

# SEPTIÈME 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

Septembre 2021 • Bruxelles • Belgique



### Personne de contact :

Lydia Gisle (Ed.) • T+32 2 642 57 53 • [lydia.gisle@sciensano.be](mailto:lydia.gisle@sciensano.be)

### Auteurs (par ordre alphabétique) :

Lydia Gisle

Finaba Berete

Elise Braekman

Helena Bruggeman

Rana Charafeddine

Stefaan Demarest

Sabine Drieskens

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 aux enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano.

### Cette publication doit être référencée comme suit :

Sciensano. Septième enquête de santé COVID-19 - Résultats. Bruxelles, Belgique. Septembre 2021 ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440.50. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ht7a-8923>

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction</b>	<b>6</b>
<b>2. Vaccination</b>	<b>7</b>
2.1. Principaux résultats	7
2.2. Effets secondaires de la vaccination contre le COVID-19	7
<b>3. Qualité de vie liée à la santé</b>	<b>9</b>
3.1. Principaux résultats	9
3.2. Dimensions de qualité de vie	9
3.3. Score de qualité de vie	10
<b>4. Impact de la crise sur différents domaines de vie</b>	<b>13</b>
4.1. Principaux résultats	13
4.2. Résultats par domaine de vie	14
<b>5. Santé sociale</b>	<b>19</b>
5.1. Principaux résultats	19
5.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux	19
5.3. qualité du soutien social	20
5.4. Sentiment de solitude	22
<b>6. Santé mentale</b>	<b>25</b>
6.1. Principaux résultats	25
6.2. Satisfaction de vie	26
6.3. Anxiété et dépression	28
6.4. Pensées et comportements suicidaires	31
6.5. Troubles du sommeil et énergie vitale	32
6.6. Facteurs d'influence potentiels	35
<b>7. Méthodologie</b>	<b>40</b>

# 1. Introduction

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

1. La première enquête de santé COVID-19 a été initiée le **2 avril 2020**, trois semaines après l'introduction des mesures de restriction. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, la suspicion d'une infection au coronavirus chez le répondant ou parmi ses proches, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale.
2. La deuxième enquête de santé COVID-19 a été lancée deux semaines plus tard, soit le **16 avril 2020**. En plus de certaines thématiques récurrentes (comme le bien-être mental et social), cette deuxième enquête a mis l'accent sur les modes de vie de la population lors de la période de restrictions liées au coronavirus.
3. La troisième enquête de santé COVID-19 mise en ligne le **28 mai 2020** s'intéressait plus spécifiquement à l'impact de la crise sur la situation financière, la sécurité alimentaire, et la perception de l'avenir.
4. La quatrième enquête de santé COVID-19 du **24 septembre 2020** a notamment examiné l'attitude de la population face au suivi/tracing des contacts lors d'une infection, à l'application pour les contacts à risque (Coronalert) et à la vaccination lorsqu'un vaccin aura été développé.
5. La cinquième enquête de santé COVID-19 était accessible le **3 décembre 2020**. Elle a abordé la santé mentale et sociale alors que les mesures de confinement étaient prolongées, l'accès aux soins de santé, la sécurité alimentaire et les comportements en lien avec santé et l'attitude face au vaccin anti-COVID,
6. La sixième enquête de santé COVID-19 a démarré le **18 mars 2021**, soit une année après les premières mesures sécuritaires. Elle a sondé l'expérience de la population alors que des mesures strictes étaient toujours de rigueur. La santé mentale et sociale faisait à nouveau partie des thématiques, à côté de la vaccination, la présence de maladies aggravant le COVID-19, la fragilité chez les personnes âgées, la qualité de vie et les déterminants comportementaux liés à la santé.
7. Cette septième enquête, mise en ligne **du 10 au 20 juin 2021** est surtout orientée vers le suivi de certaines dimensions-clés au moment où les mesures de restrictions a commencer à se relâcher. Ce rapport fait état des résultats obtenus dans les domaines suivants :
  - La vaccination et ses effets secondaires
  - La qualité de vie liée à la santé
  - L'impact perçu de la crise dans différents domaines de vie
  - La santé sociale
  - La santé mentale

Certains résultats sont comparés aux données de population datant d'avant l'épidémie. Ces données de comparaison proviennent de l'enquête nationale de santé qui a eu lieu en 2018<sup>1</sup>. 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 la 7<sup>e</sup> enquête COVID-19 sont mis en parallèle avec ceux obtenus lors des enquêtes COVID-19 antérieures afin d'évaluer les tendances dans le temps.

---

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

## 2. Vaccination

### 2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Parmi la population âgée de 18 ans ou plus qui déclare avoir reçu seulement la première dose du vaccin COVID-19, un quart n'a signalé aucun effet secondaire après administration du vaccin, et la moitié a signalé des effets secondaires légers.
- Une personne sur trois ayant reçu la deuxième dose du vaccin COVID-19 n'a signalé aucun effet secondaire après administration du vaccin, deux sur cinq ont signalé des effets secondaires légers.
- Parmi les personnes vaccinées avec une "dose unique" (2,3% de la population vaccinée au moment de l'enquête), un quart n'a signalé aucun effet secondaire, un sur trois a signalé des effets secondaires importants.

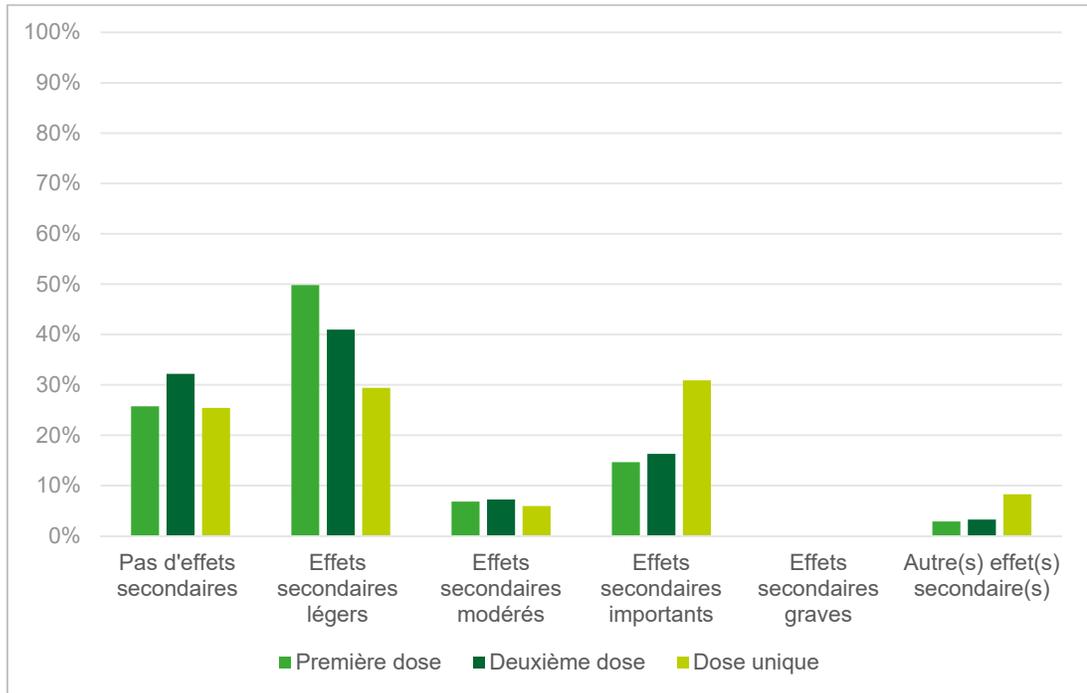
Dans le cadre de la 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, nous avons étudié les effets secondaires éventuels du vaccin contre le COVID-19 (lors de la première dose, de la deuxième dose, ou pour la dose unique). Les répondants pouvaient cocher l'une des réponses suivantes, selon leur expérience :

1. Pas d'effets secondaires
2. Effets secondaires légers (réaction liée à l'injection, douleur au site de l'injection [bras douloureux], etc.)
3. Effets secondaires modérés (douleur intense au site de l'injection, difficulté à bouger, etc.)
4. Effets secondaires importants (symptômes de type grippal, fièvre, frissons, courbatures, fatigue, etc.)
5. Effets secondaires graves nécessitant une hospitalisation (Anaphylaxie, perte de conscience, etc.)
6. Autre(s) effet(s) secondaire(s)

### 2.2. EFFETS SECONDAIRES DE LA VACCINATION CONTRE LE COVID-19

- Les résultats montrent que parmi les personnes qui ont indiqué avoir reçu seulement la première dose du vaccin COVID-19 au moment de l'enquête (et qui devaient donc encore recevoir une deuxième dose), 26 % n'ont eu aucun effet secondaire après l'administration du vaccin, 50 % ont signalé des effets secondaires légers et 7 % des effets secondaires modérés (Figure 1). Des effets secondaires importants ont été rapportés par 15 % des personnes vaccinées avec la première dose, et seuls 0,03 % ont signalé des effets secondaires graves.
- La question sur des effets secondaires éventuels a été répétée pour les personnes (moins nombreuses) qui avaient reçu une deuxième dose du vaccin COVID-19 : 32 % n'ont signalé aucun effet secondaire après l'administration de la deuxième dose, 41 % ont signalé des effets secondaires légers et 7 % des effets secondaires modérés. Des effets secondaires importants ont été signalés par 16 % des personnes vaccinées avec une deuxième dose. Aucun effet secondaire grave n'a été signalé.
- La même question sur les effets secondaires éventuels a été posée aux personnes vaccinées avec le vaccin de Johnson & Johnson (dose unique). Au moment de l'enquête, il s'agissait d'un groupe limité de la population (2 %). Parmi ces personnes, 25 % ont rapporté n'avoir eu aucun effet secondaire, 29 % ont signalé des effets secondaires légers et 6 % des effets secondaires modérés (Figure 1). Il est frappant de constater que 31 % des personnes vaccinées avec Johnson & Johnson ont signalé des effets secondaires importants tels que des symptômes grippaux, de la fièvre, des frissons, des courbatures, ou de la fatigue. Enfin, 8 % de ce groupe ont signalé des effets secondaires "autres".

Figure 1 | Distribution des personnes vaccinées contre le COVID-19 (18 ans et plus) selon les effets secondaires rapportés après l'administration du vaccin (de la première dose, deuxième dose ou dose unique), 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



## 3. Qualité de vie liée à la santé

### 3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

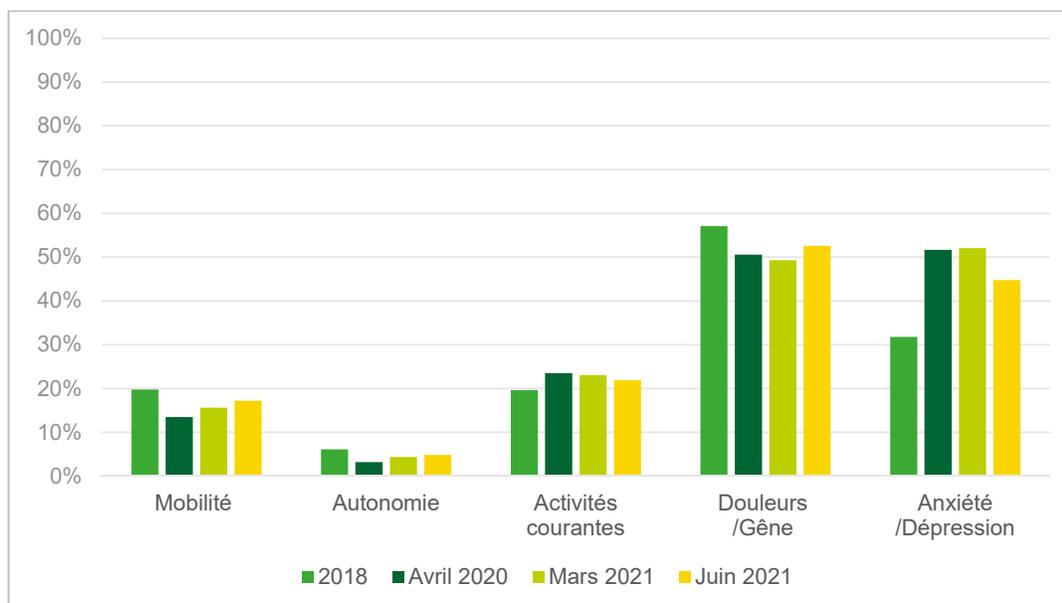
- Parmi les 5 dimensions du EQ-5D mesurant la qualité de vie liée à la santé, la population âgée de 18 ans et plus a le plus souvent rapporté des problèmes dans les dimensions de la douleur/gêne (53 %) et de l'anxiété/dépression (45 %). La proportion de personnes ayant rapporté de l'anxiété/dépression a diminué par rapport à mars 2021, mais les proportions restent plus élevées qu'avant la crise (2018).
- En juin 2021, le score EQ-5D moyen pour la qualité de vie liée à la santé au sein de la population âgée de 18 ans et plus est de 0,78. Ce score a augmenté par rapport à mars 2021 (0,77), traduisant une meilleure qualité de vie, mais il reste toujours moins élevé que le score observé en 2018 (0,79).
- Les résultats par sexe et par niveau d'éducation sont comparables pendant et avant la crise : le score est plus élevé chez les hommes et chez les personnes plus instruites.
- Par contre la tendance diffère selon l'âge : en juin 2021, on observe que le score moyen ne diffère pas de manière significative entre les jeunes et les personnes âgées, tandis que dans l'enquête de 2018 ce score diminue significativement avec l'âge.

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<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> enquêtes de santé COVID-19 organisées respectivement en avril 2020, mars 2021, et juin 2021, nous avons intégré l'EQ-5D, un questionnaire simple et rapide qui permet d'estimer la QdVS de la population selon cinq dimensions : la mobilité, l'autonomie personnelle, l'accomplissement des activités courantes, la douleur/gêne et l'anxiété/dépression.

### 3.2. DIMENSIONS DE QUALITÉ DE VIE

- Parmi les cinq dimensions de qualité de vie étudiées, les problèmes de douleur/gêne et d'anxiété/dépression sont les plus fréquemment signalés dans cette 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 : 53 % de la population rapporte des problèmes de douleur/gêne et 45 % des problèmes d'anxiété/dépression. Les problèmes liés aux autres dimensions sont moins souvent rapportés : c'est le cas pour les activités courantes (22 %), la mobilité (17 %) et l'autonomie de la personne (5 %). Ces résultats sont comparables avec ceux observés dans les enquêtes COVID-19 précédentes (Figure 2).
- Les problèmes d'anxiété/dépression sont moins fréquents qu'en mars 2021, mais ils restent plus élevés qu'avant la crise sanitaire : selon l'enquête de santé de 2018, 32 % de la population avait des problèmes d'anxiété/dépression, alors qu'environ la moitié de la population rapportait de tels problèmes en avril 2020 et mars 2021 (52 % dans les 2 enquêtes) et 45 % en rapportait en juin 2021.
- On note par contre une augmentation significative, entre mars et juin 2021, de la proportion de personnes rapportant des problèmes de mobilité (de 16 % à 17 %) et de douleur/gêne (de 49 % à 53 %), mais ces taux restent moins élevés que les taux rapportés en 2018 (respectivement 20 % et 57 %). La différence avec 2018 peut s'expliquer par le fait que les enquêtes COVID-19 sont organisées en ligne, avec une participation relativement plus faible de personnes âgées ayant des problèmes de mobilité ou de maladies chroniques que dans l'enquête de santé 2018, où les informations sont recueillies par le biais d'un entretien en face à face au domicile des personnes.

Figure 2 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent des problèmes légers à extrêmes, par dimension QdVS et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19 et Enquête de santé 2018, Belgique 2021



### 3.3. SCORE DE QUALITÉ DE VIE

Sur base des réponses obtenues pour les cinq dimensions considérées, il est possible de calculer un score global de qualité de vie (QdVS), en utilisant un algorithme développé pour jauger l'importance relative attribuée par la population aux différentes dimensions de la santé. Ce score, qu'on nomme le score EQ-5D, est échelonné entre 0 et 1 : 0 représente la pire qualité de vie possible, c.-à-d. la mort, et 1 représente 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 juin 2021, le score EQ-5D moyen au sein de la population âgée de 18 ans et plus était de 0,78. Ce score a augmenté par rapport aux enquêtes d'avril 2020 (0,77) et mars 2021 (0,77), mais il reste significativement moins élevé par rapport à 2018 (0,79). La différence entre juin 2021 et l'enquête de 2018 est significative, même après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.
- Au cours de la crise du coronavirus, tout comme en 2018, le score EQ-5D moyen demeure plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Figure 3). Cette différence reste significative après standardisation pour l'âge et le niveau d'éducation.
- En juin 2021, le score EQ-5D moyen n'est pas significativement différent entre les jeunes et les personnes âgées (0,78 chez les 18-29 ans et 0,78 chez les 65 ans et plus). Ce résultat diffère par rapport à celui observé en avril 2020 et mars 2021, où le score augmentait avec l'âge. Le résultat de juin est également différent de celui observé en 2018 où le score EQ-5D moyen diminue significativement avec l'âge : de 0,85 parmi les 15-29 à 0,72 parmi les 65 ans et plus (Figure 4).

En effet, un score EQ-5D qui augmente ou reste stable avec l'âge est assez exceptionnel, car ce qui est généralement observé dans la littérature est une diminution de la QdVS avec l'âge. Nos résultats reflètent probablement en grande partie les taux très élevés de jeunes (18-29 ans) qui rapportent des problèmes d'anxiété/dépression.

Figure 3 | Score EQ-5D moyen au sein de la population (18 ans et plus), par sexe et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19 et Enquête de santé 2018, Belgique 2021

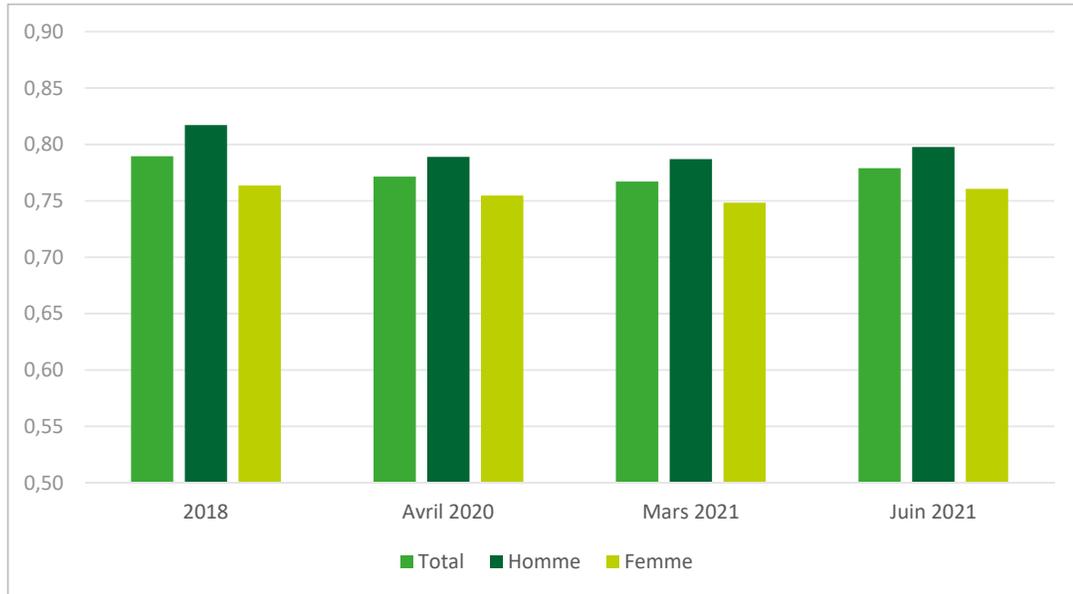
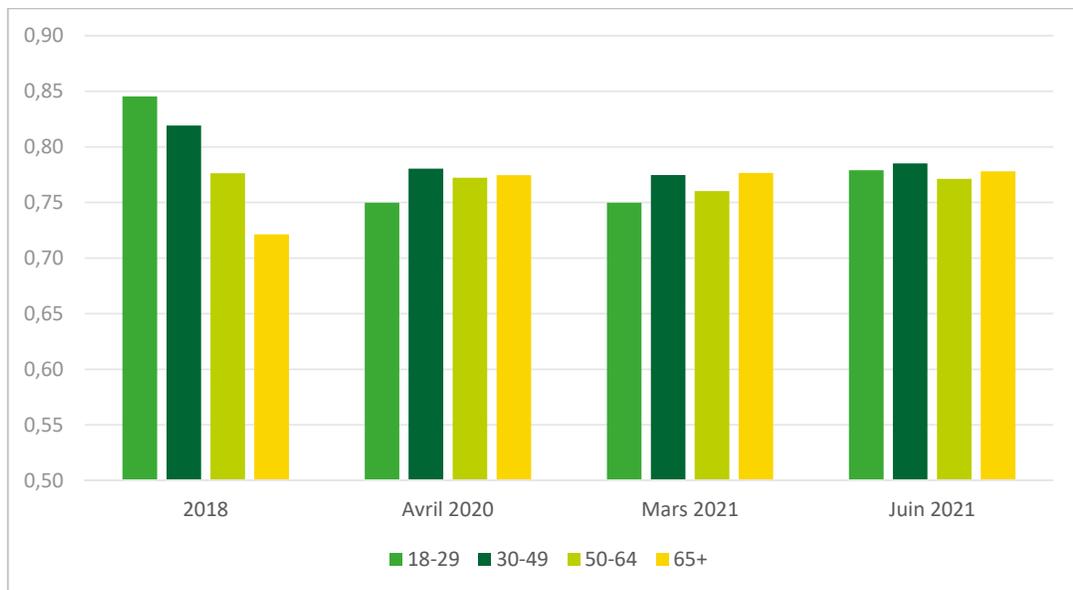
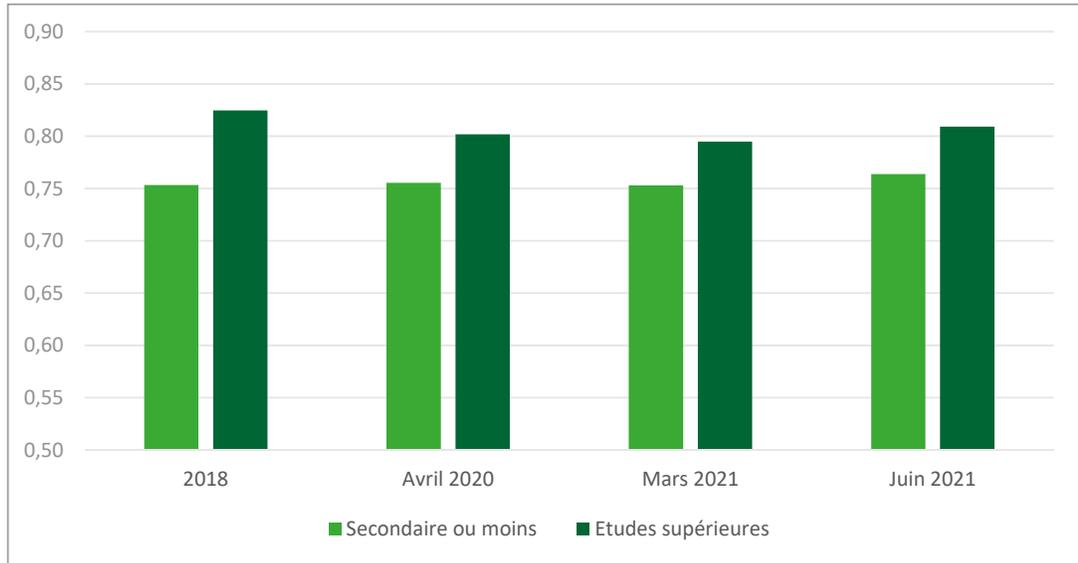


Figure 4 | Score EQ-5D moyen au sein de la population (18 ans et plus), par âge et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19 et Enquête de santé 2018, Belgique 2021



- Finalement, on observe une différence significative dans la QdVS selon le niveau d'éducation : le score EQ-5D moyen augmente avec le niveau d'éducation et ceci dans les 4 enquêtes considérées (Figure 5). Il est cependant intéressant de noter que le score augmente entre 2018 et juin 2021 chez les personnes ayant un niveau d'éducation peu élevé (de 0,75 à 0,76). Par contre le score diminue chez les personnes plus instruites : de 0,82 en 2018 à 0,81 en juin 2021, une différence statistiquement significative.

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



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

### 4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui rapportent un impact négatif de la crise en juin 2021 a diminué de manière significative par rapport à mars 2021, et ce, dans tous les domaines considérés, à l'exception de l'alimentation et du poids corporel.
- On constate que la proportion de personnes subissant un impact négatif de la crise dans le domaine de la « santé et soins de santé » et des « perspectives d'avenir » en juin 2021 est même inférieure à celle de septembre 2020.
- Les trois principaux domaines de vie où la crise du coronavirus a eu le plus souvent un impact négatif sont la vie sociale (81 % des personnes), les voyages ou vacances (77 %) et les loisirs (76 %).
- 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 vacances. Les femmes, quant à elles, indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur leur poids et leurs perspectives d'avenir.
- Deux groupes d'âge sont davantage impactés par la crise du coronavirus dans divers domaines de leur vie :
  - Tout d'abord, les jeunes adultes de 18-29 ans : ils sont plus nombreux à percevoir les effets négatifs de la crise dans la majorité des domaines de leur vie, à savoir le travail ou l'éducation, les revenus, la vie domestique ou familiale, la vie sociale, la pratique d'activités physiques, le régime alimentaire et les voyages ou vacances.
  - Ensuite, les personnes de 30 à 49 ans sont, elles, plus susceptibles de percevoir un impact négatif dans les domaines suivants : le poids corporel, les activités de loisirs, la santé ou les soins de santé.
- Les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont plus nombreuses à estimer que la crise a des effets négatifs dans les domaines liés aux temps libres : la vie sociale, les activités de loisirs et les voyages ou vacances.
- Les différences observées en fonction du niveau d'éducation sont les suivantes :
  - Les personnes ayant fait des études supérieures sont plus nombreuses à indiquer un impact négatif dans les domaines du travail ou des études, de la vie domestique ou familiale, de la vie sociale, des activités physiques, des loisirs, des voyages ou vacances et des perspectives d'avenir.
  - Les personnes moins éduquées rapportent plus souvent un impact négatif de la crise au niveau de leurs revenus.

La crise sanitaire et les mesures prises pour ralentir la propagation du coronavirus ont des implications importantes pour notre vie quotidienne. En septembre 2020, soit 6 mois après le début de la crise, nous avons examiné l'impact (négatif, nul ou positif) que la crise pouvait avoir sur différents domaines de la vie des répondants. Nous avons réitéré cette approche dans les enquêtes de mars et de juin 2021. 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 affectait encore différents domaines de leur vie, à savoir : le travail ou les études, les revenus, la vie de famille ou domestique, la vie sociale, la santé ou les soins, les activités physiques, les habitudes alimentaires, le poids corporel, les loisirs, les voyages ou vacances et les perspectives d'avenir. Pour les analyses ci-dessous, l'échelle a été ramenée à 3 classes : impact négatif (de -5 à -1), aucun impact (0), et impact positif (de +1 à +5). Les résultats sont présentés ci-dessous.

## 4.2. RÉSULTATS PAR DOMAINE DE VIE

Figure 6 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent un impact négatif de la crise, par domaine de vie (1') et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021

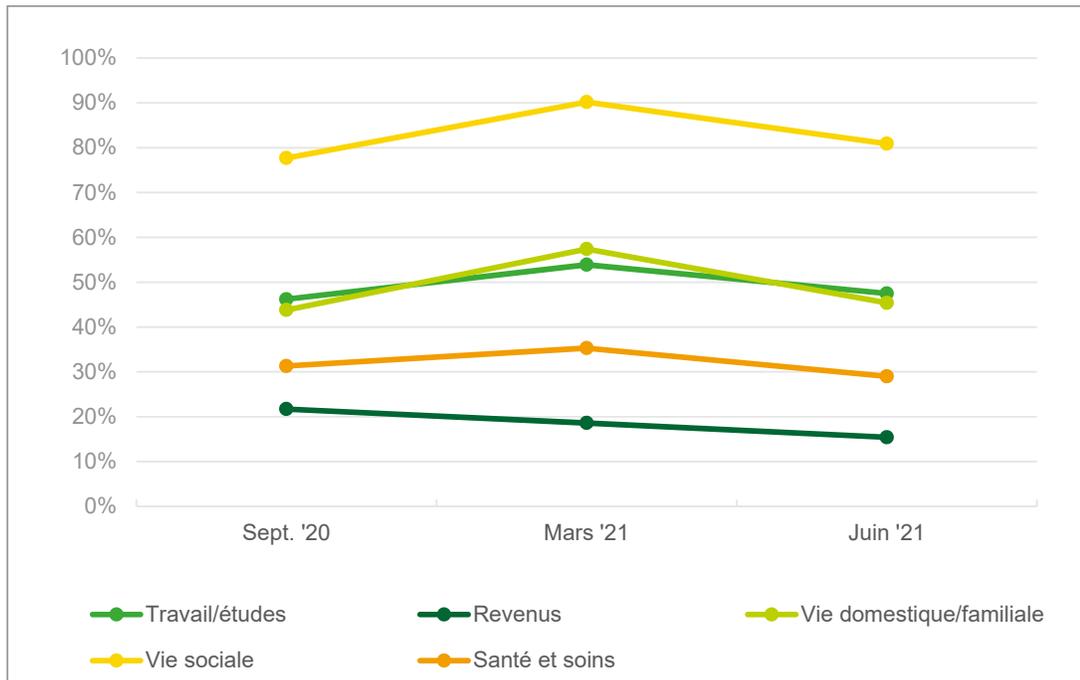
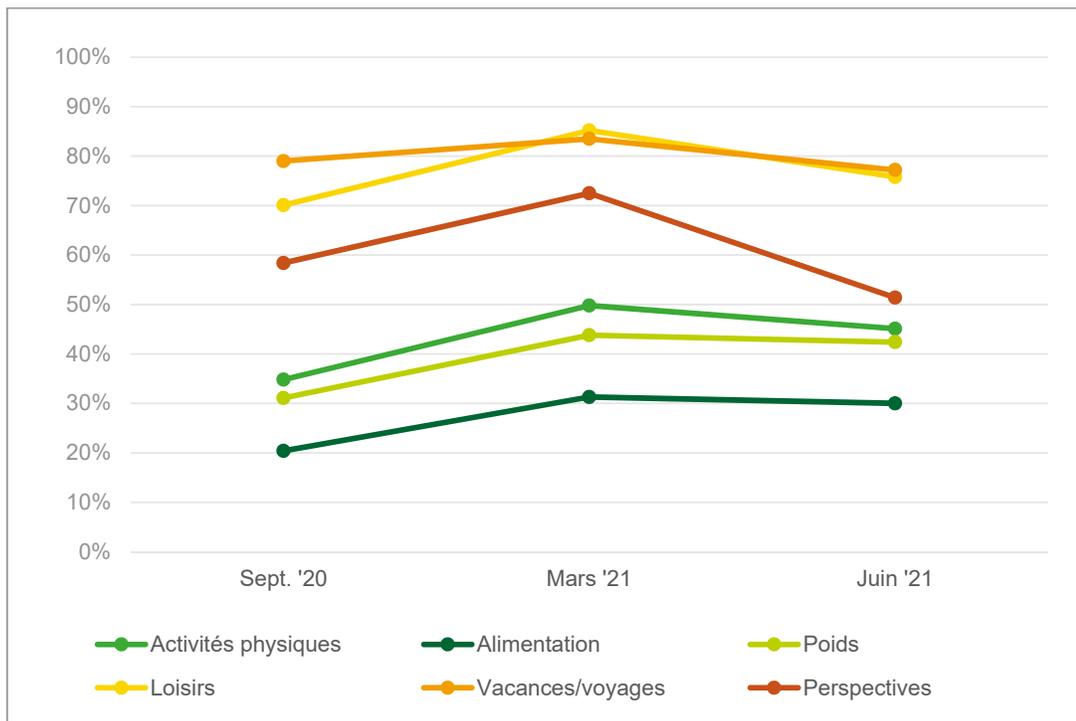


Figure 7 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent un impact négatif de la crise, par domaine de vie (2') et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021



### 4.2.1. Travail ou études

- En juin 2021, un peu moins de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur travail ou leurs études (48 %), 38 % disent que la crise n'a pas eu d'impact dans le domaine professionnel et 14 % rapportent un impact positif.
- Le pourcentage de personnes qui rapportent un impact négatif sur leur travail ou leurs études a diminué de manière significative par rapport au mois de mars 2021 (de 54 % à 48 %) après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation, mais il est toujours significativement plus élevé qu'en septembre 2020 (46 %) (Figure 6).
- Le résultat le plus frappant est que, comme en septembre 2020 et en mars 2021, les jeunes adultes sont les plus affectés (75 % des 18-29 ans, une différence significative par rapport aux groupes plus âgés : soit 56 % des 30-49 ans, 41 % des 50-64 ans et 17 % des aînés de 65+ ans).
- En outre, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur sont plus nombreuses à ressentir l'impact négatif de la crise dans le domaine du travail ou des études (54 %) que les personnes ayant un faible niveau d'éducation (44 %), une différence significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

### 4.2.2. Revenus

- En juin 2021, 15 % des personnes âgées de 18 ans et plus attestent d'un effet négatif de la crise sur leurs revenus, alors que 76 % ne rapportent aucun impact et 8 % indiquent un impact positif.
- La bonne nouvelle est que la proportion des personnes ayant subi les effets négatifs de la crise au niveau financier a diminué par rapport à septembre 2020 (22 %) et mars 2021 (19 %), et ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation (Figure 6).
- Toujours en termes d'impact sur les revenus, les jeunes adultes de 18 à 29 ans sont les plus nombreux à en faire état (19 %), une différence significative par rapport à leurs aînés de 65 ans et plus (10 %).
- En outre, les personnes moins scolarisées témoignent davantage d'un impact négatif sur les revenus (17 % d'entre elles) que celles ayant un niveau d'éducation de l'enseignement supérieur (12 %), une différence qui est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

### 4.2.3. Vie domestique ou familiale

- En juin 2021, 45 % des personnes âgées de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur vie domestique ou familiale, 39 % indiquent qu'elle n'a pas eu d'impact sur leur vie domestique ou familiale et 16% indiquent un effet positif.
- Le nombre de personnes pour qui la crise a eu un effet négatif sur la vie de famille (45 %) a diminué par rapport à mars 2021 (57 %), une différence significative après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation ; toutefois, ce pourcentage est encore légèrement mais significativement plus élevé qu'en septembre 2020 (44 %) (Figure 6).
- C'est parmi les jeunes adultes de 18 à 29 ans que l'on trouve le plus grand nombre ayant ressenti les effets négatifs de la crise sur la vie domestique ou familiale (50 %), une différence significative par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus (40 %).
- En outre, les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur rapportent plus fréquemment (50 %) que celles ayant un niveau d'éducation plus faible (43 %) que la crise a eu un impact négatif sur la vie domestique ou familiale, une différence significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

#### 4.2.4. Vie sociale

- La crise sanitaire présente toujours un impact négatif sur la vie sociale de nombreuses personnes (81 %) en juin 2021, alors que 12 % estiment que la crise n'a eu aucun impact sur leur vie sociale et 7 % y voient un impact positif.
- Celles qui perçoivent un effet négatif sur leur vie sociale sont toutefois moins nombreuses qu'en mars 2021 (90 %), la différence étant significative après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation ; mais elles sont néanmoins toujours plus nombreuses qu'en septembre 2020 (78 %) (Figure 6).
- Cette fois encore, les jeunes adultes de 18 à 29 ans subissent davantage les effets négatifs de la crise sur leur vie sociale (88 % d'entre eux) que les individus des autres groupes d'âge (85 % des 30-49 ans, 78 % des 50-64 ans et 73 % des 65 ans et plus), et les différences sont significatives.
- Après standardisation pour l'âge et le sexe, les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont significativement plus nombreuses que celles vivant en couple sans enfant(s) à rapporter des effets négatifs de la crise sur leur vie sociale (85 % contre 77 %).
- En outre, il existe également une différence significative en fonction du niveau d'éducation. Les personnes ayant accédé à l'enseignement supérieur dénoncent plus souvent un impact négatif de la crise sur leur vie sociale (89 %) que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (77 %).

#### 4.2.5. Santé ou soins de santé

- En juin 2021, 29 % des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur santé ou les soins, 63 % ne perçoivent aucun impact, et 8 % rapportent un impact positif de la crise sur la santé ou les soins.
- La proportion de personnes qui perçoivent un impact négatif dans le domaine de la santé a toutefois diminué de manière significative après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation, tant par rapport à mars 2021 (35 %), que par rapport à septembre 2020 (31 %) (Figure 6).
- C'est parmi les personnes de 30 à 49 ans que l'impact négatif de la crise sur la santé est le plus souvent mentionné (34 %), une proportion significativement plus élevée que dans les autres groupes d'âge (32 % des 50-64 ans et 22 % des 65 ans et plus).

#### 4.2.6. Activité physique

- En juin 2021, 45 % des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur activité physique, 39 % déclarent qu'elle n'a eu aucun impact à ce niveau et 16 % indiquent un impact positif sur leur activité physique.
- Après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation, les personnes qui ressentent un impact négatif de la crise sur leur activité physique sont significativement moins nombreuses qu'en mars 2021 (50 %), mais toujours plus nombreuses qu'en septembre 2020 (35 %) (Figure 7).
- Les effets négatifs de la crise sur l'activité physique sont le plus souvent évoqués parmi les jeunes adultes (55 % des 18-29 ans, contre 50 % des 30-49 ans, 41 % des 50-64 ans et 36 % des 65 ans et plus, différences significatives).
- Les personnes diplômées du supérieur signalent plus souvent un effet négatif de la crise sur leur activité physique (48 %) que les personnes ayant un plus faible niveau d'éducation (44 %), et cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

#### 4.2.7. habitudes alimentaires

- En juin 2021, près d'une personne sur trois âgée de 18 ans et plus indique que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur ses habitudes alimentaires.

- Le pourcentage de personnes qui signalent un impact négatif sur leur alimentation n'a pas changé de manière significative par rapport à mars 2021 (31 %) et reste nettement plus élevé qu'en septembre 2020 (20 %) (Figure 7).
- Dans le domaine de l'alimentation, les jeunes de 18 à 29 ans signalent le plus souvent que la crise a eu un impact négatif (39 % contre 36 % des 30-49 ans, 27 % des 50-64 ans et 17 % des 65 ans et plus, des différences qui s'avèrent significatives).

#### 4.2.8. Poids du corps

- En juin 2021, 42 % des personnes âgées de 18 ans et plus disent que la crise a eu un impact négatif sur leur poids, 46 % prétendent qu'elle n'a eu aucun impact et 12 % rapportent un impact positif sur leur poids.
- Le pourcentage de personnes qui y voient un impact négatif n'a pas changé depuis mars 2021 (44 %, différence non significative après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation) et reste plus élevé qu'en septembre 2020 (31 %) (Figure 7).
- Les femmes indiquent plus souvent un impact négatif sur le poids (44 %) que les hommes (41 %). Les personnes de 30-49 ans sont significativement plus susceptibles d'indiquer que la crise a eu un impact négatif sur leur poids que les personnes de plus de 65 ans (48 % contre 33 %).

#### 4.2.9. Activités de loisir

- Trois personnes sur quatre (76 %) de 18 ans et plus rapportent en juin 2021 que la crise a eu un impact négatif sur leurs activités de loisir, 19 % rapportent aucun impact et 8 % rapportent un impact positif.
- La proportion de personnes qui estiment que leurs loisirs étaient négativement impactés a diminué par rapport à mars 2021 (85 %, différence significative après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation), mais elle est toujours plus élevée qu'en septembre 2020 (70 %) (Figure 7).
- Les personnes de 30 à 49 ans sont plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur les activités de loisir (82 %) que celles âgées de 50 à 64 ans (72 %) et de 65 ans et plus (68 %).
- De plus, les personnes vivant en couple avec enfant(s) mentionnent plus souvent que la crise a un effet négatif sur les activités de loisir que les personnes vivant en couple sans enfant(s) (80 % contre 73 %).
- De même, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé ressentent davantage un effet négatif de la crise sur les loisirs (83 %) que celles ayant un niveau d'éducation plus faible (72 %).

#### 4.2.10. Voyages ou vacances

- En juin 2021, un peu plus de trois personnes sur quatre (77 %) âgées de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur les voyages et vacances, alors que pour 20 % la crise n'a aucun impact, et pour 3 % elle a un impact positif.
- Le pourcentage de personnes pour qui l'impact est négatif pour les voyages ou vacances a diminué par rapport à mars 2021 (85 %) et la différence est significative après standardisation pour l'âge, le sexe et l'éducation. Ce résultat est proche de celui de septembre 2020 (79 %) (Figure 7).
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à estimer que la crise a eu un impact négatif sur les voyages ou vacances (79 % pour 76 %).
- Les jeunes de 18 à 29 ans sont les plus susceptibles d'indiquer que la crise a un impact négatif sur leurs voyages ou leurs vacances (soit 84 % contre 82 % des 30-49 ans, 75 % des 50-64 ans et 67 % des 65 ans et plus, des différences significatives).
- Par ailleurs, après standardisation pour l'âge et le sexe, les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont significativement plus nombreuses à indiquer que la crise a eu un impact négatif sur leurs voyages ou vacances (82 %) que les personnes vivant en couple sans enfant(s) (78 %).

- Cela s'applique également aux personnes ayant un niveau d'éducation élevé (85 %) par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (73 %).

#### **4.2.11. Perspectives d'avenir**

- Un peu plus de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus indiquent que la crise sanitaire a eu un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir (51 %), alors que pour 39 % la crise n'a eu aucun impact et pour 10 % elle a eu un impact positif.
- Le nombre relatif de personnes qui estiment que la crise a eu un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir a diminué de manière significative en juin 2021 (51 %), non seulement par rapport à mars 2021 (72 %), mais également par rapport à septembre 2020 (58 %) (Figure 7).
- Plus de femmes que d'hommes rapportent un impact négatif de la crise sur leurs perspectives d'avenir (54 % et 49 % respectivement, une différence significative).
- Enfin, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont plus susceptibles que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible d'indiquer que la crise a un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir (54 % contre 50 %).

## 5. Santé sociale

### 5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 28 % de la population âgée de 18 ans et plus est insatisfaite de ses contacts sociaux.
- 28 % de la population âgée de 18 ans et plus se sent faiblement soutenue socialement.
- 22 % de la population âgée de 18 ans et plus manifeste un profond sentiment de solitude.

Toutes les enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano ont pris en considération l'aspect de la santé sociale. Des questions concernant la satisfaction vis-à-vis des contacts sociaux et le niveau perçu de soutien social ont été incluses dans chacune d'elles. Cela nous permet d'étudier l'évolution de ces indicateurs tout au long de la crise sanitaire en Belgique. Dans les deux dernières enquêtes (celles de mars et juin 2021), des questions sur le sentiment de solitude ont également été ajoutées.

### 5.2. INSATISFACTION À L'ÉGARD DES CONTACTS SOCIAUX

La 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 montre que 28 % de la population (de 18 ans et plus) est insatisfaite à l'égard de ses contacts sociaux<sup>2</sup>. Il s'agit d'une forte baisse par rapport à la 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 réalisée en mars 2021 (63 % à l'époque). L'évolution de cet indicateur au cours de la crise sanitaire varie en fonction des mesures de restrictions sociales mise en place pour éviter la propagation du virus. Par exemple, lors de la 7<sup>e</sup> enquête (juin 2021), les règles concernant l'Horeca, le télétravail, le nombre de contacts rapprochés permis à l'intérieur et à l'extérieur, étaient plus souples que lors de la 6<sup>e</sup> enquête COVID-19 (en mars 2021). Le pourcentage de personnes insatisfaites de leurs contacts sociaux reste pourtant plus élevé qu'en « temps normal ». En effet, à peine 9 % de la population âgée de 18 ans et plus se disait insatisfaite de ses contacts sociaux d'après l'enquête santé de 2018,.

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

- Les hommes sont tout aussi nombreux que les femmes à être insatisfaits de leurs contacts sociaux (28 %).
- L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, a diminué de manière significative par rapport à la 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 (chez les hommes : de 61 % à 28 % ; chez les femmes : de 64 % à 28 %).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux dans les différents groupes d'âge est présentée dans la Figure 8. Les personnes les plus âgées (65+) sont le moins souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux, la différence étant significative par rapport à tous les autres groupes d'âge (21 % contre 29-32 %).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux a diminué dans chaque groupe d'âge par rapport à l'enquête précédente (Figure 8). Toutefois, c'est dans la tranche d'âge de 18-29 ans que la baisse se révèle être la moins importante (de 56 % à 32 % d'insatisfaits).

En outre, les résultats de cette 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 montrent que l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie de manière significative en fonction des caractéristiques socio-économiques suivantes, même après ajustement pour l'âge et le sexe :

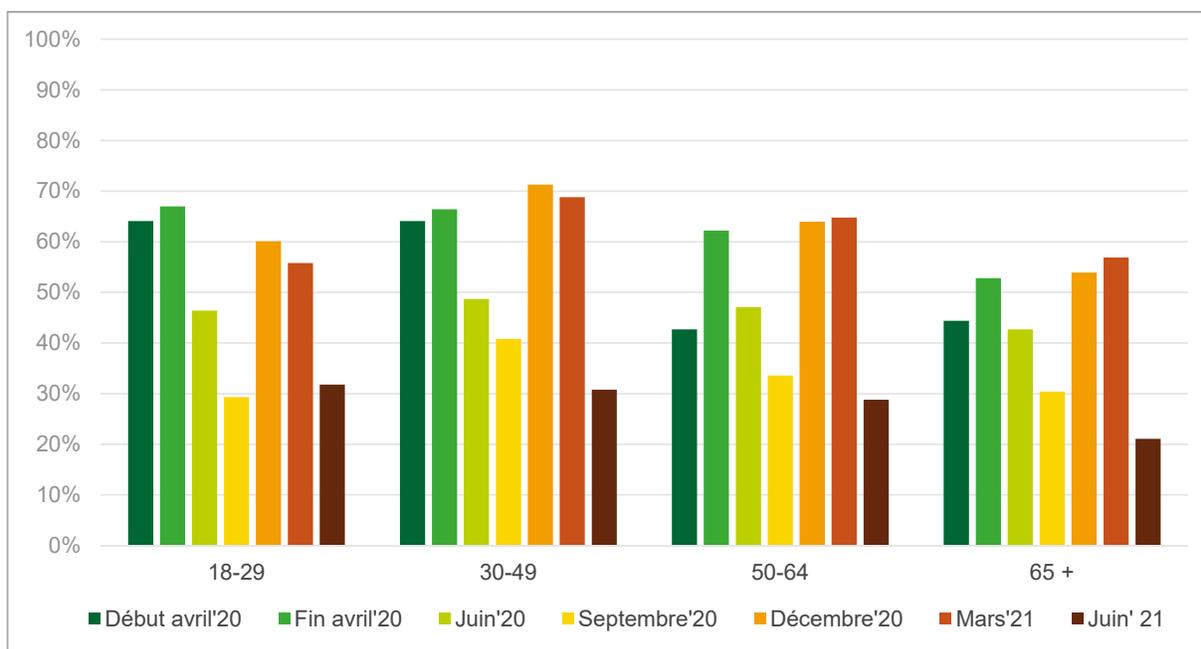
- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité rapportent plus souvent être insatisfaites de leurs contacts sociaux (41 %) que les personnes ayant un emploi rémunéré (29 %) et les retraités (21 %).

---

<sup>2</sup> 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) ».

- Les personnes ayant déclaré être atteinte d'au moins une maladie<sup>3</sup> sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que celles qui n'ont pas ces maladies (respectivement 34 % et 27 %).

**Figure 8 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui sont insatisfaites de leurs contacts sociaux, par âge et par enquête, Enquêtes de santé Covid-19, Belgique 2021**



### 5.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de cette 7<sup>e</sup> enquête COVID-19 montrent que 28 % de la population âgée de 18 ans et plus se sent peu soutenue par son entourage<sup>4</sup>. Ce pourcentage a donc baissé depuis la 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 (37 %) en mars 2021, et est similaire à celles des quatre premières enquêtes de santé COVID-19 (30,5 % à 33 %). Ces chiffres restent toutefois supérieurs à celui obtenu en période « ordinaire ». Dans l'enquête de santé de 2018, seule 16 % de la population de 18 ans et plus se sentait peu soutenue par son entourage.

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

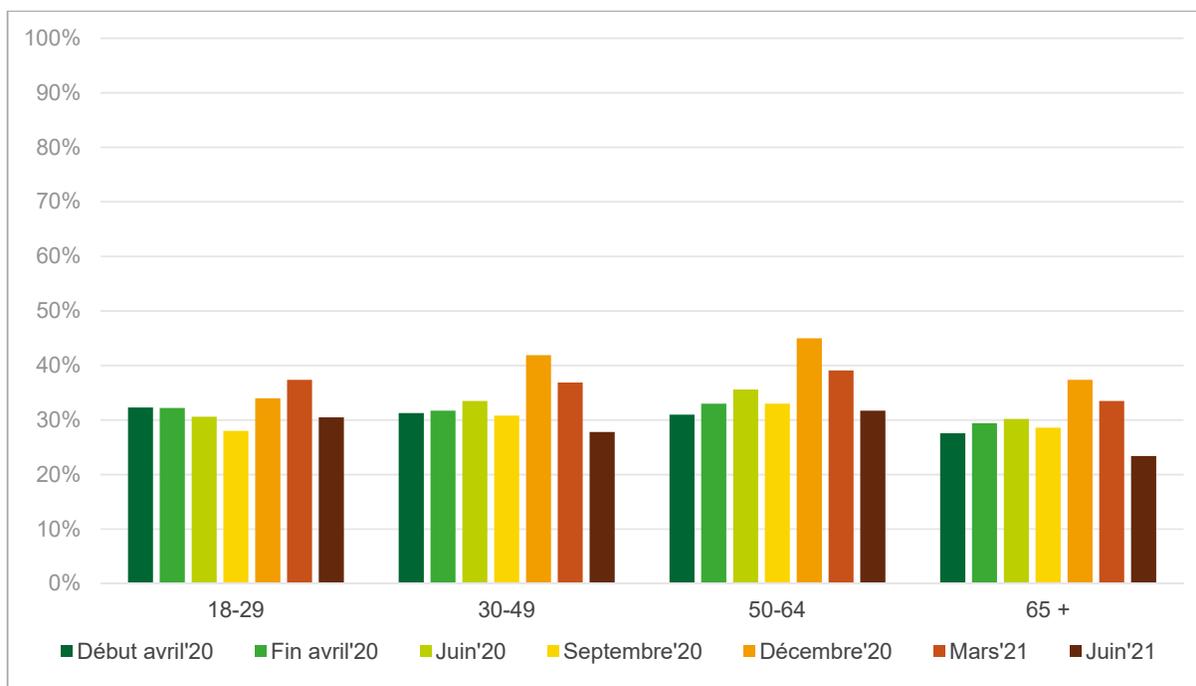
- Une même proportion d'hommes que de femmes rapportent un faible niveau de soutien social dans cette 7<sup>e</sup> enquête (28 %).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion qui rapporte un faible soutien social a diminué par rapport à la 6<sup>e</sup> enquête (chez les hommes : de 38 % à 28 % ; chez les femmes : de 35,5 % à 28 %).
- Le pourcentage de la population (18 ans et plus) faisant état d'un faible soutien social est le plus bas parmi les aînés (23 % des 65 ans et plus). La différence entre le groupe des aînés et chacun des groupes plus jeunes est statistiquement significative. Les 30-49 ans sont également moins susceptibles de se sentir faiblement soutenus que les 50-64 ans (28 % contre 32 %) (Figure 9).

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 ?

- Le nombre de personnes ayant un faible soutien social a diminué dans chacun des groupes d'âge par rapport à la 6<sup>e</sup> enquête en mars 2021 (Figure 9).

**Figure 9 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, par âge et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021**



Les résultats de la 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 mettent aussi en évidence des différences statistiquement significatives dans la perception du soutien social, après ajustement pour l'âge et le sexe, selon d'autres caractéristiques socio-économiques :

- Les personnes vivant seules, avec ou sans enfant(s), ainsi que les personnes en cohabitation avec des parents, amis ou connaissances, se sentent moins bien soutenues par leur entourage (respectivement 39 %, 34 % et 31 %) que les personnes vivant en couple, avec enfant(s) (25 %) ou sans enfant(s) (24 %).
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire ont plus souvent le sentiment d'être peu soutenues par leur entourage (31 %) que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (23,5 %).
- Les personnes en invalidité ou au chômage disent plus souvent avoir peu de soutien social (respectivement 52 % et 42 %) que les personnes ayant un emploi rémunéré (26 %) ou étant pensionnées (24 %).
- Les personnes qui ont déclaré être atteintes d'au moins une maladie<sup>5</sup> rapportent plus souvent un faible soutien social que celles qui n'ont déclaré aucune maladie (respectivement 37 % contre 27 %).

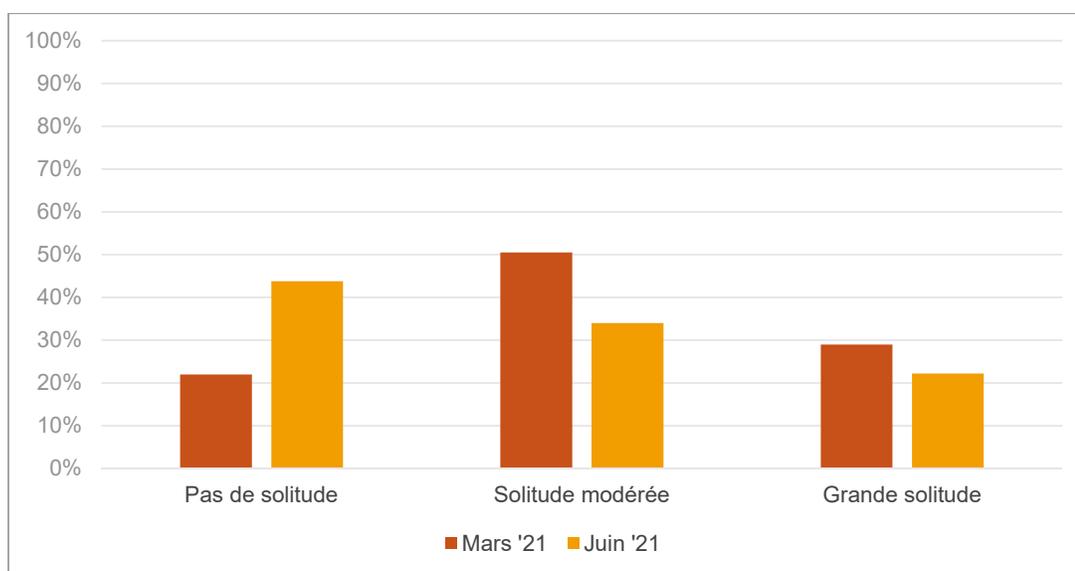
<sup>5</sup> Au moins une des maladies suivantes: maladie pulmonaire chronique, maladie cardiovasculaire chronique, diabète, maladie neurologique chronique, maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, cancer ou cancer du sang, maladie ou affection touchant le système immunitaire et greffé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

## 5.4. SENTIMENT DE SOLITUDE

Le sentiment de solitude est un indicateur important du déclin du bien-être social. Il est le résultat d'une évaluation de ses relations sociales actuelles par rapport à ses propres souhaits et attentes dans ce cadre. Le sentiment de solitude est principalement dû à des relations sociales de mauvaise qualité, mais peut également être lié à un manque de contacts sociaux. Dans les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> enquêtes de santé COVID-19, le sentiment de solitude a été mesuré à l'aide de l'échelle de solitude de De Jong Gierveld<sup>6</sup>.

Les résultats de cette 7<sup>e</sup> enquête révèlent que 44 % des personnes âgées de 18 ans et plus ne ressentent « pas de solitude », alors que 34 % ressentent une solitude « modérée » et 22 % se sentent « très seules ». Les chiffres de la 6<sup>e</sup> enquête étaient respectivement de 21 %, 50,5 % et 29 % (Figure 10).

**Figure 10 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) selon le niveau de solitude ressenti, par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021**



Les analyses en fonction du sexe et de l'âge montrent que :

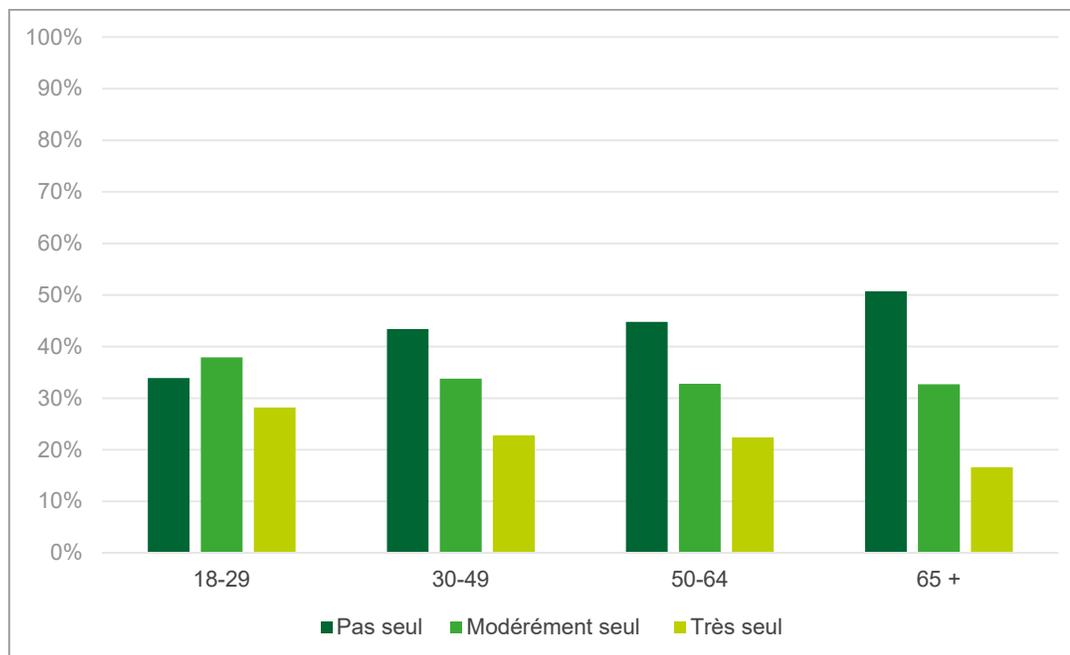
- Les femmes et les hommes obtiennent des résultats similaires relatifs au sentiment de solitude (parmi les hommes : 44 % ne se sentent pas seuls, 34 % se sentent modérément seuls et 22 % se sentent très seuls ; parmi les femmes, les chiffres sont respectivement de 43 %, 34 % et 22 %).
- Les chiffres concernant le sentiment de solitude se sont améliorés par rapport à la 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus rapportent le moins souvent se sentir « très seules » (17 %). La différence par rapport à tous les autres groupes d'âge est statistiquement significative. C'est également parmi les aînés (65+) que l'on rapporte le plus souvent ne pas se sentir seul (51 %) alors que cette

<sup>6</sup> 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.

proportion est la plus faible chez les jeunes adultes (34 % des 18-29 ans). Le différence entre ce groupe et les catégories d'âge plus élevées sont significatives (Figure 11).

- Les chiffres de la solitude se sont améliorés dans chaque groupe d'âge par rapport à la 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, à l'exception des plus jeunes. Chez les 18-29 ans, le nombre de personnes faisant état d'une grande solitude reste constant (28 %).

**Figure 11 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de solitude ressentie, par âge, 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



Par ailleurs, les résultats indiquent des différences (statistiquement significatives après standardisation pour l'âge et le sexe) dans le niveau de solitude ressentie en fonction d'autres caractéristiques du milieu :

- Le sentiment de grande solitude est plus fréquent parmi les personnes vivant seules (29 %) ou seules avec leurs enfant(s) (30 %) que parmi les personnes vivant en couple, avec ou sans enfant(s) (respectivement 18 % et 17 %). A contrario, l'absence de solitude est moins fréquente parmi les personnes vivant seules, avec ou sans enfants (35 % et 36 % respectivement) et les personnes vivant avec des parents, de la famille, des amis ou des connaissances (31 %) que parmi celles vivant en couple, avec ou sans enfants (51 %).
- Le niveau de solitude varie avec le niveau d'éducation : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire rapportent plus souvent une grande solitude que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (24,5 % contre 18 %). Les personnes ayant un moindre niveau d'éducation indiquent également moins souvent une absence de solitude (41 % contre 50 %).
- Les personnes en invalidité sont les plus touchées par la solitude : elles se sentent plus souvent « très seules » (49 %) que les personnes ayant un emploi rémunéré (21 %), les demandeurs d'emploi (hors chômage technique) (30 %), les étudiants (29 %) et les retraités (16 %). Les personnes en invalidité sont aussi les moins nombreuses à rapporter qu'elles ne ressentent pas de solitude (18 %). Par rapport aux personnes ayant un emploi rémunéré ou les personnes retraitées, celles sans emploi sont plus susceptibles de déclarer une grande solitude et moins susceptibles de déclarer une absence de solitude.

- Enfin, les personnes ayant déclaré être atteintes d'au moins une maladie<sup>7</sup> sont plus susceptibles de se sentir très seules (28 %) et moins susceptibles de rapporter une absence de solitude (37 %) que les personnes n'ayant déclaré aucune maladie (21 % se sentent très seuls pour 45 % sans solitude).

---

<sup>7</sup> 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. Santé mentale

### 6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- En juin 2021, 15 % de la population adulte était affectée par un trouble dépressif et 16 % par un trouble anxieux. Ces prévalences sont de 5 points moins élevées en comparaison de celles des 2 enquêtes précédentes, mais elles demeurent supérieures de 5 points par rapport à 2018.
- La fréquence de ces troubles varie en fonction de l'âge, comme lors des enquêtes COVID-19 précédentes. Ainsi, les jeunes adultes (18-29 ans) représentent toujours le groupe le plus touché par la symptomatologie anxieuse (27 %) et dépressive (24,5 %), tandis que les aînés (65 ans et plus) sont les moins nombreux à en souffrir (7 % et 6 % respectivement).
- La grande majorité des adultes (18+ ans) ont des problèmes de sommeil, une proportion qui tourne autour des 72 % depuis le début de la crise. Pas de changement à ce niveau, donc.
- Par contre, on perçoit en moyenne une diminution du niveau de vitalité au sein de la population adulte entre les enquêtes de juin 2020 et juin 2021. Ce sont à nouveau les plus jeunes qui sont en reste : moins d'une personne sur dix âgée de 18 à 29 ans atteint le seuil de vitalité 'optimale'.
- L'enquête révèle que 10,5 % des répondants ont pensé au suicide au cours des 12 mois écoulés, et 7 personnes pour mille (0,7 %) ont posé le geste au cours de cette même période. Les jeunes adultes (18-29 ans) sont les plus nombreux à avoir pensé au suicide dans les 12 mois (17 %), ce qui représente malgré tout une diminution par rapport aux résultats du mois de mars 2021 (25 %). Ce sont là des chiffres qui restent toutefois plus élevés qu'en période '*ordinaire*'.
- L'indice de satisfaction de vie montre des résultats encourageants : par rapport aux mois de décembre et de mars derniers, la part des individus peu satisfaits a fortement diminué, passant de 32 % à 13 % en juin 2021. Pour autant, plus d'une jeune femme sur quatre âgée de 18-29 ans indique être peu satisfaite de sa vie (28 %).
- Les 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 sur le plan du bien-être mental, les personnes les plus à risque sont celles qui sont isolées, moins scolarisées et/ou professionnellement inactives (hormis les personnes retraitées).
- Quelques analyses exploratoires ont montré que les problèmes liés à la santé mentale étaient d'autant plus fréquents que le cumul des impacts négatifs de la crise dans différents domaines de l'existence devenait plus important. Elles ont également mis en exergue le rôle essentiel des contacts sociaux et du support social de qualité pour le bien-être et la santé mentale de toutes et de tous.

#### Conclusion :

En juin 2021, alors que tous les indicateurs de surveillance de l'épidémie étaient dans le vert (taux d'incidence, de contaminations et de reproduction, nombre d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès liés au COVID-19) et que la pression des mesures restrictives sur nos modes de vie s'est peu à peu relâchée, on observe au niveau de la population de meilleurs résultats en termes de bien-être et de satisfaction de vie, et dans la foulée, moins de problèmes de santé mentale que lors des six mois précédents. Nonobstant, le nombre relatif de personnes en souffrance psychique demeure toujours élevé et celles-ci sont davantage représentées parmi les jeunes adultes, les femmes, les personnes vivant seules ou en famille monoparentale, les personnes sans emploi ou en invalidité, ainsi que parmi celles ayant un faible niveau de scolarité. A contrario, les personnes qui se révèlent mieux à même d'affronter cette crise sans trop de d'atteintes psychologiques et sociales sont les personnes vivant en couple, diplômées de l'enseignement supérieur et/ou ayant un emploi rémunéré. Les inégalités sociales en santé mentale ont été observées dans nos enquêtes depuis le début de l'épidémie. Elles témoignent de la vulnérabilité des plus démunis face au surcroît de difficultés engendrées par la crise sanitaire et ses conséquences socioéconomiques dans son ensemble.

La pandémie de COVID-19 a révélé qu'une telle crise affecte inexorablement la capacité d'adaptation des citoyens, se traduisant notamment par une souffrance mentale. Bien qu'une frange de la population ait été relativement épargnée et/ou résiliente face à cette crise sanitaire, certains groupes ont été plus durement impactés ou ne disposent pas/plus de ressources pour surmonter cette situation inédite et ses retombées socioéconomiques. S'en suivent alors des signes d'une décompensation psycho-émotionnelle, présente de manière transitoire ou pouvant s'inscrire dans la durée.

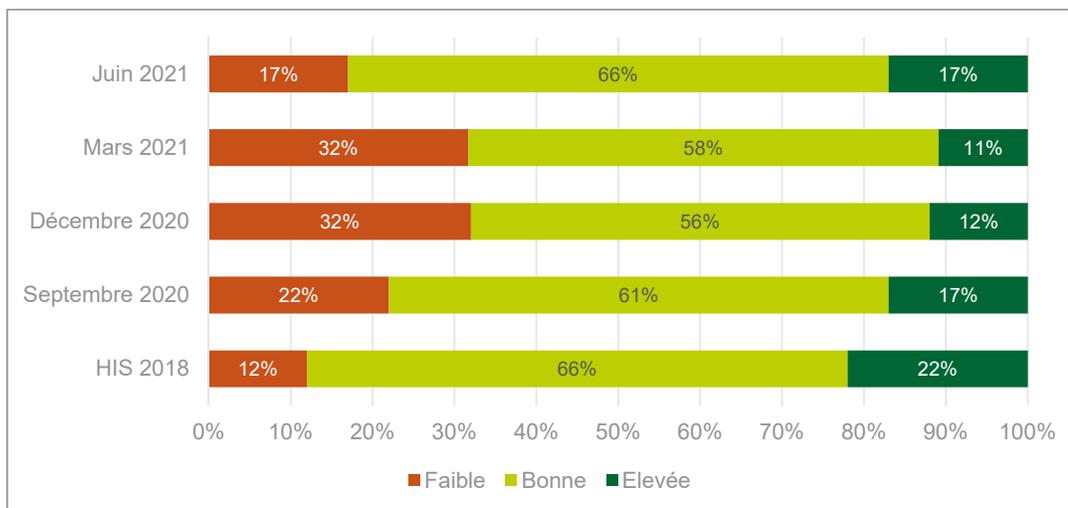
La santé mentale a donc fait l'objet d'un suivi systématique au sein des enquêtes de santé COVID-19 menées par Sciensano depuis le début de la crise du coronavirus. À l'instar de nombreuses études similaires au plan international, les résultats belges mettent en exergue l'impact de la pandémie et des mesures subséquentes sur la santé mentale de la population. Cette section du 7<sup>e</sup> rapport d'enquête porte sur la satisfaction de vie, l'anxiété et la dépression, les tendances suicidaires, les troubles du sommeil et la vitalité, et ce, à l'aube d'une relâche des restrictions mises en place pour contrer la circulation virale. Les résultats du mois de juin 2021 sont comparés à ceux obtenus lors des précédentes enquêtes COVID-19 et à ceux de la dernière enquête de santé nationale (HIS) de Sciensano qui a eu lieu avant la crise (2018).

## 6.2. SATISFACTION DE VIE

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

- La satisfaction de vie moyenne des personnes interrogées en juin 2021 est remontée à 6,9 (IC 95% : 6,9-7,0) alors qu'elle stagnait à 6,1 (IC 95% : 6,1-6,2) depuis décembre 2020 lorsque les mesures de confinement étaient plus strictes. Toutefois, la satisfaction de vie est en moyenne toujours inférieure à la valeur obtenue en 2018 (7,4) pour la population adulte.

Figure 12 | Distribution des personnes (de 18 ans et plus) selon le niveau de satisfaction (faible, bonne, élevée) à l'égard de leur vie, par enquête, Enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021



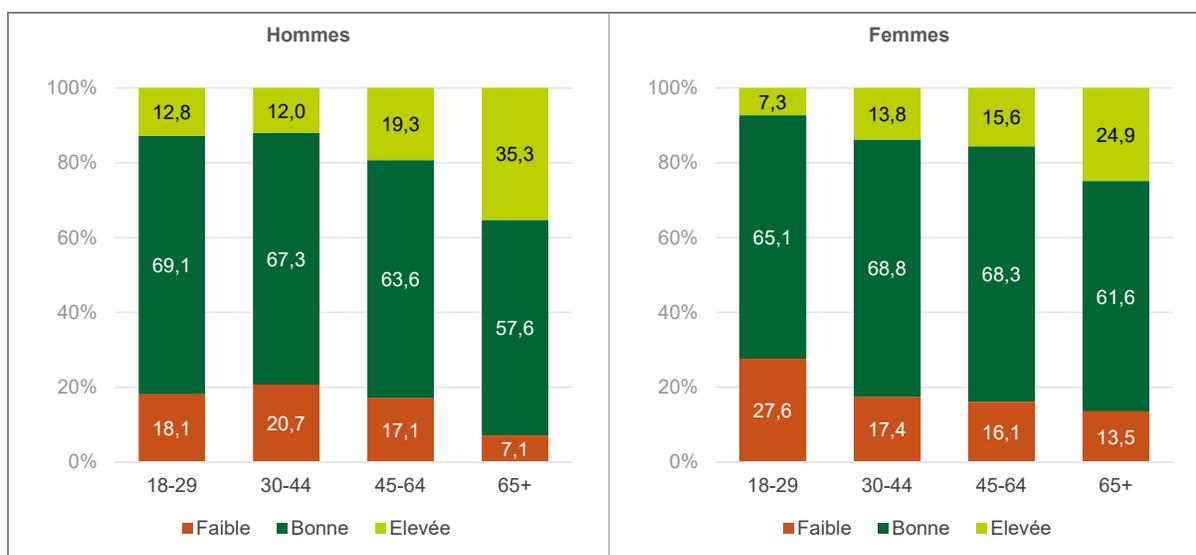
- La Figure 12 présente la distribution des personnes (%) en fonction de leur niveau de satisfaction, et ce, par enquête réalisée. En juin 2021, comme pour l'enquête nationale HIS 2018, 66 % de la population a rapporté un bon niveau de satisfaction. En revanche, les personnes peu satisfaites de leur vie sont toujours plus nombreuses en juin 2021 (17 %) qu'elles ne l'étaient en 2018 (12 %).

- La part des personnes peu satisfaites (17 %) a néanmoins fortement diminué par rapport à la situation obtenue en décembre et en mars derniers (32 %). En contrepartie, le nombre relatif de personnes qui s'estiment très satisfaites de leur vie a aussi augmenté entre les mois de mars (11 %) et juin 2021 (17 %).

### 6.2.1. Caractéristiques démographiques

- En juin 2021, les hommes et les femmes ont présenté en moyenne un degré équivalent de satisfaction à l'égard de leur vie (7,0 et 6,9 respectivement). Toutefois, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter une satisfaction de vie élevée (19 % et 16 % respectivement), et moins nombreux que celles-ci à en être peu satisfaits (16 % des hommes et 18 % des femmes).
- La satisfaction à l'égard de la vie augmente avec l'âge. Elle est de 6,4 en moyenne chez les jeunes adultes de 18-29 ans et atteint 7,6 chez les aînés de 65 ans ou plus. La proportion qui rapporte être très satisfait(e) augmente également en fonction de l'âge (Figure 13).
- Le niveau moyen de satisfaction a évolué favorablement dans tous les groupes d'âge par rapport aux données de mars 2021. En termes de proportions, 23 % des jeunes adultes (18-29 ans) sont peu satisfaits de leur vie en juin 2021 (pour 46 % en mars) tandis que 11 % des aînés le sont en juin (pour 19,5 % en mars). Notons que l'enquête de santé de 2018 avait relevé que 12 % des 18-29 ans seulement étaient peu satisfaits et 11 % des 65 ans et plus. La situation de ce mois de juin reste donc problématique en particulier pour les jeunes adultes.
- À 65 ans ou plus, environ un homme sur trois et une femme sur quatre se dit très satisfait(e) de sa vie (Figure 13). Les personnes qui manifestent le plus souvent un faible niveau de satisfaction par rapport à leur existence sont les jeunes femmes (28 %).

**Figure 13 | Distribution des personnes (de 18 ans et plus) selon le niveau de satisfaction (faible, bonne, élevée) à l'égard de leur vie, par sexe et par âge, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



En toute prudence, il semble que trop de jeunes adultes perçoivent encore leur vie comme peu épanouissante malgré une satisfaction quelque peu meilleure au sortir des 6 mois de mesures restrictives strictes. Les aînés sont, quant à eux, davantage en mesure d'apprécier leur existence dès lors que la proportion de satisfaits est ici similaire à celle précédant la crise, si l'on se rapporte aux résultats de la HIS 2018.

### 6.2.2. Situation socio-économique

Depuis la première enquête COVID-19 fin mars 2020, nous portons notre attention sur une série de facteurs socio-économiques qui fragilisent certains groupes de la population face à la crise sanitaire. Les groupes identifiés comme étant « à risque » se sont révélés être les mêmes au travers des enquêtes. Les résultats de juin 2021 montrent une fois de plus que :

- Les personnes vivant seules ou seules avec des enfants ont une satisfaction de vie en moyenne moins élevée (6,7 et 6,4 respectivement) que les personnes en couple ayant ou non des enfants (7,2 et 7,3).
- Les personnes n'ayant pas de diplôme de l'enseignement supérieur sont en moyenne moins satisfaites de leur vie que celles qui sont diplômées du supérieur (respectivement 6,9 et 7,0 ; différence significative ( $p=0,04$ ) après ajustement pour l'âge et le sexe).
- La satisfaction de vie est en moyenne moins élevée parmi les personnes au chômage (6,2), en invalidité (5,3) ou aux études (6,3) que parmi celles avec un emploi rémunéré (7,0) ou retraitées (7,6). La proportion d'insatisfaits est également plus importante chez les personnes au chômage (26 %), en invalidité (47 %) et aux études (24%).

Ainsi, même si le niveau de satisfaction de vie a évolué dans un sens favorable en juin 2021 par rapport aux mois précédents, les inégalités sociales restent bien visibles sur le plan du bien-être subjectif.

### 6.3. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

Nos enquêtes de santé utilisent les mêmes questionnaires standardisés, à savoir, le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder<sup>8</sup>) pour évaluer le trouble de l'anxiété généralisée et le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire<sup>9</sup>) pour estimer les troubles dépressifs (incluant la dépression majeure et d'autres formes de dépression). Ceci nous permet d'évaluer la progression des indicateurs dans le temps. Les résultats sont repris ci-dessous.

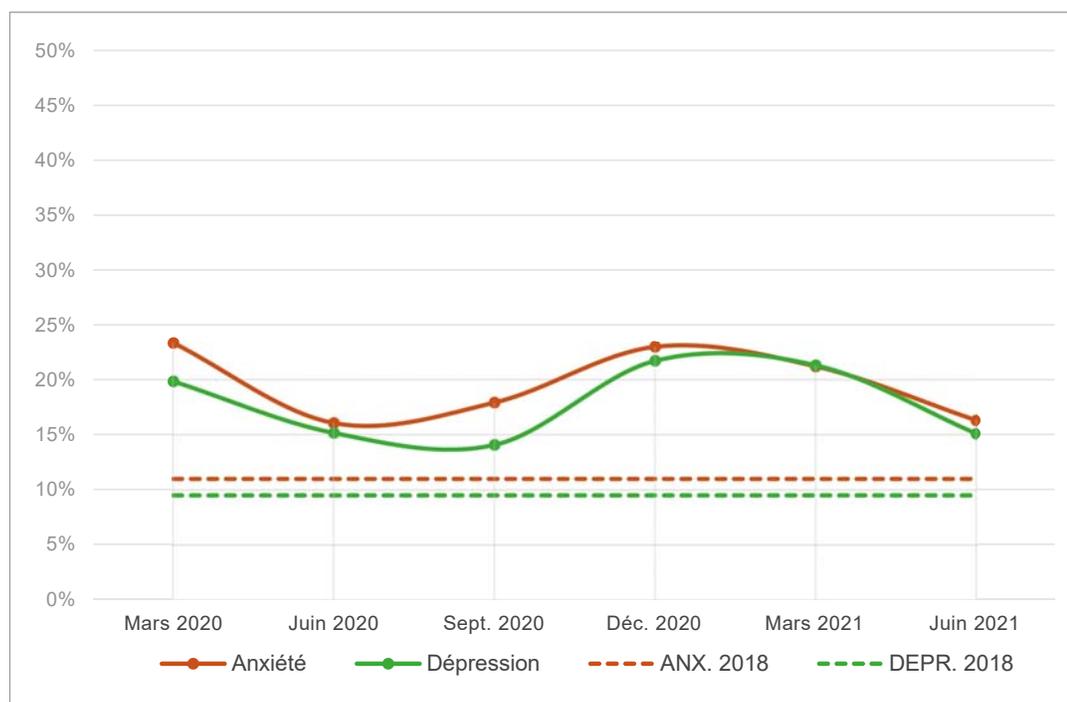
- La première enquête de santé COVID-19 (mars 2020) avait mis en exergue une prévalence très élevée des troubles anxieux (23 %) et dépressifs (20 %) au sein de la population adulte par rapport à l'année 2018 (respectivement 11 % et 9,5 %, Figure 14).
- Après une diminution de la prévalence en période estivale 2020 (15-16 %), les cas d'anxiété et de dépression ont à nouveau dépassé les 20 % à partir de décembre 2020 lorsque la circulation du virus s'était intensifiée et que les mesures de confinement étaient plus strictes et durables.
- En juin 2021, nous retrouvons les mêmes valeurs de l'été dernier, soit une prévalence de 16 % pour l'anxiété et de 15 % pour la dépression (Figure 14). Ces pourcentages n'ont toutefois pas atteint leur valeur de base, établie en 2018.
- La dépression et l'anxiété coexistent souvent chez un même individu. Cette comorbidité anxieuse et dépressive touche 10 % des répondants dans cette 7<sup>e</sup> enquête. Par ailleurs, 6 % des répondants souffrent d'anxiété sans dépression et 5 % souffrent de dépression sans anxiété. Cela veut dire qu'au total 21 % des personnes de 18 ans et plus sont affectées par au moins un de ces deux troubles. Il s'agit là d'une diminution significative par rapport aux enquêtes de décembre et de mars derniers. Pour information, l'évolution chronologique de la proportion de personnes affectées par un de ces troubles (ou les deux) au cours des enquêtes de mars 2020 à juin 2021 est la suivante : 29 %, 21 %, 22 %, 29 %, 27 %, 21 %.

---

<sup>8</sup> Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006;166:1092-1097.

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

Figure 14 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui présentent un trouble anxieux ou un trouble dépressif, par enquête, Enquêtes de santé COVID-19 et HIS 2018, Belgique 2021

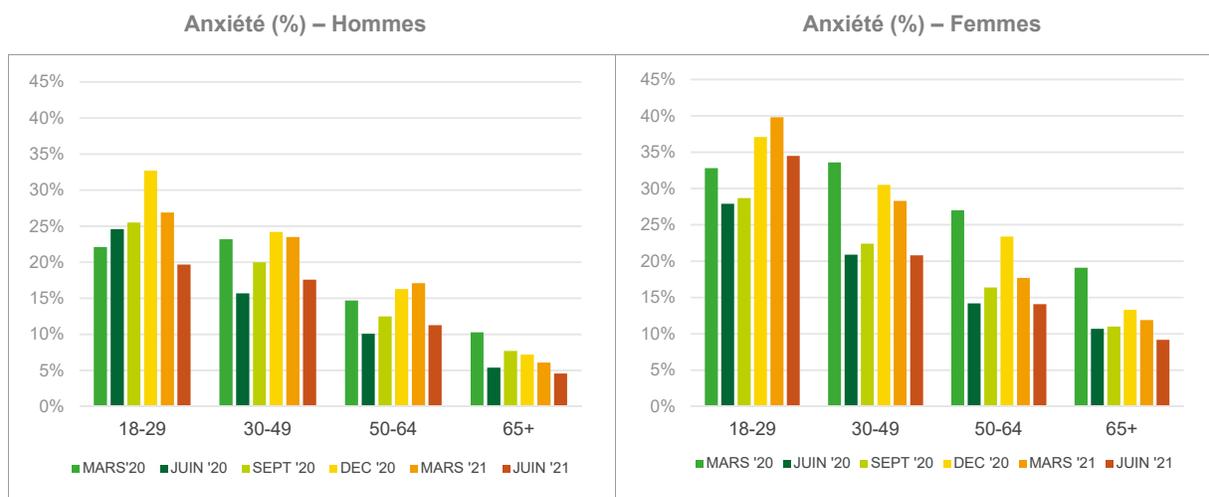


### 6.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

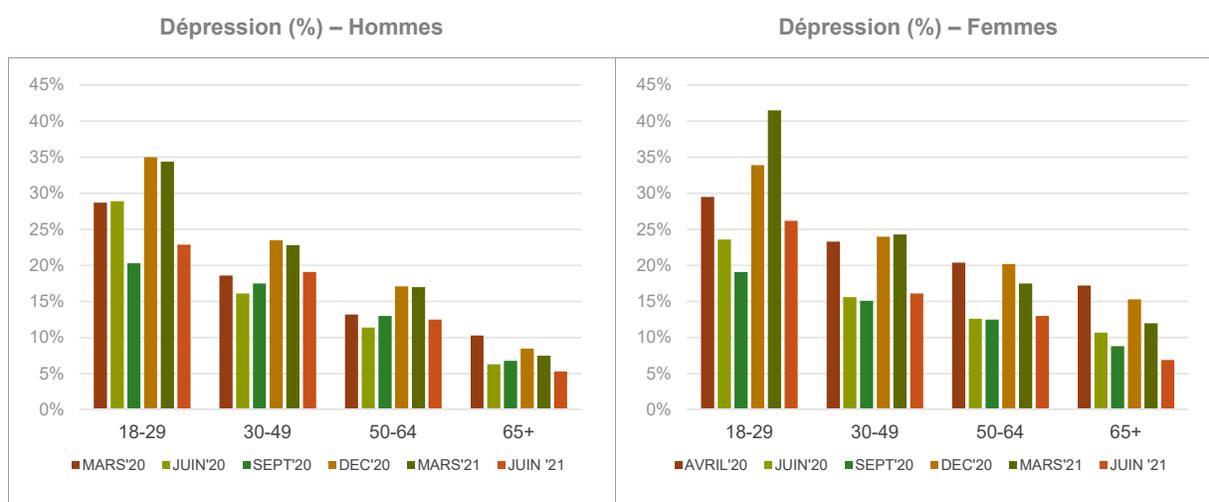
Les analyses du mois de juin 2021 montrent que :

- La prévalence de l'anxiété et de la dépression ont diminué dans tous les groupes d'âge, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (Figures 15 et 16).
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à éprouver des troubles de l'anxiété (19 % > 14 %), et la différence est significative après ajustement pour l'âge. Les troubles dépressifs sont, quant à eux, tout aussi fréquents parmi les hommes (15 %) que parmi les femmes (15 %).
- Les troubles anxieux diminuent en fonction de l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (Figure 15). Les jeunes adultes de 18-29 ans sont les plus affectés (27 %), une proportion qui se différencie de manière significative de celles de tous les autres groupes d'âge après standardisation pour le sexe.
- On remarque (Figure 15) que la symptomatologie anxieuse chez les jeunes hommes (18-29 ans) est à son plus bas niveau depuis le début de la crise (20 %), alors que la prévalence est restée relativement élevée parmi les jeunes femmes du même âge, atteignant encore 34 % d'entre elles.
- En ce qui concerne la dépression (Figure 16), l'âge est également un facteur déterminant : 24,5 % des jeunes adultes (18-29 ans) rapportent les symptômes d'une dépression, et cette proportion baisse en fonction du groupe d'âge jusqu'à 6 % des personnes de 65 ans ou plus.

**Figure 15 | 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 16 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs, par âge et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021**



### 6.3.2. Situation socio-économique

- Dans la grande majorité des enquêtes de santé COVID-19, on avait remarqué que les personnes vivant en couple étaient davantage préservées d'une décompensation mentale que celles vivant seules ou en situation monoparentale.
- En juin 2021, le pourcentage de personnes présentant des troubles anxieux varie quelque peu en fonction de la composition du ménage (par ex., 12 % chez les personnes en couple pour 19 % chez les personnes en ménage monoparental), mais les différences ne sont pas significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.
- Il en va autrement pour les troubles dépressifs : par rapport aux personnes vivant en couple sans enfant(s), où 10 % souffrent de dépression, les personnes vivant seules (16 %) ou seules avec enfant(s) (19 %) sont significativement plus nombreuses à en souffrir, et ce, même après standardisation pour l'âge et le sexe.

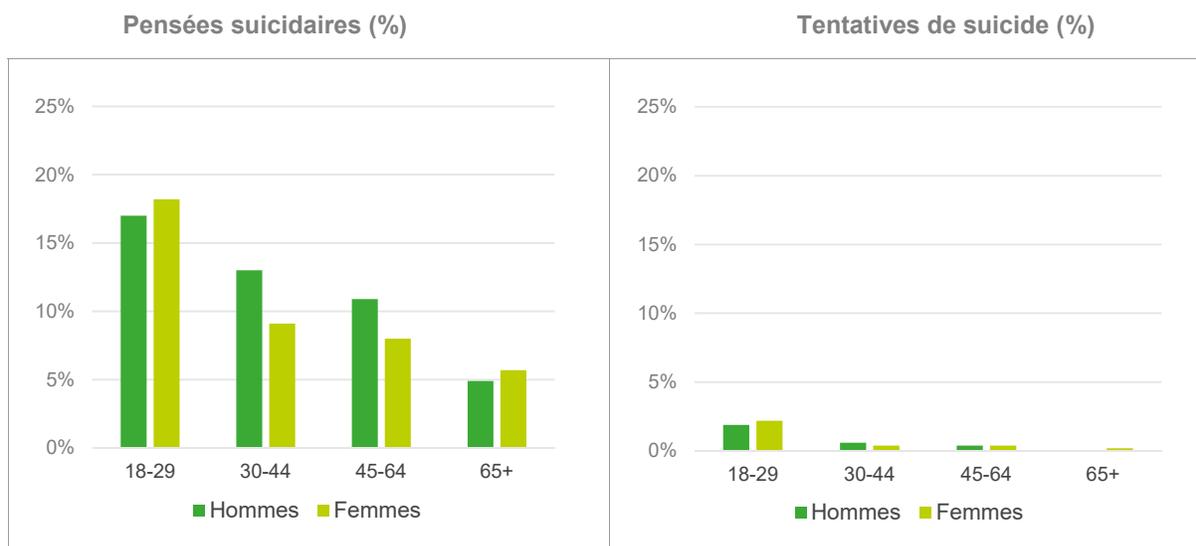
- Le niveau d'éducation a également un rôle déterminant pour la santé mentale, comme cela a été montré dans chacune des enquêtes COVID-19, et celle de juin 2021 n'échappe pas à la règle. Ainsi, les personnes ayant accédé à l'enseignement supérieur sont moins nombreuses à souffrir d'anxiété (14 %) et de dépression (12 %) que celles qui ont eu un parcours scolaire plus court (17 % pour chaque trouble). Les différences par niveau d'éducation sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.
- Le statut professionnel est aussi un facteur de différenciation au niveau de la santé mentale. En juin 2021 à nouveau, les personnes avec un travail rémunéré sont mieux préservées des troubles anxieux (16 %) et dépressifs (14 %) que celles en recherche d'emploi (23,5 % et 25 %) et en invalidité (35 % et 36 %). Les différences présentées ici sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe. Les pensionnés sont, eux, les moins nombreux à présenter des troubles anxieux (7 %) et dépressifs (6 %).

#### 6.4. PENSÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

A côté de l'anxiété et de la dépression, les idées et les comportements de suicide pouvaient se manifester davantage dans le contexte de la crise sanitaire, des mesures restrictives et des retombées économiques. Limiter les contacts sociaux, s'isoler lors d'une quarantaine, perdre des proches, perdre son emploi et ses revenus,... sont autant de situations qui peuvent mener certaines personnes à envisager le suicide comme seule échappatoire face à leurs problèmes.

- En mars 2021, une personne sur huit (12,5 %) rapportait avoir pensé au suicide dans les 12 mois couvrant la crise. Bien qu'il soit difficile d'interpréter une différence de prévalence établie sur 12 mois avec seulement trois mois d'écart entre les enquêtes, nous observons en juin 2021 une diminution du nombre de personnes ayant eu des pensées suicidaires (10,5 % ;  $p=0,01$ ) au cours de la période de référence (12 derniers mois).
- En juin 2021, 0,7 % des participants ont indiqué avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (0,6 % en mars 2021). Cette différence n'est pas significative après standardisation pour l'âge et le sexe.
- Penser à 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 dans cette enquête : les idées et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois étaient en effet plus rares chez les personnes qui n'éprouvaient aucun des deux troubles, soit respectivement 4,6 % et 0,2 % d'entre elles. En revanche, parmi les personnes avec un trouble anxieux (sans dépression), 21 % ont pensé au suicide et 0,4 % ont fait une tentative ; celles avec un trouble dépressif (sans anxiété) sont aussi plus nombreuses à avoir pensé au suicide (31 %) ou l'avoir tenté (0,1 %) ; 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 (42 % d'entre elles) ou tenté de se suicider (4,8 % d'entre elles) dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.
- Les jeunes adultes (18-29 ans) sont proportionnellement plus nombreux à avoir pensé au suicide dans l'année écoulée (17 %), et les différences avec chacun des autres groupes d'âge sont significatives après standardisation pour le sexe (Figure 17). Ils ont aussi été plus nombreux (2,0 % d'entre eux) que leurs aînés à poser un acte de suicide dans les 12 mois précédant l'enquête.
- Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour les indicateurs liés aux pensées et tentatives de suicide lorsque les analyses sont standardisées pour l'âge.

**Figure 17 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) ayant des pensées ou des comportements de suicide, par âge et par sexe, 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 6.5. TROUBLES DU SOMMEIL ET ÉNERGIE VITALE

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

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

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

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

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

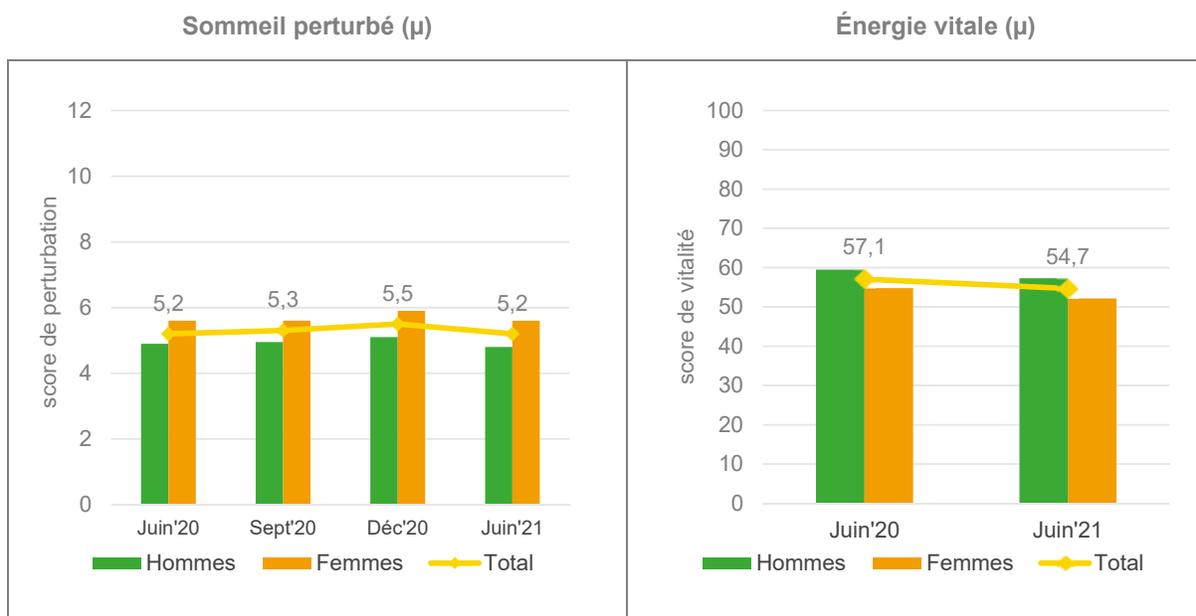
L'échelle de réponse varie de 1= jamais à 5= en permanence. Le score de sommeil est calculé en additionnant les valeurs attribuées à chaque item (ramené à 0-4) et varie donc de 0 à 12. Nous en rapportons ici le score moyen, sachant que plus celui-ci est élevé, plus le sommeil est perturbé. Par ailleurs,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

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

### 6.5.1. Caractéristiques socio-démographiques

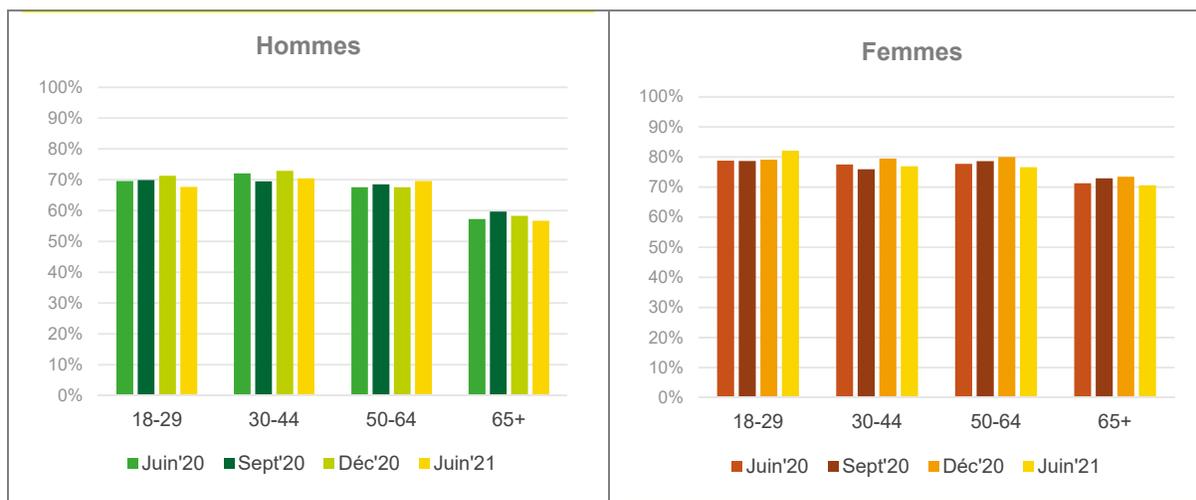
Les résultats obtenus lors de cette enquête du mois de juin 2021 sont mis en relation avec ceux des enquêtes de santé COVID-19 précédentes dans lesquelles ces questions étaient adressées.

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



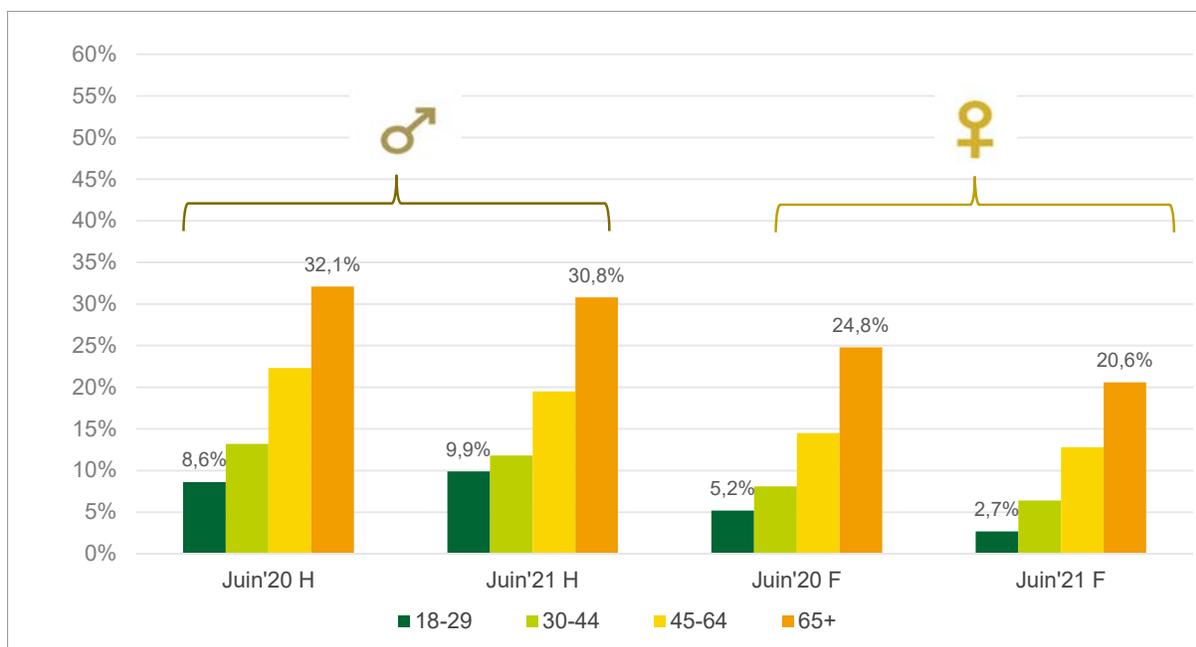
- À la lumière de la Figure 18, on note peu de changement d'une enquête à l'autre au niveau du score moyen de perturbation du sommeil, sinon qu'après une légère augmentation, la valeur en juin 2021 a rejoint celle obtenue en juin 2020.
- Le pourcentage d'adultes qui manifestent un trouble du sommeil reste très important et tourne autour des 72 % depuis le début de la crise (différences non significatives).
- En revanche, le niveau de vitalité a diminué en moyenne entre juin 2020 et 2021 (Figure 18), s'éloignant un peu plus de la valeur moyenne observée en 2018 (60,1).
- Les femmes ont plus de difficultés liées au sommeil que les hommes, et elles manifestent aussi un niveau d'énergie plus bas que ceux-ci (Figure 18). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge.
- La différence par sexe est également visible lorsque l'on considère les pourcentages ayant un trouble du sommeil, plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Figure 19).
- On remarque par ailleurs que les personnes dans le groupe des aînés (65 ans et plus) sont moins nombreuses à connaître des troubles du sommeil, et cela plus distinctement encore parmi les hommes que les femmes de cet âge.

**Figure 19 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) avec un trouble du sommeil, par sexe, par âge et par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021**



- Considérant l'indicateur du niveau optimal de vitalité (Figure 20), 15 % ont atteint ce seuil en juin 2020 et 14 % en juin 2021, un pourcentage équivalent à ce qui fut observé en 2018 (14 %) avec une distribution semblable par sexe : 17,5 % des hommes et 11 % des femmes en juin 2021, de même qu'en 2018.
- Pour autant, une analyse par groupe d'âge montre que les personnes de 18 à 44 ans sont un peu moins nombreuses à avoir éprouvé une énergie optimale en juin 2021 (8,1 %) par rapport aux résultats de 2018 (10,5 %), tandis que les personnes âgées de 65 ans ou plus semblent plus nombreuses à avoir bénéficié d'une énergie vitale optimale durant la crise sanitaire (25 % en juin 2021, pour 20 % en 2018).

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



### 6.5.2. Situation socio-économique

- Les troubles du sommeil concernent le moins les personnes vivant en couple (68,5 %) et touchent le plus les personnes en famille monoparentale (79 %).
- On observe plus de personnes avec une vitalité optimale parmi celles vivant en couple (18,5 %) ou seules (15,5 %), que parmi les familles avec enfants (11,5 %) ou monoparentales (7 %).
- Le niveau d'éducation ne semble pas être un facteur déterminant pour ce qui concerne les troubles du sommeil et le niveau optimal de vitalité.
- Les troubles du sommeil sont plus fréquents parmi les personnes en invalidité (86 %) et occupées au foyer (84 %) que chez les personnes actives (73 %) ou retraitées (63 %).
- Les groupes qui bénéficient le moins d'un niveau optimal de vitalité sont les étudiants (5 %) et les personnes invalides (4 %), alors qu'un peu plus d'un quart des retraités (26,5 %) atteignent ce niveau optimal d'énergie vitale.

### 6.6. FACTEURS D'INFLUENCE POTENTIELS

Outre les facteurs de risque démographiques et socio-économiques, nous avons voulu explorer le lien entre certains indicateurs de santé mentale avec d'autres indicateurs pris en compte dans cette 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19. Nous nous limiterons à rapporter les résultats princeps, sachant que certaines de ces variables sont reliées entre elles. Il ne serait pas non plus indiqué dans ce type d'étude transversale d'interpréter les associations examinées en termes de causalité, la direction du lien n'étant pas établie, le cas échéant. Tout au plus peut-on à ce stade poser des hypothèses pour de futures analyses ou recherches.

Pour ces analyses exploratoires des facteurs d'influence nous avons retenu les indicateurs suivants :

- Le nombre rapporté de maladies parmi celles qui présagent le développement d'un COVID grave chez les personnes infectées (0 ; 1 ; 2 ; 3 ou plus), basée sur la liste établie par Conseil supérieur de la santé et reprise dans le questionnaire de l'enquête.
- Le statut de la personne selon son classement dans les groupes prioritaire pour la vaccination : 65 ans ou plus ; < 65 ans mais prioritaire A1 en raison d'une maladie sous-jacente ; < 65 ans et n'appartenant pas au groupe prioritaire A1 pour la vaccination.
- Le statut vaccinal : pas vacciné(e) ; vaccination partielle ; vaccination complète.
- La satisfaction avec les contacts sociaux : oui ou plutôt oui ; non ou plutôt non.
- La qualité du support social perçu : faible ; modérée ; élevée.
- Le degré de solitude ressenti : pas de sentiment de solitude ; solitude modérée ; grande solitude.
- Un score d'impact négatif cumulé. Cet indicateur est construit pour refléter, à travers les 11 domaines de vie sondés, le niveau cumulé d'intensité de l'impact négatif. Pour cela, l'échelle bipolaire (de -5 à 0 à +5) est transformée en ramenant les points positifs à zéro (+1 à +5 = 0). On fait ensuite la somme des points négatifs des items considérés, dont on inverse la polarité. On obtient ainsi une somme allant de 0 = pas d'impact négatif à 55 = impact le plus négatif dans tous les domaines. Ce score a été divisé en quintiles (de 1= les 20 % les moins impactés à 5= les 20 % les plus négativement impactés).

Nous avons dû opérer un choix quant aux variables à investiguer au regard des différentes dimensions de la santé mentale. Les résultats sont reproduits dans les graphiques ci-dessous. Les illustrations parlent d'elles-mêmes.

### 6.6.1. Satisfaction de vie

Figure 21 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon leur niveau de satisfaction de vie (faible, bonne, élevée), en fonction de l'impact négatif cumulé de la crise sur divers domaines de vie, classé par quintiles, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021

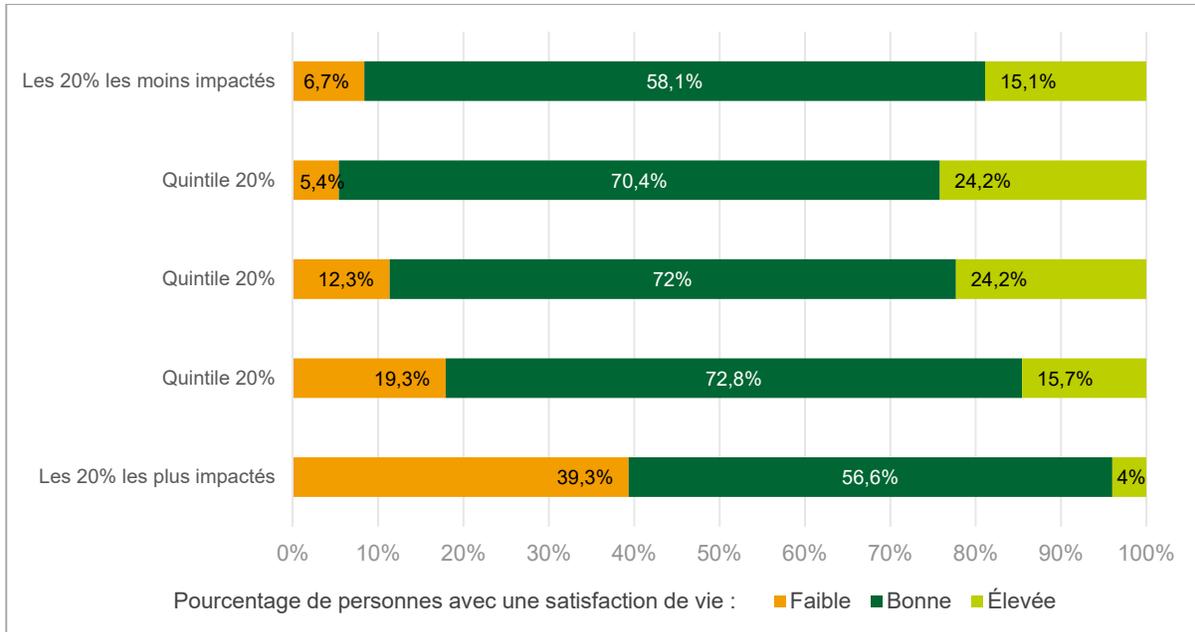
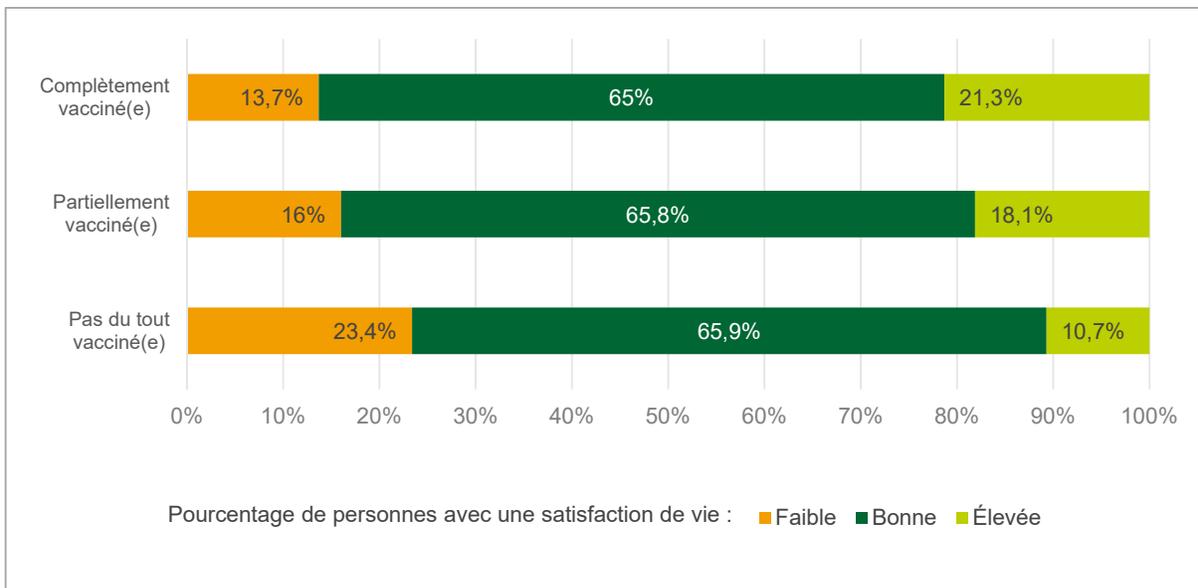
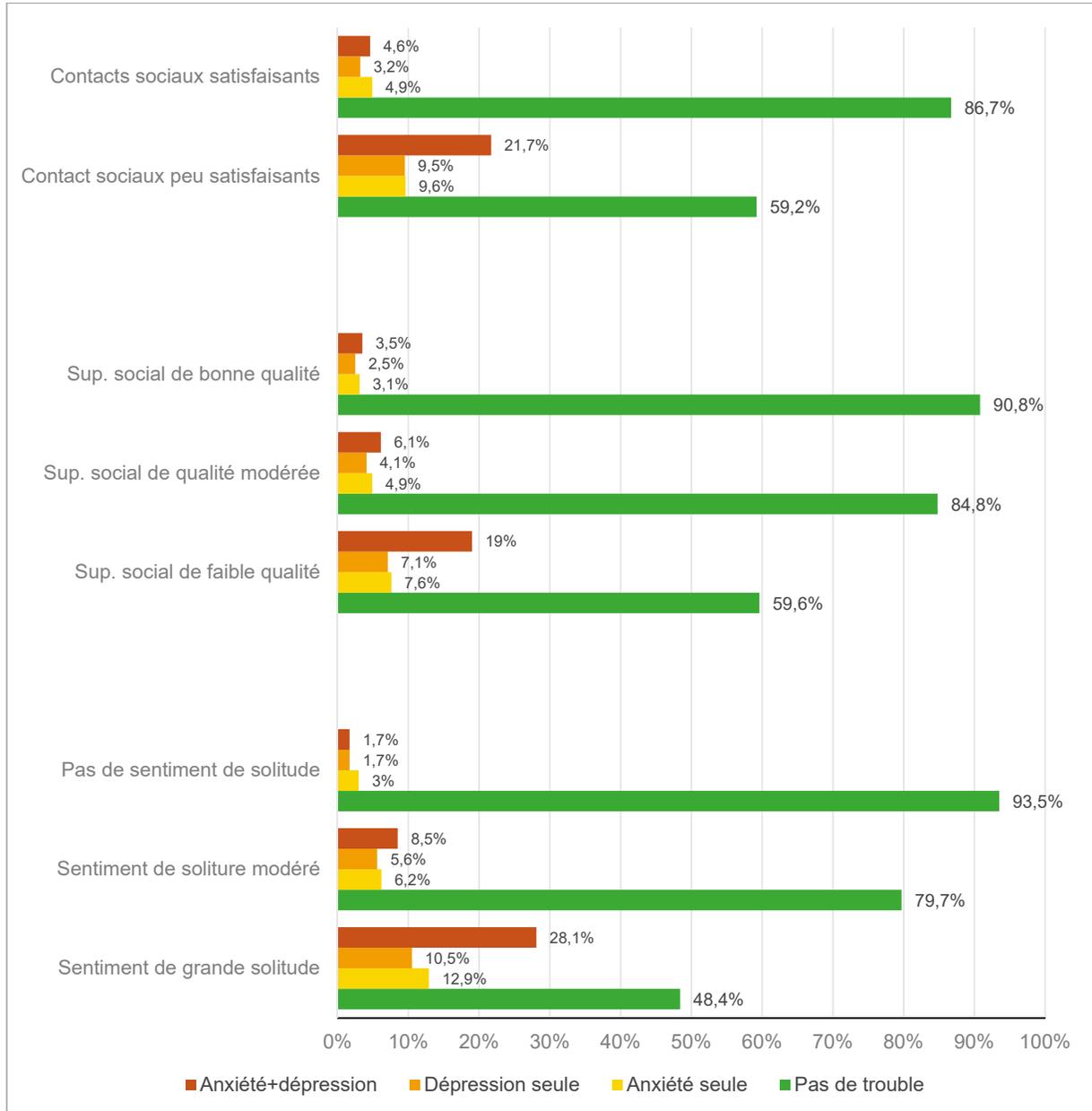


Figure 22 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon leur niveau de satisfaction de vie (faible, bonne, élevée), en fonction de leur statut vaccinal, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021

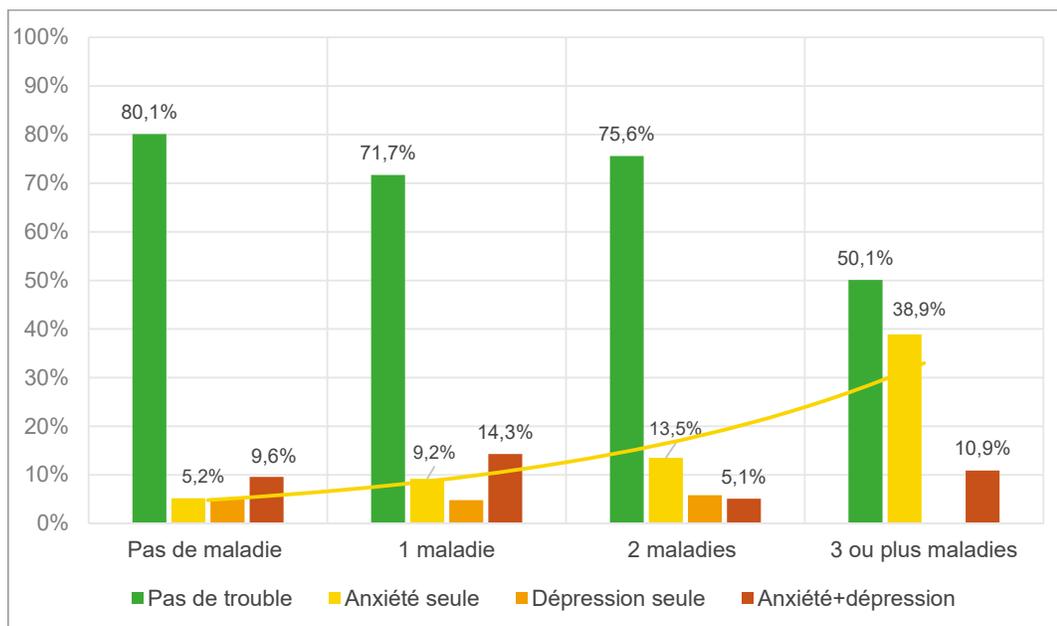


## 6.6.2. Anxiété et dépression

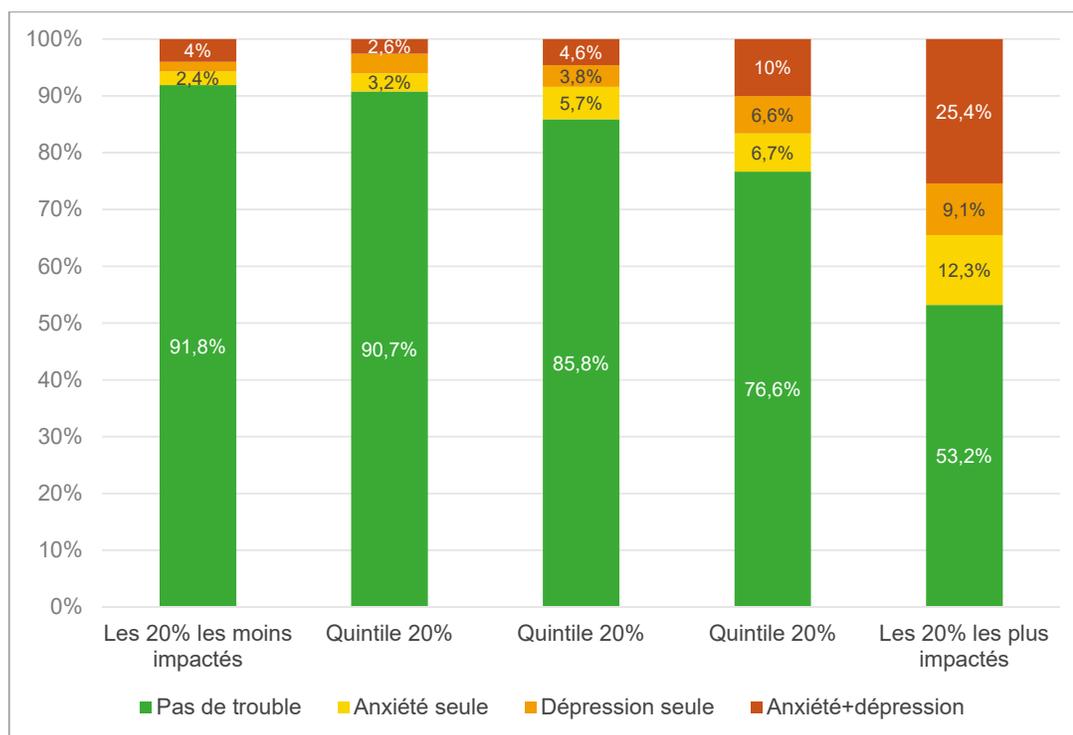
Figure 23 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon qu'elles souffrent ou non d'anxiété et/ou de dépression, en fonction de la satisfaction vis-à-vis de leurs contacts sociaux, de la qualité perçue de leur support social et de leur sentiment de solitude, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



**Figure 24 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon qu'elles souffrent ou non d'anxiété et/ou de dépression, en fonction du nombre de maladies qui les prédisposent à une forme grave du Covid-19 en cas d'infection par le coronavirus, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**

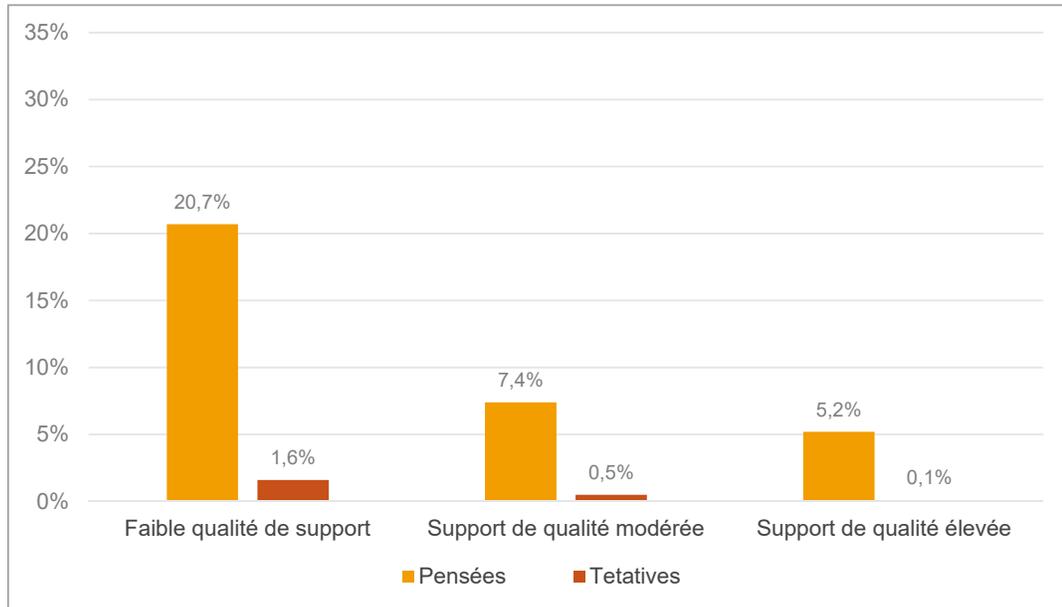


**Figure 25 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon qu'elles souffrent ou non d'anxiété et/ou de dépression, en fonction de l'impact négatif cumulé de la crise sur divers domaines de vie, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



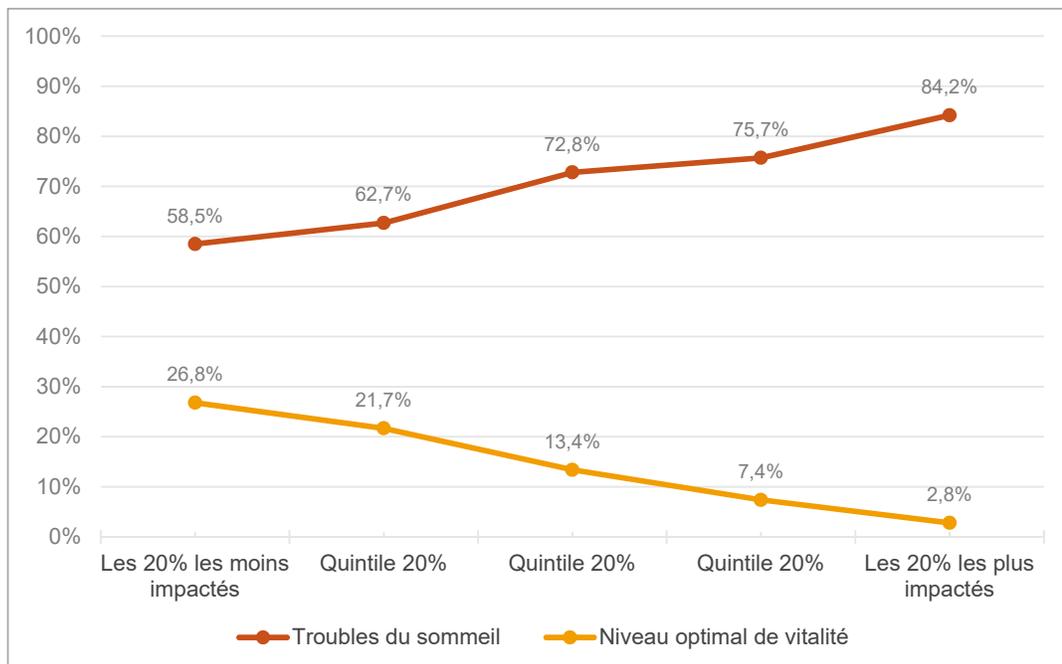
### 6.6.3. Pensées et tentatives de suicide

Figure 26 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) ayant eu des pensées suicidaires ou ayant tenté de se suicider au cours des 12 mois écoulés, en fonction de la qualité du support social perçu, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



### 6.6.4. Sommeil et vitalité

Figure 27 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) ayant des troubles du sommeil et pourcentage ayant un niveau optimal de vitalité, en fonction de l'impact négatif cumulé de la crise sur divers domaines de vie, 7<sup>e</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



## 7. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la 7<sup>e</sup> 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 malheureusement exclues de la participation. L'enquête et le lien pour y accéder ont été annoncés via le site web de Sciensano et d'autres organisations (mutuelles, collectifs de quartiers,...), ainsi que dans la presse et sur les médias sociaux. A côté de cela, un recrutement par courriel a démarré suivant le principe « boule de neige » : il était demandé aux premiers contacts de retransmettre l'invitation à participer à l'enquête à leur famille, amis et connaissances, et ainsi de suite. En outre, les participants aux précédentes enquêtes de santé COVID-19 qui avaient exprimé leur volonté de participer à une enquête ultérieure (et avaient donné leur adresse électronique à cette fin) étaient recontactés par courrier électronique pour cette 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19. Enfin, des efforts ont été déployés pour atteindre un plus grand nombre de jeunes participants (18-25 ans), et ce, tant auprès des répondants afin qu'ils relayent l'invitation aux jeunes de leur entourage, que via des « story » postés sur Twitter, Tik Tok ou autre. Des contacts ont également été pris avec des universités, hautes écoles, académies, clubs sportifs et mouvements de jeunesse afin de faire passer le message parmi les jeunes de ces institutions.

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

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

Au total 17.774 personnes ont répondu à l'enquête, c'est-à-dire qu'elles ont au minimum fourni des informations sur leur âge, leur sexe et le code postal de leur résidence.

Le Tableau 1 donne un aperçu du nombre et de la proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui résident dans les trois Régions de Belgique (sur la base des données de Statbel, situation au 01/01/2019) en comparaison aux proportions de participants à la 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 selon leur région de résidence (déterminée à partir de la question relative à leur code postal).

**Tableau 1 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la 7<sup>e</sup> enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2021**

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5.311.613 (58,2)	11.469 (64,5)
Région bruxelloise	932.366 (10,2)	1.610 (9,1)
Région wallonne	2.882.040 (31,6)	4.695 (26,4)
<b>Belgique</b>	<b>9.126.019 (100)</b>	<b>17.774 (100)</b>

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

**Tableau 2 | Composition de l'échantillon de la 7<sup>e</sup> 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	155 (2,4)	431 (3,8)	586 (3,3)
25 à 34 ans	482 (7,6)	1.400 (12,3)	1.882 (10,6)
35 à 44 ans	790 (12,4)	2.153 (18,9)	2.943 (16,6)
45 à 54 ans	1.083 (17,0)	2.465 (21,6)	3.548 (20,0)
55 à 64 ans	1.613 (25,4)	2.782 (24,3)	4.395 (24,7)
65+ ans	2.241 (35,2)	2.179 (19,1)	4.450 (25,8)
<b>Total</b>	<b>6.364 (35,8)</b>	<b>11.410 (64,2)</b>	<b>17.774 (100)</b>

Plus de femmes (64,2 %) que d'hommes (35,8 %) ont participé à l'enquête, elles y sont donc surreprésentées (dans la population, la distribution est de 51 % de femmes et 49 % d'hommes). La distribution par âge parmi les participants diffère également de celle de la population : le groupe d'âge le plus jeune (18 à 24 ans) est notamment sous-représenté dans l'enquête (3,3 % dans l'échantillon pour 12,5 % dans la population).

**Tableau 3 | Composition de l'échantillon de la 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, par niveau d'éducation, Belgique 2021**

	Population (15+)(%)(*)	Nombre de participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6.302.716 (67,1)	4.523 (26,1)
Enseignement supérieur	3.084.424 (22,9)	12.815 (73,9)
<b>Total</b>	<b>9.387.140 (100)</b>	<b>17.338 (100)</b>

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

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

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

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

Les analyses du présent rapport introduisent trois changements méthodologiques par rapport aux résultats préliminaires publiés dans le rapport de la 1<sup>er</sup> 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 six premières enquêtes de santé Covid-19 peuvent être consultés en ligne :**

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

## CONTACT

Lydia Gisle • T+32 2 642 57 53 • [lydia.gisle@sciensano.be](mailto:lydia.gisle@sciensano.be)

### POUR PLUS D'INFORMATIONS

—  
Rendez-vous sur notre site  
web >[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be) ou  
contactez-nous à l'adresse  
>[info@sciensano.be](mailto: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](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2021/14.440.50