes en invalidité (39 % et 40 %). Les différences présentées ici sont significatives après ajustement pour l'âge et le sexe. Bien sûr, parce que lié à l'âge, les pensionné(e)s sont les moins nombreux(ses) à présenter des troubles anxieux (9 %) et dépressifs (10 %).

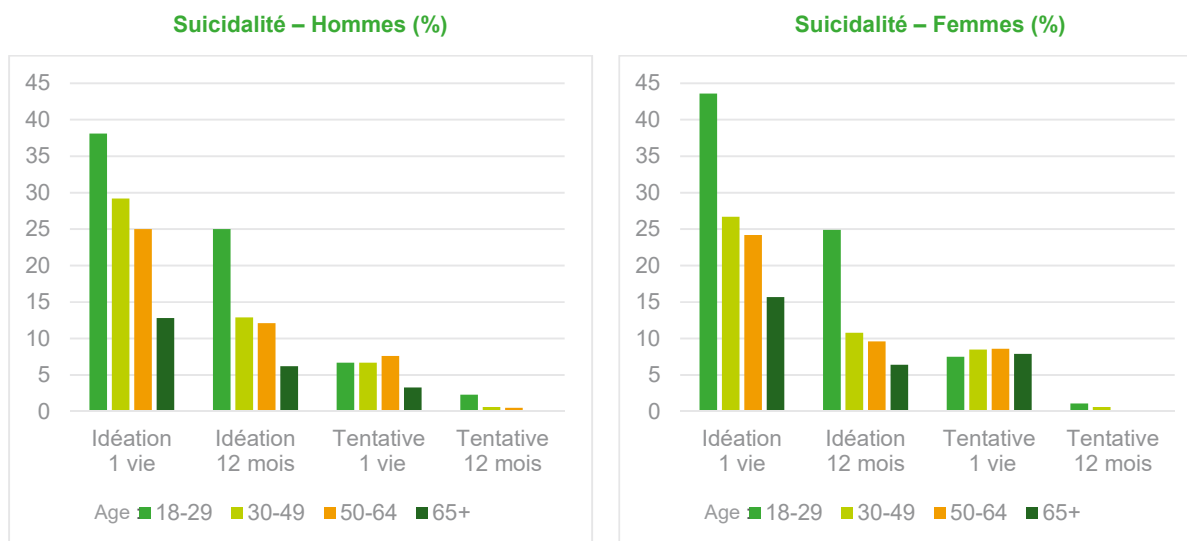
8.5. PENSÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

A côté de l'anxiété et de la dépression, les idées et les comportements de suicide étaient à craindre dans le contexte de la crise sanitaire et des restrictions subséquentes. Restreindre fortement ses contacts sociaux, devoir s'isoler lors d'une quarantaine, perdre des proches, craindre pour son emploi, subir des pertes financières importantes, ne pas entrevoir le dénouement dans un futur proche, etc., sont autant de situations qui, combinées ou greffées à des vulnérabilités préexistantes, peuvent mener à envisager le suicide comme seule solution à ses problèmes.

Nous avons demandé aux participants de la 6^e enquête COVID-19 s'ils avaient eu des pensées ou comportements suicidaires au cours **de leur vie** et au cours des 12 derniers mois (couvrant toute la période de crise sanitaire).

- Au total, 26 % ont déclaré avoir sérieusement pensé au suicide au cours **de leur vie** et 12,5 % disent y avoir pensé au cours des **12** derniers mois (**avril 2020** à mars 2021).
- Nous avons plusieurs points de comparaison pour l'inclination au suicide :
 - L'enquête de 2018 comptait *seulement* 4,3 % d'individus ayant pensé au suicide au cours des 12 mois écoulés, soit environ trois fois moins de personnes que lors de ces 12 mois de crise du coronavirus.
 - La 4^e enquête COVID-19 (septembre 2020) avait collecté le témoignage de pensées suicidaires au cours des 3 premiers mois de la crise (avril-juin 2020) et des trois mois précédents l'enquête (juillet-septembre 2020) et avait obtenu des prévalences de respectivement 2,4 % et 3,5 %.
- Parmi les participants de la 6^e enquête COVID, 7,3 % ont rapporté avoir fait une tentative de suicide **au cours de leur vie** et 0,6 % indiquent avoir tenté de se suicider au cours des **12** derniers mois (avril 2020 à mars 2021). Ce sont des chiffres élevés. En comparaison :
 - Les tentatives de suicide au cours des 12 mois écoulés concernaient 0,2 % de la population de 18 ans et plus en 2018, selon l'enquête nationale de santé.
 - Et lors de la 4^e enquête COVID-19, 0,1 % ont indiqué avoir tenté d'ôter leur vie dans les 3 premiers mois de la crise (avril à juin 2020) et 0,2 % au cours des 3 mois précédant la collecte des données (juillet à septembre 2020).
- On voit donc que les tendances suicidaires sont en hausse par rapport à 2018, mais aussi à mesure que la crise sanitaire se prolonge.
- Penser se suicider ou tenter de le faire est plus courant parmi les personnes qui souffrent d'anxiété ou de dépression. C'est également ce que les résultats ont révélé : les idées et tentatives suicidaires au cours des **12** derniers mois étaient en effet plus rares chez les personnes qui n'éprouvaient aucun des deux troubles, soit respectivement 5,1 % et 0,08 % d'entre elles. En revanche, parmi les personnes avec un trouble anxieux (sans dépression), 18 % ont pensé au suicide et 0,08 % ont fait une tentative ; celles avec un trouble dépressif (sans anxiété) sont aussi nombreuses à y avoir pensé (18 %) ou l'avoir tenté (0,09 %) ; les personnes qui cumulent ces deux types de troubles (comorbidité anxiété-dépression) ont quant à elles une propension bien plus élevée d'avoir pensé au suicide (45 %) ou tenté de se suicider (3,6 %) dans les **12 mois** qui ont précédé l'enquête.

Figure 29 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des tendances au suicide, par âge et par sexe, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



8.5.1. Caractéristiques socio-démographiques

- Les résultats de cette 6^e enquête COVID-19 ne montrent pas de distinction par sexe concernant les pensées suicidaires après ajustement pour l'âge. Il n'y a pas non plus de différence pour ce qui concerne les tentatives au cours des 12 derniers mois ; les femmes ont été plus nombreuses que les hommes (respectivement 8 % et 6 %) à poser un geste suicidaire au cours de leur vie, et la différence est significative ($p=0,02$) après ajustement pour l'âge.
- Les jeunes adultes (18-29 ans) sont proportionnellement plus nombreux à avoir pensé au suicide dans l'année écoulée (25 %), et les différences avec les autres groupes d'âge sont significatives après ajustement pour le sexe (Figure 29). Les tentatives de suicide au cours de la vie ne sont ici pas liées à l'âge, mais les jeunes adultes (18-29 ans) ont été plus nombreux que les personnes de groupes plus âgés à poser cet acte dans les 12 mois précédant l'enquête (avril 2020-mars 2021), soit 2,3 % des hommes et 1,1 % des femmes.
- Par rapport aux personnes vivant en couple sans enfant(s), les personnes vivant dans un ménage isolé ou monoparental étaient davantage enclines à des idées suicidaires au cours de la vie et pendant l'année de crise sanitaire. La tendance est la même pour les tentatives de suicide au cours de la vie.

8.5.2. Situation socio-économique

Les analyses se limitent ici aux inclinations suicidaires qui ont été rapportées au cours de la vie, les effectifs étant trop faibles d'un point de vue statistique pour les analyses sur les 12 derniers mois. Les aspects socio-économiques suivants sont liés à une prévalence plus élevée de pensées suicidaires et de tentatives de suicide, après standardisation pour l'âge et le sexe :

- Un parcours scolaire qui ne dépasse pas l'enseignement secondaire ;
- Être sans emploi (chômage ou en incapacité de travailler)

8.6. TROUBLES ALIMENTAIRES

La 6^e enquête de santé COVID-19 a permis de sonder la présence de troubles alimentaires dans la population générale. Cette question n'a pas été posée dans les enquêtes de santé COVID-19 précédentes, mais l'a été dans les enquêtes de santé nationales (HIS) en 2013 et en 2018. L'indicateur relatif aux troubles alimentaires est basé sur une échelle de dépistage validée (le « SCOFF ») composée de cinq questions. Répondre "oui" à deux ou plusieurs de ces questions indique un cas possible d'anorexie mentale, de boulimie ou d'un autre trouble du comportement alimentaire.

Les troubles de l'alimentation sont associés à d'autres problèmes physiques et mentaux, ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie et du fonctionnement social. La question de l'impact des mesures COVID-19 sur les personnes souffrant de troubles alimentaires devra être approfondie.

Les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 indiquent que 11 % de la population présente des signes de troubles alimentaires (contre 8 % en 2013 et 7 % en 2018). Plus précisément :

- 17 % des personnes ont indiqué ne plus pouvoir contrôler les quantités qu'elles mangeaient ;
- 12 % ont admis que la nourriture dominait leur vie ;
- 8 % ont déclaré avoir perdu plus de 6 kilos au cours des trois derniers mois ;
- 4 % prétendent être trop grosses, alors qu'on leur fait remarquer qu'elles sont trop minces ; et
- 3 % se faisaient vomir.

Les résultats concernant les symptômes des troubles alimentaires par sexe et par âge peuvent être résumés comme suit :

- Les femmes (13 %) montrent plus souvent des signes de troubles alimentaires que les hommes (9 %) (Figure 30). Cette différence est significative après ajustement pour l'âge.
- La prévalence des troubles alimentaires diminue légèrement avec l'âge : 18 % des personnes âgées de 18 à 29 ans présentent des symptômes d'un trouble alimentaire, 14 % des personnes de 30 à 49 ans, 8 % des personnes de 50 à 64 ans et 5 % des personnes de 65 ans et plus (Figure 31). Cette diminution concerne aussi bien les hommes que les femmes.
- Dans tous les groupes d'âge, on constate une augmentation de la prévalence des troubles alimentaires par rapport à 2018 (Figure 31).

Figure 30 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) avec un trouble du comportement alimentaire, par sexe, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021

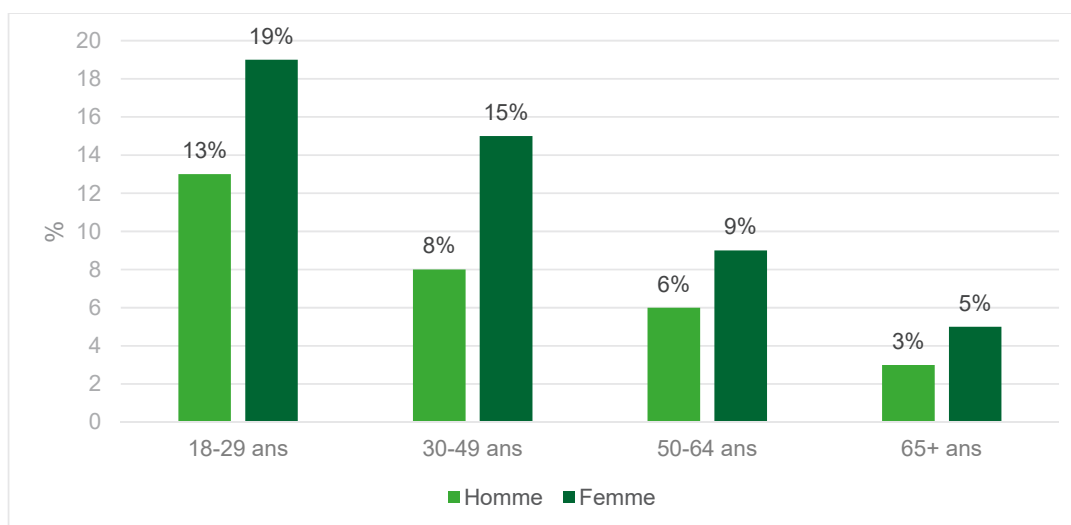
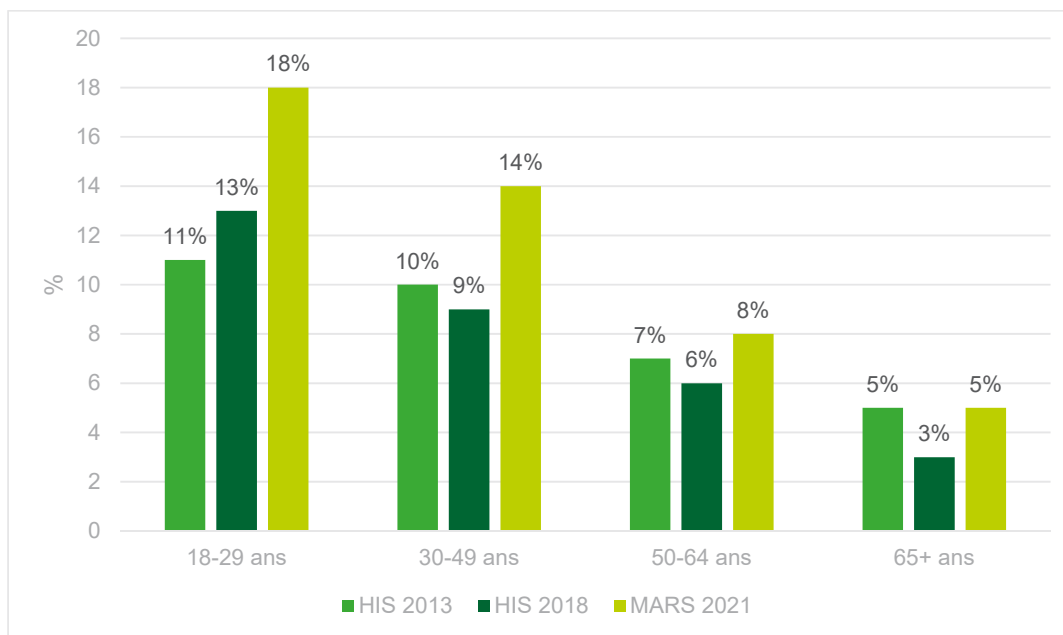


Figure 31 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) avec un trouble du comportement alimentaire, par âge, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



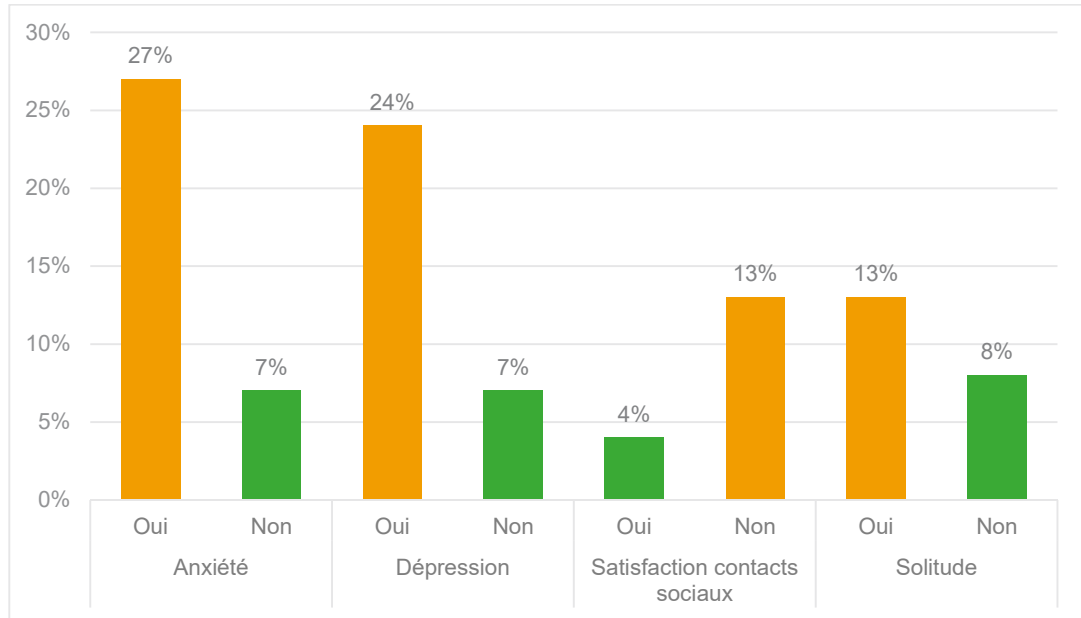
Par ailleurs, les résultats de cette 6^e enquête montrent que le risque d'avoir un trouble du comportement alimentaire varie en fonction des facteurs socio-économiques suivants (pour lesquels les différences sont statistiquement significatives après ajustement pour l'âge et le sexe) :

- Les personnes vivant seules présentent plus souvent des signes de troubles alimentaires (11 %) que les personnes vivant en couple sans enfant(s) (7 %) ;
- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur sont moins susceptibles de souffrir de troubles alimentaires (10 %) que celles ayant un diplôme inférieur (12 %).

Lorsque l'on examine le lien avec d'autres indicateurs de la santé mentale, il apparaît que (liens statistiquement significatifs après ajustement pour l'âge et le sexe) (Figure 32) :

- Les personnes avec un trouble anxieux ou dépressif présentent un risque plus élevé d'avoir un trouble du comportement alimentaire (26 % et 24 % d'entre eux respectivement) que les personnes sans trouble anxieux ou dépressif (7 % et 7 %).
- Les personnes qui sont satisfaites de leurs relations sociales et ne se sentent pas seules ont un risque plus faible de souffrir d'un trouble du comportement alimentaire (8 % et 4 %) par rapport à celles qui se disent insatisfaites et se sentent seules (13 % et 13 %).

Figure 32 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) avec un trouble du comportement alimentaire, selon des indicateurs de santé mentale et sociale, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



9. Habitudes alimentaires et état nutritionnel

9.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui consomment quotidiennement des fruits et légumes est en baisse, non seulement par rapport à 2018, mais aussi par rapport à la 2^e enquête de santé COVID-19, qui a été menée en avril 2020.
- Une note positive : le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui consomment quotidiennement des boissons sucrées ou des collations sucrées ou salées a diminué.
- Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui ne consomment jamais d'aliments préparés à l'extérieur de la maison est passé de 41 % en avril 2020 à 17 % en mars 2021.
- Un an après le début de la crise, le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui sont obèses est de 20 % ; ce pourcentage n'a pas augmenté de manière significative par rapport à avril 2020 (19 %), mais ce pourcentage est significativement plus élevé qu'en 2018 (16 %).
- En outre, un an après l'introduction des mesures de restrictions, une grande partie de la population déclare que son poids a augmenté (42 % des 18 ans et plus). En avril 2020, ce pourcentage n'était « que » de 26 %.

9.2. CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALIMENTS SAINS ET MOINS SAINS

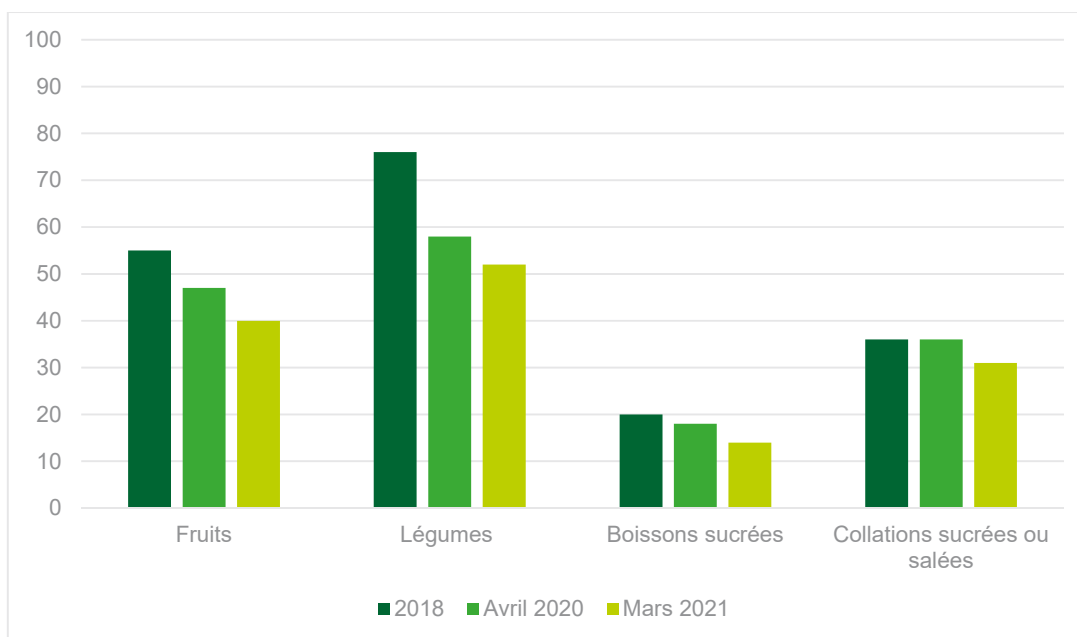
Le lien étroit entre l'alimentation et santé est bien connu. Dans cette 6^e enquête de santé COVID-19, on a sondé la fréquence de consommation de certains aliments conseillés (fruits et légumes) et déconseillés (boissons gazeuses sucrées et snacks sucrés ou salés) à l'aide d'un court questionnaire de fréquence alimentaire. Ces questions ayant également été incluses dans la 2^e enquête de santé COVID-19 (réalisée fin avril 2020, soit 6 semaines après l'introduction des mesures de restrictions) et dans l'enquête de santé 2018, une comparaison entre ces trois enquêtes peut être effectuée. En outre, la fréquence de consommation d'aliments préparés à l'extérieur du foyer a également été examinée dans les 2^e et 6^e enquêtes de santé COVID-19.

En mars 2021, le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui consomment quotidiennement des fruits et légumes (à l'exception des jus) a diminué, non seulement par rapport à 2018, mais aussi par rapport à avril 2020. Seulement 2 personnes sur 5 de 18 ans et plus (40 %) mangent des fruits quotidiennement, ce pourcentage était de 55 % en 2018 et de 47 % en avril 2020, des différences significatives après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Pour les légumes, le pourcentage est de 52 % en mars 2021 contre 76 % en 2018 et 58 % en avril 2020, des différences significatives après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. On observe par contre une tendance positive en ce qui concerne la consommation de boissons gazeuses. En mars 2021, les personnes de 18 ans et plus qui consomment quotidiennement des boissons gazeuses sucrées (14 %) a diminué par rapport à avril 2020 (18 %) et à 2018 (20 %), des différences significatives après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. C'est également le cas pour les collations sucrées ou salées : 31 % en mars 2021 contre 36 % en avril 2020 et en 2018, des différences significatives après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 33).

En mars 2021, les femmes continuent généralement à avoir de meilleures habitudes alimentaires que les hommes : elles sont plus nombreuses que les hommes à consommer quotidiennement des fruits (46 % contre 34 %) et des légumes (60 % contre 43 %), et moins nombreuses à consommer quotidiennement des boissons rafraîchissantes sucrées (12 % contre 16 %). En revanche, le pourcentage de femmes qui consomment quotidiennement des collations sucrées ou salées est nettement plus élevé que celui des hommes (34 % contre 28 %). En 2018, il n'y avait pas de différence significative selon le sexe concernant la consommation de ce type de collations.

Comme nous l'avions également observé en 2018, le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui consomment quotidiennement des fruits et des légumes augmente avec l'âge. En 2018, les 18-29 ans étaient plus susceptibles de rapporter boire quotidiennement des boissons gazeuses sucrées. En mars 2021, il s'agit plutôt de personnes âgées de 30 à 49 ans. Il n'y a pas de différences significatives par groupe d'âge en termes de consommation quotidienne de collations sucrées ou salées. En 2018, le pourcentage de personnes consommant quotidiennement des collations sucrées ou salées était le plus faible dans la tranche d'âge 50-64 ans.

Figure 33 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui consomment quotidiennement différents types d'aliments, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



Les différences dans les habitudes alimentaires par type de ménage sont globalement conformes à celles observées dans l'enquête de santé 2018, c'est-à-dire que les personnes vivant en couple sans enfant(s) ont généralement de meilleures habitudes alimentaires que celles vivant seules avec ou sans enfant(s) : un taux significativement plus élevé de personnes consomment quotidiennement des fruits et des légumes, et un taux significativement plus faible de personnes consomment quotidiennement de collations sucrées ou salées par rapport aux personnes vivant en couple avec enfant(s). En ce qui concerne la consommation quotidienne de boissons sucrées, il n'y a pas de différences significatives selon la composition du ménage, ce qui était le cas en 2018.

Les différences observées dans les habitudes alimentaires selon le niveau d'instruction dans l'enquête actuelle sont aussi comparables à celles observées dans l'enquête de santé 2018 : des habitudes alimentaires plus saines sont observées chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (un taux plus élevé de personnes qui consomment quotidiennement des fruits et des légumes et un taux plus faible de personnes qui consomment quotidiennement des boissons sucrées). En ce qui concerne la consommation de collations sucrées ou salées, il existe des différences par rapport à 2018 : en mars 2021, ce pourcentage est significativement plus élevé chez les personnes ayant tout au plus un diplôme d'études secondaires tandis qu'en 2018, c'était l'inverse, c'est-à-dire un pourcentage significativement plus élevé chez les personnes les plus éduquées.

En mars 2021, 17 % des personnes âgées de 18 ans et plus rapportent ne jamais consommer d'aliments préparés à l'extérieur de la maison ; en avril 2020, cette proportion grimpe à 41 %, soit plus du double. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes, les personnes âgées, les personnes sans enfants et les personnes moins instruites.

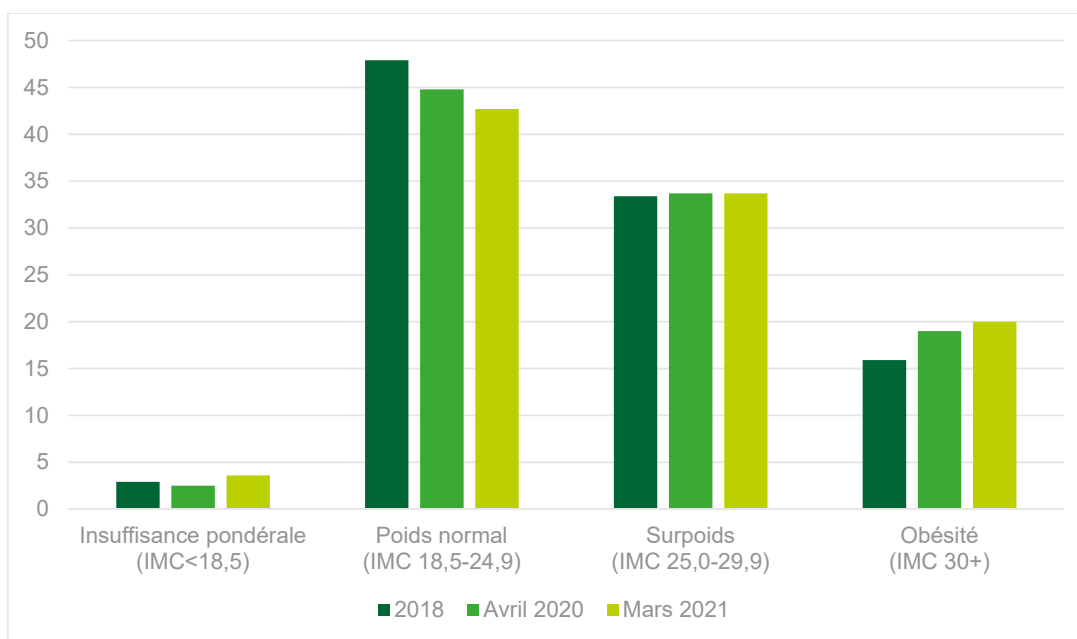
9.3. ETAT NUTRITIONNEL

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m². Cet indicateur est associé au risque accru de morbidité et de mortalité. Un IMC de 25-30 (surpoids) augmente le risque de morbidité (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2 et certains cancers) et de décès prématuré. Un IMC égal ou supérieur à 30 (obésité) augmente encore plus ces risques. En outre, des études ont montré que l'obésité augmente le risque de COVID-19 grave (davantage de complications respiratoires) et, par conséquent, de séjours hospitaliers plus longs.

Des questions sur le poids et la taille ont été incluses dans les 2^e et 6^e enquêtes de santé COVID-19 (qui ont eu lieu respectivement 6 semaines et un an après l'introduction des mesures de restrictions) et dans l'enquête de santé de 2018. Ainsi, les résultats concernant l'IMC peuvent être comparés entre ces 3 enquêtes.

En mars 2021, l'IMC moyen des personnes âgées de 18 ans et plus est de 26,2. Ce chiffre est significativement plus élevé que celui observé en 2018 (25,5), et ceci même après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. En revanche, on n'observe pas de différence dans l'IMC moyen entre avril 2020 (26,0) et mars 2021.

Figure 34 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon les catégories de l'Indice de Masse Corporelle, enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



La figure 34 illustre clairement les différences entre les 3 enquêtes en ce qui concerne la distribution de la population selon les catégories de l'IMC. Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant un poids normal (IMC 18,5-24,9) est en baisse depuis 2018 : de 48 % en 2018 à 45 % en avril 2020 et 43 % en mars 2021. La majorité de personnes a basculé dans la catégorie en surpoids (IMC 25,0-29,9), tandis qu'une petite proportion passe dans la catégorie de l'insuffisance pondérale (IMC < 18,5), ce pourcentage ayant légèrement augmenté (de 3 % en 2018 à 4 % en 2021). En outre, on constate à nouveau un passage de la catégorie de « surpoids » à celle « d'obésité » (IMC 30,0+), de sorte que le pourcentage de personnes en surpoids est resté « stable ». Surtout, la proportion d'individus qui sont obèses a encore augmenté : il est passé de 16 % en 2018 à 19 % en avril 2020 et à 20 % en mars 2021. La différence entre 2018 et 2021 est significative après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, mais celle entre 2020 et 2021 ne l'est pas.

En général, à cause de la désirabilité sociale, les répondants aux enquêtes ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids, sous-estimant ainsi leur IMC réel, qui se reflète alors dans le taux d'obésité. Ce phénomène est plus important lorsque l'information est collectée en face à face avec un enquêteur comme c'est le cas pour l'enquête de santé 2018. Ceci pourrait expliquer en partie le taux plus élevé d'obésité dans les enquêtes en ligne (2^e et 6^e). D'autre part, le changement dans le mode de vie joue aussi un rôle important.

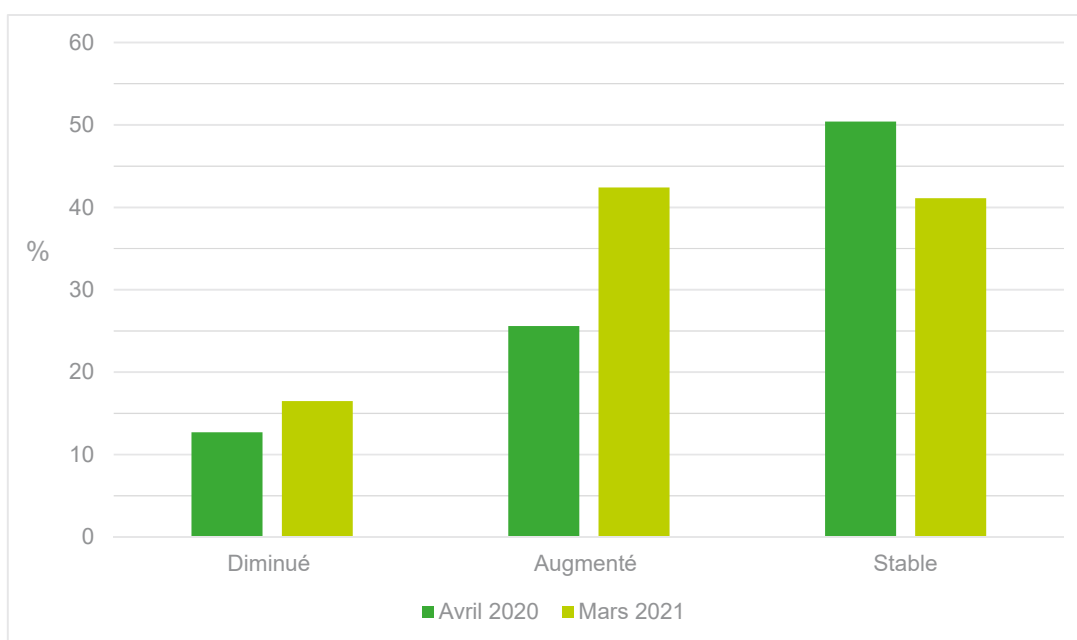
La distribution du surpoids et de l'obésité selon les variables socio-démographiques dans l'enquête actuelle est comparable à celle de l'enquête de santé 2018. La prévalence du surpoids est plus élevée chez les hommes (56 %) que chez les femmes (49 %) (en termes d'obésité, il n'y a pas de différences selon le sexe). Le surpoids augmente avec l'âge : de 28 % des 18-29 ans à 66 % des 50-64 ans, avant de retomber à 61 % chez les 65 ans ou plus. Il en va de même pour l'obésité : de 8 % des 18-29 ans à 27 % des 50-64 ans et 21 % des 65 ans ou plus. Après ajustement pour l'âge et le sexe, les taux de surpoids et d'obésité sont significativement plus élevés chez les personnes ayant tout au plus un diplôme de secondaire (57 % et 22 % respectivement) par rapport aux diplômés de l'enseignement supérieur (47 % et 15 % respectivement).

9.4. ÉVOLUTION DANS L'ÉTAT NUTRITIONNEL

On a également demandé aux participants s'ils avaient perdu du poids, pris du poids, ou si leur poids était resté stable par rapport à l'année précédente. Une question similaire a été posée dans la 2^e enquête de santé COVID-19, de sorte que les résultats pourront être comparés.

Bien que la prévalence de l'obésité en mars 2021 n'ait pas augmenté de manière significative par rapport à avril 2020, 42 % des personnes de 18 ans et plus ont indiqué qu'elles ont pris du poids au cours de l'année écoulée. Dans la 2^e enquête, ce pourcentage n'était « que » de 26 %. Cela correspond aux résultats observés dans la section relative à l'impact de la crise du coronavirus sur les différents domaines de la vie : 31 % des personnes ont indiqué que la crise a eu un impact négatif sur leur poids en septembre 2020, et cette proportion a augmenté à 44 % en mars 2021. Par ailleurs, le pourcentage de personnes qui indiquent avoir perdu du poids a légèrement augmenté par rapport à avril 2020 : de 13 % à 16 %. Par conséquent, le pourcentage de personnes ayant un poids stable a diminué : de 50 % en avril 2020 à 41 % en mars 2021.

Figure 35 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'évolution dans leur poids, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus déclarant que leur poids a augmenté est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (45 % contre 41 %), chez les 30-49 ans (46 %) et chez les personnes vivant seules avec enfant(s) (49 %).

9.5. CONCLUSION

En utilisant les données de la 2^e enquête de santé COVID-19, une étude menée par l'équipe de HIS et publiée dans les Archives of Public Health⁹, a montré que les principaux facteurs de prise de poids au cours de la crise sont une consommation accrue de collations sucrées ou salées et une diminution dans la pratique de l'activité physique. Ces résultats confirment l'influence du régime alimentaire et de l'exercice physique sur la prise de poids à court terme et plaident en faveur d'un renforcement des mesures visant à aider la population à adopter des comportements plus sains pour lutter contre le surpoids et l'obésité, en particulier pendant la pandémie de la COVID-19.

⁹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33618770/>

10. Activité physique

10.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Activité physique favorable à la santé (non liée au travail) :
 - En mars 2021, 34 % de la population de 18 ans et plus passe au moins 150 minutes par semaine à des activités physiques aérobiques qui soient au minimum d'intensité modérée, un pourcentage plus élevé qu'en 2018 (30 %) ;
 - Par rapport à 2018 (42 %), ce sont désormais surtout les jeunes de 18 à 29 ans (33 %) qui sont les moins actifs physiquement.
- Activité physique favorable à la santé (incluant celle liée au travail) :
 - Le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui consacre au moins 150 minutes par semaine à des activités physiques aérobiques (non liées au travail) qui soient au minimum d'intensité modérée et/ou qui pratique une activité physique modérée au travail, est de 50 % en mars 2021, soit moins qu'en 2018 (56 %) ;
 - Les pourcentages sont plus élevés parmi les hommes.
- Le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui passe plus de 8 heures par jour en position assise ou couchée (hors heures de sommeil) a diminué, passant de 56 % en avril 2020 à 45 % en mars 2021, mais ce pourcentage est encore presque le double de celui obtenu en 2018 (23 %).

10.2. INTRODUCTION

L'activité physique peut être pratiquée de différentes manières, comme par la marche, le vélo, le sport et les loisirs actifs, mais on peut aussi être physiquement actif au travail ou en effectuant les tâches ménagères. Toutes les formes d'activité physique peuvent être bénéfiques pour la santé lorsqu'elles sont pratiquées régulièrement, pendant une durée suffisante et avec une intensité suffisante. Selon la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un adulte devrait pratiquer au moins 150 minutes (2 heures 30) d'activité physique (d'une intensité au moins 'modérée') par semaine.

Pour cette 6^e enquête de santé COVID-19, on a utilisé le même questionnaire sur l'activité physique que pour l'enquête nationale de santé (HIS) de 2018, afin de calculer les deux indicateurs de l'OMS relatifs à l'activité physique dite « favorable à la santé » (l'un qui tient compte de l'activité physique au travail et l'autre uniquement basé sur les activités en dehors du travail) et de les comparer aux résultats de la HIS 2018. Ces questions sont tirées du questionnaire de l'EHIS (European Health Interview Survey). Elles concernent l'activité physique que l'on pratique au travail (distinguant 3 niveaux d'intensité), l'activité physique pendant les déplacements à vélo (nombre de jours et durée) et l'activité physique de loisir (nombre de jours et durée consacrés à des activités sportives, de remise en forme et récréatives). Par ailleurs, un dernier indicateur se base sur le temps moyen passé en position assise ou couchée, également repris dans la HIS 2018, mais aussi dans la 2^e enquête de santé COVID-19 réalisée 6 semaines après l'introduction des mesures restrictives. Ces mesures, dont beaucoup sont encore en vigueur, peuvent en effet avoir un impact sur notre activité physique.

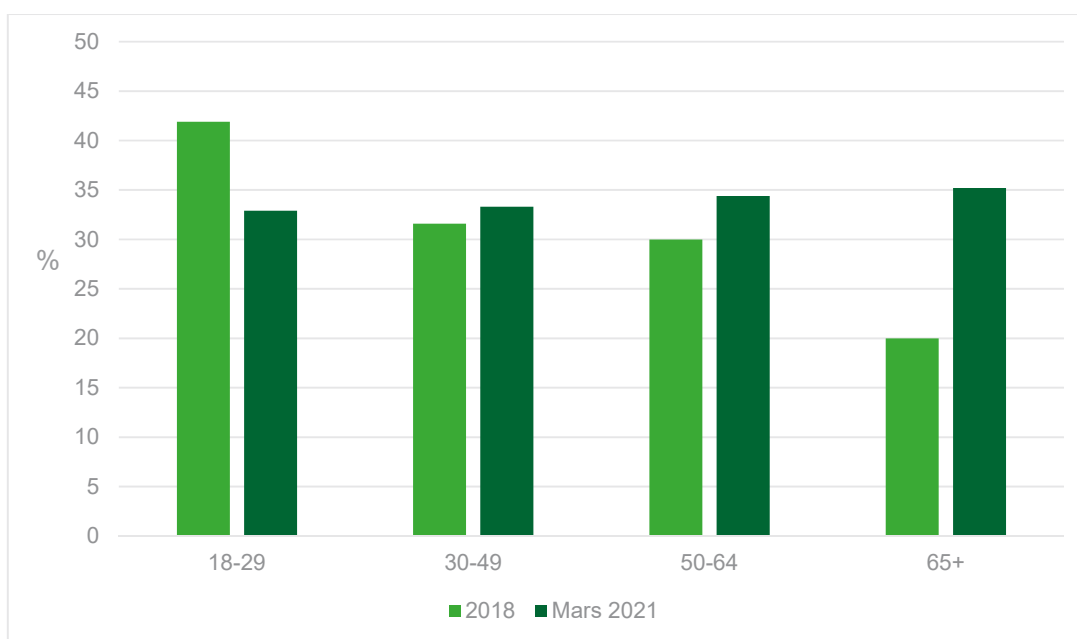
10.3. NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE BÉNÉFIQUE POUR LA SANTÉ SELON L'OMS

En mars 2021, 34 % de la population âgée de 18 ans et plus consacre au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique d'intensité au moins modérée, un pourcentage qui, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, est significativement plus élevé qu'en 2018 (30 %). Le pourcentage d'hommes qui consacrent au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique d'intensité au moins modérée (39 %) est nettement supérieur à celui des femmes (29 %). Il n'y a pas de différences significatives selon le groupe d'âge, ce qui était pourtant le cas en 2018, à savoir un pourcentage plus élevé dans le groupe des 18-29 ans (42 %). Cela indique que le pourcentage de jeunes consacrant au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique modérée a diminué pendant la crise du coronavirus. En outre les groupes d'âge plus âgés, notamment les 65 ans et plus, sont plus nombreux à être

actifs en mars 2021 qu'en 2018 (35 % contre 20 %) (Figure 36). Ce résultat montrant que les jeunes adultes sont moins actifs physiquement apparaît également dans la section du rapport qui traite de l'impact de la crise du coronavirus sur différents domaines de la vie (voir section 13) : les jeunes adultes sont proportionnellement plus nombreux à rapporter un impact négatif sur leur activité physique.

Après ajustement pour l'âge et le sexe, le pourcentage qui consacre au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique d'intensité au moins modérée est significativement plus élevé chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (40 % de celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur) que chez les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (31 % de celles ayant un diplôme de l'enseignement secondaire ou inférieur). Le pourcentage de diplômés de l'enseignement supérieur dans le HIS 2018 (38 %) est conforme à celui de mars 2021.

Figure 36 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui consacrent au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique au moins modérée, par âge, 6^e enquête de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



Si l'activité physique liée au travail est également prise en compte, alors le pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus qui consacre au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique d'intensité au moins modérée (non liée au travail) et/ou qui pratique une activité physique d'intensité au moins modérée au travail est de 50% en mars 2021, un pourcentage qui, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, est significativement plus faible qu'en 2018 (56%). Cela peut être lié au fait que certains secteurs de travail tels que l'hôtellerie, les magasins, les entreprises spécifiques... sont fermés, ce qui entraîne un chômage (temporaire). Le pourcentage d'hommes qui consacrent au moins 150 minutes par semaine à une activité physique aérobique d'intensité au moins modérée (non liée au travail) et/ou qui pratiquent une activité physique d'intensité au moins modérée au travail (54%) est significativement plus élevé que le pourcentage de femmes (48%). En outre, le pourcentage est le plus élevé dans la tranche d'âge des 25-34 ans (55%). Il n'y a pas de différences significatives selon le groupe d'âge, la composition du ménage et le niveau d'éducation.

10.4. COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

En mars 2021, le temps moyen en position assise ou couchée (hors période de sommeil) des personnes âgées de 18 ans et plus est de 8,2 heures par jour. Cette durée moyenne de sédentarité est inférieure à celle observée en avril 2020 (8,6 heures), mais reste supérieure à celle de 2018 (5,8 heures par jour). En moyenne, les hommes restent plus longtemps en position assise ou couchée au cours d'une journée (8,6 heures par jour) que les femmes (7,8 heures par jour). La durée moyenne est aussi plus élevée chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans (9,5 heures par jour) et diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 6,8 heures par jour chez les personnes âgées de 65 ans et plus (à titre de comparaison, en 2018, la durée moyenne variait entre 6,2 heures et 5,5 heures par jour, avec un temps moyen en position assise ou couchée légèrement inférieur dans les groupes d'âge entre 30 et 64 ans).

Le temps moyen passé en position assise ou couchée au cours d'une journée est plus élevé chez les personnes vivant en cohabitation avec des parents, de la famille, des amis ou des connaissances (9,4 heures par jour) et chez les personnes plus instruites (8,8 heures par jour).

Le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui reste assise ou couchée pendant 8 heures ou plus par jour est de 45 % en mars 2021. C'est moins qu'en avril 2020 (56 %), mais cela reste près du double du pourcentage obtenu en 2018 (23 %), des différences significatives après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui reste assise ou couchée pendant 8 heures ou plus par jour est significativement plus élevé chez les hommes (48 %) que chez les femmes (42 %). Près de deux personnes sur trois (63 %) de 18-29 ans restent assises ou couchées plus de huit heures par jour. Ce pourcentage diminue sensiblement avec l'âge pour atteindre 26 % chez les plus de 65 ans. Par rapport à 2018, le comportement sédentaire en mars 2021 a moins augmenté parmi les personnes âgées (65+) que parmi les personnes des groupes d'âge plus jeunes. En outre, le pourcentage de la population sédentaire pour 8 heures ou plus par jour est significativement plus élevé parmi les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (53 %) que parmi celles ayant un niveau d'éducation plus faible (40 %).

10.5. CONCLUSION

Même si les mesures actuelles contre le coronavirus sont moins strictes que lors du premier confinement (avril 2020), elles n'en affectent pas moins notre comportement sédentaire. Par exemple, le télétravail et le fait de rester à la maison sont toujours fortement recommandés. Comme nous passons plus de temps à la maison, nous consacrons probablement aussi plus de temps sur les médias (smartphone, PC, jeux et télévision).

L'indicateur des exercices aérobiques (comme le vélo et le sport) et l'indicateur des comportements sédentaires sont deux indicateurs indépendants l'un de l'autre. Les longues périodes passées assis sont associées au surpoids et à l'obésité, mais aussi au décès prématuré. Le risque accru de décès prématuré ne peut être réduit qu'en consacrant au moins une heure par jour à des exercices physiques ; une pratique limitée à une fois par semaine ne suffit pas à contrecarrer l'effet d'être assis en permanence à un bureau (ou sur un canapé).

Par exemple, les hommes qui font du sport sont proportionnellement plus nombreux que les femmes, mais ils sont également plus souvent sédentaires que les femmes. Une explication possible pourrait être que les femmes assument toujours plus les tâches ménagères ou s'occupent plus des enfants. De même, les personnes qui font du sport sont plus nombreuses parmi les plus éduquées (par rapport aux moins scolarisées), d'une part, mais elles sont également plus nombreuses à être sédentaires, d'autre part. Cela est probablement dû au fait que les personnes plus instruites occupent plus souvent un emploi de bureau. Il se peut qu'elles soient conscientes que cette sédentarité ne soit pas saine et compensent cela en pratiquant des sports.

Il est donc recommandé d'essayer de consacrer du temps à l'exercice quotidien, surtout en cette période de confinement où nous sommes plus souvent à la maison et où il n'est peut-être pas aussi évident de pratiquer le sport, étant donné que les installations sportives, comme les gymnases ou les centres de fitness sont fermés.

11. Consommation d'alcool

Les enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano comprennent des questions permettant d'évaluer les changements éventuels dans la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Cette 6^e enquête (mars 2021) pose la question suivante au sujet de la consommation d'alcool :

« Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous un jour de consommation habituelle ? où un "verre" standard correspond à 25cl de bière pils, 10cl de vin, 4-5cl d'alcool fort. Comptez 2 verres pour les bières spéciales (>5% 33cl). »

Cette question a également été utilisée dans la 2^e enquête de santé COVID-19 (avril 2020), ce qui permet d'estimer l'évolution dans le temps. La 2^e enquête de santé posait cette question en lien avec deux périodes distinctes : la consommation typique avant le 13 mars 2020 (début du confinement) ainsi que pour la période après le 13 mars.

Les résultats ci-dessous montrent qu'à chaque période considérée (<13 mars 2020, >13 mars 2020 et mars 2021), les hommes boivent en moyenne plus de verres d'alcool au cours d'une journée-type que les femmes (Figure 37). Cette différence est significative après ajustement pour l'âge.

En outre, on constate une légère augmentation de la consommation d'alcool dans les différents groupes d'âge (Figure 38) lors de cette 6^e enquête (mars 2021). Chez les jeunes adultes (18-29 ans) la consommation d'alcool avait diminué au moment du premier confinement (>13 mars 2020, le nombre moyen de verres d'alcool par jour = 1,2 contre 1,4 avant le 13 mars), après quoi elle augmente à nouveau pour atteindre une moyenne de 1,5 verres au cours d'une journée type en mars 2021.

Si l'on considère la moyenne générale de la consommation d'alcool au cours du temps, on observe une légère augmentation en mars 2021 (nombre moyen de verres d'alcool par jour = 1,64) par rapport à la période avant et après le 13 mars 2020 (nombre moyen par jour avant mars 2020 = 1,40 et 1,45 après mars 2020).

Figure 37 | Nombre moyen de verres d'alcool au cours d'une journée type, par sexe, enquêtes de santé COVID- 19, Belgique 2021

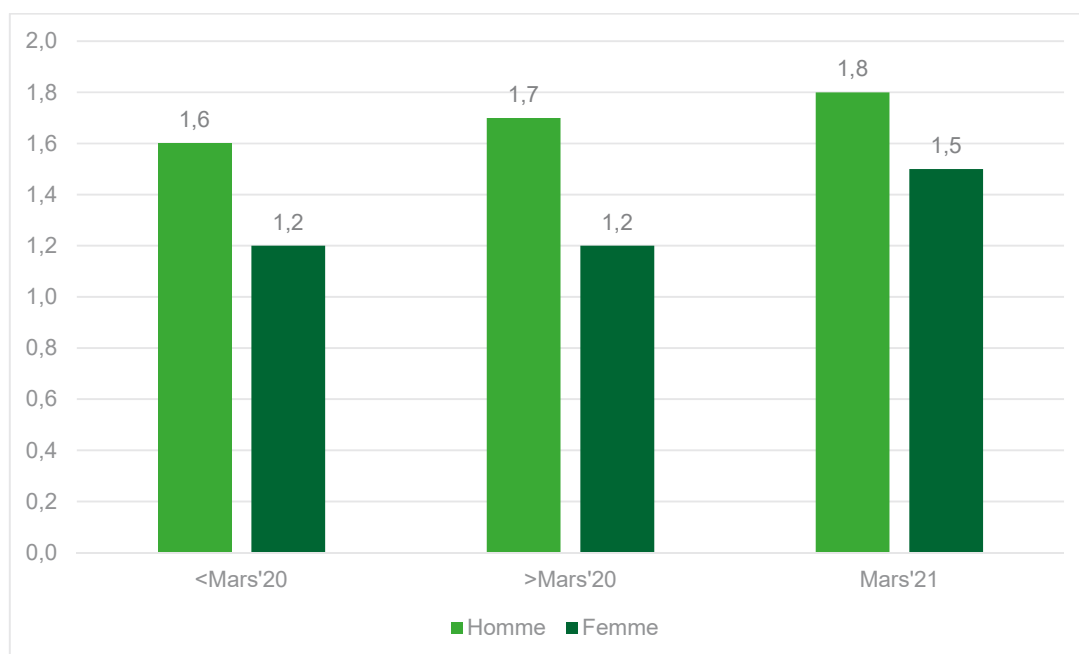
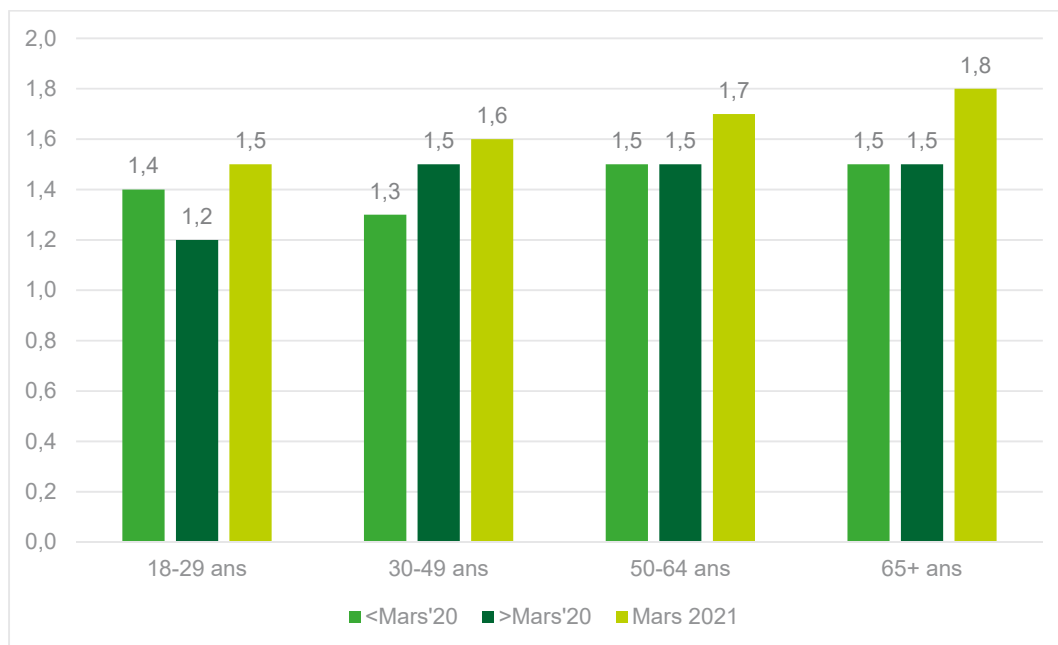


Figure 38 | Nombre moyen de verres d'alcool au cours d'une journée type, par âge, enquêtes de santé COVID- 19, Belgique 2021



Les résultats de la 6^e enquête de santé COVID-19 montrent que la consommation moyenne d'alcool ne varie pas en fonction de variables socio-économiques tels que le fait d'avoir ou non un emploi rémunéré, ou le type de ménage.

Cependant, le nombre moyen de verres d'alcool consommés au cours d'une journée type varie en fonction des variables suivantes (différences statistiquement significatives après ajustement pour l'âge et le sexe) :

- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur boivent en moyenne plus d'alcool (1,7 verres) au cours d'une journée type que celles ayant un diplôme inférieur (1,6).
- Les personnes souffrant d'un trouble anxieux ou dépressif déclarent consommer plus d'alcool au cours d'une journée type (1,8 en moyenne pour les deux) que les personnes sans trouble anxieux ou dépressif (1,6 en moyenne pour les deux).

12. Violence domestique

12.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- En mars 2021, 6 % de la population âgée de 18 ans et plus ne vivant pas seule, a déclaré avoir été victime de violence à la maison, dont 2 % (soit une victime sur trois) rapporte plus de violence qu'auparavant.
- En mars 2021, la proportion de personnes de 18 ans et plus victime de violences domestiques a augmenté de manière significative par rapport à avril 2020 (4 %) et par rapport à une année normale (en 2018, le taux était de 1 %), une différence significative.

12.2. INTRODUCTION

La violence domestique peut prendre différentes formes (violence physique, psychologique et sexuelle), dès lors l'impact sur la santé des individus peut aller des blessures physiques aux problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, tentative de suicide). Les mesures prises contre le coronavirus (le télétravail, la fermeture des écoles, des restaurants, des magasins non-essentiels, des métiers de contacts ou encore d'autres entreprises pouvant entraîner des pertes d'emploi) font que les familles passent plus de temps ensemble. Cela peut entraîner des tensions et du stress au sein de la famille, ce qui peut augmenter le risque de violence domestique. En outre, en raison de l'isolement social, les victimes peuvent davantage se retrouver dans ces situations à risque. Il est important de traiter ce problème, pas seulement avec le système judiciaire et le système de soins de santé, mais aussi avec les personnes proches de la victime (famille, amis, voisins) pour qu'elles puissent agir en cas de suspicion de maltraitance.

La prévalence de la violence domestique chez les personnes âgées de 18 ans et plus au cours de l'année écoulée a été estimée sur base de la question : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des violences verbales/psychiques (par exemple des insultes, des moqueries, des humiliations), physiques (par exemple être battu(e), secoué(e)) ou sexuelles (par exemple des actes sexuels forcés, un viol) au sein de votre famille ?* » et les possibilités de réponse : 1) *Non, et jamais auparavant ; 2) Non, mais cela s'est déjà produit avant ; 3) Oui, mais moins souvent qu'auparavant ; 4) Oui, autant qu'auparavant ; 5) Oui, et plus souvent qu'auparavant.* Cette question n'était pas posée aux personnes vivants seules. Si la réponse était positive (c'est-à-dire que la personne a subi de la violence), il était alors demandé de quelle nature était cette violence (violence verbale/psychologique, violence physique et violence sexuelle).

Ces questions ont également été posées dans la 2^e enquête de santé COVID-19 menée 6 semaines après le début de la mise en place des mesures contre le coronavirus. Les résultats de ces deux enquêtes peuvent ainsi être comparés. En outre, les résultats sont également comparés à ceux de l'enquête nationale de santé (HIS) de 2018.

12.3. VICTIMES DE VIOLENCE DOMESTIQUE

Six pourcent des personnes âgées de 18 ans et plus ne vivant pas seules ont déclaré avoir été victimes de violence domestique au cours de l'année écoulée (dont 2 % ont déclaré avoir subi plus de violence que d'habitude). Ce pourcentage (6 %) a augmenté depuis avril 2020, une différence significative après ajustement l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. En comparaison avec les résultats de l'enquête de 2018, le pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus (pour la comparaison, les personnes isolées ont aussi été exclues de l'analyse) qui rapportait être victime de violence conjugale était de 1 %*. Après ajustement sur l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, la différence de pourcentage entre les deux enquêtes (COVID-19 et HIS2018) est significative. Ainsi, le pourcentage de violence domestique de mars 2021 est 6 fois plus élevée que celui d'une année normale comme lors de l'enquête de santé de 2018.

Le pourcentage de violence domestique rapportée au cours de l'année écoulée est plus élevé chez les femmes (7 %) que chez les hommes (5 %), mais cette différence n'est pas significative. Il existe cependant des différences significatives entre les différentes catégories d'âge. En effet, le taux de violence domestique est

plus élevé chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans (12 %) et les personnes âgées de 30 à 49 ans (6 %) que chez les personnes âgées de 65 ans et plus (4 %) au cours de l'année écoulée.

La grande majorité des victimes de violence domestique a indiqué qu'il s'agissait de violences verbales ou psychologiques, mais 19 % ont également subi des violences physiques (ou sexuelles dans certains cas).

*Dans l'enquête de santé 2018, la violence domestique avait également été examinée, mais la question était différente de celle de l'enquête de santé COVID-19. Dans l'enquête de 2018, il était demandé aux victimes de violence qui était l'auteur de la violence soit : un ou des inconnu(s), collègue(s), connaissance(s), ami(s), parent(s), (ex-)partenaire, enfant(s), ou membre(s) de la famille. Dans l'enquête COVID-19, les personnes étaient directement invitées à dire si elles avaient subi des violences verbales, psychiques, physiques ou sexuelles au sein de la famille. En outre, il convient également de noter que l'enquête de 2018 est une enquête au niveau des ménages. L'enquête COVID-19 est une enquête en ligne au niveau individuel.

13. Impact de la crise du coronavirus sur différents domaines de la vie

13.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La crise du coronavirus a clairement un effet défavorable sur le cours de l'existence. En effet, la crise est plus communément vécue comme ayant des conséquences négatives que positives dans chacun des domaines de la vie considérés, à savoir, le travail ou les études, les revenus, la vie domestique ou familiale, la vie sociale, la santé ou les soins, les activités physiques, les habitudes alimentaires, le poids corporel, les loisirs, les voyages ou vacances, et les perspectives d'avenir.
- De plus, par rapport à septembre 2020, la prévalence des personnes qui ressentent cet impact négatif de la crise a augmenté en mars 2021 dans tous les domaines de vie, à l'exception de celui des revenus.
- Les domaines où le nombre de personnes qui ne perçoivent aucun impact de la crise est le plus élevé concernent les revenus (72 %) et la santé et soins de santé (58 %).
- Les trois principaux domaines de la vie où la crise du coronavirus a le plus souvent un impact négatif sont la vie sociale (90 % des personnes), les loisirs (85 %) et les voyages ou vacances (84 %).
- Il existe des différences selon le sexe : les hommes sont plus nombreux à rapporter un impact négatif de la crise sur leurs projets de voyage ou de vacances. Les femmes, quant à elles, indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur leur santé ou soins de santé ainsi que leurs perspectives d'avenir.
- Les domaines de la vie sont impactés différemment selon les catégories d'âge :
 - Les jeunes adultes (18-29 ans) perçoivent plus souvent un effet négatif au niveau de leur travail ou études (ex. vu que les cours sont plus souvent organisés en ligne), de la pratique d'activités physiques (ex. les clubs de sport étant fermés), des habitudes alimentaires et des perspectives d'avenir ;
 - Les 30-49 ans rapportent plus souvent être affectés dans leur vie domestique/familiale, leur vie sociale (ex. vu la limitation de contacts imposée), les activités de loisir (ex. fermeture de l'horeca et des lieux culturels) et les vacances/voyages (limitation des voyages non-essentiels) ;
 - Les 50-64 ans sont plus nombreux à rapporter des conséquences négatives sur leur poids et sur leur santé ou soins de santé.
- Les personnes vivant seules ou seules avec des enfants ressentent plus souvent que celles d'autres types de ménages un impact négatif de la crise sur les revenus, la vie domestique/familiale, la pratique d'activités physiques, les activités de loisir, les habitudes alimentaires et leur poids.
- Les différences observées en fonction du niveau d'éducation sont les suivantes :
 - Les personnes les moins éduquées rapportent plus souvent un impact négatif de la crise au niveau de leurs revenus ;
 - Les personnes ayant fait des études supérieures sont plus nombreuses à indiquer un impact négatif sur leur travail/études, la vie domestique/familiale, la vie sociale, les activités physiques et de loisirs et les voyages ou vacances.

13.2. INTRODUCTION

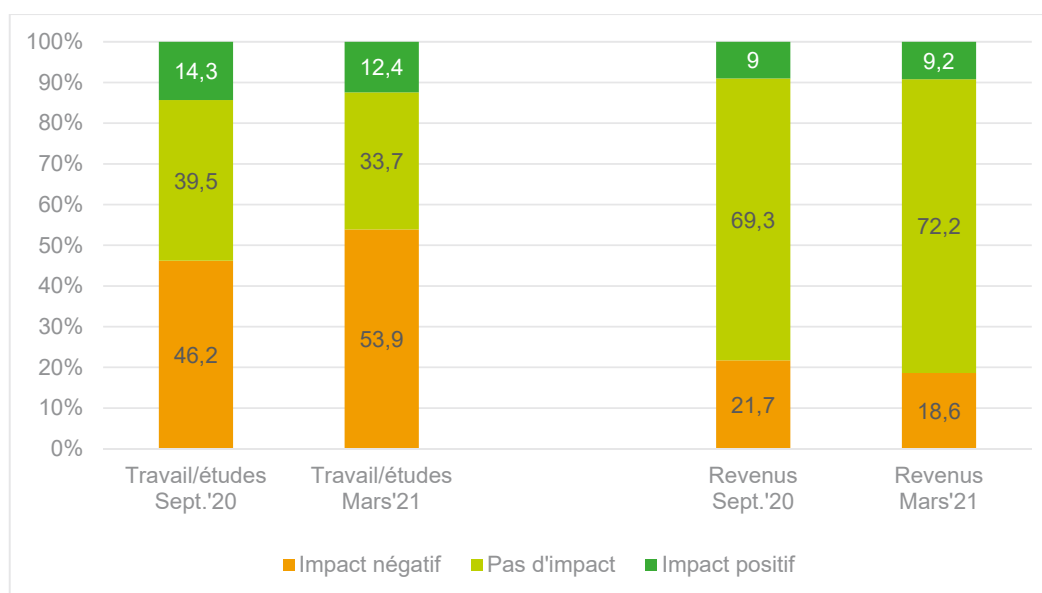
La crise du coronavirus et les mesures prises pour contenir sa propagation ont des implications importantes pour notre vie quotidienne. En septembre 2020, soit 6 mois après le début de la crise, nous avons examiné l'impact (négatif, nul ou positif) que la crise pouvait avoir sur différents domaines de la vie des répondants. Nous réitérons cette approche dans la 6^e enquête, alors que la crise perdure depuis maintenant une année.

Les participants étaient invités à indiquer sur une échelle allant de -5 (= impact le plus négatif) en passant par 0 (= pas d'impact) à +5 (= impact le plus positif) dans quelle mesure la crise du coronavirus affecte encore les différents domaines de leur vie, à savoir : le travail ou les études, les revenus, la vie de famille ou domestique, la vie sociale, la santé ou les soins, l'activité physique, les habitudes alimentaires, le poids corporel, les loisirs, les voyages/vacances et les perspectives d'avenir. Pour les analyses ci-dessous, l'échelle a été ramenée à 3 classes : impact négatif (de -5 à -1), aucun impact (0), et impact positif (de +1 à +5). Les résultats sont présentés dans cette section.

13.3. RÉSULTATS PAR DOMAINE DE VIE

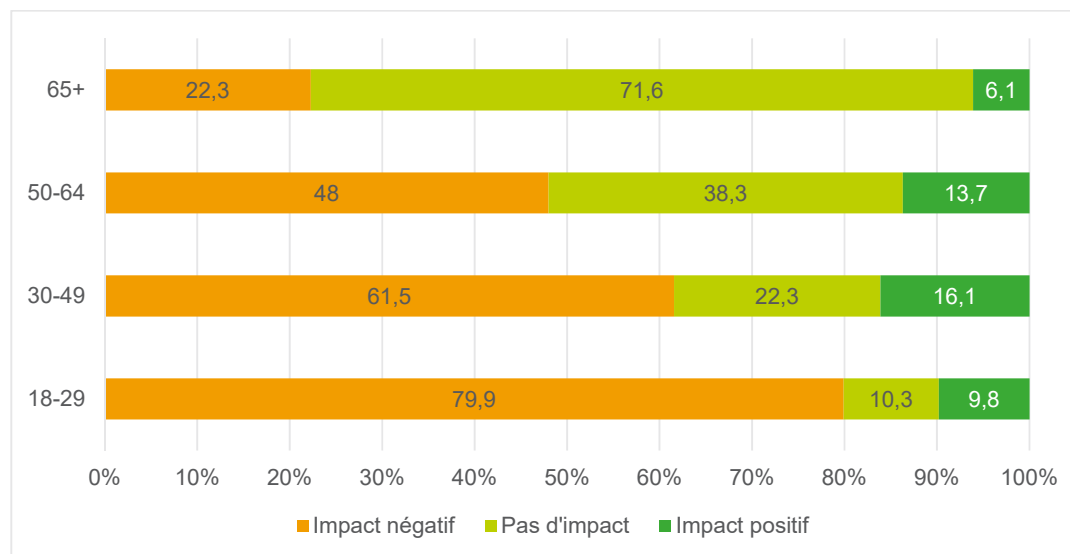
13.3.1. Travail/études et revenus

Figure 39 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise sur le travail/études et sur les revenus, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



Un peu plus de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus indique que la crise a eu un impact négatif sur le travail ou études (54 %), pour 34 % la crise n'a eu aucun impact dans ce domaine et 12 % rapportent un impact positif. Le pourcentage d'individus pour qui l'impact sur le travail ou les études est perçu comme négatif a donc augmenté par rapport à septembre 2020 (46 %), et la différence est significative même après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 39). Il n'y a pas de différence significative quant à l'impact sur le travail/études selon le sexe, mais il y a des différences selon l'âge (Figure 40). Un grand nombre de jeunes adultes (80 % des 18-29 ans) rapportent que la crise du coronavirus affecte négativement leur travail ou études. Ce pourcentage diminue fortement avec l'âge pour atteindre 22 % chez les plus de 64 ans. On observe la tendance inverse avec l'âge chez les personnes qui indiquent que la crise n'a aucun impact sur leur travail ou études.

Figure 40 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise sur le travail/études, par groupe d'âge, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



L'impact négatif de la crise au niveau du travail ou des études ne diffère pas en fonction de la composition des ménages. En revanche, les personnes qui ont tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont moins nombreuses (50 % d'entre elles) à rapporter un impact négatif sur leur travail ou études que les personnes plus instruites (60 % de celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

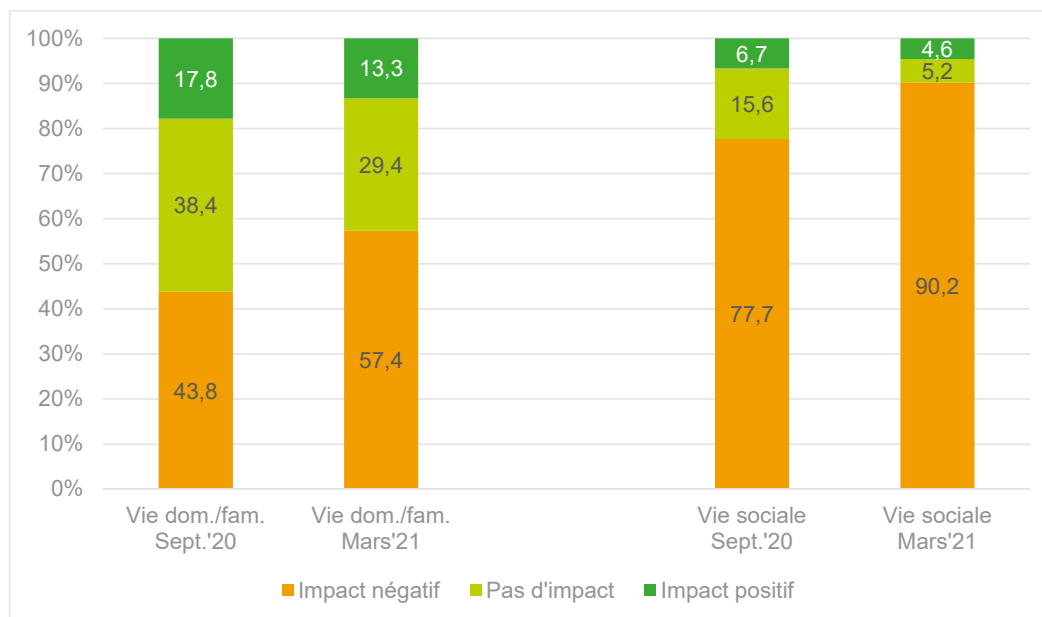
Un peu moins d'un individu sur cinq (de 18 ans et plus) indique que la crise a un impact négatif sur ses revenus (19 %) en avril 2021, tandis que la majorité (72 %) ne rapporte aucun impact sur les revenus et 9% indiquent un impact positif. Le pourcentage de personnes qui subissent un impact négatif sur leurs revenus a légèrement diminué par rapport à septembre 2020 (22 %), une différence significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 39). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, mais il y a des différences selon l'âge : l'impact négatif sur les revenus est significativement plus fréquent dans la population active (18 % à 23 % des 18-64 ans) que chez les 65 ans et plus (10 %).

En ce qui concerne la composition du ménage, l'impact négatif de la crise sur les revenus est significativement plus fréquent parmi les personnes vivant seules (21 %) et les personnes vivant seules avec des enfants (25 %) que chez les couples sans enfant(s) (14 %). En outre, les personnes peu instruites subissent plus souvent un impact négatif (21 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire ou moins) que les personnes plus instruites (14 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur), la différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

13.3.2. Vie domestique/familiale et sociale

En avril 2021, plus de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus indique que la crise du coronavirus a un impact négatif sur la vie domestique/familiale (57 %), 30 % rapportent qu'elle n'a aucun impact sur leur vie domestique/familiale et 13 % indiquent un impact positif. Le pourcentage d'individus âgés de 18 ans et plus qui ressentent un impact négatif sur leur vie domestique/familiale a augmenté par rapport à septembre 2020 (44 %) et cette différence est significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 41). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, mais il y a des différences selon l'âge : les personnes âgées de 30-49 ans (62 %) déclarent plus souvent un impact négatif sur leur vie domestique ou familiale que celles de 65 ans et plus (50 %).

Figure 41 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leur vie domestique/familiale et sociale, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



En ce qui concerne la composition du ménage, les personnes vivant en couple sans enfant(s) sont moins nombreuses à signaler que la crise affecte négativement leur vie domestique/familiale (52%) que les personnes vivant seules (63 %), les personnes vivant seules avec enfant(s) (66 %) et celles qui cohabitent avec leur(s) parent(s), famille, amis ou connaissances (58 %). Les personnes avec un niveau d'éducation supérieur sont plus susceptibles de rapporter un impact négatif sur la vie domestique/familiale (62 % de celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur) que celles ayant un niveau d'éducation moins élevé (55 % de celles ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire), une différence significative après correction pour l'âge et le sexe.

Une très large part de la population âgée de 18 ans et plus rapporte que la crise du coronavirus a un effet négatif sur leur vie sociale (90 % en avril 2021), une proportion qui a aussi augmenté de manière significative (après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation) depuis septembre 2020 (78 %). Pour 5 % de la population, la crise n'a aucun impact sur leur vie sociale et pour les autres 5 %, elle a un impact positif (Figure 41). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, mais il y a des différences selon le groupe d'âge : les personnes de 18 à 49 ans indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur leur vie sociale (92 % à 93 %) que les personnes de 65 ans et plus (85 %). Il n'y a pas de différences significatives selon la composition du ménage, mais il y a des différences selon le niveau d'éducation. Les personnes ayant un niveau supérieur indiquent plus souvent que la crise a un impact négatif sur leur vie sociale (95 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur) que celles ayant un niveau moins élevé (88 % des personnes ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

13.3.3. Activité physique, habitudes alimentaires et poids

La moitié des personnes âgées de 18 ans et plus indique que la crise du coronavirus a un impact négatif sur leur activité physique (50 %), alors que pour 34 % elle n'a aucun impact sur leur activité physique et pour 16 % elle a un impact positif. Le pourcentage qui rapporte un impact négatif sur la pratique de l'activité physique a augmenté de manière significative par rapport à septembre 2020 (35 %), après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 42). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, mais il existe des différences en fonction de l'âge (Figure 43). L'impact négatif de la crise du coronavirus sur la pratique de l'activité physique concerne davantage les jeunes adultes (62 % des 18-29 ans) et cette proportion diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 40 % des personnes de 65 ans ou plus. La

tendance inverse en fonction de l'âge est observée pour les personnes qui rapportent que la crise n'a pas d'impact sur la pratique des activités physiques.

Figure 42 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leur activité physique, leurs habitudes alimentaires et leur poids, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021

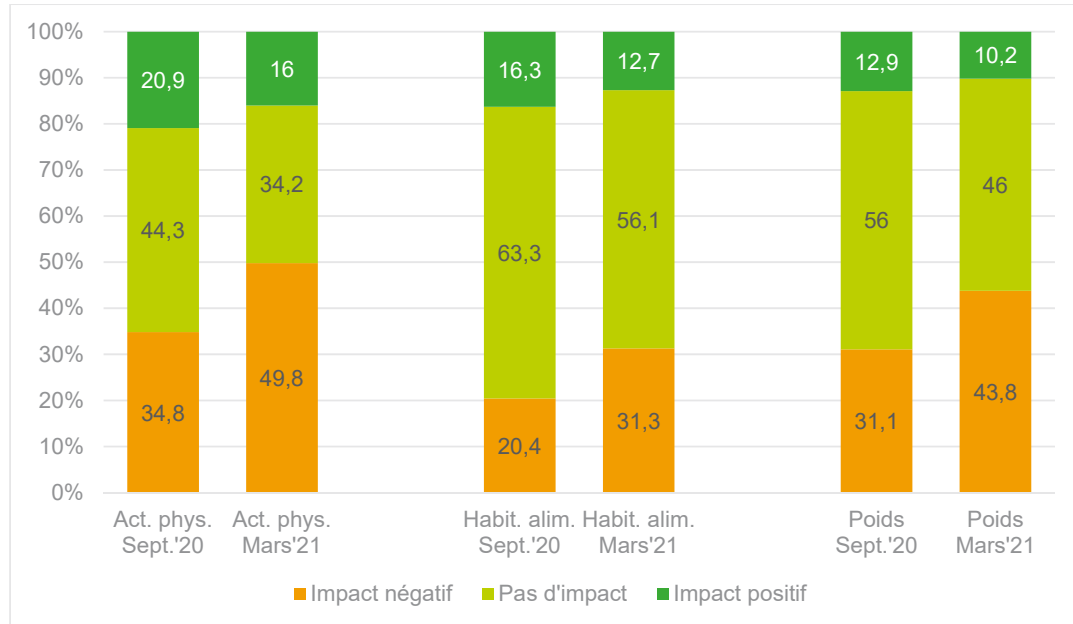
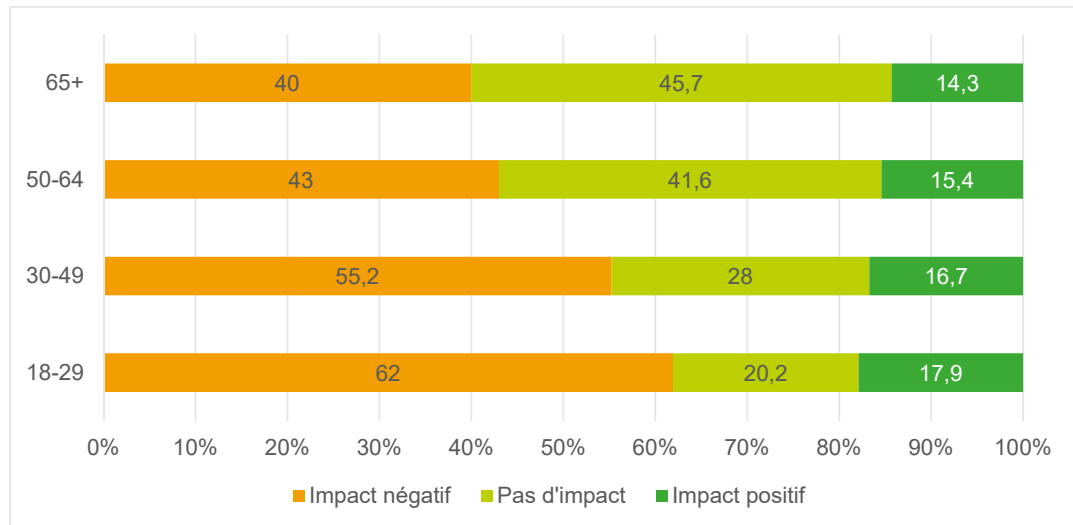


Figure 43 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leur activité physique, par groupe d'âge, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021

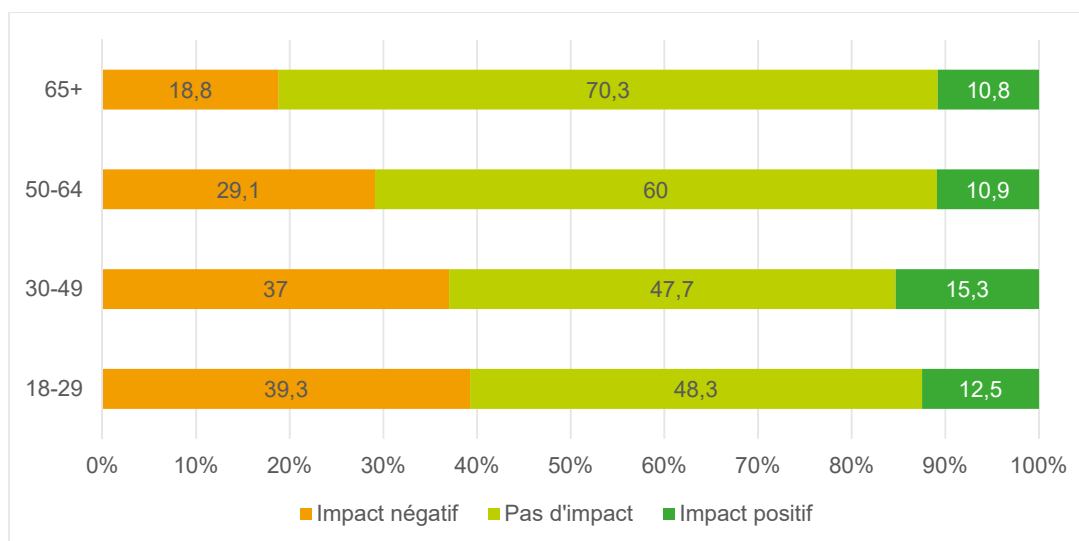


En ce qui concerne la composition du ménage, les personnes vivant en couple sans enfant(s) sont moins nombreuses à signaler un impact négatif de la crise sur leur activité physique (43 %) que les personnes vivant seules (53 %) et de personnes vivant seules avec enfant(s) (52 %), des différences qui sont significatives après ajustement pour l'âge, le sexe et l'éducation. C'est le cas également pour la différence par niveau d'éducation : les personnes plus instruites rapportent plus souvent que la crise a un effet négatif sur la pratique

des activités physiques (54 % des diplômés de l'enseignement supérieur) que les moins instruites (48 % des personnes avec au plus un diplôme de l'enseignement secondaire), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

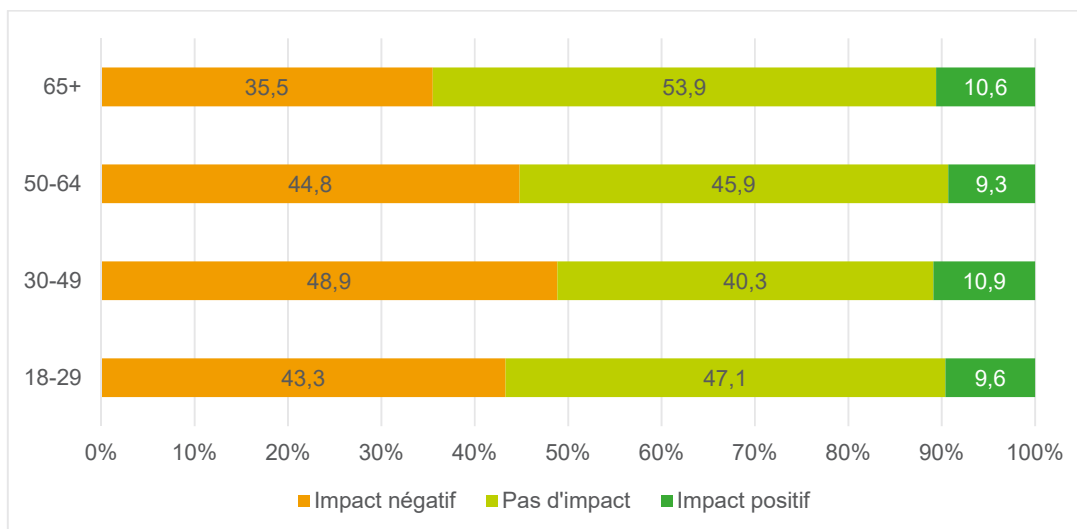
En avril 2021, près d'une personne sur trois âgée de 18 ans et plus indique que la crise du coronavirus a un impact négatif sur ses habitudes alimentaires actuelles (31 %), 56 % signale ne voir aucun impact sur ses habitudes alimentaires et 13 % rapportent un impact positif (Figure 42). Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus pour qui la crise a un impact négatif sur les habitudes alimentaires (20 %) a augmenté de manière significative par rapport à septembre 2020, après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe. Comme pour la pratique des activités physiques, les jeunes adultes sont les plus enclins à rapporter un impact négatif de la crise sur les habitudes alimentaires (39 % des 18-29 ans) et le nombre diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 19 % des 65 ans et plus (Figure 44). En ce qui concerne la composition du ménage, les personnes qui ressentent un impact négatif de la crise sur leurs habitudes alimentaires sont plus nombreuses parmi celles vivant seules (34 %) et seules avec enfant(s) (37 %) par rapport à celles vivant en couple sans enfant(s) (24 %). Il n'y a pas de différence significative selon le niveau d'éducation.

Figure 44 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur les habitudes alimentaires, par groupe d'âge, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



En septembre 2020, 31 % des personnes de 18 ans et plus signalaient que la crise du coronavirus avait un impact négatif sur leur poids corporel (31 %). En avril 2021, il s'agit de 44 %, une différence qui est significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Par ailleurs, 46 % estiment que la crise n'a aucun impact sur leur poids et 10 % rapportent un impact positif (Figure 42). Contrairement à septembre 2020, on n'observe plus de différence significative en fonction du sexe. C'est plus particulièrement au sein du groupe d'âge des 30-49 ans l'impact négatif de la crise sur le poids est dénoncé (49 %), une proportion significativement plus élevée que parmi les personnes de 65 ans et plus (36 %) (Figure 45). Il n'y a pas de différences significatives selon la composition du ménage ou selon le niveau d'éducation.

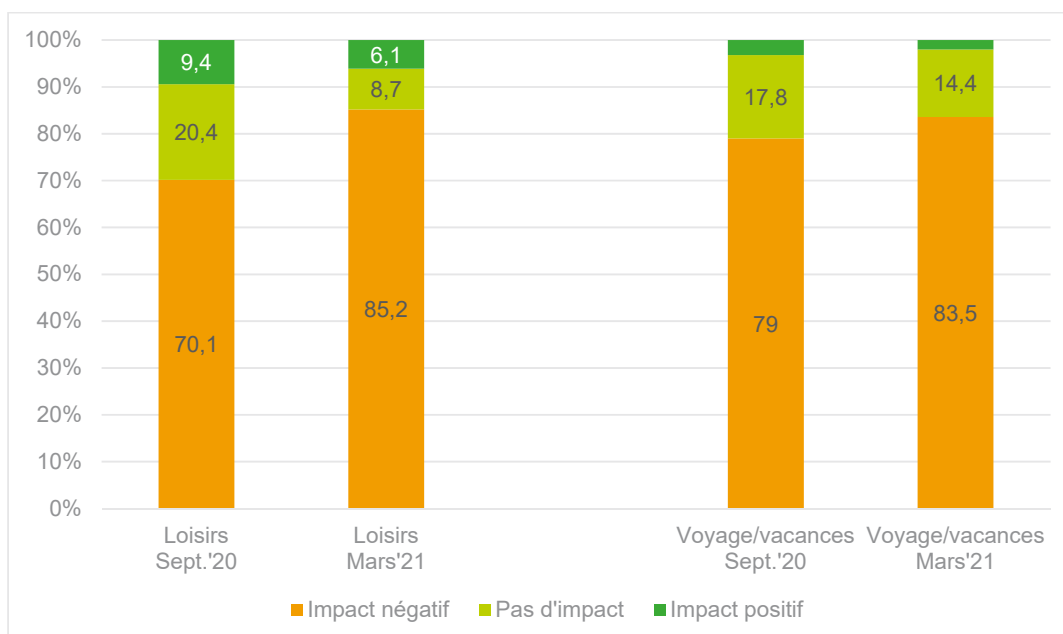
Figure 45 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leur poids corporel, par groupe d'âge, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



13.3.4. Loisirs et voyages/vacances

Plus de 8 personnes sur 10 âgées de 18 ans et plus ont indiqué en avril 2021 que la crise du coronavirus a un impact négatif sur leurs activités de loisirs (85 %), alors que 9 % estiment que la crise n'a aucun impact et 6 % rapporte un impact positif sur les activités de loisirs. La proportion qui dénonce un impact négatif sur leurs activités de loisirs a donc également augmenté par rapport à septembre 2020 (70 %), la différence étant significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 46). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe. Les personnes âgées de 30 à 49 ans sont nettement plus nombreuses à indiquer que la crise a un impact négatif sur leurs activités de loisirs (90 %) que les personnes de 65 ans et plus (80 %).

Figure 46 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leurs activités de loisir et leurs voyages/vacances, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



L'impact négatif de la crise sur les loisirs est plus souvent rapporté chez les personnes vivant seules avec enfant(s) (90 %) que chez celles vivant en couple sans enfant(s) (83 %), et la différence est significative après ajustement pour l'âge, le sexe et l'éducation. En outre, les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé dénoncent plus souvent l'impact négatif de la crise sur les activités de loisirs (91 % des diplômés du supérieur) que celles ayant un niveau d'éducation moins élevé (82 %), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

En avril 2021, plus de 8 personnes sur 10 de 18 ans et plus déclarent également que la crise a un impact négatif au niveau de leurs voyages et vacances (84 %), une augmentation légère mais significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation par rapport à septembre 2020 (79 %). En outre, 14 % ne ressentent aucun impact de la crise sur le fait d'entreprendre un voyage ou des vacances et 2 % estiment que la crise est positive au niveau de leurs voyages ou vacances (Figure 46). Le pourcentage d'hommes qui déplore un impact négatif sur les voyages ou vacances (85 %) est significativement plus élevé que celui des femmes (82 %). Les personnes impactées au niveau des voyages ou vacances se situent plus souvent parmi les 18-64 ans (81 % à 90 %) que parmi les 65 ans et plus (76 %), et les différences sont significatives après ajustement pour l'âge, le sexe et l'éducation. Parmi les personnes vivant en couple sans enfant(s), 84 % rapportent un impact négatif de la crise sur leurs projets de voyage ou vacances, un pourcentage significativement plus élevé que parmi les personnes vivant seules (75 %) et parmi celles vivant en couple avec enfant(s) (88 %). En outre, après ajustement pour l'âge et le sexe, il existe également une différence significative en fonction du niveau d'éducation. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé indiquent plus souvent que la crise a un impact négatif sur leurs projets de voyage et de vacances (91 % des diplômés de l'enseignement supérieur) que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (80 % ayant un diplôme de l'enseignement secondaire ou moins).

13.3.5. Santé/soins et perspectives d'avenir

En avril 2021, une personne sur trois âgée de 18 ans et plus a indiqué que la crise du coronavirus avait un impact négatif sur sa santé ou ses soins (35 %), 58 % n'ont pas ressenti d'impact et 6 % ont estimé que la crise avait un impact positif sur leur santé ou leurs soins. Le pourcentage qui rapporte un impact négatif dans le domaine de la santé a légèrement augmenté par rapport à septembre 2020 (31 %), mais la différence est néanmoins significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (Figure 47).

Le pourcentage de femmes indiquant que de la crise influence négativement leur santé ou les soins (38 %) est significativement plus élevé que parmi les hommes (33 %). Les personnes de 30-64 ans sont plus susceptibles d'indiquer que la crise a un impact négatif sur leur santé ou leurs soins (37% à 38%) que les personnes de 65 ans et plus (28 %). Il n'y a pas de différences significatives selon la composition du ménage et selon le niveau d'éducation.

Plus de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus indique que la crise du coronavirus a un impact négatif sur ses perspectives d'avenir (72%), ce qui représente une augmentation par rapport à septembre 2020 (58 %), une différence significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Pour 22 %, la crise n'a aucun impact sur leurs perspectives d'avenir et pour 6 % elle a un impact positif (Figure 47).

Les femmes signalent un peu plus souvent que les hommes que la crise a un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir (74 % et 71 % respectivement), une différence néanmoins significative. Le pourcentage de personnes qui indiquent que la crise affecte négativement leurs perspectives d'avenir diminue avec l'âge : de 79 % chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans à 66 % chez les 65 ans ou plus, une différence significative (Figure 48). Il n'y a pas de différences significatives selon la composition du ménage et selon le niveau d'éducation.

Figure 47 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leur santé / soins, et sur leurs perspectives d'avenir, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021

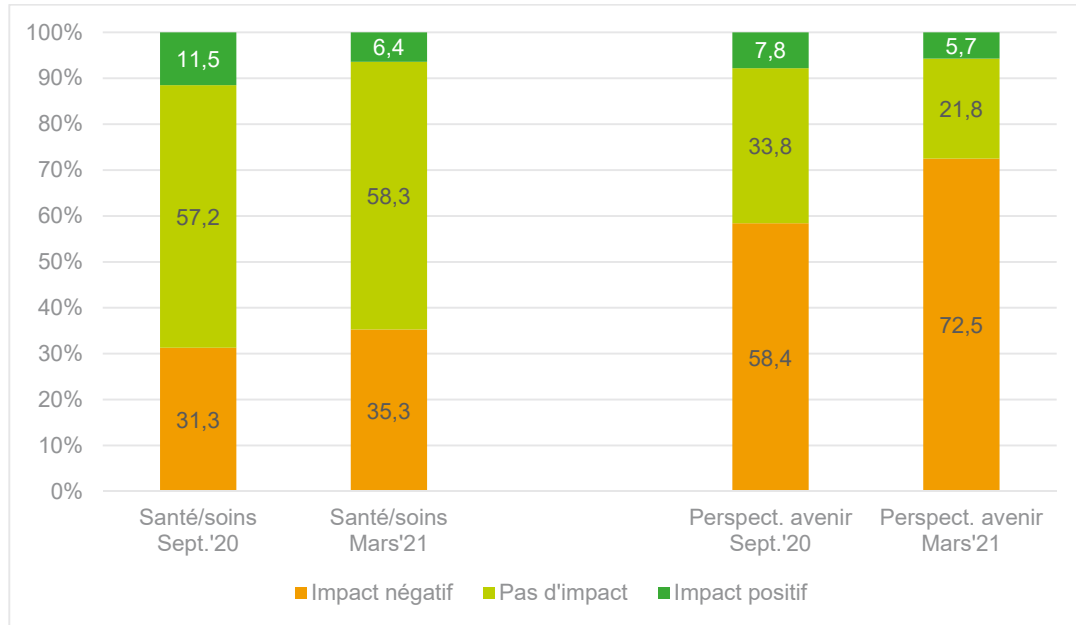
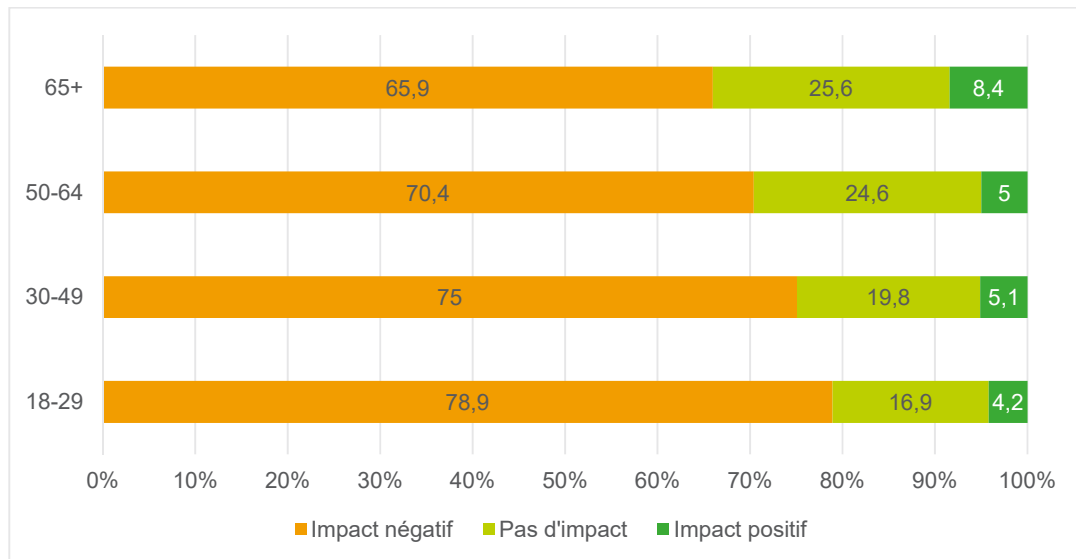


Figure 48 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise du coronavirus sur leurs perspectives d'avenir, par groupe d'âge, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



14. Emploi

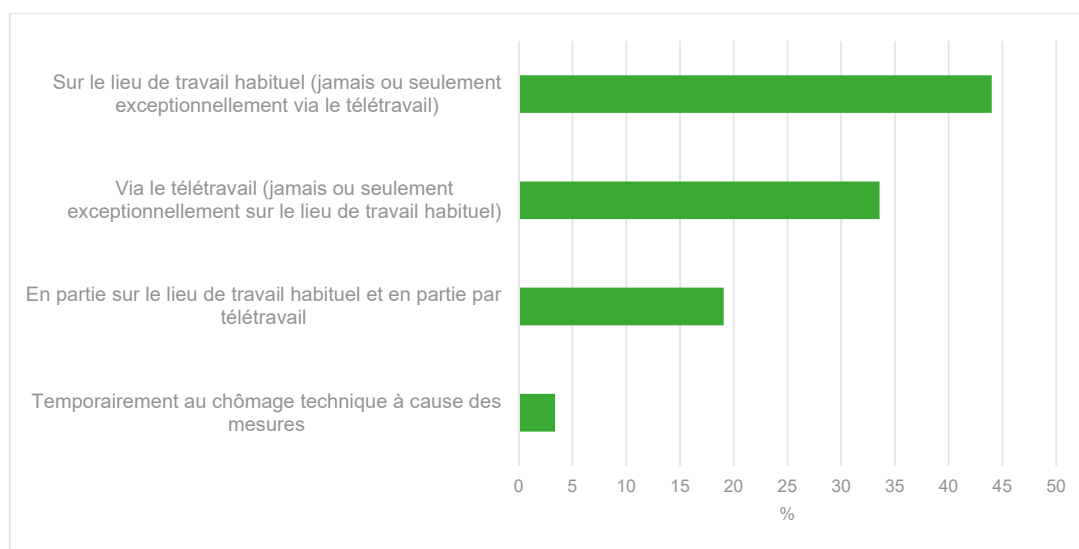
14.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Un peu plus de 4 personnes actives sur 10 ont indiqué qu'elles effectuent leur travail sur leur lieu de travail habituel et ne télétravaillent donc jamais ou seulement exceptionnellement.
- 59 % des personnes travaillant dans le secteur des soins de santé ont déclaré avoir déjà été en contact avec un patient, un client ou une personne institutionnalisée qui est/était (vraisemblablement) infecté(e) par le coronavirus (COVID-19).

14.2. APPLICATION DU TÉLÉTRAVAIL

La 6^e enquête de santé COVID-19 a été organisée juste avant la déclaration des mesures qui seront en vigueur pendant les vacances de Pâques. Dans le questionnaire, il a été demandé aux personnes qui exercent actuellement une activité rémunérée (59 % de la population) si les mesures gouvernementales prises pour limiter la propagation du coronavirus (COVID-19) leur permettaient de poursuivre leur travail. Trois pourcent de la population indique être techniquement au chômage à cause des mesures gouvernementales prises pour limiter la propagation du virus, tandis que 44 % indiquent pouvoir continuer à exercer leur travail sur le lieu de travail habituel (jamais ou seulement exceptionnellement via le télétravail) (Figure 49). D'autre part, un travailleur sur trois (34 %) déclare faire du télétravail et donc ne jamais ou seulement exceptionnellement travailler sur son lieu de travail habituel. Un salarié sur cinq (19 %) déclare travailler en partie sur son lieu de travail habituel et en partie en télétravail.

Figure 49 | Pourcentage des personnes actives (18 ans et plus) selon le lieu de travail, 6^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



14.3. CONTACTS AVEC LES PATIENTS COVID-19

Parmi les personnes qui ont indiqué être employées dans le secteur des soins de santé (15 % de la population active), 59 % ont indiqué avoir déjà eu un contact professionnel avec un patient, un client ou une personne institutionnalisée qui est ou a été (vraisemblablement) infecté(e) par le coronavirus (COVID-19), 34 % ont indiqué ne pas avoir eu (à leur connaissance) de tels contacts professionnels, tandis que 7 % ont peut-être eu de tels contacts professionnels, mais ne sont pas sûrs.

15. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la 6^e enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 18 et le 25 mars 2021. L'enquête, développée avec le logiciel LimeSurvey, s'adresse aux adultes (de 18 ans et plus) vivant en Belgique. Étant une enquête en ligne, les personnes n'ayant pas de connexion Internet sont exclues de la participation. L'enquête et le lien pour y accéder ont été annoncés via le site web de Sciensano et d'autres organisations (mutuelles, collectifs de quartiers...), dans la presse et sur les médias sociaux. A côté de cela, un recrutement par courriel a démarré suivant le principe « boule de neige » : il était demandé aux premiers contacts de retransmettre l'invitation à participer à l'enquête à leur famille, amis et connaissances, et ainsi de suite. En outre, les participants aux précédentes enquêtes de santé COVID-19 qui avaient exprimé leur volonté de participer à une enquête ultérieure (et avaient donné leur adresse électronique à cette fin) étaient recontactés par courrier électronique pour cette 6^e enquête de santé COVID-19.

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 20 410 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 1 donne un aperçu du pourcentage d'habitants âgés 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 6^e enquête de santé COVID-19 par région de résidence (déterminé à partir du code postal introduit).

Tableau 1 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la 6^e enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2021

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5.311.613 (58,2)	13 349 (65,4)
Région bruxelloise	932.366 (10,2)	2 025 (9,9)
Région wallonne	2.882.040 (31,6)	5 036 (24,7)
Belgique	9.126.019 (100)	20 410 (100)

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

Tableau 2 | Composition de l'échantillon de la 6^e enquête de santé COVID-19, par sexe et groupe d'âge, Belgique 2021

	Nombre d'hommes (%)	Nombre de femmes (%)	Nombre total (%)
18 à 24 ans	103 (1,4)	252 (1,9)	255 (1,7)
25 à 34 ans	555 (7,6)	1 441 (11,0)	1 996 (9,8)
35 à 44 ans	978 (13,5)	2 686 (20,4)	3 661 (17,9)
45 à 54 ans	1 271 (17,5)	2 966 (22,6)	4 237 (20,8)
55 à 64 ans	1 812 (25,0)	3 173 (24,1)	4 985 (24,4)
65+ ans	2 549 (24,9)	2 627 (16,5)	4 176 (25,3)
Total	7 268 (35,6)	13 142 (64,4)	20 410 (100)

Plus de femmes (64,4 %) que d'hommes (35,6 %) ont participé à l'enquête, elles sont donc 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 3 | Composition de l'échantillon de la 6^e enquête de santé COVID-19, par niveau d'éducation, Belgique 2021

	Population (15+)(%)(*)	Participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6 302 716 (67,1)	5 069 (25,5)
Enseignement supérieur	3 084 424 (22,9)	14 825 (74,9)
Total	9 387 140 (100)	19 894 (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.

Remarques

Les analyses du présent rapport introduisent trois changements méthodologiques par rapport aux résultats préliminaires publiés dans le rapport de la 1^{re} 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 cinq premières enquêtes de santé Covid-19 peuvent être consultés en ligne :

Cinquième 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/xcx-d-7784>

Quatrième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/80. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>

Troisième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/54. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/xkg3-xz50>

Deuxième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/52. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/rkna-ee65>

Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/50. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>

CONTACT

Lydia Gisle • T+32 2 642 57 53 • lydia.gisle@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/2021/14.440/30