

DEUXIÈME 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

Mai 2020 • Bruxelles • Belgique

Personne de contact :

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

Auteurs (par ordre alphabétique) :

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

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

Finaba Berete
Karin De Ridder
Suzannah D'Hooghe
Luk Van Baelen
Stefanie Vandervijvere
Aline Scohy

Support administratif et informatique :

Sabine Drieskens
Ledja Jani
Tadek Krzywania
Kim Vyncke

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

Cette publication doit être référencée comme suit :

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>

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
2. CONNAISSANCE ET RESPECT DES MESURES LIÉES AU COVID-19	6
3. CONSULTATIONS ET INFECTIONS LIÉES AU COVID-19.....	10
4. TRAVAIL	11
5. REVENUS	12
6. PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE.....	13
7. ETAT ET HABITUDES NUTRITIONELS	16
8. CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC, DE SÉDATIFS ET DE DROGUES	25
9. VIOLENCE DOMESTIQUE	31
10. SANTÉ SOCIALE	32
11. BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL	35
12. MÉTHODOLOGIE	39

1. Introduction

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

La première enquête de santé COVID-19 a été initiée trois semaines après l'introduction des mesures de restriction, soit le 2 avril 2020. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient : la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, les cas d'infections au coronavirus, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale. La deuxième enquête de santé COVID-19 a été lancée deux semaines plus tard, soit le 16 avril 2020. Chacune des enquêtes est restée en ligne pendant une semaine et a collecté les réponses de plus de 40 000 personnes âgées de 18 ans ou plus, indépendamment l'une de l'autre. La méthodologie de ces enquêtes est détaillée dans le dernier chapitre du rapport.

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la deuxième enquête de santé COVID-19, en mettant l'accent sur les modes de vie de la population lors de la période de restrictions liées au coronavirus. Les thèmes suivants y sont examinés :

- La connaissance et le respect des mesures liées au COVID-19
- Les consultations chez le médecin et les infections au COVID-19
- L'influence de la crise sur le travail et les revenus
- L'impact sur les modes de vie : activité physique, habitudes alimentaires et état nutritionnel, consommation d'alcool, de tabac et de drogues
- La violence domestique
- La santé sociale
- Le bien-être émotionnel
- La confiance dans les autorités pour la gestion de la crise

Afin d'estimer l'impact de la crise que nous connaissons actuellement, certains résultats de l'enquête de santé COVID-19 sont comparés aux données de population avant l'épidémie. La source d'information pour ces données est l'enquête nationale de santé qui a eu lieu en 2018. 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 sujets seront comparés avec la première enquête de santé COVID-19 pour en évaluer les tendances.

2. Connaissance et respect des mesures liées au COVID-19

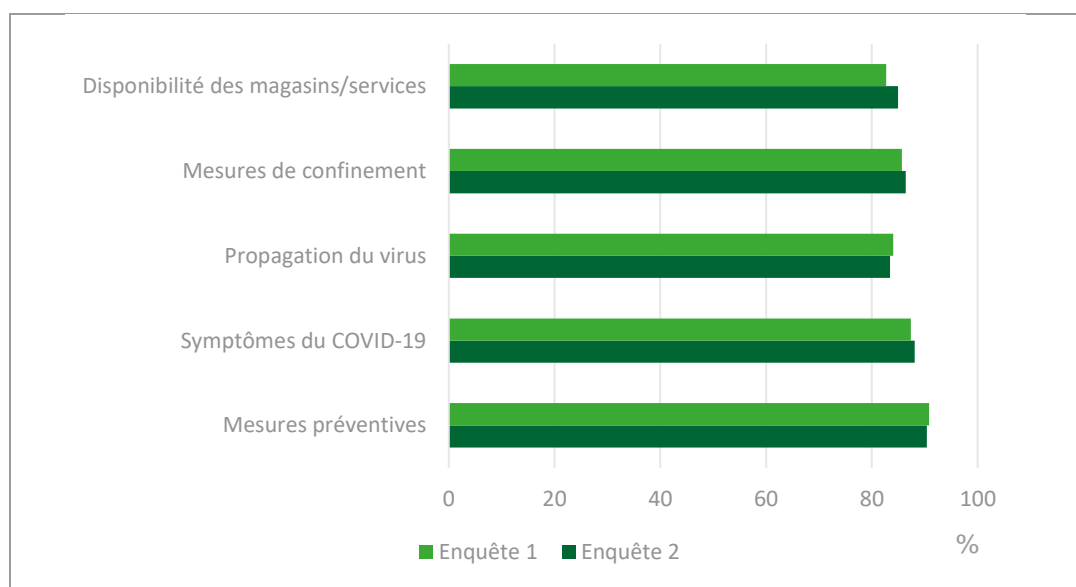
PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Comme pour la première enquête, la population continue à se considérer comme suffisamment informée sur le COVID-19 et les mesures de protection en vigueur.
- La proportion de personnes qui rapportent ne pas respecter les mesures de distanciation physique et les consignes de confinement a augmenté par rapport à la première enquête.
- Les hommes, les jeunes et les personnes ayant peu confiance dans les institutions sont plus nombreux à ne pas respecter strictement les mesures.
- Entre les enquêtes, il y a eu une diminution dans la proportion de personnes ayant confiance dans le gouvernement national, les gouvernements régionaux et les institutions scientifiques.
- La confiance parmi les répondants reste très élevée vis-à-vis des services de soins de santé, et les institutions scientifiques.

L'enquête a évalué si les répondants se considéraient comme suffisamment informés sur les sujets suivants : les mesures préventives contre le COVID-19, les symptômes du COVID-19, la manière dont le coronavirus se propage, les mesures de confinement et de quarantaine, et la disponibilité des magasins et services.

On retrouve une proportion très élevée de la population qui se considère comme suffisamment informée sur ces sujets. Le niveau élevé de connaissance persiste entre la première et la deuxième enquête (Figure 1). Comme pour toute tendance liée aux connaissances, on observe parmi les jeunes et parmi les personnes moins éduquées des taux moins élevés de personnes qui rapportent être suffisamment informées.

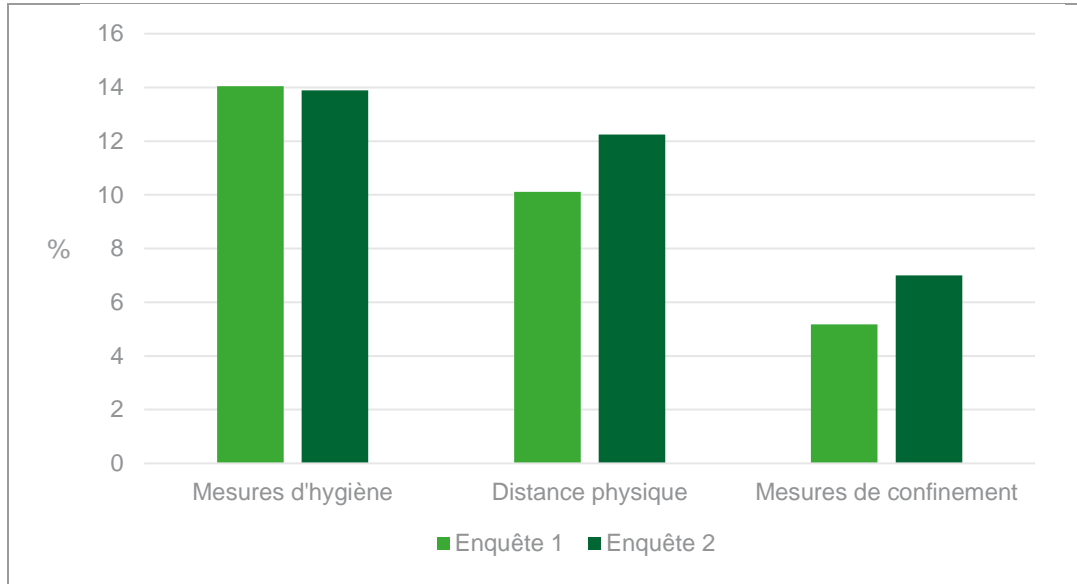
Figure 1 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui rapporte être suffisamment informée sur le COVID-19 et les mesures en vigueur, par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



En ce qui concerne les mesures d'hygiène, de distanciation sociale et de confinement, il reste une bonne proportion des participants qui rapportent ne pas les respecter strictement (Figure 2). Entre la première et la deuxième enquête, on note une augmentation de la proportion de personnes qui disent

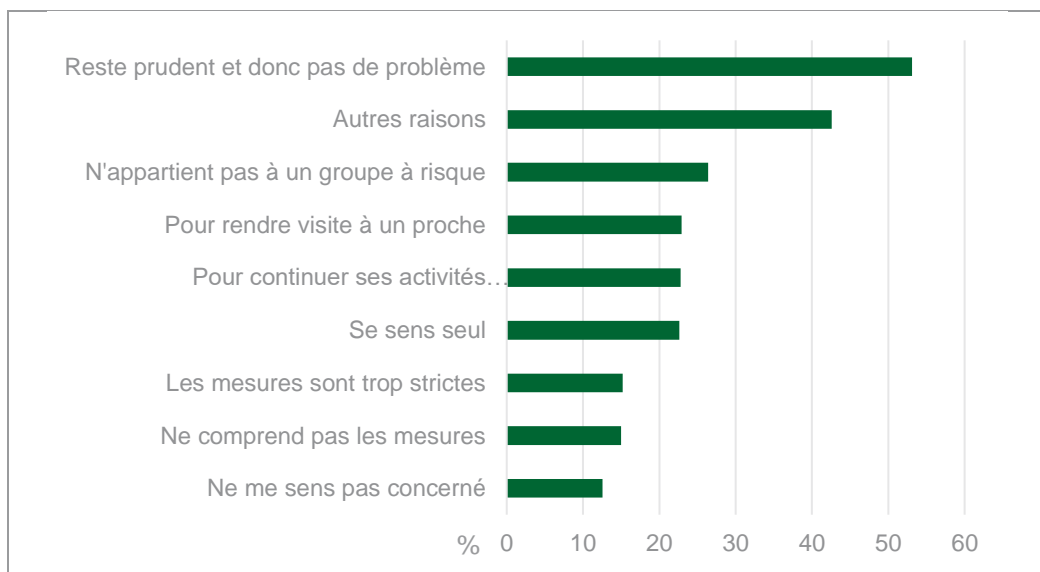
ne pas respecter strictement les mesures de distanciation physique (de 10% à 12%) et les mesures de confinement (de 5% à 7%). Il n'y a pas eu de changement en ce qui concerne le pourcentage de personnes qui disent ne pas respecter les mesures d'hygiène (14% dans les deux enquêtes).

Figure 2 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui rapporte ne pas respecter strictement les mesures en vigueur par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



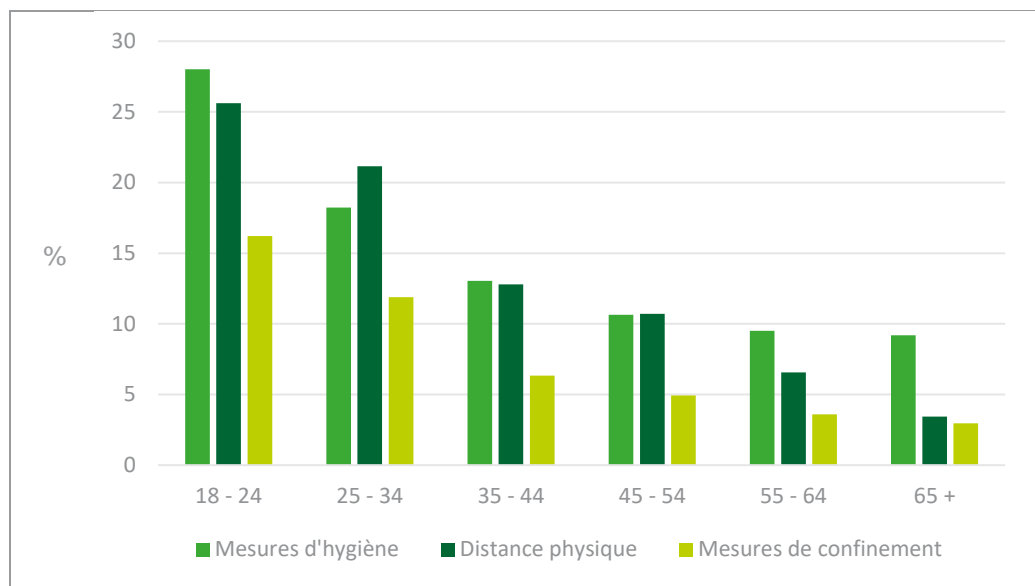
Parmi les personnes qui ont rapporté lors de la deuxième enquête ne pas respecter strictement les mesures, plus de la moitié (53%) ont évoqué comme raison qu'ils étaient prudents et que cela ne devrait donc pas poser de problème (Figure 3). Près du quart des personnes rapportent également ne pas respecter les mesures parce qu'elles ne font pas partie d'un groupe à risque. Cette distribution des raisons évoquées pour le non-respect des mesures est comparable à celle révélée lors de la première enquête.

Figure 3 | Raisons évoquées pour ne pas respecter strictement les mesures en vigueur (plusieurs raisons possibles), deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Le respect des mesures est lié à l'âge et au sexe : les jeunes et les hommes sont significativement plus nombreux à ne pas respecter strictement les différentes mesures mises en place. Par exemple, lors de la deuxième enquête, 9% des hommes contre 5% des femmes disent ne pas respecter strictement les mesures de confinement. De même, 16% des 18-24 ans et 12% des 25-34 ans disent ne pas respecter strictement les mesures de confinement contre 5% et moins à partir de 45 ans (Figure 4).

Figure 4 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui rapporte ne pas respecter strictement les mesures en vigueur par âge, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

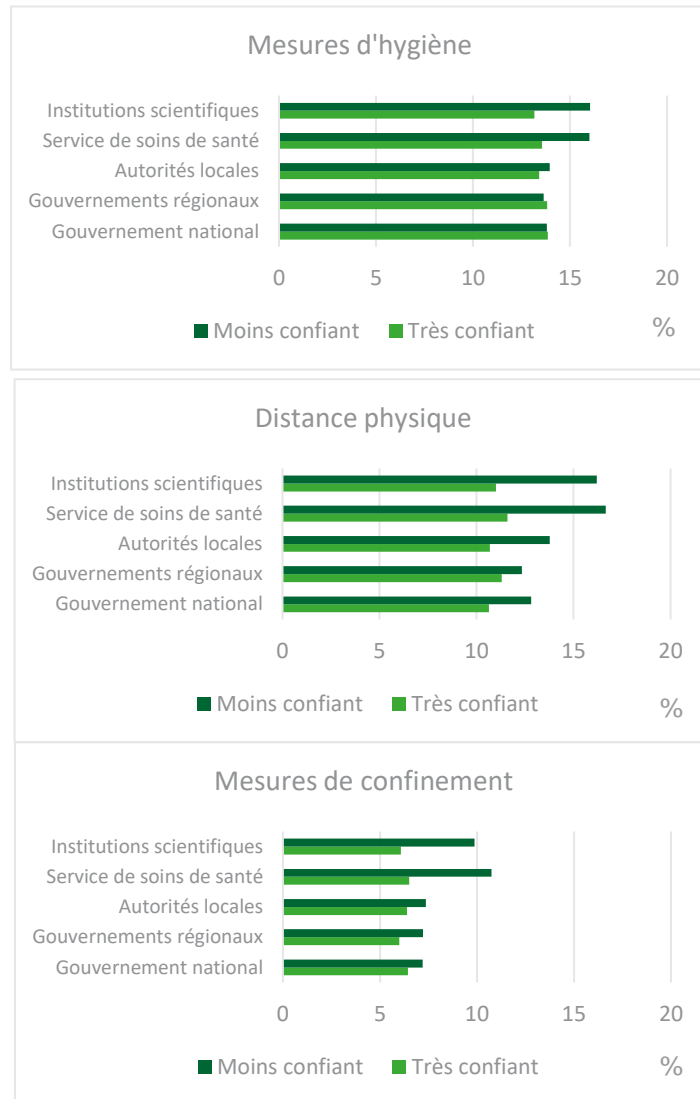


Le respect des mesures est aussi associé à la confiance que les répondants éprouvent envers les institutions en ce qui concerne la bonne gestion de l'épidémie. La Figure 5 montre que les personnes ayant peu confiance dans les institutions sont plus nombreuses à ne pas respecter strictement les mesures, mais les tendances varient selon le type d'institution.

Parmi les personnes ayant très confiance dans le gouvernement national, les gouvernements régionaux et les autorités locales, on trouve une proportion plus élevée de personnes respectant strictement la distanciation physique ou le confinement. Par exemple, 11% des personnes ayant confiance dans ces institutions déclarent ne pas respecter strictement la distance physique contre 12% à 14% des personnes qui ont peu confiance dans ces institutions. Même si la différence n'est pas très importante, elle reste significative après correction pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. En ce qui concerne l'hygiène, on ne voit pas de différence selon le degré de confiance dans le gouvernement.

Parmi les personnes ayant très confiance dans les services de soins et les institutions scientifiques, on trouve aussi une proportion moins élevée de personnes ne respectant pas strictement les trois mesures en vigueur, mais ici, les différences sont plus importantes. Par exemple, 11% à 12% des personnes ayant confiance dans ces institutions déclarent ne pas respecter strictement la distance physique contre 16 à 17% des personnes qui ont peu confiance dans ces institutions.

Figure 5 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui rapporte ne pas respecter strictement les mesures en vigueur selon le niveau de confiance dans les institutions, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

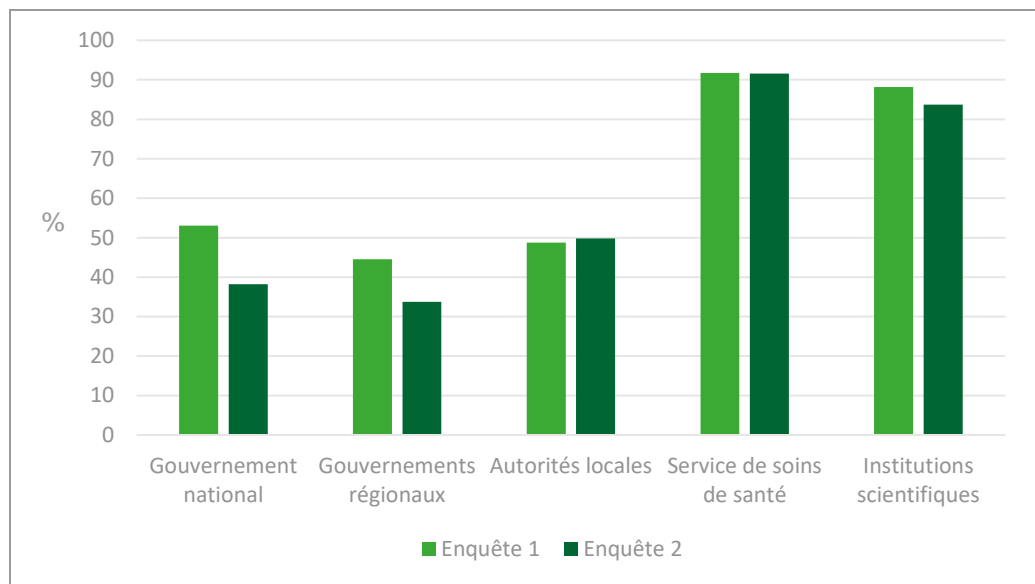


L'aspect de la confiance est important à considérer, surtout dans le contexte actuel où la confiance dans les institutions est souvent mise à mal. Les résultats de nos enquêtes montrent que la population a principalement confiance dans les services de santé et les institutions scientifiques et beaucoup moins dans le gouvernement local, les gouvernements régionaux et les autorités locales (Figure 6). Ceci n'est pas surprenant : depuis le début de la crise du COVID-19, la politique et les médias se sont principalement concentrés sur la perspective scientifique telle qu'exprimée par les virologues, les épidémiologistes et les professionnels de la santé.

Entre la première et la deuxième enquête, on note que la confiance dans les professionnels de la santé n'a pas changé (92% dans les deux enquêtes), et que la confiance dans les institutions scientifiques a faiblement diminué (de 88% à 84%). La confiance dans les autorités locales est restée stable (de 49% à 50%). Bien qu'elles soient moins directement impliquées dans les décisions prises en ce qui concerne la lutte contre la propagation du virus COVID-19, les autorités locales sont avant tout le niveau de gouvernement où les directives générales sont traduites en actions locales très concrètes. La confiance dans le gouvernement national et les gouvernements régionaux a diminué significativement entre les deux enquêtes (respectivement de 53% à 38% et de 45% à 34%). Ce phénomène est peut-être lié à ce

que l'on appelle la "fatigue du confinement" ; le nombre de mesures (confinement, distance physique, port du masque, etc...) combiné à la longue durée de la crise, pourraient rendre la population plus critique envers les mesures de protection et moins encline à les suivre.

Figure 6 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) ayant confiance dans les institutions pour faire face à la crise, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



3. Consultations et infections liées au COVID-19

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Dans la deuxième enquête, 13,4% de la population rapporte avoir consulté un médecin pour des problèmes liés au COVID-19.
- Parmi les personnes qui ont consulté, 3,1% ont été testées positives au COVID-19.
- Parmi les personnes interrogées, 2,7% indiquent avoir une personne de leur ménage qui a une infection confirmée au COVID-19.

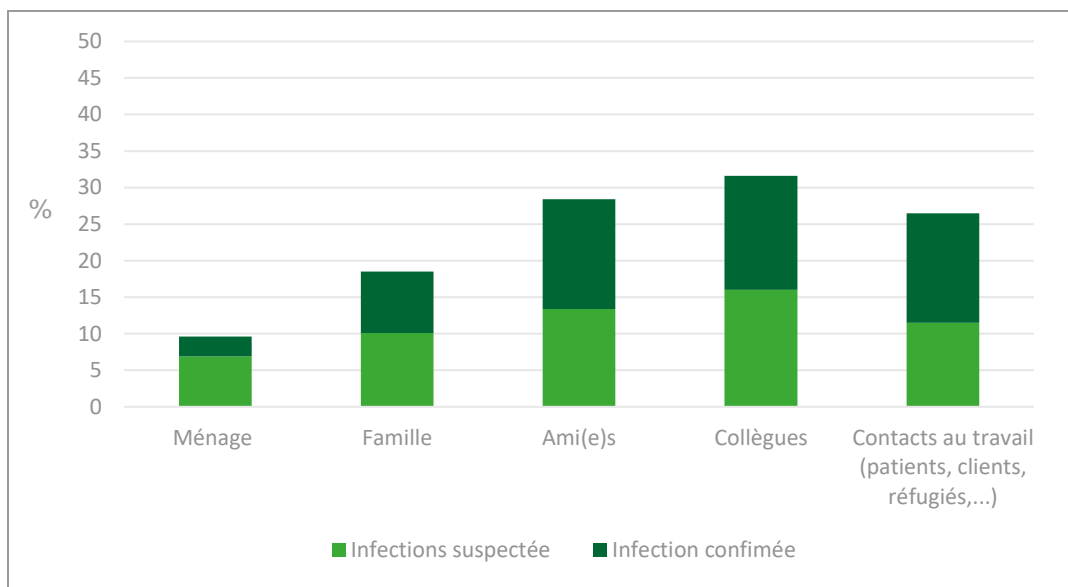
Plus d'un répondant sur huit (13,4%) a consulté un médecin pour des problèmes qui pouvaient être liés au COVID-19. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport aux 11,4% de la première enquête de santé COVID-19. Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont le moins souvent consulté (7,0%), et les personnes de 25-54 ans sont celles qui ont le plus souvent consulté (15,5% à 19,0%).

Parmi les personnes ayant consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19, 3,1% ont une infection confirmée par un test, 48,9% ont été suspectées par le médecin d'une infection sur base des symptômes sans avoir été testées, et 47,9% ont déclaré ne pas avoir eu une infection au COVID-19.

Des questions ont été posées sur la présence d'infections suspectes et confirmées dans l'entourage des répondants. Les résultats montrent que le taux le plus faible d'infections se trouve dans le ménage (6,9% de la population rapporte qu'une personne dans le ménage est suspectée d'avoir une infection au COVID-19 et 2,7% rapporte une infection confirmée) et le plus élevé se trouve parmi les collègues (16% une infection suspectée et 16% une infection confirmée) (Figure 7). Donc, presque une personne sur trois indique avoir dans son entourage un collègue (vraisemblablement) infecté.

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont moins nombreuses à déclarer connaître des personnes dans leur entourage ayant une infection au COVID-19 (pourcentage de personnes de 65 ans et plus ne connaissant aucune personne infectée dans son entourage : 78,5% - 95,3%).

Figure 7 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) déclarant connaître des personnes dans son entourage ayant une infection suspectée ou confirmée au COVID-19, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



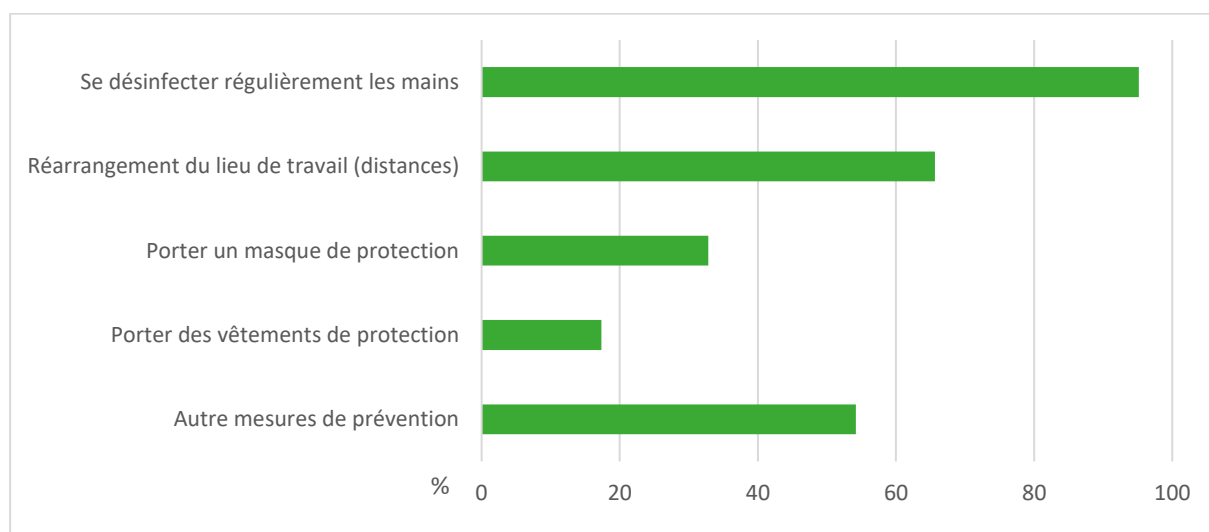
4. Travail

L'enquête de santé COVID-19 demande aux participants s'ils ont actuellement un emploi rémunéré (éventuellement interrompu temporairement par une maladie). Les personnes qui, en raison de la crise COVID-19, se trouvent en chômage technique temporaire sont considérées ici comme ayant un emploi rémunéré. Les personnes qui ont répondu avoir un emploi rémunéré sont ensuite invitées à indiquer si elles sont en mesure de poursuivre leur travail, compte tenu des restrictions imposées pour lutter contre la propagation du virus COVID-19.

Les résultats montrent que 34,2% des travailleurs ont pu poursuivre leur activité professionnelle sans changement, tandis que 42,6% ont pu poursuivre leur activité professionnelle grâce au télétravail. En outre, 15,1% sont en situation de chômage temporaire en raison des mesures mises en place. Les 8,0% de travailleurs restants indiquent se trouver dans une situation différente (par exemple, une réduction du nombre de jours de travail).

Les personnes ayant indiqué qu'elles pouvaient continuer à travailler sans changement devaient préciser quelles mesures avaient été prises sur leur lieu de travail pour prévenir la propagation du COVID-19 (c'est-à-dire le lieu de travail où s'exerce la profession principale). Les répondants pouvaient cocher plus d'une réponse, si nécessaire. Une mesure qui a été prise presque partout (95,1%) est la nécessité de se désinfecter les mains régulièrement. Le réaménagement du lieu de travail pour garantir la distance nécessaire entre les travailleurs est également une mesure courante (65,5%). Le port d'un masque sur le lieu de travail (32,5%) et le port obligatoire de vêtements de protection (17,4%) sont des mesures moins souvent imposées. 54,1% font état d'autres mesures - éventuellement complémentaires - telles que la pose de plexiglas entre les postes de travail, la désinfection régulière des surfaces, la limitation du nombre de travailleurs, l'alternance du travail, (Figure 8).

Figure 8 | Mesures prises sur le lieu de travail (activité principale) pour prévenir la propagation du coronavirus chez les travailleurs encore actifs aujourd'hui – deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



5. Revenus

La deuxième enquête de santé COVID-19 comprend un certain nombre de nouvelles questions relatives à l'incidence éventuelle des mesures de restriction sur les revenus des ménages. À la question de l'impact sur le revenu mensuel du ménage, 60,1% des personnes interrogées ont indiqué que la crise du coronavirus n'a eu aucun impact, 26,4% ont rapporté une perte de revenus limitée, 10,1% une perte de revenus considérable. Enfin, 3,3% des répondants ont indiqué que les mesures ont entraîné une perte importante de revenus.

En outre, il était demandé si les revenus mensuels disponibles avant et pendant la crise du coronavirus étaient suffisants pour « joindre les deux bouts » (financièrement). Le tableau 1 donne un aperçu de l'évolution de la situation financière perçue depuis la crise du coronavirus. Par exemple, 79,6% des ménages qui ont indiqué qu'il était « plutôt difficile » de joindre les deux bouts avec les revenus disponibles avant la crise ont répondu la même chose pour la période de crise du COVID-19. La situation financière s'est détériorée dans 16,5% des ménages et s'est améliorée dans 3,9% des ménages.

Tableau 1 | Pourcentage de ménages selon que la situation financière perçue du ménage s'est empirée, maintenue ou améliorée depuis la crise du coronavirus – deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

Joindre les deux bouts est :	Situation inchangée (%)	Situation empirée (%)	Situation améliorée (%)
Très difficile	91,0	0,0	9,0
Difficile	77,5	12,3	10,2
Plutôt difficile	79,6	16,5	3,9
Plutôt facile	83,4	15,0	1,7
Facile	82,6	17,1	0,3
Très facile	85,2	14,8	0,0

6. Pratique d'activité physique

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Un peu plus de la moitié de la population âgée de 18 ans ou plus a modifié ses habitudes en matière d'activité physique pendant la crise du COVID-19 : 23,0% ont augmenté leur pratique d'activité physique, tandis que 29,7% l'ont réduite.
- Le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui reste assise ou couchée pendant 8 heures ou plus, a doublé pendant la crise du COVID-19 (56,1% contre 23,4% en 2018).
- Les personnes qui ont pu poursuivre pendant cette crise leur travail via télétravail, sont le groupe le plus à risque d'une sédentarité excessive.

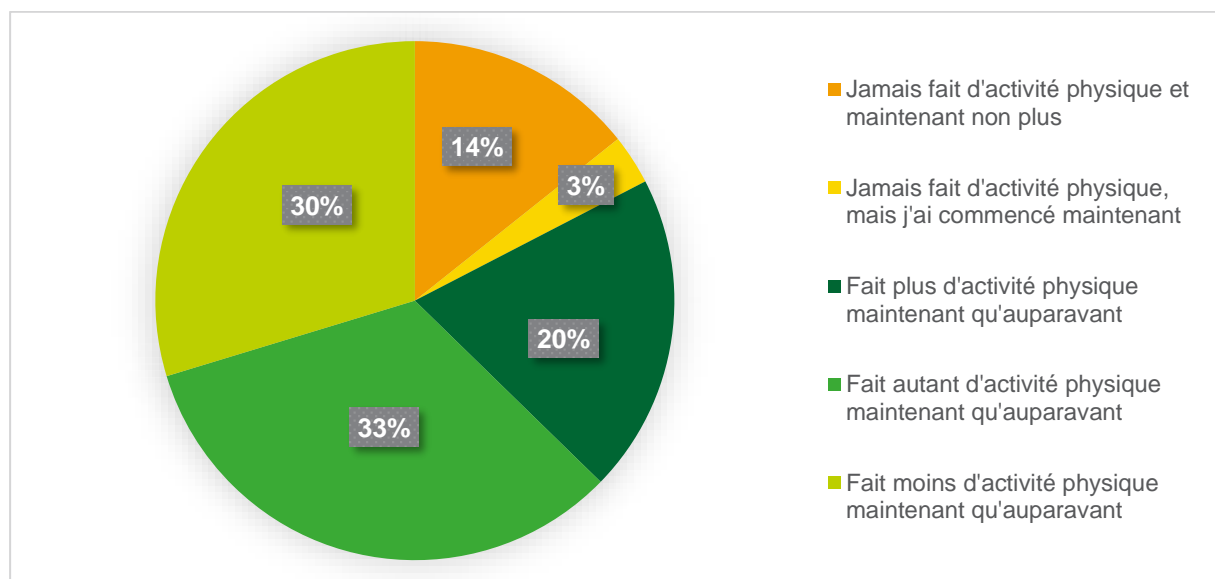
CHANGEMENTS DANS LES HABITUDES EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Au cours de la période de confinement, un tiers (33,0%) de la population de 18 ans et plus est restée aussi active qu'avant le 13 mars 2020, près d'un quart (23,0%) est plus active qu'avant, et près d'un tiers (29,7%) est moins active qu'avant. Un septième (14,3%) de la population n'a pas fait d'exercice avant le 13 mars 2020 et n'a pas commencé à en faire pendant le confinement (Figure 9).

Les jeunes adultes de 18-24 ans sont les plus nombreux (34,1%) à rapporter une augmentation de leur pratique d'activité physique depuis le 13 mars 2020. Le taux diminue avec l'âge pour arriver à 16,4% parmi les personnes âgées de 65 ans et plus. Ce taux varie aussi selon la composition du ménage, les personnes vivant seules (34,7%) étant celles qui rapportent le plus souvent une diminution de leur pratique d'activité physique.

Plusieurs explications sont possibles. D'une part, les conditions météorologiques depuis le 13 mars 2020, ont été plutôt bonnes, ce qui a permis à un groupe de la population de sortir plus souvent pour faire de l'activité physique. En outre, au cours de cette période, certains ont eu plus de temps pour faire de l'activité physique. D'autre part, la fermeture des clubs de sport et le fait que de nombreux parents doivent combiner vie professionnelle et support scolaire pour les enfants pourraient expliquer la diminution de la pratique de l'activité physique chez certains groupes.

Figure 9 | Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon les changements dans les habitudes en matière d'activité physique depuis de 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



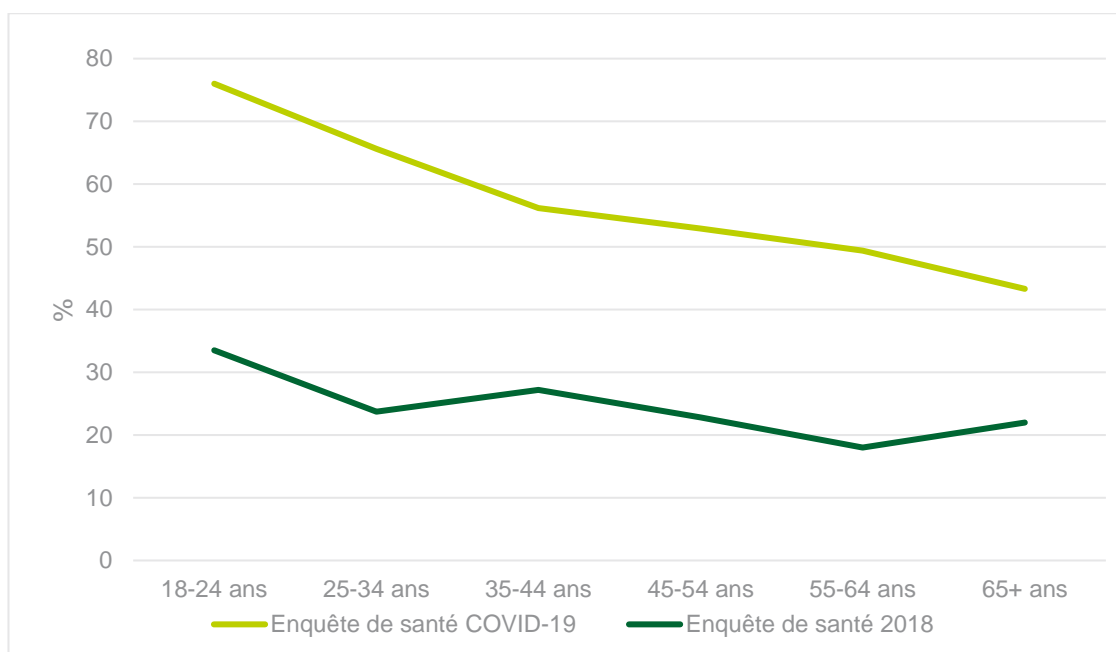
COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

La position assise prolongée est un facteur de risque indépendant majeur pour la santé. Le comportement sédentaire est défini comme un ensemble d'activités en état de veille dont la consommation d'énergie est inférieure ou égale à 1,5 MET¹, comme lorsque l'on est assis ou couché à lire, regarder la télévision, etc.

Selon la deuxième enquête de santé COVID-19, la population de 18 ans et plus passe en moyenne 8,1 heures par jour en position assise ou couchée (hors période de sommeil). Cela représente une augmentation significative de 48% par rapport à la durée moyenne dans la population selon l'enquête de santé 2018. En moyenne, les hommes restent plus longtemps en position assise ou couchée au cours d'une journée (9,1 heures par jour chez les hommes contre 8,1 heures par jour chez les femmes). La durée moyenne est aussi plus élevée chez les jeunes de 18 à 24 ans (11,0 heures par jour) et diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 7,1 heures par jour chez les 65 ans et plus (à titre de comparaison, dans l'enquête de santé de 2018, la durée moyenne varie entre 6,7 et 6,1 heures par jour selon l'âge, avec une durée légèrement plus courte parmi les 25-64 ans). Le temps moyen passé en position assise ou couchée au cours d'une journée est plus élevé chez les personnes vivant seules (9,3 heures par jour) et chez les diplômés de l'enseignement supérieur (9,1 heures par jour).

De même, le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui reste assise ou couchée pendant 8 heures ou plus par jour est significativement plus élevé dans l'enquête de santé COVID-19 (56,1%) par rapport à l'enquête de santé 2018 (23,4%). Ce pourcentage est significativement plus élevé chez les hommes (59,9%) que chez les femmes (52,1%), et chez les jeunes adultes que chez les personnes plus âgées : plus de trois personnes de 18-24 ans sur quatre (76,0%) passent plus de 8 heures par jour assises ou couchées contre 43,3% des 65 ans et plus.

Figure 10 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui reste assise ou couchée pendant 8 heures ou plus par jour, par âge, deuxième enquête de santé COVID-19 et Enquête de santé 2018, Belgique 2020



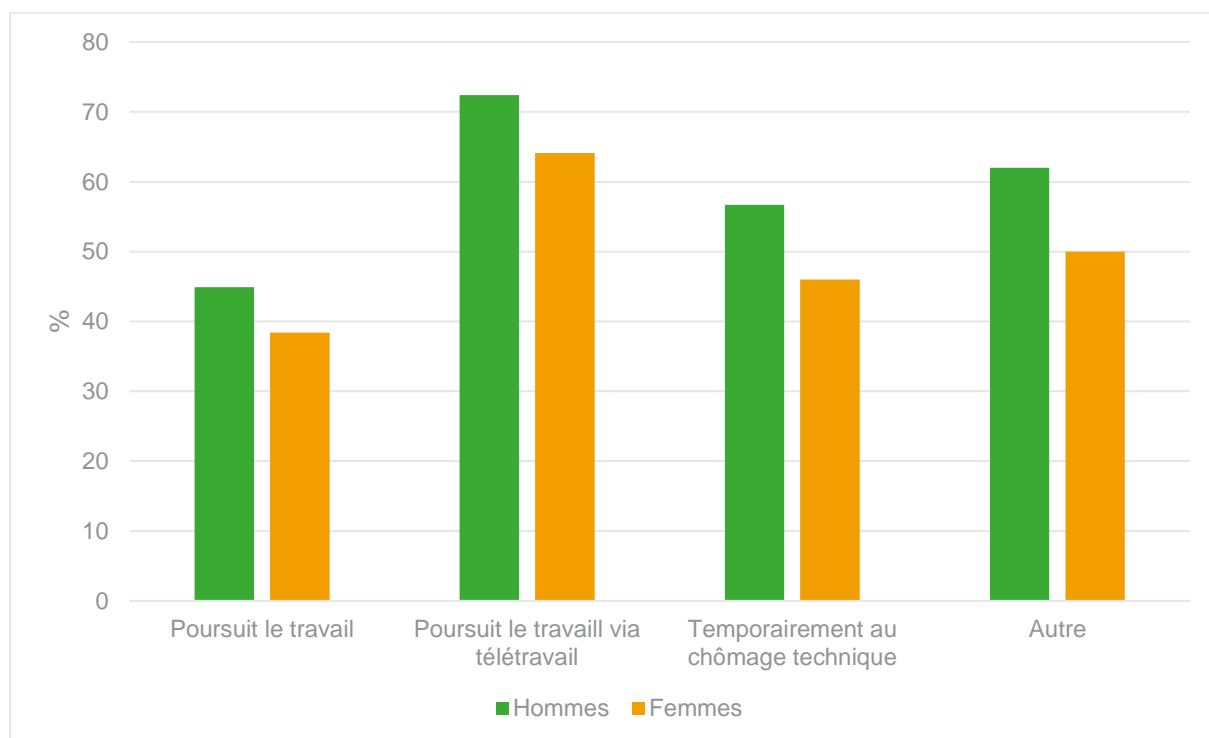
¹ L'équivalent métabolique (*Metabolic Equivalent of Task, MET*) est une méthode permettant de mesurer l'intensité d'une activité physique et la dépense énergétique.

La Figure 10 montre que, pour toutes les tranches d'âge, le pourcentage de personnes qui restent assises ou couchées 8 heures ou plus par jour est deux fois plus élevé pendant la période de confinement qu'en 2018, et la diminution du pourcentage de personnes sédentaires avec l'âge est plus importante pendant la période du confinement. En d'autres termes, chez les personnes âgées, le comportement sédentaire a augmenté pendant la période du confinement, mais cette augmentation est moins importante par rapport à l'augmentation qui a eu lieu parmi les jeunes.

En outre, le pourcentage de personnes qui restent assises ou couchées pendant 8 heures ou plus par jour est plus élevé parmi les personnes vivant seules (61,5%) et les diplômés de l'enseignement supérieur (59,7%).

Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui restent assises ou couchées pendant 8 heures ou plus par jour est plus élevé parmi celles qui ont continué à travailler via télétravail (68,2%). Près d'un quart (72,4%) des hommes et près de deux tiers (64,1%) des femmes qui sont en télétravail ont un comportement sédentaire (Figure 11). Les personnes en télétravail ont 3 fois plus de chance (OR=3,0) d'avoir un comportement sédentaire par rapport aux personnes qui continuent à travailler sans être en télétravail. De même, les personnes temporairement au chômage technique ont elles aussi plus de chance d'avoir un comportement sédentaire (OR=1,5).

Figure 11 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui reste assise ou couchée pendant 8 heures ou plus par jour selon l'évolution de la situation professionnelle au cours de la crise et selon le sexe, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



7. Habitudes alimentaires et état nutritionnel

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La majorité (environ 80%) des personnes de 18 ans et plus indiquent qu'elles n'ont pas changé leurs habitudes alimentaires depuis le 13 mars 2020. Les principaux changements pendant la crise sont une diminution significative de la consommation quotidienne de fruits et de légumes, une augmentation de la consommation de collations sucrées et salées (surtout chez les femmes et les diplômés de l'enseignement supérieur) et une diminution de la consommation d'aliments préparés à l'extérieur.
- Un quart (25,6%) des personnes de 18 ans et plus ont indiqué avoir pris du poids depuis le 13 mars 2020.
- Le taux d'obésité est plus élevé parmi les personnes qui restent assises ou couchées pendant 8 heures ou plus par jour, et parmi celles ayant augmenté leur consommation de collations sucrées ou salées depuis le 13 mars 2020.

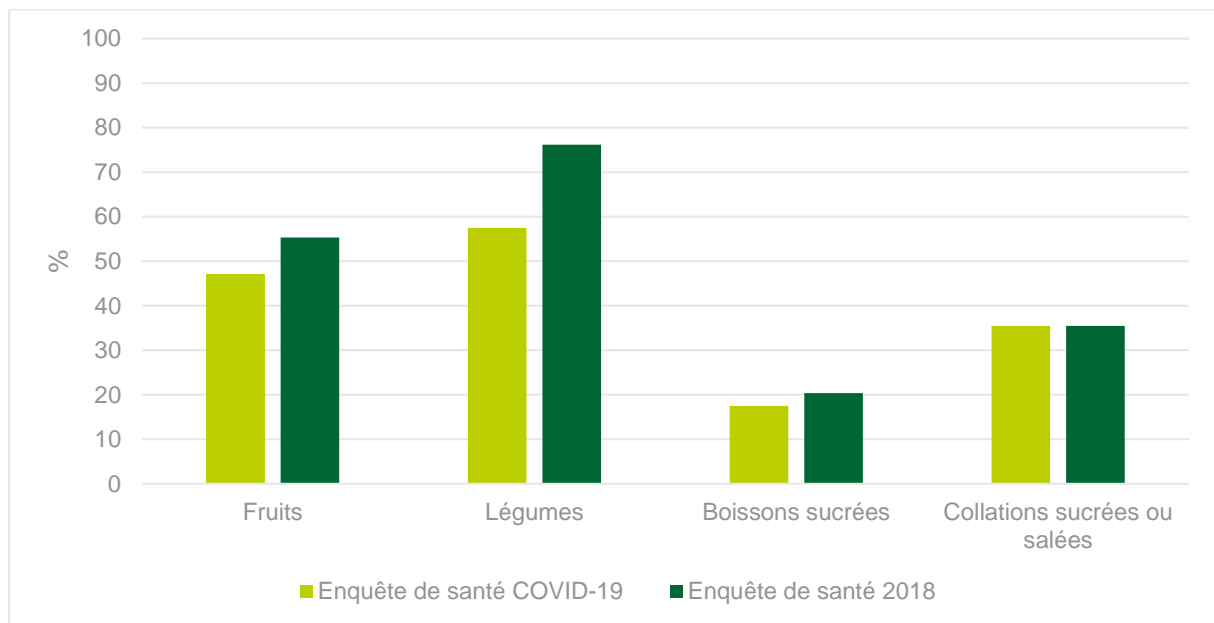
CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALIMENTS SAINS ET MOINS SAINS

Nos résultats montrent que, durant cette période de crise, le pourcentage de la population qui consomme quotidiennement des fruits et des légumes (à l'exception des jus) a diminué par rapport aux chiffres provenant de l'enquête de santé 2018. Un peu moins que la moitié (47,1%) de la population de 18 ans et plus consomme des fruits quotidiennement, ce qui représente une différence significative par rapport aux données de 2018 (55,3%). Une diminution significative par rapport à 2018 est aussi observée pour la consommation de légumes (57,2% contre 76,2%). En outre, le pourcentage de personnes qui boivent quotidiennement des boissons sucrées (17,5%) a diminué significativement par rapport à 2018 (20,4%), et la consommation quotidienne de collations sucrées et salées est restée stable (35,6% contre 35,5% en 2018) (Figure 12).

Les femmes ont généralement de meilleures habitudes alimentaires que les hommes, également pendant cette période de crise : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consommer quotidiennement des fruits et des légumes, et moins nombreuses à consommer quotidiennement des boissons rafraîchissantes sucrées. Les données de l'enquête de santé 2018 ne montrent pas de différences significatives selon le sexe en termes de consommation quotidienne de collations sucrées ou salées, mais dans l'enquête actuelle, la consommation de ces produits est plus élevée chez les femmes (38,0% contre 32,8% chez les hommes).

Dans les deux enquêtes (2018 et COVID-19), le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui consomment quotidiennement des fruits et des légumes augmente avec l'âge, et la consommation de boissons sucrées est plus élevée parmi les 18-24 ans. Aussi, comme pour l'enquête de 2018, le pourcentage de personnes consommant quotidiennement des collations sucrées ou salées est également élevé chez les 18-24 ans (38,2%) et les 65 ans et plus (35,9%), mais dans l'enquête COVID-19 actuelle, ce pourcentage est également élevé chez les 35-44 ans (37,6%).

Figure 12 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui consomme quotidiennement depuis le 13 mars différents types d'aliments, deuxième enquête de santé COVID-19 et Enquête de santé 2018, Belgique 2020

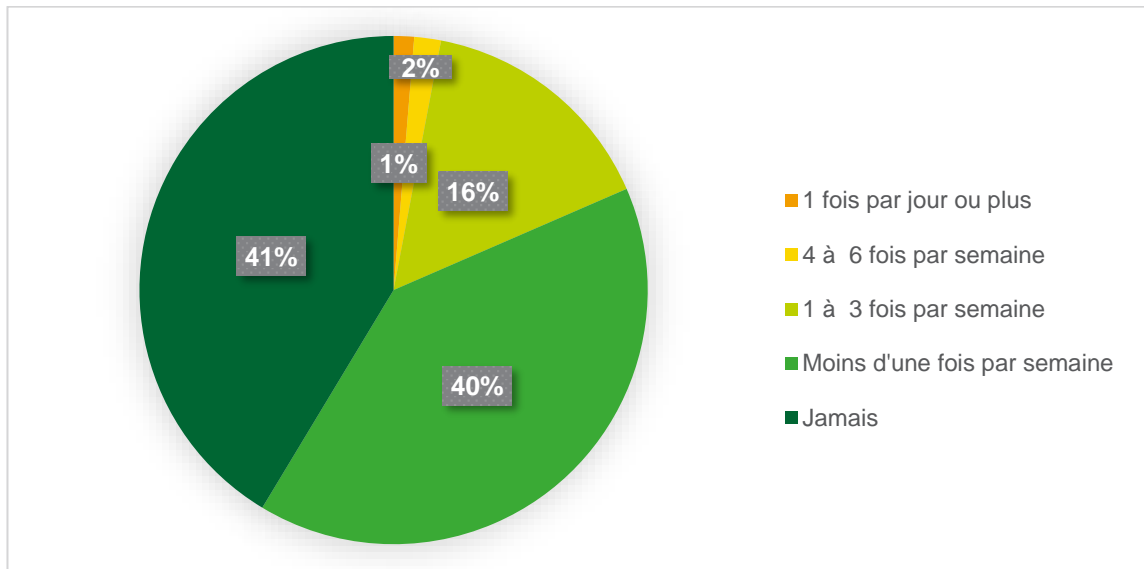


Les différences dans les habitudes alimentaires par type de ménage sont globalement conformes à celles observées dans l'enquête de santé 2018, c'est-à-dire que les personnes vivant en couple sans enfants ont généralement de meilleures habitudes alimentaires que celles vivant seules avec ou sans enfants : soit un taux significativement plus élevé de consommateurs quotidiens de fruits et de légumes, et un taux plus faible de consommateurs de boissons sucrées par rapport aux personnes vivant seules avec des enfants, et également un taux significativement plus faible de consommateurs quotidiens de collations sucrées ou salées par rapport aux personnes vivant en couple avec enfants.

Les différences observées dans les habitudes alimentaires selon le niveau d'instruction dans l'enquête actuelle sont comparables à celles observées dans l'enquête de santé 2018 sauf pour la consommation de collations sucrées ou salées : dans l'enquête actuelle, il n'y a pas de différences par niveau d'instruction, alors qu'en 2018, la prévalence était plus élevée parmi les diplômés de l'enseignement supérieur.

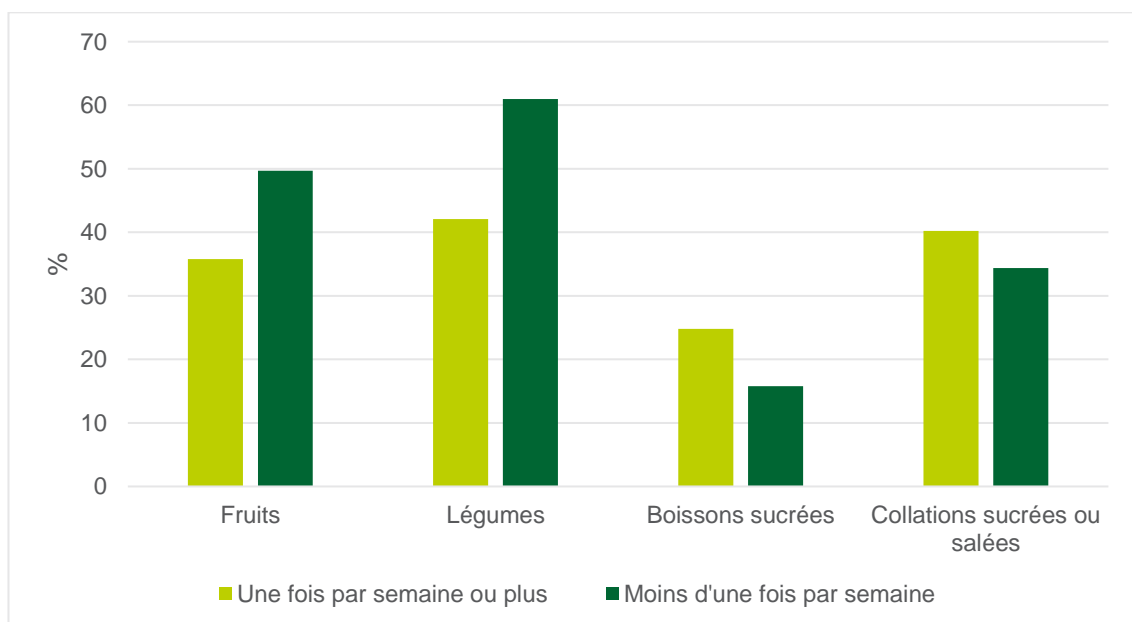
Les aliments préparés à l'extérieur de la maison sont souvent de qualité nutritionnelle plus faible et les portions sont plus importantes, d'où l'intérêt d'étudier ce phénomène. Durant la période du confinement, 41,4% de la population de 18 ans et plus indiquent ne jamais consommer des aliments préparés à l'extérieur et 40,2% le font moins d'une fois par semaine (Figure 13).

Figure 13 | Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon la fréquence de consommation d'aliments préparés à l'extérieur depuis le 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



La Figure 14 montre toutefois que les personnes qui consomment peu souvent des aliments préparés à l'extérieur (jamais ou moins d'une fois par semaine) ont des habitudes alimentaires plus saines que les personnes qui en consomment d'une manière hebdomadaire : à savoir un pourcentage plus élevé de consommateurs quotidiens de fruits et de légumes et un pourcentage plus faible de consommateurs quotidiens de boissons sucrées et de collations sucrées ou salées. Les différences au regard des habitudes alimentaires plus saines se confirment même après correction pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction : avec une consommation quotidienne significativement plus élevée de fruits (OR=1,5) et de légumes (OR=2,0), et moins élevée de collations sucrés ou salés (OR=0,6) et de boissons rafraîchissantes sucrées (OR=0,8).

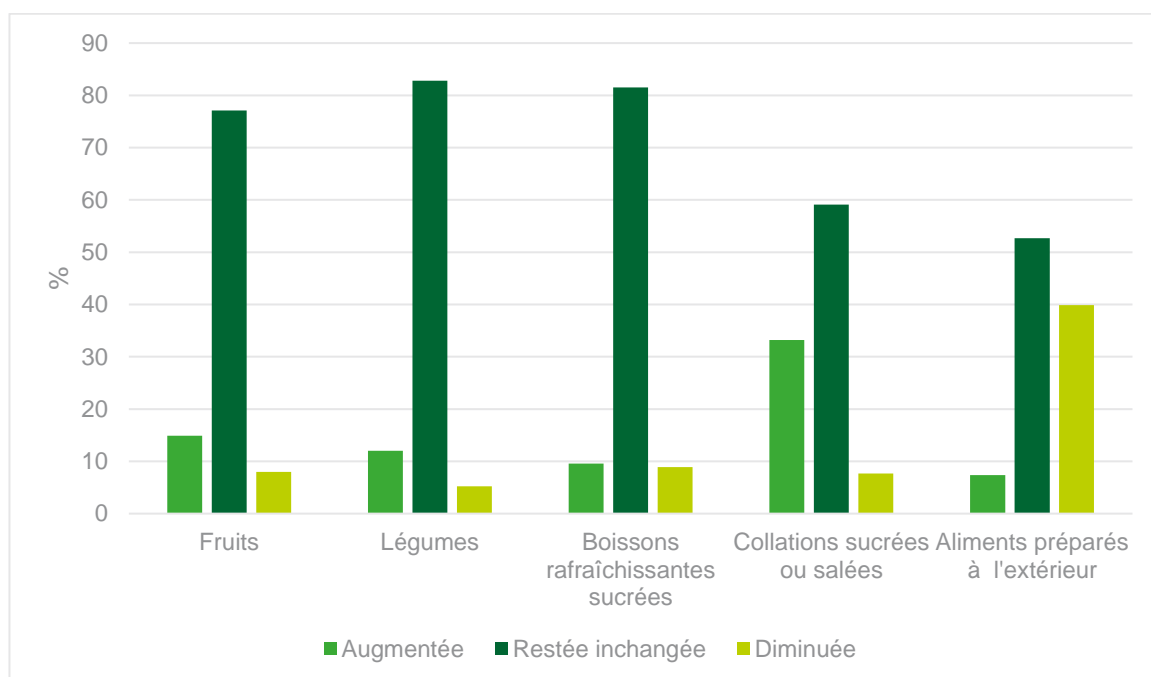
Figure 14 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui consomme quotidiennement différents types d'aliments selon la fréquence de consommation d'aliments préparés à l'extérieur, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



EVOLUTION DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALIMENTS SAINS ET MOINS SAINS

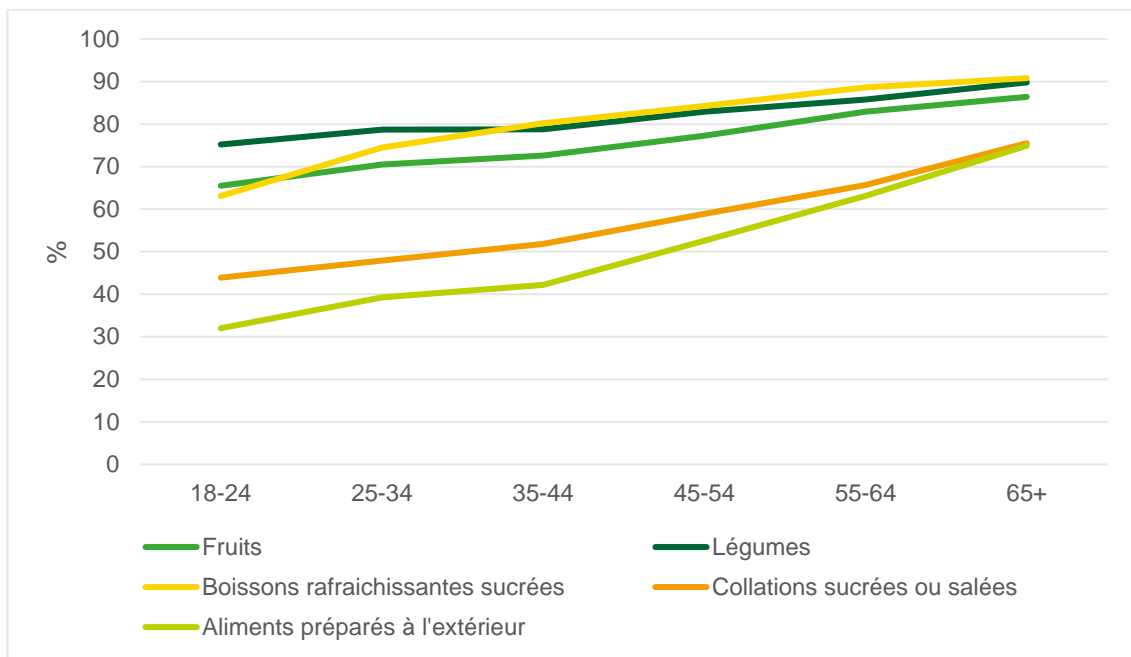
Environ 4 personnes sur 5 âgées de 18 ans et plus rapportent ne pas avoir modifié leurs habitudes alimentaires depuis le 13 mars 2020, en ce qui concerne la quantité de fruits, de légumes et de boissons sucrées consommées. Il est frappant, cependant, de constater qu'une personne sur trois indique avoir augmenté sa consommation quotidienne de collations sucrées ou salées. En outre, 40% indiquent avoir diminué leur consommation d'aliments préparés à l'extérieur, ce qui est probablement dû à la fermeture des établissements de restauration (Figure 15).

Figure 15 | Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon l'évolution rapportée de leur consommation de certains aliments depuis le 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



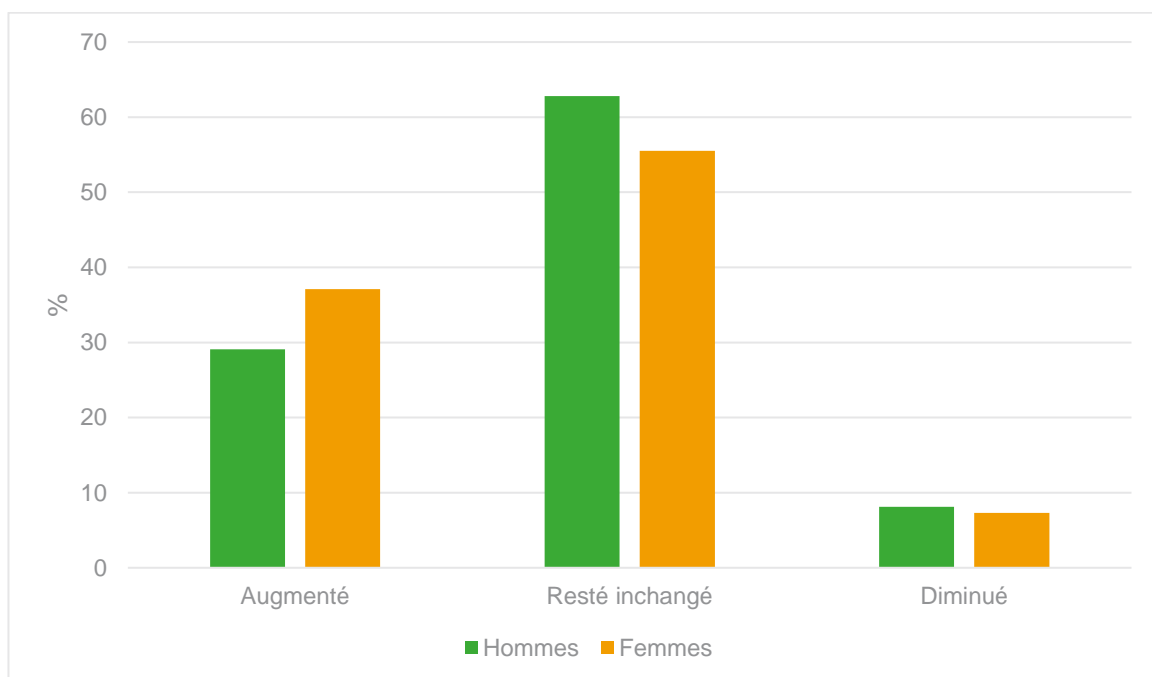
Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui n'ont pas modifié leurs habitudes alimentaires depuis le 13 mars 2020 augmente avec l'âge. Les personnes âgées sont donc plus nombreuses à ne pas avoir modifié leurs habitudes alimentaires en termes de consommation de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de collations sucrées et salées (Figure 16).

Figure 16 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) n'ayant pas modifié sa consommation de certains aliments depuis le 13 mars 2020, par âge, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



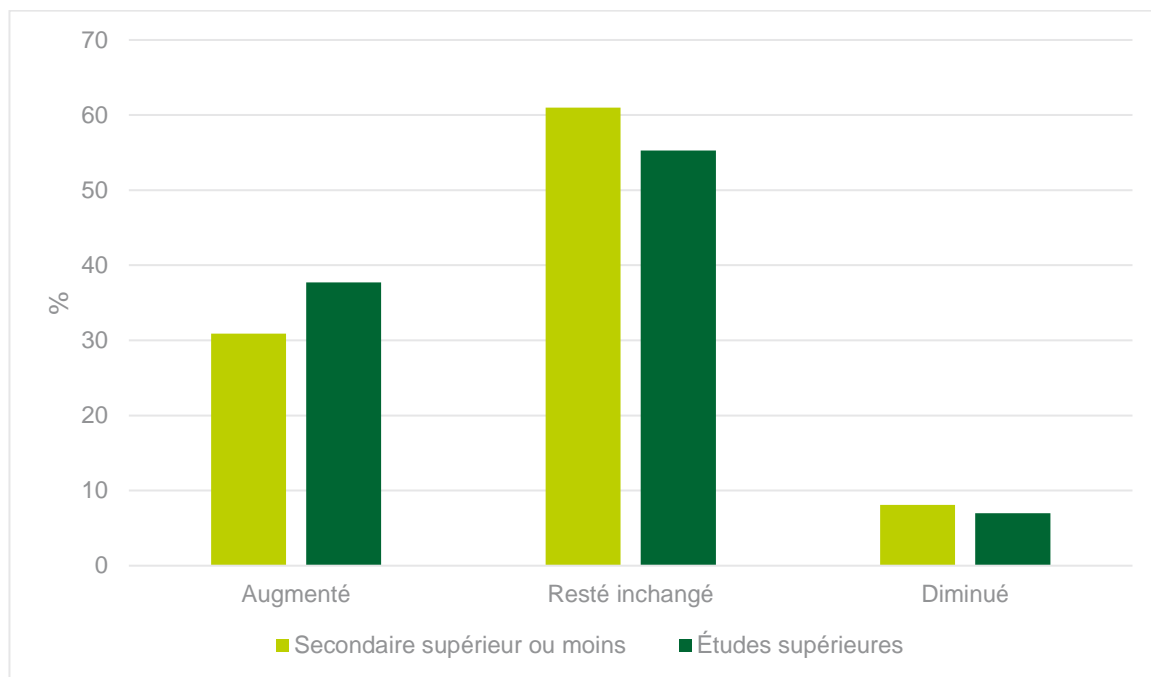
La consommation de fruits, de légumes et de boissons sucrées a évolué de la même manière chez les hommes et chez les femmes. Par contre, les femmes sont plus nombreuses à rapporter une augmentation de leur consommation de collations sucrées ou salées (37,1% contre 29,1% des hommes, ce qui représente une différence significative) (Figure 17).

Figure 17 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) ayant modifié sa consommation de collations sucrées ou salées depuis le 13 mars 2020, par sexe, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Depuis le 13 mars 2020, la consommation quotidienne de fruits, de légumes et de boissons sucrées a évolué de la même manière pour les personnes moins ou très instruites. Par contre, en ce qui concerne la consommation de collations sucrées ou salées, on observe une différence selon le niveau de l'instruction (Figure 18) : la consommation a augmenté chez un plus grand nombre de diplômés de l'enseignement supérieur (37,7%) par rapport aux personnes ayant au maximum un diplôme du secondaire (30,9%).

Figure 18 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) ayant modifié sa consommation de collations sucrées ou salées depuis le 13 mars 2020, par niveau d'instruction, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



ETAT NUTRITIONNEL

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m². Cet indicateur est associé au risque de morbidité et de mortalité. Un IMC de 25-30 augmente le risque de morbidité (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2 et certains cancers) et de décès prématuré. Un IMC égal ou supérieur à 30 augmente encore plus ces risques. Ces seuils ont été fixés pour définir respectivement le surpoids et l'obésité.

L'IMC moyen dans l'enquête de santé COVID-19 est significativement plus élevé que celui estimé dans l'enquête de santé 2018 : 26,0 contre 25,7. La figure 19 illustre les différences entre les deux enquêtes dans la distribution de la population selon les catégories de l'IMC. Entre 2018 et 2020, on s'aperçoit qu'il y a un glissement de proportion depuis la catégorie de poids normal (IMC 18,5-24,9 en diminution) vers la catégorie de surpoids (IMC 25,0-29,9) mais aussi depuis la catégorie de surpoids vers celle de l'obésité (IMC ≥ 30,0 en augmentation), ce qui donne comme résultat que le pourcentage de personnes en surpoids est resté "stable". Le taux d'obésité a en effet augmenté de manière significative, passant de 15,9% dans l'enquête de 2018 à 19,0% dans l'enquête de santé COVID-19.

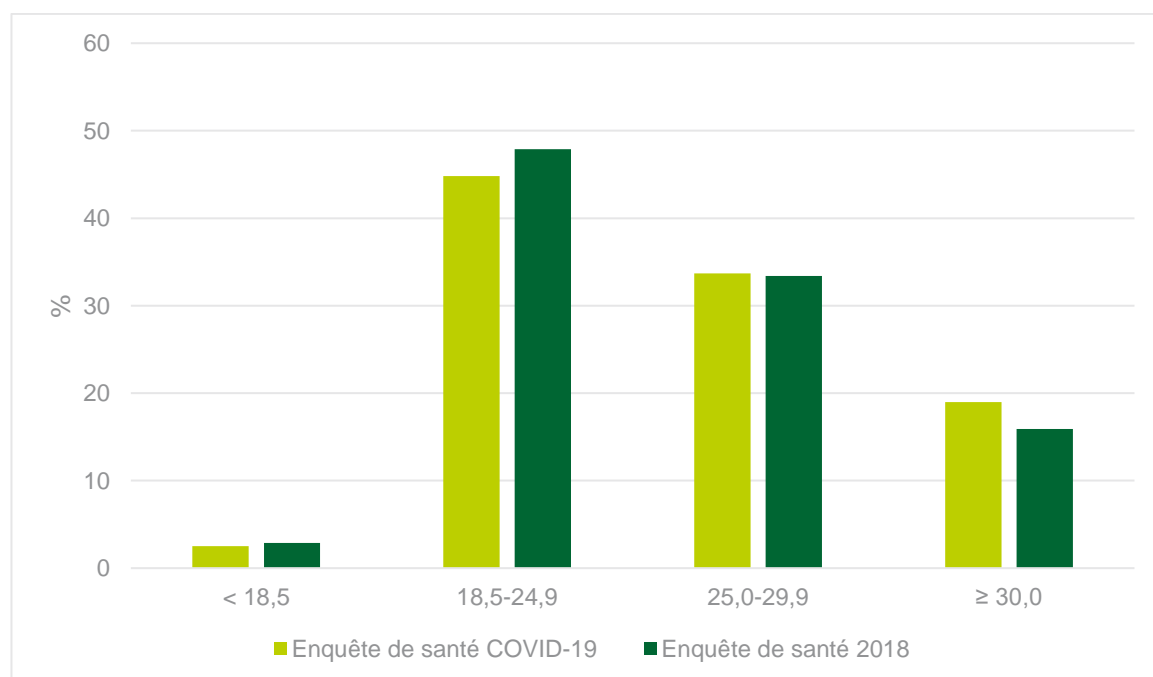
Le questionnaire des deux enquêtes se base sur des informations sur le poids et la taille rapportées par répondants eux-mêmes. En général, à cause de la désirabilité sociale, les participants ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids, menant ainsi à une sous-estimation de leur IMC réel

et donc également une sous-estimation du taux d'obésité. Ce phénomène est plus important lorsque l'information est collectée par interview avec un enquêteur, comme c'est le cas dans l'enquête de santé 2018. Ceci pourrait en partie expliquer le taux plus élevée d'obésité obtenu dans l'enquête actuelle, puisqu'on y répond seul, en ligne. D'autre part, les changements constatés dans le mode de vie en cette période de restrictions joue sans doute aussi un rôle important.

La distribution du surpoids (BMI $\geq 25,0$) et de l'obésité (BMI $\geq 30,0$) selon les variables sociodémographiques dans l'enquête actuelle est comparable à celle de l'enquête de santé 2018 : la prévalence du surpoids est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (en termes d'obésité, il n'y a pas de différences selon le sexe), elle augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans et elle plus élevée chez les personnes ayant tout au plus un diplôme d'études secondaires par rapport aux diplômés de l'enseignement supérieur.

Le pourcentage de personnes obèses est plus élevé parmi les hommes qui restent assis ou couchés pendant 8 heures ou plus par jour (22,5% versus 18,0% chez les hommes qui restent assis ou couchés pendant moins que 8 heures par jour). Il en va de même pour les femmes : 20,4% contre 17,4% (Figure 20). Même après ajustement pour l'âge, le sexe, et le niveau d'instruction, les personnes qui restent assis ou couchés pendant 8 heures ou plus par jour ont 1,5 fois plus de chances d'être obèses.

Figure 19 | Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon les catégories de l'Indice de Masse Corporelle, deuxième enquête de santé COVID-19 et Enquête de santé 2018, Belgique 2020



En outre, le taux d'obésité est moins élevé parmi les hommes (18,2%) et les femmes (16,7%) qui n'ont pas modifié leur consommation de collations sucrées ou salées depuis le 13 mars 2020 en comparaison aux personnes qui ont augmenté ou diminué leur consommation de ces aliments (Figure 21). Cette différence se maintient après ajustement pour l'âge, le sexe, et le niveau d'instruction, avec 50% plus de chance d'être obèse pour les personnes qui ont augmenté leur consommation de collations, et 40% plus de chances d'être obèse pour celles qui ont diminué leur consommation de collations.

Figure 20 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui souffre d'obésité selon le nombre d'heures resté assis ou couché par jour depuis le 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

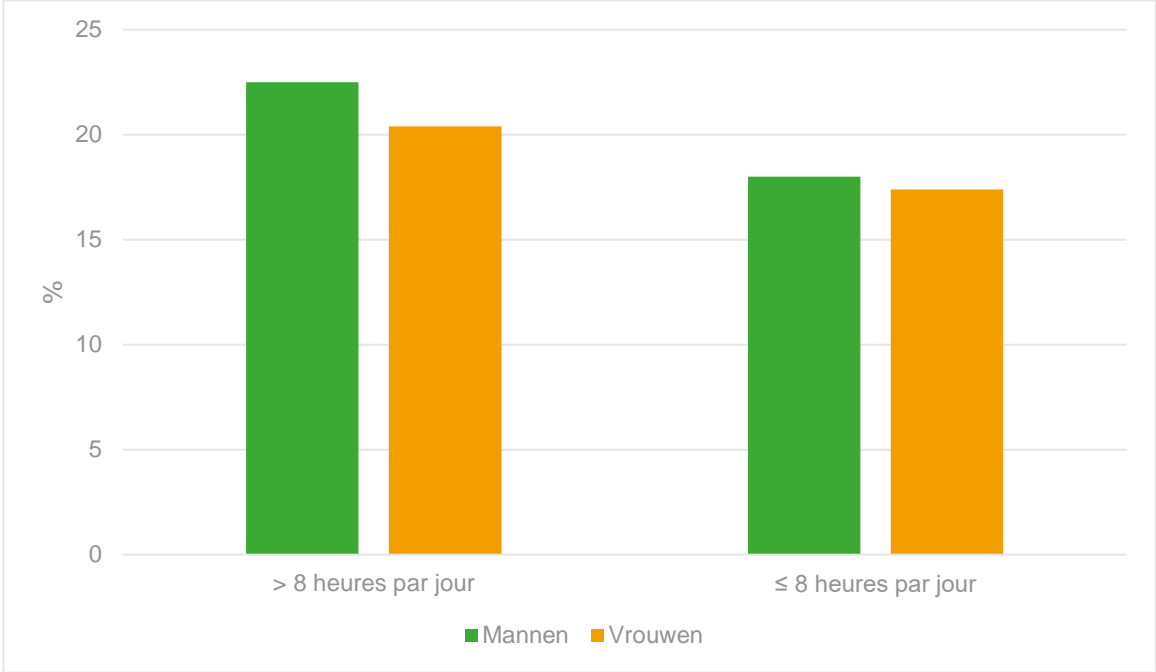
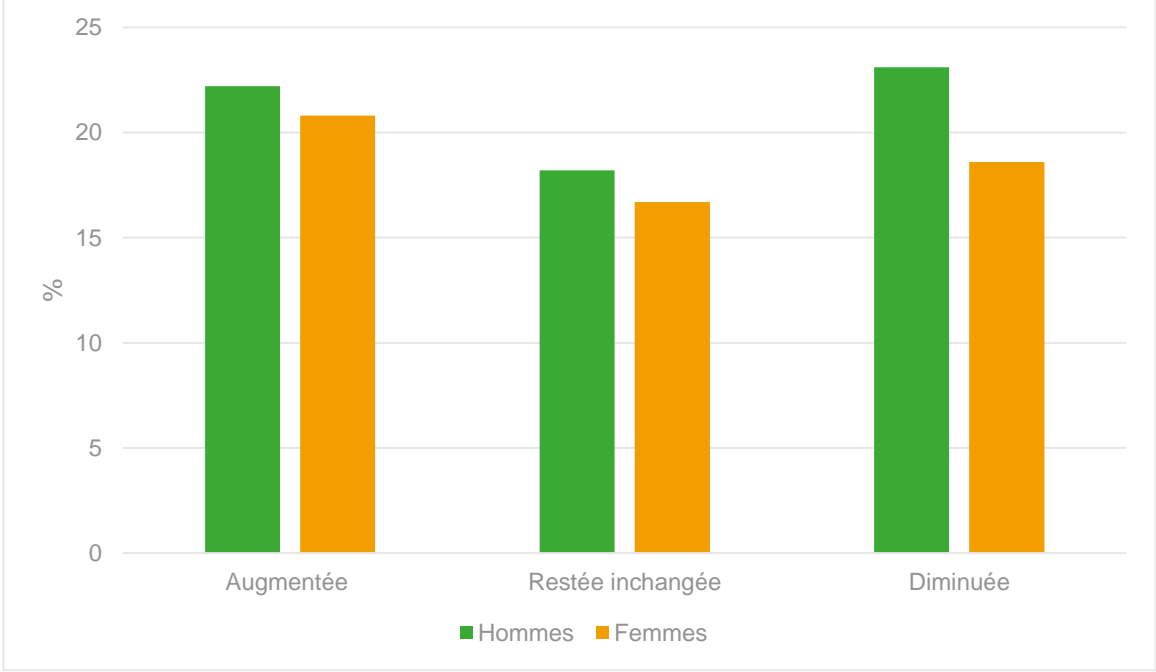


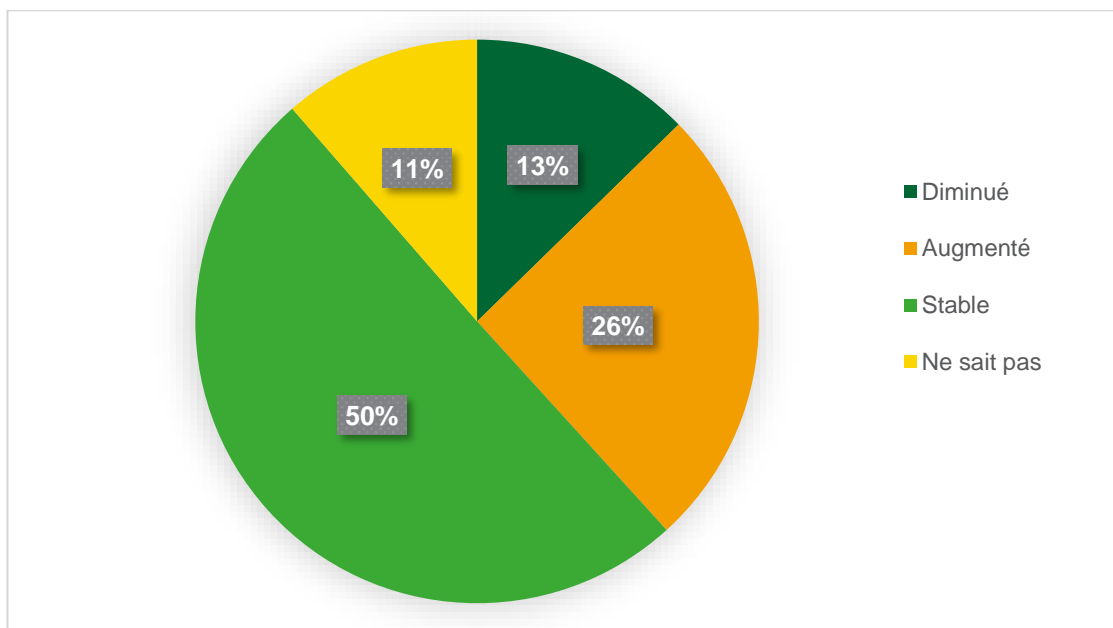
Figure 21 | Pourcentage de la population (de 18 ans et plus) qui souffre d'obésité selon l'évolution de leur consommation de collations sucrées et salées depuis le 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



EVOLUTION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Nous avons déjà observé que la prévalence de l'obésité était significativement plus élevée dans l'enquête de santé COVID-19 que dans celle de 2018. Ce résultat est cohérent par rapport à ce que les personnes rapportent ici : en effet, un quart des personnes de 18 ans et plus déclare avoir pris du poids depuis le 13 mars 2020 (25,6%), la moitié indique que son poids est resté stable (50,6%) et un peu plus d'une personne sur dix (12,7%) indique avoir perdu du poids (Figure 22). Il n'y a pas de différences significatives entre les personnes qui ont pris du poids et celles ayant un poids stable en termes de changement d'habitudes alimentaires et d'activité physique.

Figure 22 | Distribution de la population (de 18 ans et plus) selon l'évolution dans leur poids depuis le 13 mars 2020, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Le pourcentage de personnes de 18 ans et plus qui indiquent que leur poids a augmenté est plus élevé chez les femmes (28,2 contre 22,8% des hommes), les 35-54 ans (29,0 à 29,4%), et les personnes vivant seules avec un enfant (33,9%).

8. Consommation d'alcool, de tabac, de sédatifs et de drogues

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Parmi ces consommateurs d'alcool dans les enquêtes de santé COVID-19, 23% indiquent boire moins depuis les mesures de restriction et 20% disent consommer davantage. Ces mesures de confinement ont donc plutôt pour effet global de diminuer la consommation d'alcool au sein de la population, surtout parmi les plus jeunes (18-24 ans).
- L'enquête COVID-19 compte 22% de fumeurs, et parmi ceux-ci 37% disent avoir augmenté leur consommation de tabac alors que 16% seulement l'ont diminuée. L'augmentation tabagique est plus fréquente parmi les personnes de 25 à 34 ans (46%).
- La prise de médicaments sédatifs concerne 18% des participants de l'enquête COVID-19, dont 29% des utilisateurs disent en prendre davantage depuis les mesures restrictives. Plus de la moitié (53%) des jeunes de 18-24 ans qui utilisent des sédatifs disent en avoir augmenté l'usage. La proportion de ceux qui prennent plus de sédatifs qu'auparavant baisse avec l'âge, mais reste néanmoins élevée, même chez les aînés (19% des 65 ans et plus).
- Environ 4% des participants utilisent des drogues, et la plupart des usagers (44%) a continué à en consommer comme avant la crise. La proportion qui dit avoir diminué sa consommation (31,7%) est toutefois supérieure à la proportion qui dit l'avoir augmentée (24,2%). Comme pour l'alcool, les mesures de restriction sociale jouent en faveur d'une baisse globale de la consommation de stupéfiants, surtout parmi les plus jeunes (18-24 ans).

Les enquêtes de santé COVID-19 (du 2-9 avril et du 16-23 avril) liées aux conséquences de la crise du coronavirus ont inclus des questions sur les changements éventuels à l'égard de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. La deuxième enquête COVID-19 (du 16-23 avril) a ajouté une question concernant les changements éventuels dans l'utilisation des sédatifs, c'est-à-dire des tranquillisants et/ou somnifères.

À la question : « depuis le 13 mars 2020, avez-vous modifié votre consommation des produits suivants ? », les possibilités de réponse étaient (pour l'alcool, le tabac, les sédatifs et les drogues) :

- Je n'en consomme pas
- J'ai (re)commencé à en consommer
- J'ai augmenté ma consommation
- J'ai diminué ma consommation
- Ma consommation est restée stable
- J'ai arrêté d'en consommer depuis ce moment.

Les indicateurs construits à partir de ces questions évaluent en premier lieu la proportion de consommateurs de ces produits au sein de l'échantillon, un résultat que l'on confronte aux données populationnelles obtenues sur base de l'enquête de santé de 2018. Ils montrent ensuite, parmi les consommateurs de ces produits, ceux qui ont augmenté, diminué ou gardé le même niveau de consommation avant et après la mise en place des mesures de restrictions sociales. Les données des deux enquêtes de santé COVID-19, qui ont eu lieu à environ deux à trois semaines d'intervalle, ont d'abord été rapportées individuellement afin d'évaluer l'évolution au cours du temps. Elles ont ensuite été agrégées lorsque les analyses portaient sur les sous-groupes de population les plus à même de diminuer ou augmenter leur consommation d'alcool, de tabac, de drogues ou de sédatifs pendant la période de restrictions.

PROPORTION DE CONSOMMATEURS

Tableau 2 | Pourcentage de la population (de 18 ans ou plus) qui consomme de l'alcool, du tabac, des sédatifs ou des drogues illicites, par enquête, HIS 2018 – Enquêtes COVID-19, Belgique 2020

Produits	HIS 2018 (%)	1 ^{re} enquête (%)	2 ^{ème} enquête (%)	Total enquêtes COVID-19 (%)
Alcool	77,4* / 68,9*	67,6	72,1	70,2
Tabac	19,8	21,8	22,1	21,9
Sédatifs	12,7	-	18,2	18,2
Drogues (18-64 ans)	5,4	4,7	5,5	5,1

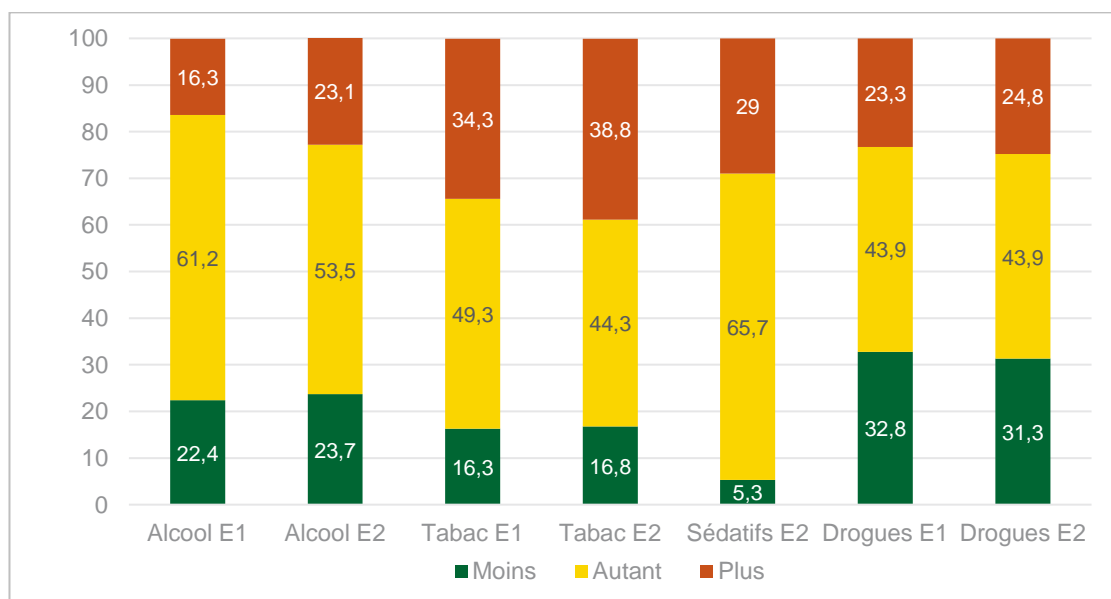
* Consommation au cours des 12 dernier mois (%) / consommation au moins une fois par mois (%)

- Durant l'application des mesures pour ralentir la propagation de l'épidémie de coronavirus, 70,2% des participants buvaient des boissons alcoolisées, 21,9% étaient fumeurs, 17,6% prenaient des somnifères ou des tranquillisants et 5,1% (de 18 à 64 ans) consommaient des substances illégales (soit 4,0% des 18 ans et plus).
- Comparé aux données provenant de l'enquête de santé de 2018, l'enquête COVID-19 recense un peu moins de consommateurs d'alcool et de drogues, et un peu plus de personnes qui fument le tabac et prennent des sédatifs. Notons que la proportion de consommateurs d'alcool dans les enquêtes COVID-19 (70,2%) est comparable à la proportion de celles de l'enquête de santé 2018 qui boivent des boissons alcoolisées au moins une fois par mois (68,9%).
- Si l'on compare les résultats de la seconde enquête COVID-19 à la première, on constate que la proportion de consommateurs d'alcool a augmenté (Tableau 2).

CHANGEMENTS DANS LES HABITUDES DE CONSOMMATION

Parmi les personnes qui consomment ces différents produits, la majorité déclare ne pas avoir changé sa consommation depuis la période de restrictions. Ainsi, selon le produit, entre 43,9% et 65,7% des utilisateurs n'auraient pas modifié leurs habitudes de consommation depuis le 13 mars 2020.

Figure 23 | Proportion de consommateurs d'alcool, de tabac, de sédatifs et de drogues (de 18 ans ou plus) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation de ces produits pendant la période de restrictions, Enquêtes de santé COVID-19 (E1 et E2), Belgique 2020



- Globalement donc, les restrictions sociales ont donc eu peu d'impact sur la consommation d'alcool des personnes qui en boivent, avec un équilibre relatif entre celles qui déclarent avoir augmenté (16,3% en E1 à 23,1% en E2) et celles qui déclarent avoir diminué (22,4% en E1 à 23,7% en E2) leur consommation.
- La proportion de personnes ayant augmenté leur usage tabagique est quant à elle plus importante que pour les autres produits. Ici plus d'un tiers (34,3% et 38,8%) dit fumer davantage depuis le confinement contre environ 16% qui déclare avoir diminué.
- Si l'utilisation de tranquillisants/somnifères est très largement restée inchangée (65,7%), peu disent en avoir diminué l'usage (5,3%) par rapport à la proportion qui déclare l'avoir augmenté (29,0%).
- La consommation de drogues illicites parmi les usagers a, quant à elle, plus communément diminué (32,8% et 31,3%) qu'augmenté (23,3% et 24,8%) au cours de cette période.

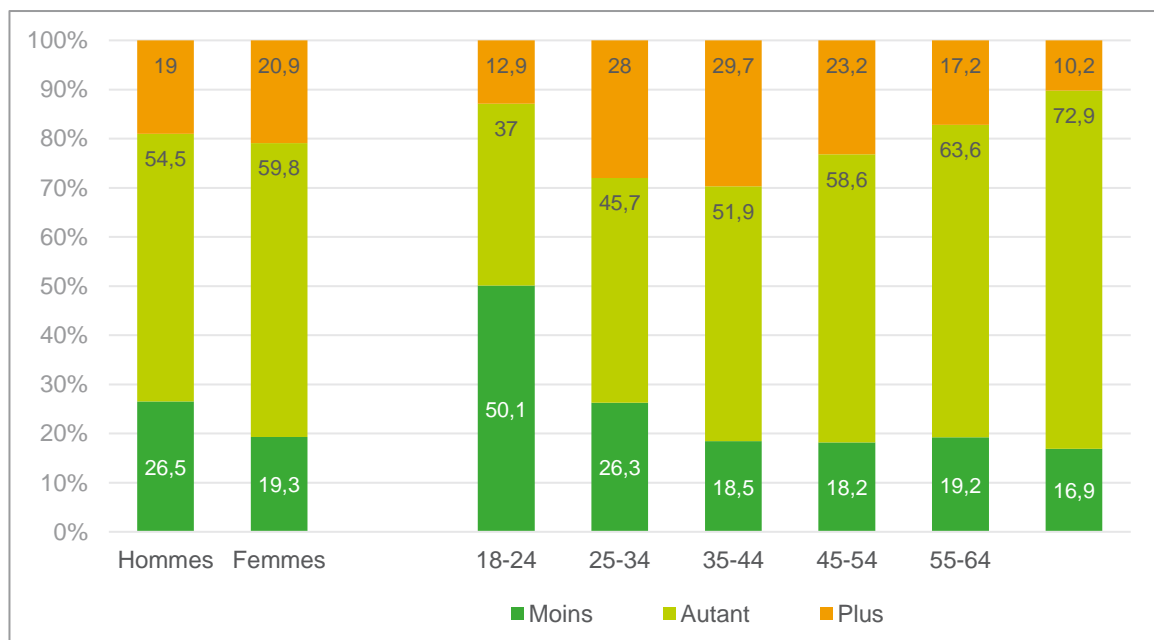
DISTRIBUTION PAR ÂGE, SEXE ET ÉDUCATION

Les analyses en fonction des caractéristiques sociodémographiques des consommateurs sont appliquées à l'ensemble des répondants aux deux enquêtes, vu la similitude des résultats observés entre E1 et E2 (Figure 23).

Alcool

En matière de changement déclaré dans la consommation d'alcool, la figure 24 montre que 19,0% des hommes et 20,9% des femmes ont augmenté leur consommation. Les hommes sont aussi proportionnellement plus nombreux (26,5%) que les femmes (19,3%) à avoir diminué leur consommation. Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge.

Figure 24 | Proportion de consommateurs d'alcool (de 18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation pendant la période de restrictions, selon le sexe et l'âge, Enquêtes de santé COVID-19 (E1 et E2 ensemble), Belgique 2020



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

- Premièrement, la moitié des plus jeunes (50,1% des 18-24 ans) a déclaré avoir diminué sa consommation d'alcool tandis que peu disent l'avoir augmentée (12,9%). Passé l'âge de 35 ans, la proportion de ceux ayant diminué leur consommation d'alcool ne dépasse pas 20% quel que soit le groupe d'âge.
- Deuxièmement, les personnes ayant augmenté leur consommation d'alcool sont plus nombreuses parmi les 25-44 ans (environ 30% de cet âge), et cette proportion diminue avec l'âge (10% de 65 ans et plus).

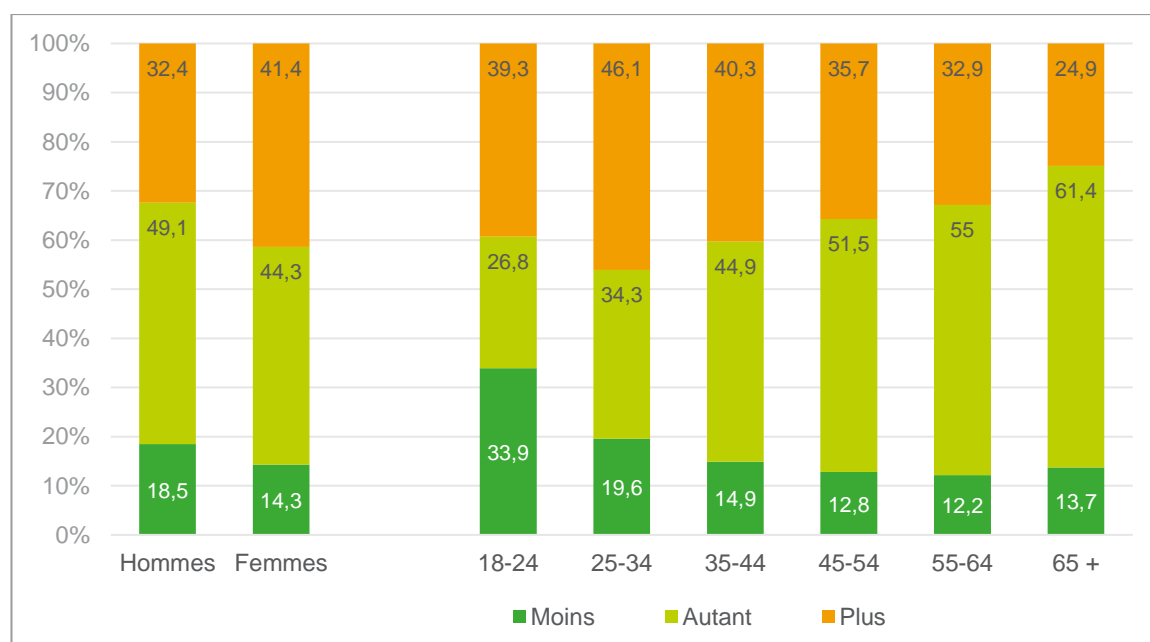
Le niveau d'éducation montre également des différences significatives après ajustement pour l'âge et le sexe :

- L'augmentation de la consommation d'alcool est plus fréquemment rapportée parmi les diplômés de l'enseignement supérieur (23,7% pour 17,6% des moins instruits) ;
- Et la diminution d'alcool est plus fréquemment rapportée parmi les moins instruits (25,7% pour 20,4% des diplômés du supérieur).

Tabac

En ce qui concerne les comportements tabagiques, les tendances sont moins favorables, du point de vue de la santé publique, que pour la consommation d'alcool. Au total, 16,5% des fumeurs disent avoir diminué leur usage du tabac, 46,8% n'ont rien changé et 36,6% fument plus qu'avant les mesures de restriction. Si deux tiers des hommes déclarent avoir maintenu (49,1%) et diminué (18,5%) l'usage du tabac, moins de femmes sont dans ce cas, puisque 44,3% déclarent fumer autant et 14,3% disent fumer moins (Figure 25). En d'autres termes, 41,4% des femmes qui fumaient ont augmenté leur consommation de tabac contre 32,4% des hommes. Ces différences entre les hommes et les femmes sont significatives après standardisation pour l'âge.

Figure 25 | Proportion de fumeurs (de 18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation pendant la période de restrictions, selon le sexe et l'âge, Enquêtes de santé COVID-19 (E1 et E2 ensemble), Belgique 2020



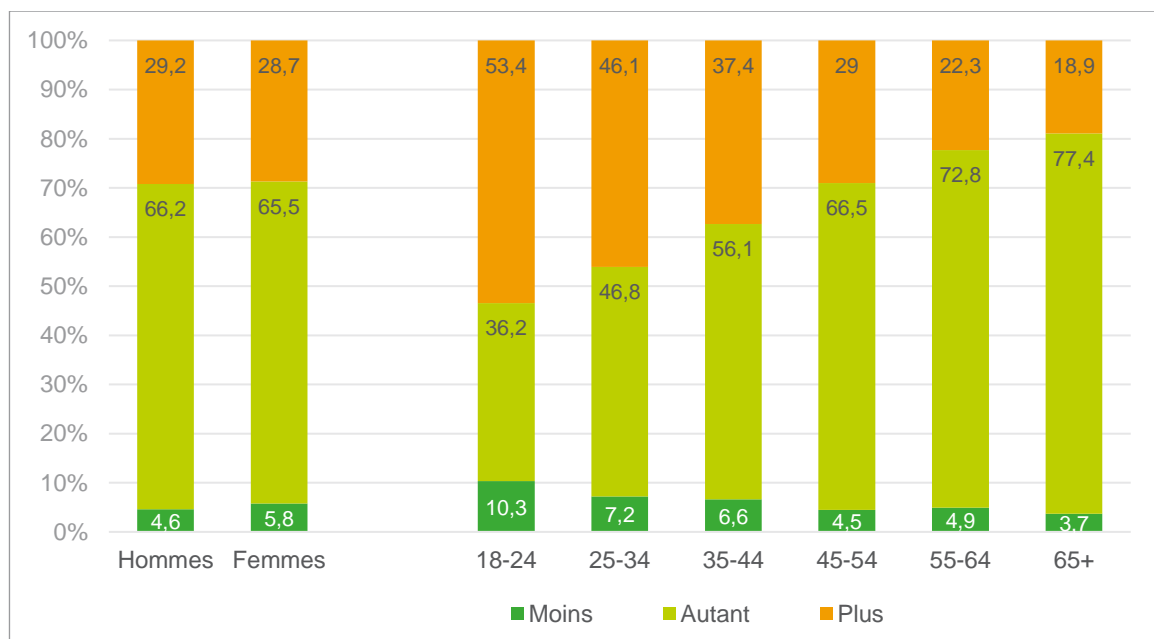
L'analyse par groupes socio-démographiques permet de dégager plusieurs tendances :

- Plus on avance en âge, moins les habitudes tabagiques paraissent être influencées par la crise actuelle. Ainsi, un peu plus d'un jeune sur quatre (26,8% des 18-24 ans) n'a pas changé sa consommation de tabac et cette proportion augmente par tranche d'âge pour atteindre 61,4% des personnes de 65 ans et plus.
- Deuxième constat : les jeunes de 18-24 ans sont aussi de loin les plus nombreux (33,9%) à avoir diminué leur consommation tabagique (moins de 20% dans les autres groupes d'âge, différences significatives après standardisation pour le sexe).
- Enfin, c'est parmi les personnes de 25 à 34 ans que l'on trouve le plus grand nombre ayant augmenté l'usage du tabac (46,1%), une proportion qui n'est pourtant pas statistiquement différente de celle à 18-24 ans (39,3%) après standardisation pour le sexe ; la proportion de personnes qui dit fumer davantage diminue significativement avec l'âge jusqu'à ne plus concerner qu'un fumeur sur quatre de 65 ans et plus.
- Le niveau d'éducation a une influence sur l'évolution tabagique rapportée, avec des différences significatives après standardisation pour l'âge et le sexe. On trouve, parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, plus de fumeurs ayant diminué leur consommation de tabac (19,7% contre 15,6%) et moins de fumeurs ayant augmenté leur consommation (34,3% contre 37,3%) que parmi les moins diplômés.

Sédatifs

La proportion de personnes utilisant des tranquillisants ou des somnifères est plus élevée (18,2%) que lors de l'enquête de santé de 2018 (où 12,7% déclarent en avoir pris lors des 2 dernières semaines). En outre, parmi ces utilisateurs de l'enquête de santé COVID-19, 28,9% déclarent avoir augmenté leur consommation de sédatifs, en contrepartie de seulement 5,3% qui disent l'avoir diminuée.

Figure 26 | Proportion des consommateurs de sédatifs (de 18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur utilisation de sédatifs pendant la période de restrictions, selon le sexe et l'âge, deuxième enquête de santé COVID-19 (E2 uniquement), Belgique 2020



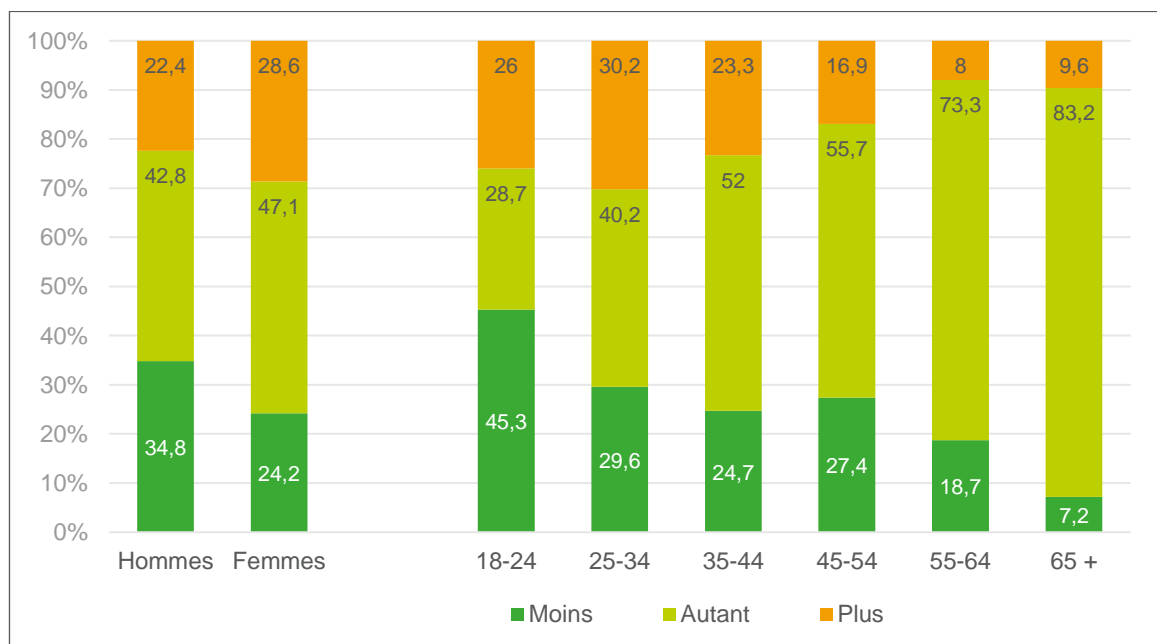
Les résultats par groupes socio-démographiques révèlent que :

- Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en matière de changement dans l'utilisation des sédatifs au moment de l'introduction des mesures de restriction (Figure 26).
- Par contre, un gradient apparaît clairement en fonction de l'âge. Plus de la moitié des jeunes (53,4% des 18-24 ans) disent avoir augmenté le recours aux tranquillisants ou somnifères ; cette proportion diminue ensuite progressivement avec l'âge pour atteindre 18,9% chez les 65 ans et plus. Les différences entre les plus jeunes et les autres groupes d'âge sont significatives après standardisation pour le sexe.
- La part des personnes qui diminuent leur consommation est assez faible : elle est tout au plus de 10,3% parmi les 18-24 ans, et baisse progressivement jusqu'à 3,7% des personnes de 65 ans et plus.
- On n'observe pas de différence significative en fonction du niveau d'éducation.

Drogues

L'usage des drogues, tous types confondus, a été rapporté par 4,0% des personnes âgées de 18 ans et plus en tenant compte des deux enquêtes pris ensemble. Parmi les usagers, 44,1% ont continué à consommer comme avant les mesures de restriction. La proportion des usagers qui disent avoir diminué leur consommation (31,7%) est supérieure à la proportion de ceux qui disent l'avoir augmentée (24,2%).

Figure 27 | Proportion de consommateurs de drogues (de 18 ans ou plus) qui ont déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur usage pendant la période de restrictions, selon le sexe et l'âge, Enquêtes de santé COVID-19 (E1 et E2 ensemble), Belgique 2020



Les résultats en fonction des caractéristiques sociodémographiques montrent que :

- Les femmes qui consomment des drogues sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à indiquer qu'elles ont augmenté leur usage en période de restrictions (respectivement 28,6% et 22,4%, $p=0,06$) (Figure 27). Elles sont surtout moins nombreuses que les hommes (24,2% versus 34,8%) à déclarer qu'elles en consomment moins qu'avant. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge.

- Avec les mesures de restrictions, les jeunes de 18-24 ans sont les plus nombreux à avoir diminué leur consommation de drogues (45,3%, différences significatives après standardisation pour le sexe). Cependant, un nombre non négligeable de jeunes a aussi augmenté sa consommation (26,0%).
- Entre 25 et 44 ans, la part de ceux qui augmentent et de ceux qui diminuent leur consommation de drogues au cours de cette période de restrictions s'équilibrent : environ 30% chez les 25-34 ans et 24% chez les 35-44 ans (Figure 27).
- Passé 45 ans, on observe plutôt une tendance à la baisse ou à la stabilité de la consommation de drogues pendant la période de restrictions.
- Le niveau d'enseignement différencie les groupes qui ont augmenté leur usage des drogues depuis la crise : ils sont 18,6% parmi les diplômés du supérieur et 26,4% parmi les moins instruits, une différence statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe).

9. Violence domestique

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Parmi les participants à l'enquête de santé COVID-19 qui ne vivent pas seuls, 4% ont indiqué avoir été victimes de violence à la maison, parmi lesquels on compte 1,6% qui rapportent plus de violence qu'auparavant. En d'autres termes, parmi les victimes, 2 sur 5 disent avoir subi une violence accrue au cours de cette période de restrictions.

VICTIMES DE VIOLENCE DOMESTIQUE

À la question « depuis le 13 mars 2020, avez-vous subi des violences verbales/psychiques (par exemple des insultes, des moqueries, des humiliations), physiques (par exemple être battu, secoué) ou sexuelles (par exemple des actes sexuels forcés, un viol) au sein de votre famille ? » et les possibilités de réponse : 1) Non, et jamais auparavant ; 2) Non, mais cela s'est déjà produit avant ; 3) Oui, mais moins souvent qu'auparavant ; 4) Oui, autant qu'auparavant ; et 5) Oui, et plus souvent qu'auparavant, 4,0% des participants (les personnes vivant seules chez elles sont exclues ici) ont rapporté avoir vécu de la violence à la maison (incluant les 1,6% ayant dit avoir subi plus de violence qu'auparavant). Cette proportion est plus élevée que ce qui était ressorti de l'enquête de santé de 2018. En comparaison, le pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus ne vivant pas seule (les personnes isolées ont été exclues de cette analyse) qui rapportait être victime de violence intrafamiliale était de 0,7%*. Cette différence de prévalence entre les deux enquêtes est significative. La proportion de victimes est donc presque 6 fois plus élevée pendant la période de restrictions.

Le pourcentage ayant rapporté de la violence domestique est légèrement plus élevé chez les femmes, mais la différence avec les hommes n'est pas significative. Les jeunes de 18 à 24 ans sont les plus nombreux (7,3%) à rapporter avoir été victime de violence à la maison.

La grande majorité des victimes de violence domestique ont indiqué qu'il s'agissait de violence verbale ou psychologique (93,6%), mais 16,6% des victimes ont également subi des violences physiques (y compris sexuelles dans certains cas).

* Dans l'enquête de santé de 2018, la violence domestique avait également été examinée, mais la question était différente de celle de l'enquête de santé COVID-19. Dans l'enquête de 2018, il était demandé aux victimes de violence qui était l'auteur de la violence, soit : un ou des inconnu(s), collègue(s), connaissance(s), ami(s), (ex-)partenaire, parent(s), (plus) enfant(s), ou membre(s) de la

famille. Dans l'enquête COVID-19, les personnes étaient directement invitées à dire si elles avaient subi des violences verbales, psychiques, physiques ou sexuelles au sein de la famille. En outre, il convient également de noter que l'enquête de 2018 est une enquête au niveau des ménages. L'enquête COVID-19 est une enquête en ligne au niveau individuel.

10. Santé sociale

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux a augmenté par rapport à la première enquête de santé COVID-19 (58% contre 62%), mais la qualité perçue du soutien social est restée relativement stable (30,5% contre 32% de personnes qui se sentent peu soutenues).
- Les hommes, les jeunes et les personnes invalides sont plus insatisfaits de leurs contacts sociaux en cette période de crise.
- Le pourcentage de personnes qui se sentent peu soutenues par leur entourage est plus élevé chez les hommes, les personnes avec un niveau d'éducation peu élevé, les personnes à faibles revenus, les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s), les personnes invalides, les personnes sans emploi et les chômeurs techniques temporaires en raison de la crise.

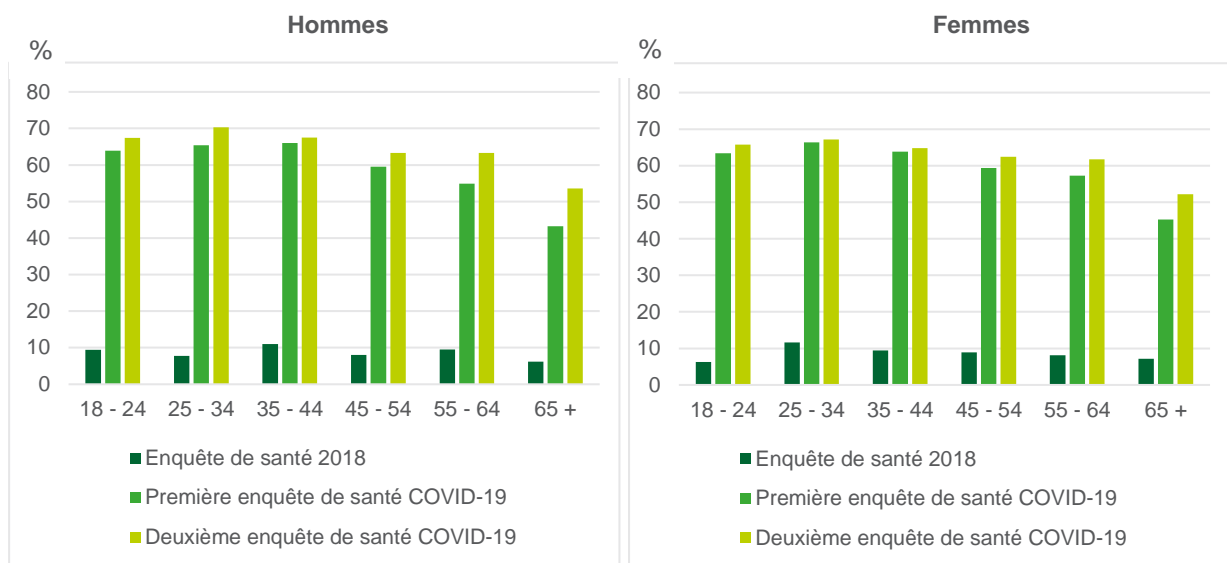
INSATISFACTION À L'ÉGARD DES CONTACTS SOCIAUX

Certaines questions relatives à la santé sociale ont été abordées dans les deux enquêtes de santé COVID-19. De cette manière, l'évolution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux peut être étudiée, entre autres choses. Les résultats de la deuxième enquête de santé COVID-19 montrent que 62% des participants étaient insatisfaits de leurs contacts sociaux lors des deux dernières semaines. Ce pourcentage a augmenté par rapport à la première enquête, où 58% des participants ont indiqué être insatisfaits de leurs contacts sociaux. De plus, en temps "normal", seuls 9% de la population de 18 ans et plus sont insatisfaits de leurs contacts sociaux, si l'on se base sur les données de l'enquête de santé 2018 (Figure 28).

Les résultats de la deuxième enquête de santé COVID-19 montrent également des différences selon le sexe et l'âge :

- Les hommes sont plus souvent insatisfaits de leurs contacts sociaux (63,5%) que les femmes (61%). Dans la première enquête de santé COVID-19, aucun effet de genre n'avait été observé dans le degré d'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux (hommes et femmes : 58%).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux est la plus faible chez les plus de 65 ans (53%) et la plus élevée chez les 25-34 ans (69%). Cependant, la différence entre les groupes d'âge les plus âgés et les plus jeunes est moins prononcée que dans la première enquête de santé COVID-19, car l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux a surtout augmenté dans les groupes d'âge les plus âgés (55-64 ans : + 6% ; personnes de plus de 65 ans : + 9%) par rapport à la première enquête de santé COVID-19.

Figure 28 | Pourcentage de personnes insatisfaites de leurs contacts sociaux, selon l'âge et le sexe, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



En outre, les résultats de la deuxième enquête de santé COVID-19 montrent que l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie selon le statut professionnel :

- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux (72%) que les personnes avec un emploi rémunéré (éventuellement temporairement interrompu), les demandeurs d'emploi et les pensionnés (pourcentages variant entre 55% et 67%). Ces différences sont statistiquement significatives après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.

Dans la deuxième enquête de santé COVID-19, aucune différence significative n'est observée pour les autres caractéristiques socio-économiques (niveau d'éducation, revenu, type de ménage...).

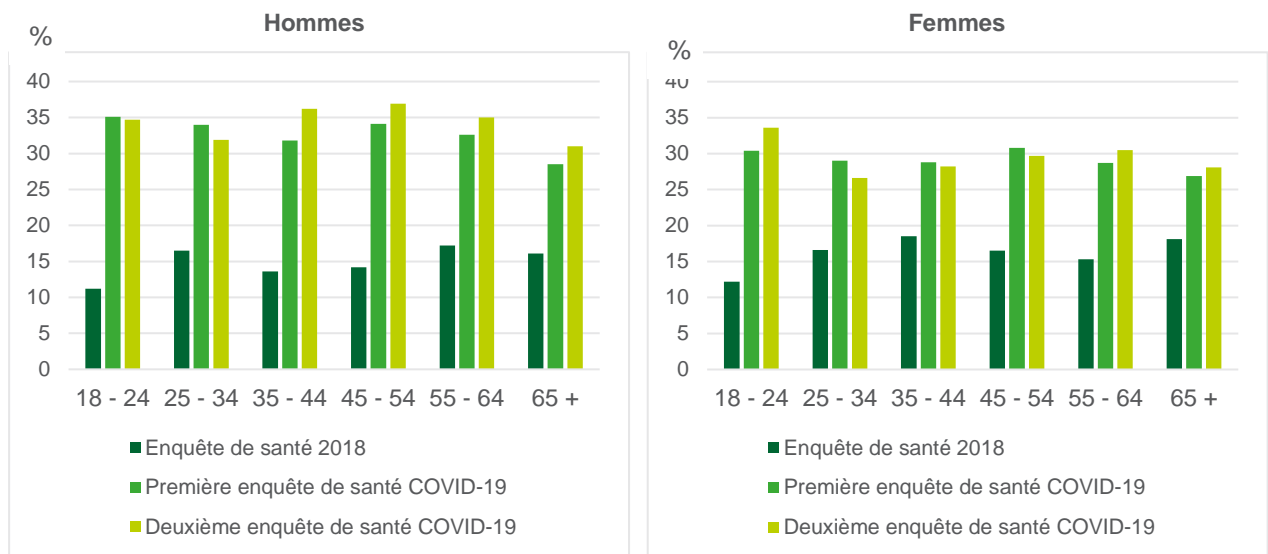
QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de la deuxième enquête COVID-19 montrent que 32% des participants se sentent peu soutenus socialement. Ce pourcentage est resté relativement stable par rapport à la première enquête COVID-19 (30,5%). Pour comparer, en "temps normal" seuls 16% de la population de 18 ans et plus se sentent peu soutenus par leur entourage (chiffre basé sur l'enquête santé de 2018) (Figure 29).

Les résultats de la deuxième enquête de santé COVID-19 montrent également des différences selon le sexe et l'âge :

- Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à rapporter un faible soutien social (34% contre 29% des femmes). Cette différence de genre est plus importante chez les personnes vivant seules (43% contre 33% des femmes). Le pourcentage d'hommes rapportant un faible soutien social a augmenté (légèrement) par rapport à la première enquête de santé COVID-19 (de 32% à 34%), tandis que le pourcentage de femmes est resté exactement le même (29%).
- Les personnes âgées de 25 à 34 ans et celles de plus de 65 ans sont celles qui ont le moins souvent fait état d'un faible soutien social (environ 29% contre des pourcentages allant de 32 à 34% dans les autres groupes d'âge).

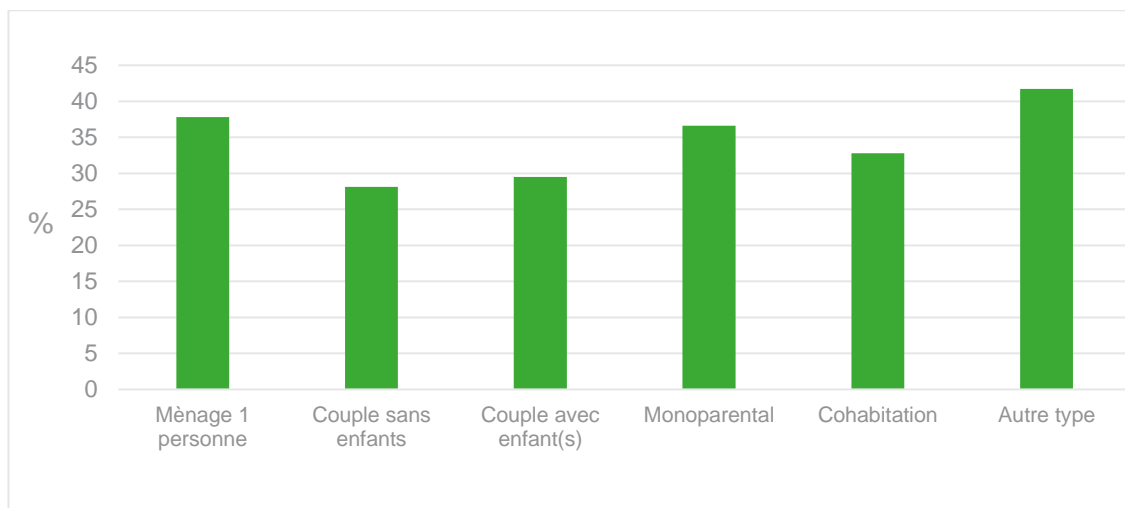
Figure 29 | Pourcentage de personnes rapportant un faible soutien social, selon l'âge et le sexe, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



Les résultats de la deuxième enquête de santé COVID-19 font également apparaître des différences selon le statut socio-économique (statistiquement significatives après ajustement pour l'âge et le sexe) :

- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire rapportent plus souvent un faible soutien social que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (respectivement 35% contre 25%).
- L'expérience d'un faible soutien social diminue à mesure que les revenus augmentent (de 44% dans la catégorie des revenus les plus faibles à 20% dans la catégorie des revenus les plus élevés).
- Le type de ménage est également fortement lié au degré de soutien social : les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s) se sentent moins bien soutenues socialement que les couples avec ou sans enfant(s) ou que les personnes vivant avec leurs parents, leur famille, leurs amis ou leurs connaissances (Figure 30).

Figure 30 | Pourcentage de personnes rapportant un faible soutien social, par type de ménage, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



- Les personnes ayant un emploi rémunéré sont moins susceptibles (29%) de signaler un faible soutien de leur entourage que les personnes invalides (56%) ou demandeurs d'emploi (42%) (différences statistiquement significatives après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation).
- Parmi les personnes ayant un emploi rémunéré, celles qui sont temporairement en chômage technique dû à la crise ont plus souvent fait état d'un faible soutien social (36%) que celles qui ont pu poursuivre leur travail avec ou sans télétravail (26% - 31%).

11. Bien-être émotionnel

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les sentiments négatifs qui prédominent parmi les participants concernent les craintes pour la santé (d'autrui et la sienne) ainsi que les sentiments d'impuissance, de frustration ou colère, voire d'horreur par rapport à ce qui se passe. Malgré cela, bon nombre de personnes se sentent alertes et déterminées, privilégiées et fières de venir en aide aux personnes plus démunies.
- Si l'on tient compte de l'ensemble des sentiments négatifs et positifs (scores séparés), il apparaît que les jeunes de 18-24 ans sont particulièrement vulnérables : ils sont plus nombreux à faire l'expérience de toutes sortes de sentiments négatifs et plus nombreux à éprouver peu de sentiments positifs.
- Les femmes, les personnes peu éduquées et les personnes habitant seules (avec ou sans enfants) sont également plus susceptibles d'éprouver un niveau élevé d'affects négatifs et un faible niveau d'affects positifs.

La première enquête de santé COVID-19 a cherché à savoir dans quelle mesure la pandémie et les mesures restrictives avaient une incidence sur la santé mentale de la population. Les résultats préliminaires ont montré une recrudescence de l'anxiété généralisée et des troubles dépressif dans ce contexte par rapport aux résultats des enquêtes de santé quinquennales, dont la dernière remonte à 2018.

Cette deuxième enquête de santé COVID-19 tente de circonscrire, non plus les pathologies émotionnelles, mais certains affects qui pourraient émerger avec la crise et qui prédisposeraient à une issue positive ou négative au terme de cette période. Pour ce faire nous nous sommes inspirés de plusieurs questionnaires existants et de difficultés spécifiques rapportées dans la littérature liée au COVID-19. Il en résulte une liste non-exhaustive de 26 items, qui représentent 8 affects positifs et 18 affects négatifs susceptibles d'être ressentis dans le contexte de la crise du coronavirus et des mesures mises en place. Les participants indiquent dans quelle mesure ces affects correspondent à leur ressenti actuel sur une échelle de réponses à 5 catégories : 1. Pas du tout vrai / 2. Un peu vrai / 3. Plutôt vrai / 4. Très vrai / 5. Parfaitement vrai.

SENTIMENTS PRÉDOMINANTS

Un premier tour d'horizon des affects les plus courants parmi les participants sont présentés dans le tableau ci-dessous. Il s'agit du pourcentage de personnes pour lesquelles le sentiment énoncé était pointé comme « très vrai » et « parfaitement vrai ». Ainsi, six affects négatifs ont rallié entre 20% et 46% des répondants. Les affects positifs sont quant à eux moins communs : le top 6 concerne seulement 17% à 30% des répondants.

Tableau 3 | Pourcentage (top 6) des personnes ayant indiqué que les sentiments suivants étaient très vrais ou parfaitement vrais pour elles, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

Affects négatifs présents	%	Affects positifs présents	%
Inquiétude pour la santé de ses proches	45,6	Se sentir alerte et déterminé(e)	30,5
Horriblié(e) par ce qui se passe	33,0	Se sentir privilégié(e)	28,3
Peur de contaminer d'autres personnes	27,3	Fier(e) d'aider d'autres personnes	26,1
Peur pour sa propre santé	22,1	Se sentir heureux(se)	18,8
Se sentir impuissant(e)	21,9	Se sentir mobilisé et utile	18,5
Se sentir frustré(e) et en colère	20,3	Être confiant(e) ou optimiste	17,4

Ce qui frappe d'abord à la lecture du tableau 3 c'est le caractère altruiste ou social des sentiments prédominants, même s'ils ne concernent qu'une partie des participants. On retrouve cette particularité tant du côté des émotions négatives (la crainte pour la santé d'autrui avant la crainte pour sa propre santé, peur de contaminer l'entourage, sentiment d'impuissance, de frustration), que pour les émotions positives (se sentir privilégié(e) par rapport à d'autres personnes, fier(e) de pouvoir aider les autres, se sentir mobilisé(e) et utile).

SENTIMENTS ABSENTS

Nous avons aussi exploré les affects positifs et négatifs qui étaient pointés comme n'étant « pas du tout vrais » pour les personnes interrogées. Il s'agit d'un registre assez différent pour ce qui concerne les affects négatifs (Tableau 4), bien que l'on perçoive aussi une dimension sociale en filigrane.

Tableau 4 | Pourcentage (top 6) des personnes ayant indiqué que les sentiments suivants n'étaient pas du tout vrais pour elles, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

Affects négatifs absents	%	Affects positifs absents	%
Se sentir coupable	89,0	Se sentir inspiré(e) ou créatif(ve)	38,4
Se sentir stigmatisé(e) ou rejeté(e)	82,3	Se sentir mobilisé et utile	32,7
Perdre le contrôle de ses émotions	57,3	Se sentir privilégié(e)	28,5
Se sentir seul	51,7	Les choses vont changer pour le mieux	26,5
Se sentir déprimé	51,2	Se sentir confiant et optimiste	22,9
Sentir que l'on pourrait mourir	47,7	Fier(e) d'aider d'autres personnes	22,9

Ainsi, la grande majorité des personnes n'éprouvent pas de culpabilité ou de rejet, et à peu près la moitié ne se sent pas du tout en perte de contrôle de ses émotions, déprimé, seul, et ce, en dépit des mesures de restrictions. Près de la moitié des personnes ne sentent pas leur vie menacée.

Du côté des sentiments positifs absents, on retrouve bien sûr certains de ceux déjà mentionnés comme étant aussi les plus couramment présents. Cela provient du fait que le nombre d'items positifs est seulement de huit et que les choix de réponses ont été plus nuancés (distribués de manière plus homogène dans les cinq catégories de réponses). Se sentir inspiré(e) ou créatif(ve) ou pressentir que les choses vont changer pour le mieux sont parmi les affects les moins souvent rapportés par les participants.

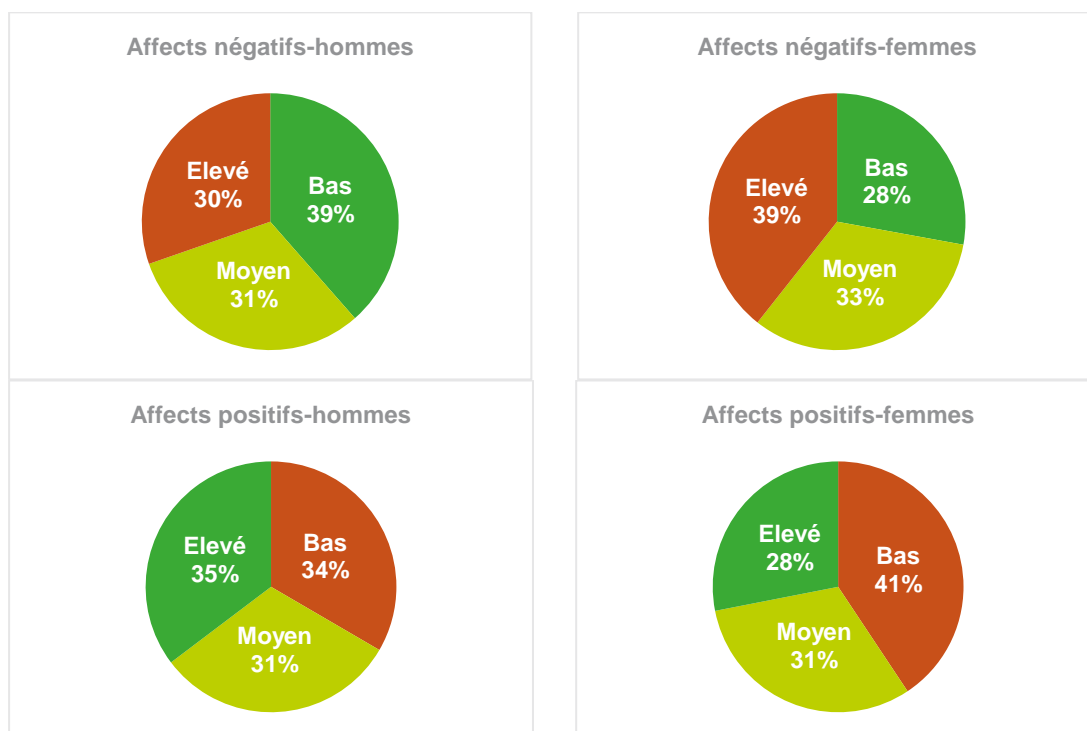
DISTRIBUTION DES SCORES D'AFFECTS POSITIFS ET NÉGATIFS

Pour étudier quels groupes de personnes éprouvent le plus d'affects négatifs et auront sans doute le plus de difficultés à se remettre de la crise, nous avons créé un score en additionnant la valeur attribuée aux réponses (de 0 à 4) à chacun des 18 items pour obtenir un niveau d'intensité de l'affectivité (de 0 à 72). Nous avons procédé de la même façon pour les 8 affects positifs, menant à un score compris entre 0 et 32.

Dès lors, un score d'affect négatif élevé indique une détresse psychologique qui implique une série d'émotions déplaisantes et une manière de ressentir les expériences comme négatives, tandis qu'un faible score montre une certaine sérénité émotionnelle. À côté de cela, un score d'affect positif élevé indique une manière d'appréhender l'existence de façon positive, même dans l'adversité. Les sentiments négatifs et positifs peuvent coexister : ils ne représentent pas les pôles opposés d'une conception linéaire de l'affectivité.

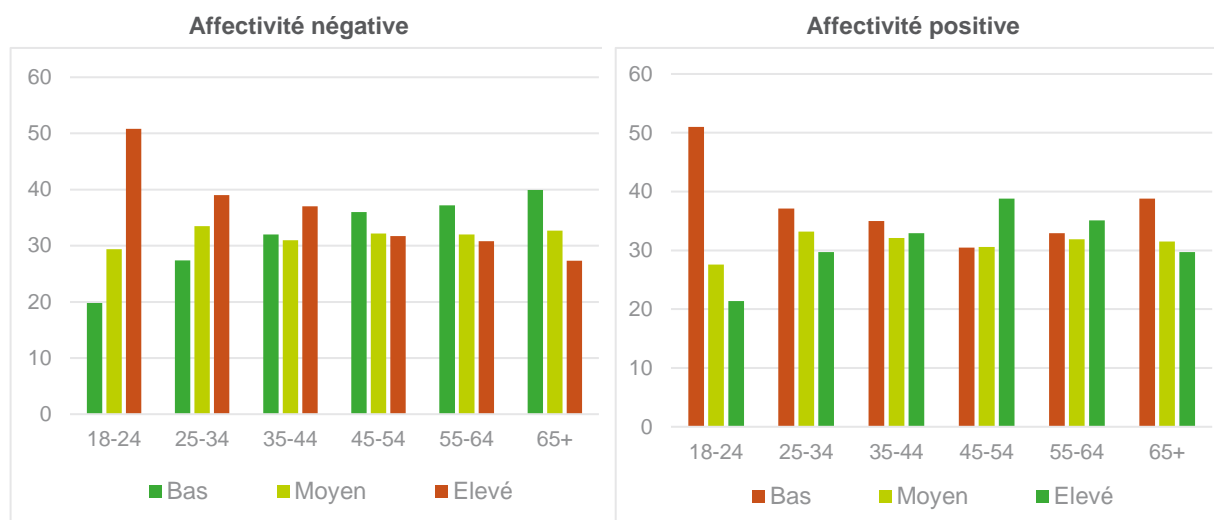
Les deux indicateurs présentés dans cette section sont basés sur les tertiles, c'est-à-dire que les personnes ont été réparties en trois groupes égaux selon qu'elles sont les plus affectées (le tiers avec les scores les plus élevés), les moins affectées (le tiers avec les scores les plus bas) et le tiers restant (scores moyens). La figure 31 montre la répartition des personnes avec des scores élevés, moyens et bas pour les affects négatifs et positifs selon le sexe. La figure 32 présente la distribution par âge.

Figure 31 | Distribution selon le score d'affectivité négative et positive (tertile bas, moyen, élevé) chez les hommes et les femmes (de 18 ans ou plus), deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



On constate (Figure 31) chez les hommes une proportion majorée (39%) avec un faible score d'affectivité négative et une moindre proportion (30%) ayant un score d'affectivité négative élevé. Chez les femmes, c'est l'inverse : elles sont plus nombreuses à présenter un score élevé d'affectivité négative (39%), au détriment du nombre de celles ayant une faible affectivité négative (28%). Les différences entre les hommes et les femmes sont significatives après standardisation pour l'âge.

Figure 32 | Distribution selon le score d'affectivité négatif et positif (tertile bas, moyen, élevé) par âge, deuxième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Ce qui émerge clairement de la figure 32, c'est tout d'abord l'affectivité des jeunes de 18-24 ans : on observe à la fois une sur-représentation des individus avec un niveau d'affectivité négative élevé, ainsi qu'une sur-représentation de jeunes avec un faible niveau d'affectivité positive. Nous avons exploré quels étaient les sentiments qui prévalaient dans ce groupe d'âge (résultats non montrés). On n'observe pas d'expériences émotionnelles qui seraient particulièrement saillants chez les jeunes, mais ce score élevé semble plutôt traduire une grande diversité d'émotions négatives endossées.

Le graphique de l'affectivité négative (Figure 32) révèle en outre un gradient lié à l'âge : le nombre de personnes avec un score élevé d'affectivité négative diminue en fonction de l'âge et le nombre de personnes avec un faible score d'affectivité négative augmente proportionnellement avec l'âge. A contrario, l'affectivité positive élevée augmente avec l'âge et la faible affectivité positive diminue avec l'âge, mais seulement jusqu'à 45-54 ans ; ensuite les tendances repartent en sens inverse.

Le niveau d'éducation permet également de distinguer des groupes plus fragiles : ainsi, par exemple, 38,6% des personnes qui ont au maximum un diplôme du secondaire ont un score élevé d'affectivité négative, pour seulement 27,8% des diplômés de l'enseignement supérieur. En ce qui concerne les expériences émotionnelles positives, les proportions avec des scores élevés sont inversées : 28,8% parmi les personnes qui ont au maximum un diplôme du secondaire, pour 37,2% chez celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur.

Par ailleurs, les personnes ayant un score d'affectivité négative élevé sont plus nombreuses à figurer parmi celles qui habitent seules, ou seules avec leur(s) enfant(s) (respectivement 38,0% et 41,3%). C'est aussi le cas des personnes avec un faible score d'affectivité positive : respectivement 41,6% habitent seules et 39,1% sont seules avec leur(s) enfant(s). Nous remarquons des tendances similaires pour les personnes vivant avec leurs parents, proches ou connaissances, mais cette catégorie concerne avant tout les plus jeunes (18-24 ans).

Ces résultats préliminaires mettent donc en exergue que le vécu émotionnel des individus face à la crise du coronavirus et la période de restrictions peut être très variable, mais certains groupes sont plus touchés en ce sens qu'ils expérimentent un niveau élevé d'affectivité négative en même temps qu'un faible niveau d'affectivité positive. C'est le cas par exemple des femmes, des jeunes (18-24 ans), des personnes moins instruites, des personnes vivant seules (avec et sans enfants). Des analyses plus approfondies seront nécessaires pour évaluer quels autres facteurs discriminants entrent en jeu au niveau du vécu émotionnel de la crise.

12. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la deuxième enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 16 et le 24 avril 2020. L'enquête, développée avec le logiciel LimeSurvey, s'adressait aux adultes (18 ans et plus) vivant en Belgique. Étant une enquête en ligne, les personnes n'ayant pas de connexion Internet étaient exclues de la participation. L'enquête et le lien pour y accéder étaient annoncés via le site web de Sciensano et d'autres organisations (mutuelles, collectifs de quartiers...), dans la presse et sur les médias sociaux. 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 à la 1^{ère} enquête 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 2^{ème} enquête de santé COVID-19.

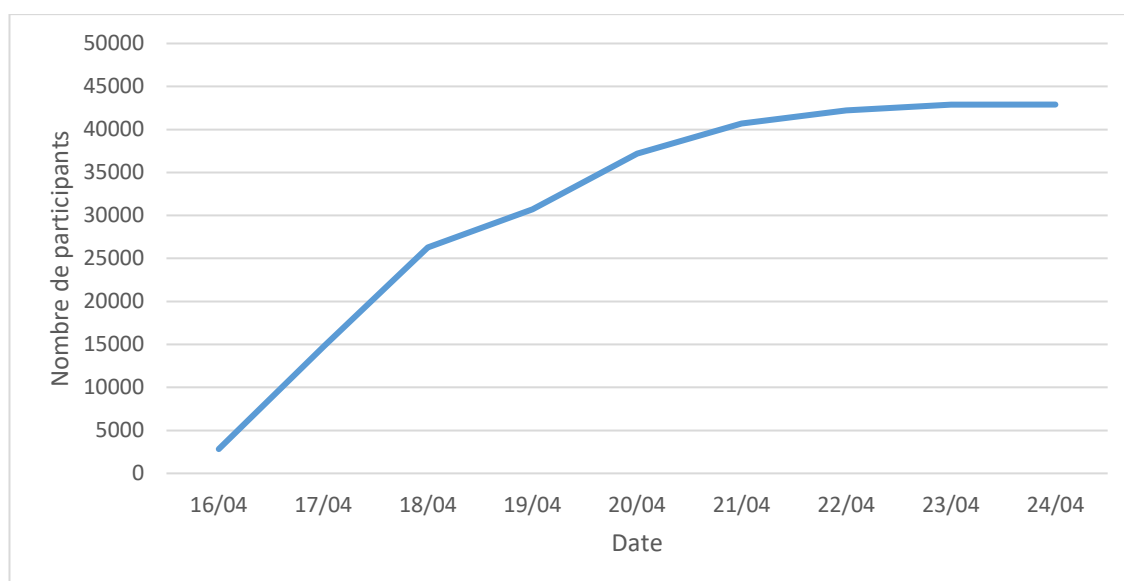
Les conditions suivantes devaient être acceptées avant d'accéder à l'enquête :

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

Au total, 42.896 personnes ont pris part à l'enquête, c'est-à-dire qu'elles ont au minimum fourni des informations sur leur âge, leur sexe et le code postal du lieu de résidence. En outre, il est apparu que 13.295 personnes supplémentaires se sont connectées au site, mais n'ont pas rempli le questionnaire, n'ont pas pu enregistrer leurs réponses (crash) ou n'ont pas introduit d'information concernant leur âge, sexe et/ou code postal. Dans ce cas, elles étaient retirées de la base de données.

Ce graphique montre le déroulement de la participation à l'enquête. Plus de la moitié des participants y ont pris part les deux premiers jours après son lancement (16-18 avril) ; à partir du 21 avril, le nombre de nouveaux participants a fortement ralenti.

Figure 33 | Fréquence cumulée du nombre de participants à la deuxième enquête de santé COVID-19, selon la date de participation, Belgique 2020



Le tableau 4 donne un aperçu du pourcentage d'habitants (de 18 ans et plus) par région en Belgique (sur la base des données de Statbel, situation au 01.01.2019) en comparaison au pourcentage de participants par région de résidence (établi sur base de leur code postal dans l'enquête COVID-19).

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

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5.311.613 (58,2)	21.806 (50,8)
Région bruxelloise	932.366 (10,2)	4.829 (11,3)
Région wallonne	2.882.040 (31,6)	16.261 (37,9)
Belgique	9.126.019 (100)	42.896 (100)

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

Tableau 5 | Composition de l'échantillon de la deuxième enquête de santé COVID-19 par sexe et groupe d'âge, Belgique, 2020

	Nombre d'hommes (%)	Nombre de femmes (%)	Nombre total (%)
18 à 24 ans	370 (2,7)	1062 (3,6)	1432 (3,3)
25 à 34 ans	1734 (12,8)	4989 (17,0)	6723 (15,7)
35 à 44 ans	2520 (18,6)	7182 (24,5)	9702 (22,6)
45 à 54 ans	2893 (21,4)	6942 (23,6)	9835 (22,9)
55 à 64 ans	3216 (23,8)	5943 (20,2)	9159 (21,4)
65+ ans	2805 (20,7)	3240 (11,0)	6045 (14,1)
Total	13.538 (31,6)	29.358 (68,4)	42.896 (100)

Plus de femmes (68,4%) que d'hommes (31,6%) ont participé à l'enquête, et elles sont surreprésentées (dans la population, la distribution est de 51,2% de femmes pour 48,8% d'hommes). La distribution par âge des participants diffère également de celle de la population : le groupe d'âge le plus jeune (18 à 24 ans) et le groupe le plus âgé (65 ans et plus) sont particulièrement sous-représentés dans l'échantillon (18-24 ans : 12,5% dans la population, 3,3% dans l'échantillon ; 65+ ans : 23,1% dans la population, 14,1% dans l'échantillon).

Tableau 6 | Composition de l'échantillon de la deuxième enquête de santé COVID-19 par niveau d'éducation, Belgique 2020

	Population (15+)(%)(*)	Participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6.302.716 (67,1)	11.499 (27,7)
Enseignement supérieur	3.084.424 (22,9)	29.957 (72,3)
Total	9.387.140 (100)	41.456 (100)

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

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

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

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

Les résultats présentés dans ce rapport ont tous été pondérés par sexe, groupe d'âge, province et niveau d'éducation.

CONTACT

Lydia Gisle • T+32 2 642 50 25 • lydia.gisle@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

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

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2020/14.440/52