

TROISIÈME 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

Juin 2020 • Bruxelles • Belgique



Personne de contact :

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

Auteurs (par ordre alphabétique) :

Elise Braekman

Rana Charafeddine

Stefaan Demarest

Sabine Drieskens

Lydia Gisle

Lize Hermans

Stefanie Vandevijvere

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

Aline Scohy

Support administratif et informatique :

Sabine Drieskens

Ledia Jani

Tadek Krzywania

Kim Vyncke

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

Cette publication doit être référencée comme suit :

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

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
2. Connaissance et respect des mesures liées au COVID-19	6
2.1. Principaux résultats	6
2.2. Connaissance des mesures de protection en vigueur	6
2.3. Respect des mesures de protection en vigueur	7
2.4. Opinion sur l'utilité des mesures de protection en vigueur	10
3. Consultations et infections liées au COVID-19	13
3.1. Principaux résultats	13
3.2. Consultation d'un médecin dans le cadre du COVID-19	13
3.3. Infections suspectes et confirmées dans l'entourage	13
4. Travail	15
4.1. Principaux résultats	15
4.2. Impact de la crise du COVID-19 sur l'emploi	15
4.3. Mesures de protection sur le lieu de travail	15
5. Situation financière	17
5.1. Principaux résultats	17
5.2. Situation financière actuelle du ménage par rapport à il y a 3 mois	17
5.3. Défaut de paiement du ménage au cours des 3 derniers mois	20
5.4. Perspective financière du ménage dans trois mois	21
6. Sécurité alimentaire	23
6.1. Principaux résultats	23
6.2. Peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent	23
6.3. Manque de nourriture et d'argent pour en racheter	23
6.4. Ne pas pouvoir s'offrir des repas sains et équilibrés par manque d'argent	24
7. Santé sociale	26
7.1. Principaux résultats	26
7.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux	26
7.3. Qualité du soutien social	27
8. Santé mentale	30
8.1. Principaux résultats	30
8.2. Introduction	30
8.3. Anxiété	31
8.4. Dépression	33
8.5. Pensées et comportements suicidaires	34
8.6. Troubles du sommeil et énergie vitale	37
9. COVID-19 présent et futur	39
9.1. Principaux résultats	39
9.2. Impact de la crise du COVID-19 sur la vie actuelle	39
9.3. Risque sur la santé que présente le retour à la vie normale	39
9.4. Risque d'infection par le coronavirus dans les mois à venir	40
10. Méthodologie	41

1. Introduction

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

La première enquête de santé COVID-19 a été initiée trois semaines après l'introduction des mesures de restriction, soit le 2 avril 2020. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient : la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, les cas d'infections au coronavirus, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale. La deuxième enquête de santé COVID-19 a été lancée deux semaines plus tard, soit le 16 avril 2020. En plus de certaines thématiques récurrentes (comme le bien-être mental et social), cette deuxième enquête a mis l'accent sur les modes de vie de la population lors de la période de restrictions liées au coronavirus. La troisième enquête de santé COVID-19 a été lancée le 28 mai. Chacune des enquêtes est restée en ligne pendant une semaine. Les deux premières enquêtes ont collecté les réponses de plus de 40 000 personnes âgées de 18 ans ou plus, indépendamment l'une de l'autre, tandis que la troisième enquête a eu un taux de réponse moins élevé avec presque 34 000 participants. La méthodologie de ces enquêtes est détaillée dans le dernier chapitre du rapport.

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième enquête de santé COVID-19, en mettant l'accent sur l'expérience de la population lors de la période de déconfinement. 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 l'emploi et les mesures prises sur le lieu du travail
- L'influence de la crise sur la situation financière et la sécurité alimentaire
- La santé sociale
- La santé mentale
- La perception du futur

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 les première et deuxième enquêtes de santé COVID-19 pour en évaluer les tendances.

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

2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

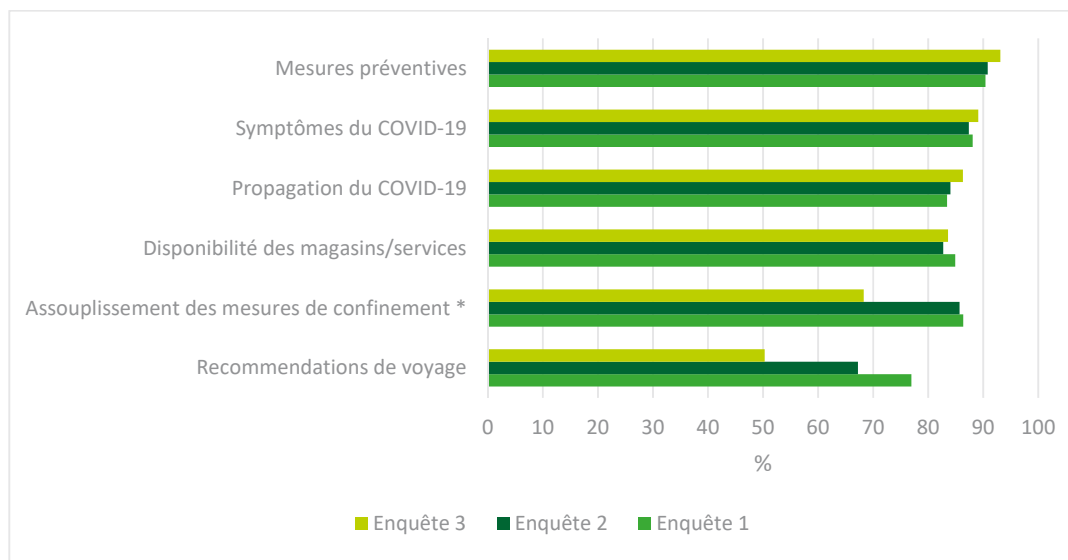
- Comme pour les première et deuxième enquêtes, la population continue à se considérer comme suffisamment informée sur le COVID-19 et les mesures de protection en vigueur. Toutefois, le pourcentage de personnes déclarant être suffisamment informées sur l'assouplissement des mesures de confinement et sur les recommandations de voyage a diminué par rapport aux enquêtes précédentes.
- Le pourcentage de personnes qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en matière d'hygiène et de distanciation physique a augmenté par rapport à la deuxième enquête.
- Les jeunes, les hommes et les personnes ayant un faible niveau de compétences en matière de santé sont plus nombreux à ne pas respecter strictement les mesures.
- La grande majorité de la population indique que les mesures en vigueur sont (probablement) utiles si tout le monde les respecte strictement. Cependant, les pourcentages sont plus faibles pour les hommes et les jeunes.

2.2. CONNAISSANCE DES MESURES DE PROTECTION EN VIGUEUR

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 COVID-19 se propage, les mesures de confinement, la disponibilité des magasins et services, et les recommandations de voyage. Les première et deuxième enquêtes ont été menées alors que des mesures strictes étaient encore en vigueur, tandis que la troisième enquête a eu lieu pendant la première phase d'assouplissement des mesures de confinement, au moment où les contacts sociaux étaient limités à une bulle de quatre personnes.

Conformément aux résultats des première et deuxième enquêtes, on retrouve une proportion très élevée de la population qui se considère comme suffisamment informée sur ces sujets. Ce taux a diminué significativement pour deux sujets : l'assouplissement des mesures de confinement et de quarantaine (68 % contre 86 % des personnes qui étaient suffisamment informées des mesures de confinement et de quarantaine lors des deux premières enquêtes) et les recommandations de voyage (50 % contre 67 % à la première et 77 % à la deuxième enquête). 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 des personnes (18 ans et plus) qui rapportent être suffisamment informées sur le COVID-19 et les mesures en vigueur, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



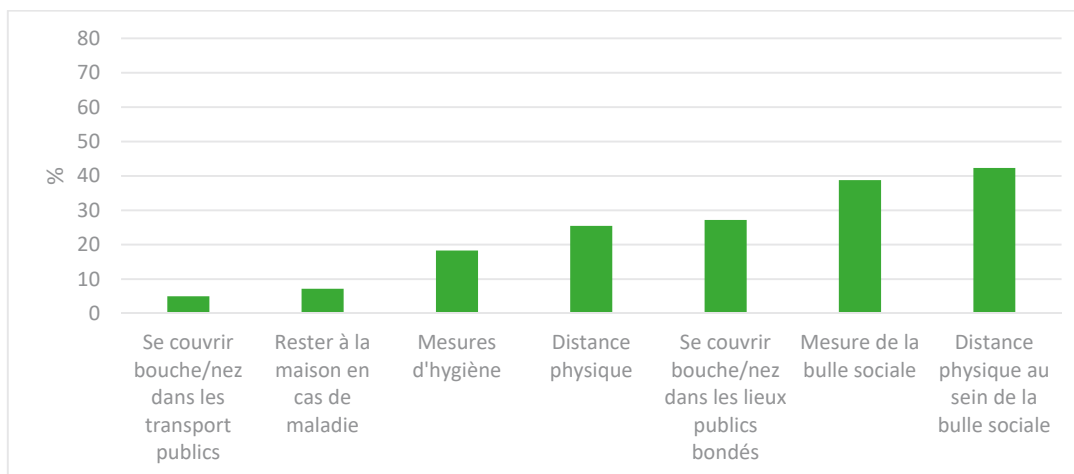
* Première et deuxième enquêtes: Mesures de confinement et de quarantaine

2.3. RESPECT DES MESURES DE PROTECTION EN VIGUEUR

Il a ensuite été demandé aux participants dans quelle mesure ils ont respecté les mesures de prévention depuis leur introduction. Entre la deuxième et la troisième enquête, on note une augmentation de la proportion de personnes qui disent ne pas respecter strictement les mesures d'hygiène (de 14 % à 18 %) et la mesure de distanciation physique (de 12 % à 26 %).

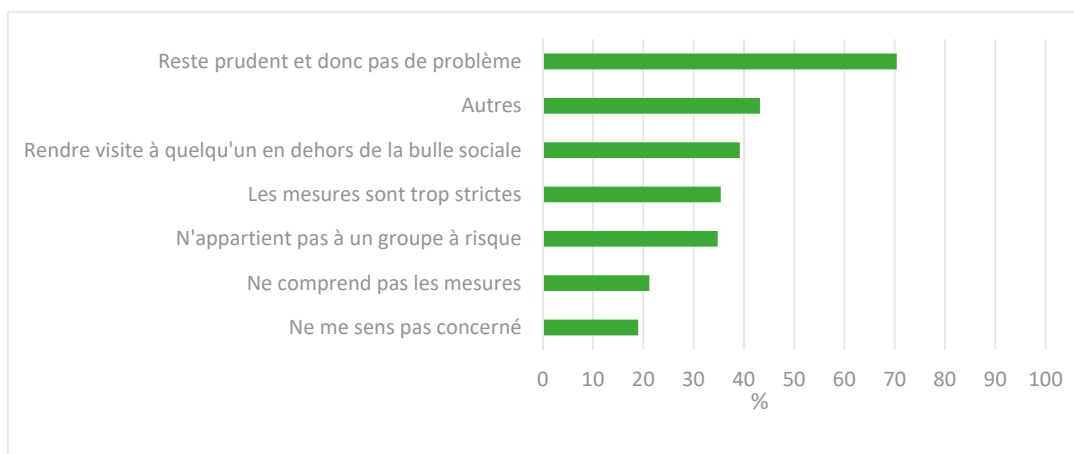
Nous avons étudié aussi le respect des mesures nouvellement introduites. Près de 4 personnes sur 10 (39 %) indiquent ne pas respecter strictement la mesure de la bulle sociale, et 42 % indiquent qu'elles ne respectent pas la distanciation physique avec les membres de leur bulle sociale. Seuls 5 % indiquent ne pas suivre strictement la mesure de se couvrir la bouche et le nez dans les transports publics. Pour ce qui est de se couvrir la bouche et le nez dans les autres endroits où une distance de 1,5 mètre par rapport à d'autres personnes ne peut être garantie, ce pourcentage est plus élevé, soit 27 %.

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



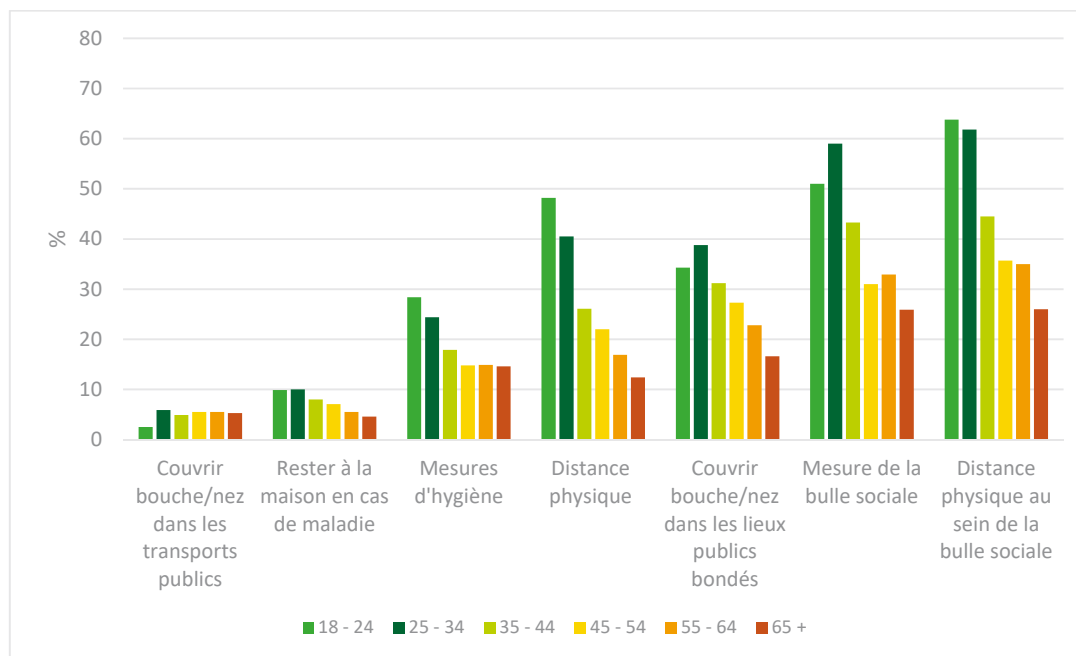
Parmi ceux qui ont rapporté lors de la troisième enquête ne pas respecter strictement les mesures, une grande partie (70 %) ont évoqué comme raison qu'ils étaient prudents ou seuls et que cela ne devrait donc pas poser de problème. D'autres raisons fréquemment évoquées sont : rendre visite à un membre de leur famille, un ami ou une connaissance qui ne fait pas partie de leur bulle sociale (39 %), ne pas appartenir à un groupe à risque (35 %), et trouver les mesures trop strictes (35 %).

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



Le respect des mesures est lié à l'âge (sauf pour se couvrir le nez et la bouche dans les transports publics) (Figure 4) et au sexe (sauf pour garder une distance dans la bulle sociale) : les jeunes et les hommes sont significativement plus nombreux à ne pas respecter strictement les différentes mesures mises en place. Par exemple, 24 % des hommes indiquent dans la troisième enquête qu'ils ne respectent pas strictement les mesures d'hygiène, contre 13 % des femmes.

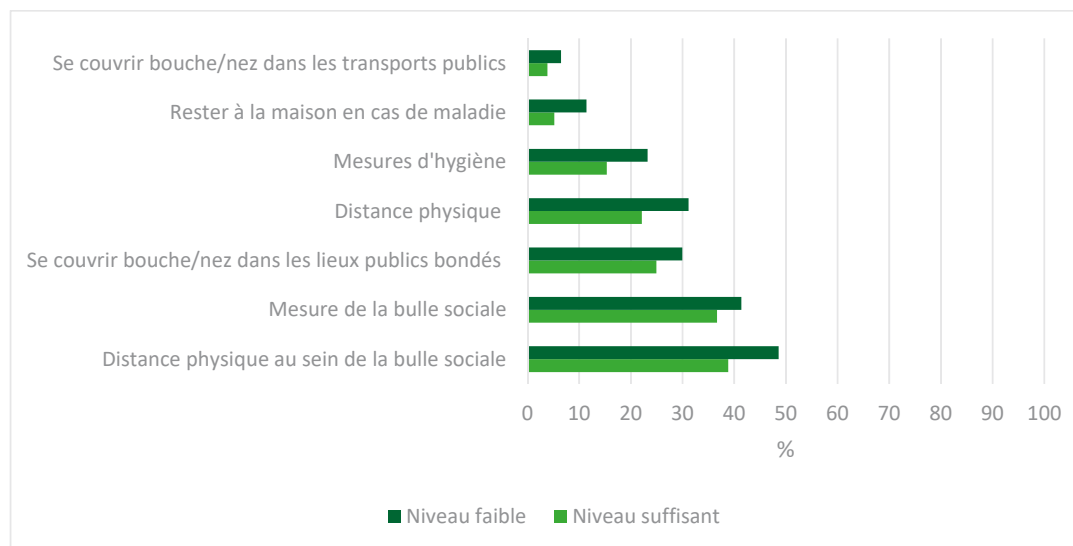
Figure 4 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, par âge, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique, 2020



La population de 18 ans et plus indique généralement être suffisamment informée sur le COVID-19 et les mesures en vigueur. Cependant, il est également important de disposer d'un niveau suffisant de littératie en santé (LES), c'est-à-dire des compétences pour repérer, comprendre, évaluer, et utiliser les informations utiles pour la prise de décision en matière de santé. C'est certainement le cas maintenant face à l'avalanche d'informations erronées qui circulent sur le coronavirus, ce qu'on appelle l'infodémie COVID-19. Les résultats montrent que le respect des mesures est lié à la LES¹: les personnes ayant un faible niveau de LES indiquent relativement plus souvent qu'elles ne respectent pas strictement les mesures par rapport aux personnes ayant un niveau suffisant (Figure 5). Par exemple, 23 % des personnes ayant un faible niveau de LES indiquent ne pas suivre strictement les mesures d'hygiène, contre 15 % des personnes ayant un niveau de LES suffisant. Cette différence est statistiquement significative après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation pour toutes les mesures sauf la mesure de la bulle sociale où on ne trouve pas de différence.

¹ La littératie en santé a été mesurée en utilisant l'instrument HLS19-Q12 développé dans le contexte du projet "HLS19 - The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 of M-POHL".

Figure 5 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, par niveau de littératie en santé, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



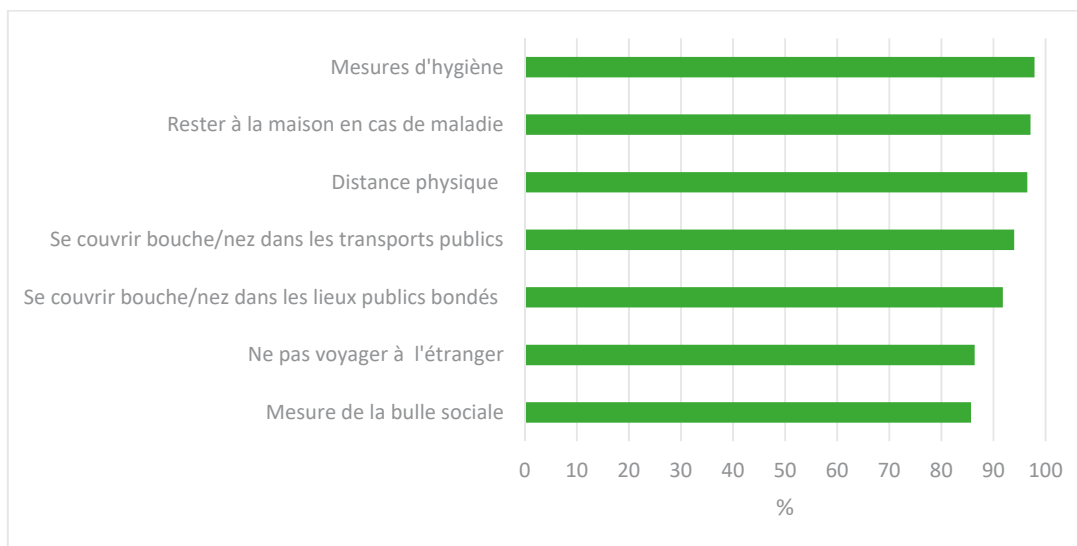
2.4. OPINION SUR L'UTILITÉ DES MESURES DE PROTECTION EN VIGUEUR

Enfin, l'enquête a inclus une question sur l'avis des répondants en ce qui concerne les mesures qui contribueraient à la lutte contre la propagation du COVID-19 : « Supposons que tout le monde ait suivi de près les mesures de protection du gouvernement. Selon vous, dans quelle mesure cela contribuerait-il à prévenir la propagation du coronavirus (COVID-19) ? ». Les catégories de réponses sont :

- ✓ Ne contribue certainement pas,
- ✓ Ne contribue probablement pas,
- ✓ Contribue probablement,
- ✓ Contribue certainement.

Sur cette base, nous avons calculé le pourcentage de personnes qui estiment qu'une mesure contribue (catégories 3 et 4) à lutter contre la propagation du COVID-19. Les résultats montrent qu'une grande partie de la population indique que les différentes mesures sont utiles (Figure 6). Pour les mesures d'hygiène, par exemple, pas moins de 98 % indiquent qu'elles contribuent à la lutte contre le COVID-19.

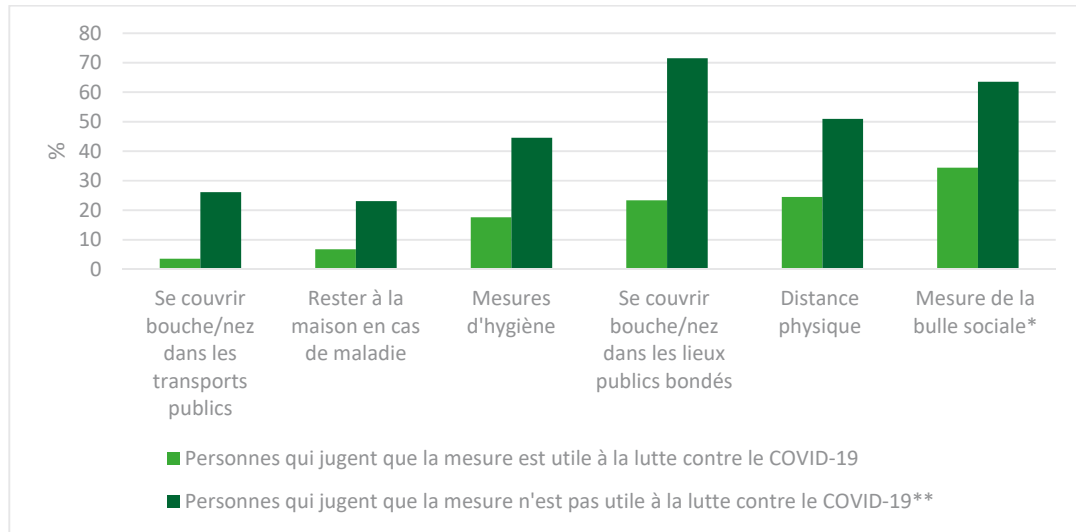
Figure 6 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui estiment que les mesures mentionnées contribuent à lutter contre la propagation du COVID-19, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Ici aussi, il existe des différences significatives selon l'âge et le sexe : les hommes et les jeunes sont nettement moins susceptibles d'indiquer que les différentes mesures contribuent à la lutte contre le COVID-19. Par exemple, 89 % des hommes contre 94 % des femmes indiquent que le fait de se couvrir la bouche et le nez dans les lieux publics bondés contribue à lutter contre la propagation du COVID-19. De même, 86 % des jeunes de 18-24 ans indiquent que cette mesure est utile à la lutte contre la propagation du COVID-19, contre 88 % des 25-34 ans et 95 % des 65 ans et plus.

Il existe également un lien entre le respect d'une certaine mesure et l'opinion sur l'utilité de cette mesure dans la lutte contre la propagation du COVID-19 : le non-respect d'une mesure est nettement plus élevé parmi les personnes qui estiment que la mesure n'est pas utile à la lutte contre le COVID-19 (Figure 7). Par exemple, parmi les personnes qui rapportent que les mesures d'hygiène ne contribuent pas à la lutte contre le COVID-19, 45 % indiquent qu'elles ne respectent pas strictement les mesures d'hygiène, contre 18 % parmi les personnes qui estiment que les mesures d'hygiène sont utiles.

Figure 7 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, selon l'opinion sur l'utilité de la mesure dans la lutte contre le COVID-19, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



* Pour la mesure de la bulle sociale, les personnes ont été divisées en fonction de leur opinion sur l'efficacité des mesures suivantes contre la propagation de COVID-19 : recevoir le moins de visiteurs possible (max. 4 personnes).

** Le nombre de personnes qui estiment que les mesures ne sont pas utiles est plutôt faible (voir également la figure 6) et varie entre 389 (pour les mesures d'hygiène) et 3036 (pour la mesure de la bulle sociale).

3. Consultations et infections liées au COVID-19

3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Dans la troisième enquête, 13 % de la population rapporte avoir consulté un médecin pour des problèmes liés au COVID-19.
- Parmi les personnes qui ont consulté, 6 % ont été testées positives au COVID-19.
- Parmi les personnes interrogées, 3 % indiquent avoir une personne de leur ménage qui a une infection confirmée au COVID-19.

3.2. CONSULTATION D'UN MÉDECIN DANS LE CADRE DU COVID-19

Plus d'une personne sur huit (13 %) a consulté un médecin pour des problèmes qui pouvaient être liés au COVID-19. Cette proportion est restée stable par rapport à la deuxième enquête de santé COVID-19 (13 %). Comme pour la deuxième enquête, les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont le moins souvent consulté (8 %), et les personnes de 25-54 ans sont celles qui ont le plus souvent consulté (15 % à 18 %).

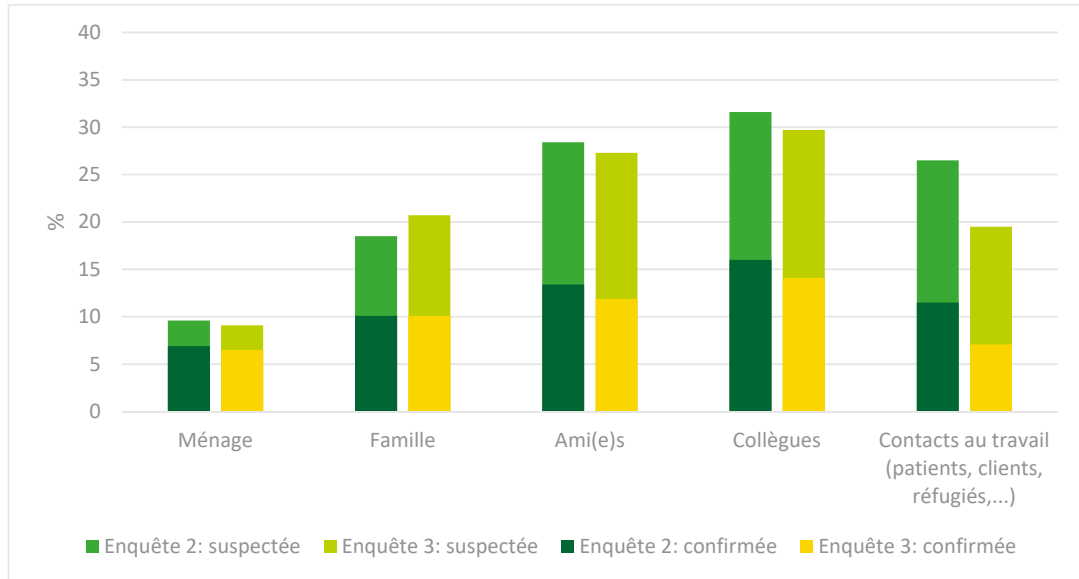
Parmi les personnes ayant consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19, 6 % ont eu une infection confirmée par un test, 44 % ont été suspectées par le médecin d'une infection sur base des symptômes sans avoir été testées, et 50 % ont déclaré ne pas avoir eu une infection au COVID-19. Dans la deuxième enquête, ces chiffres étaient respectivement de 3%, 49 % et 48 %.

3.3. INFECTIONS SUSPECTES ET CONFIRMÉES DANS L'ENTOURAGE

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 (6,5 % de des personnes rapportent qu'une personne dans leur ménage est suspectée d'avoir une infection au COVID-19 et 3 % rapportent une infection confirmée) (Figure 8). Ces taux sont restés stables par rapport à la deuxième enquête. Les pourcentages les plus élevés se trouvent à nouveau parmi les collègues : 14 % rapportent qu'un collègue a une infection suspectée et 16 % une infection confirmée. Là encore, les pourcentages correspondent à ceux de la deuxième enquête.

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. Par exemple, 8,5 % des 35-44 ans indiquent qu'un membre de leur ménage est suspecté d'être infecté, contre 2 % des 65 ans et plus.

Figure 8 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) connaissant dans leur entourage des personnes ayant une infection suspectée ou confirmée au COVID-19, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



4. Travail

4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Pendant la crise du COVID-19, pas moins de 4 travailleurs sur 10 ont pu poursuivre leur activité professionnelle par le biais du télétravail.
- Pour un travailleur sur dix, l'assouplissement des mesures de confinement a entraîné un retour au travail.
- La désinfection régulière des mains et le maintien d'une distance de sécurité sur le lieu de travail sont les mesures les plus couramment utilisées pour prévenir la propagation du COVID-19.

4.2. IMPACT DE LA CRISE DU COVID-19 SUR L'EMPLOI

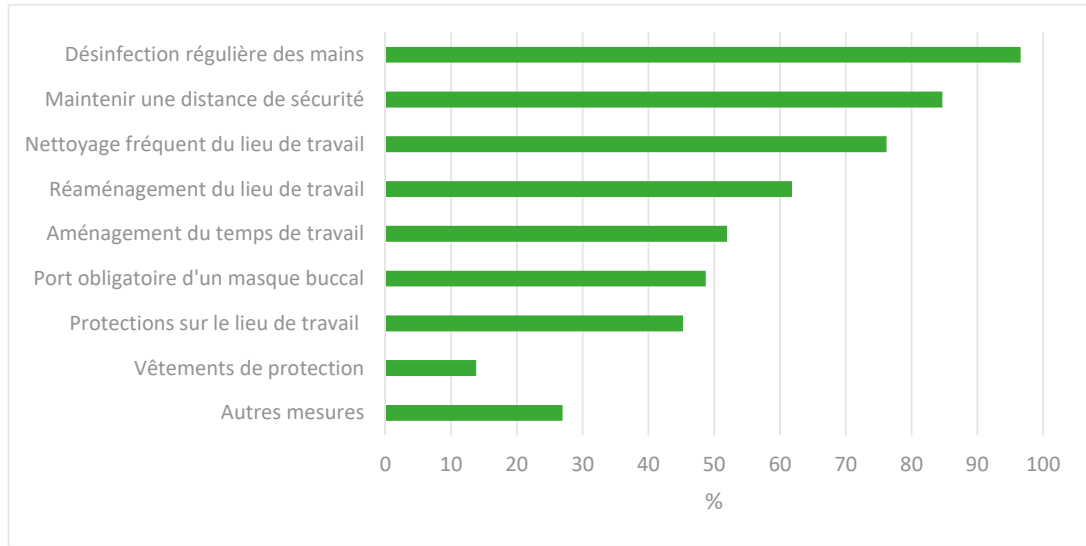
Nous avons demandé aux participants s'ils ont actuellement un emploi rémunéré, éventuellement interrompu temporairement par une maladie ou par un chômage technique en raison de la crise du COVID-19. Les personnes qui ont répondu avoir un emploi rémunéré sont ensuite invitées à indiquer si elles ont été en mesure de poursuivre leur travail, compte tenu des restrictions imposées pour lutter contre la propagation du virus COVID-19.

Les résultats montrent que 40 % des travailleurs ont pu poursuivre leur activité professionnelle sans changement, tandis que 42,5 % ont pu poursuivre leur activité professionnelle grâce au télétravail. En outre, 10 % étaient en situation de chômage temporaire mais ont repris le travail à la suite de l'assouplissement des mesures de confinement. Les 8 % de travailleurs restants indiquent se trouver dans une situation différente (par exemple, une réduction du nombre de jours de travail).

4.3. MESURES DE PROTECTION SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Les personnes qui continuaient à travailler 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 (Figure 9). Une mesure qui a été prise presque partout (97 %) est la nécessité de se désinfecter les mains régulièrement. Le maintien d'une distance de sécurité sur le lieu de travail est mentionné par 85 % des personnes actives comme mesure contre la propagation du coronavirus. Sont également fréquemment mentionnés le nettoyage régulier du lieu de travail (62 %) et l'adaptation des horaires hebdomadaires (52 %). Les mesures de protection un peu moins souvent appliquées sont le port d'un masque sur le lieu de travail (49 %), l'installation de moyens de protection telles que la pose de plexiglas entre les postes de travail (45 %) et le port obligatoire de vêtements de protection (14 %).

Figure 9 | Mesures prises sur le lieu de travail (activité principale) pour prévenir la propagation du coronavirus chez les travailleurs encore actifs aujourd'hui, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



5. Situation financière

5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

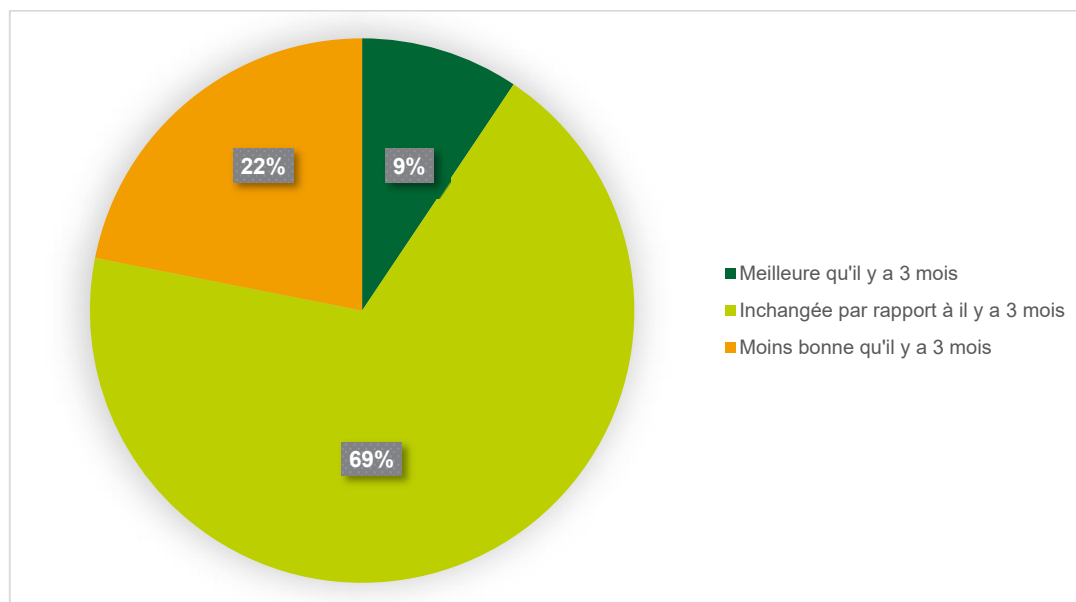
- 22 % des personnes de 18 ans et plus indiquent que la situation financière de leur ménage s'est détériorée par rapport à il y a trois mois.
 - Cette proportion varie selon le type de ménage : une personne sur trois pour les familles monoparentales, une personne sur deux pour les personnes au chômage (technique), et 12 % pour les pensionnés.
- Les personnes vivant seules avec des enfants et les personnes au chômage (technique) ont indiqué plus souvent que leur ménage était en défaut de paiement au cours de la crise, notamment en ce qui concerne les factures (électricité, eau, gaz, téléphone) et les soins de santé.
- 12 % des personnes de 18 ans et plus pensent que la situation financière de leur ménage sera moins bonne dans 3 mois ; pour les personnes au chômage (technique), ce pourcentage est d'environ 20 %.

Outre les graves conséquences de cette crise sur la santé mentale et physique de la population, cette crise a également eu un impact majeur sur la façon dont les gens vivent et travaillent. L'objectif de ce module est d'évaluer les conséquences de cette crise sur la situation financière des ménages. Les questions utilisées pour cette thématique dans la troisième enquête de santé COVID-19 sont basées sur les questions de l'enquête Eurofound "Vivre, travailler et COVID-19" menée en avril 2020.

5.2. SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE DU MÉNAGE PAR RAPPORT À IL Y A 3 MOIS

Pour un peu plus des deux tiers (69 %) des personnes âgées de 18 ans et plus, la situation financière actuelle de leur ménage est restée identique par rapport à il y a 3 mois, c'est-à-dire avant la crise du COVID-19. Par contre, comme on peut s'y attendre, certaines personnes ont souffert financièrement de cette crise : 2 personnes sur 10 (22 %) se retrouvent dans une situation financière moins bonne qu'il y a trois mois. Néanmoins, 1 personne sur 10 indique que la situation financière actuelle de son ménage s'est améliorée par rapport à celle d'il y a 3 mois (Figure 10). À titre de comparaison, selon l'enquête Eurofound, 40 % des Européens (27 % pour la Belgique) ont indiqué que la situation financière actuelle de leur ménage était moins bonne qu'il y a trois mois.

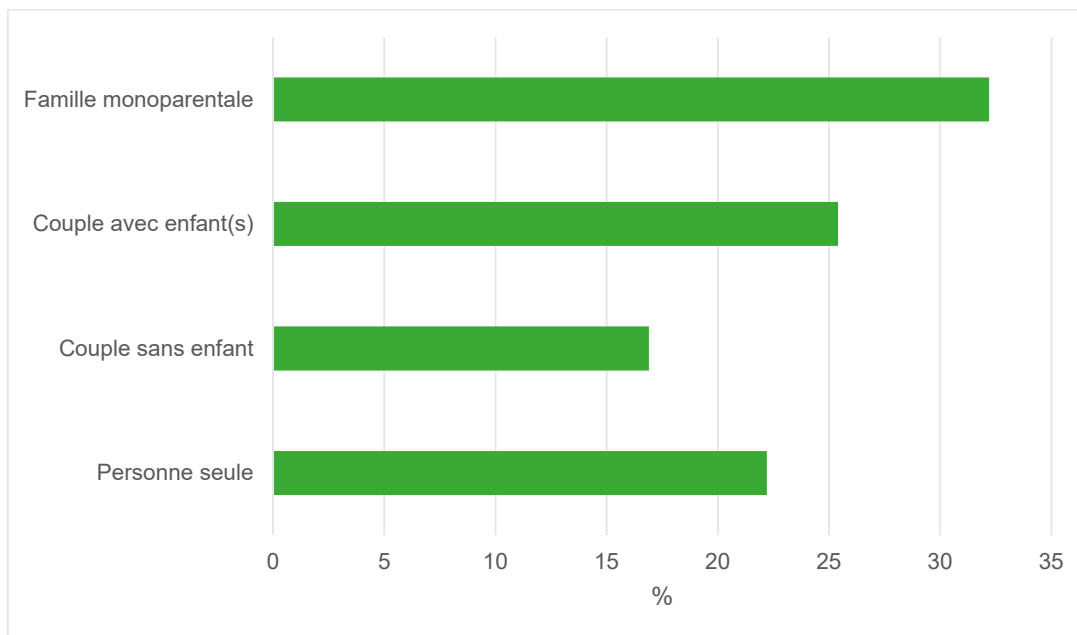
Figure 10 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon la situation financière actuelle du ménage par rapport à celle d'il y a 3 mois, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Il n'y a pas de différence selon le sexe en ce qui concerne la proportion des personnes qui se retrouvent dans une situation financière moins bonne qu'il y a trois mois. De même, ce pourcentage ne diffère pas entre les groupes d'âge allant de 18 à 64 ans (taux variant de 21 % à 27 %), mais il est nettement moins élevé chez les personnes de 65 ans et plus (12 %). Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des personnes de cette tranche d'âge sont à la retraite et que leur revenu ne dépend donc pas directement de leur situation professionnelle.

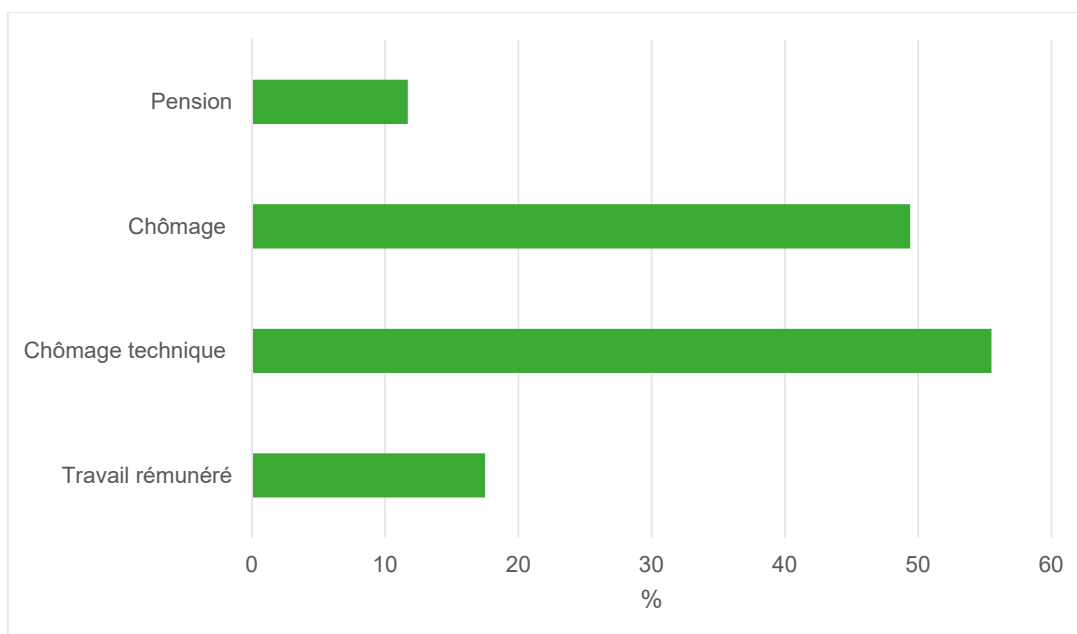
Au total, 17 % des couples sans enfant(s) indiquent que la situation financière de leur ménage s'est détériorée par rapport à il y a 3 mois. Ce pourcentage est nettement plus élevé pour les personnes vivant seules (22 %), les couples avec enfant(s) (25 %) et les familles monoparentales (32 %). Ainsi, pour près d'un tiers des familles monoparentales, la situation financière de leur ménage s'est détériorée pendant cette crise (Figure 11). En outre, les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (23,5 %) sont plus nombreuses à indiquer une détérioration de la situation financière que les diplômées de l'enseignement supérieur (19 %). Ceci peut s'expliquer par le fait que les moins instruits sont plus susceptibles d'être en chômage technique et en perte de revenu que les plus instruits car ils sont plus nombreux à exercer des professions où la mise en place du télétravail est difficile, voire impossible comme parmi les ouvriers ou les vendeurs en magasins.

Figure 11 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui indiquent que la situation financière actuelle du ménage est moins bonne qu'il y a 3 mois, selon le type de ménage, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.



17,5 % des personnes ayant un emploi rémunéré indiquent que la situation financière actuelle de leur ménage est moins bonne qu'il y a trois mois. Ce pourcentage est 3 fois plus élevé pour les personnes au chômage ou en recherche d'emploi (49 %) et les personnes en chômage technique (55,5 %). En ce qui concerne les pensionnés, 12 % indiquent que la situation financière de leur ménage s'est détériorée, mais ce pourcentage n'est pas significativement différent de celui des personnes ayant un emploi rémunéré (Figure 12).

Figure 12 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui indiquent que la situation financière actuelle du ménage est moins bonne qu'il y a 3 mois, selon la situation professionnelle, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.



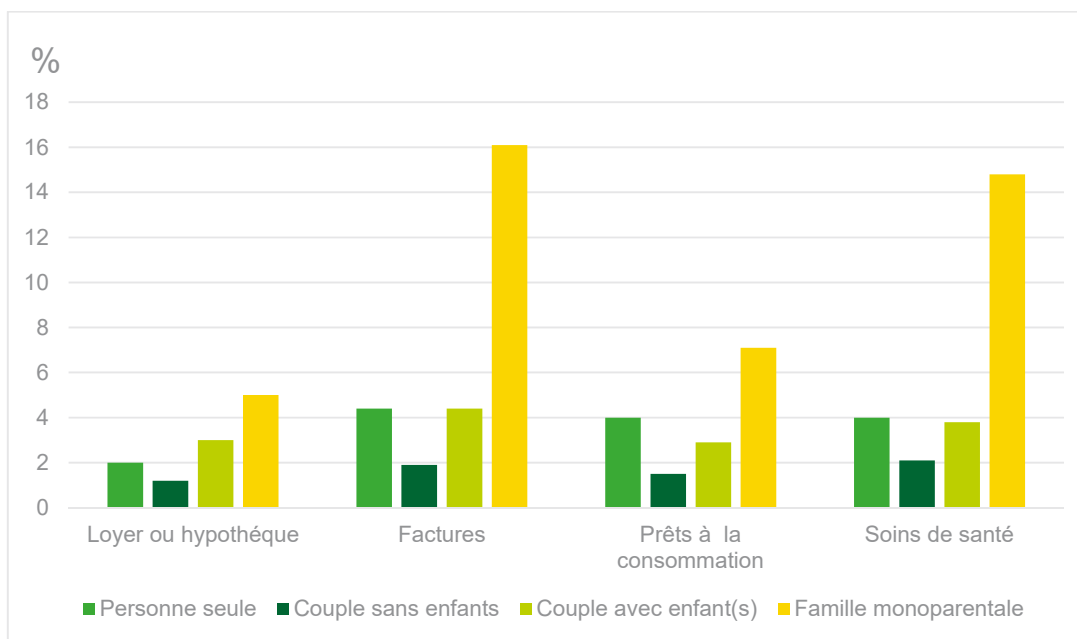
5.3. DÉFAUT DE PAIEMENT DU MÉNAGE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS

Une faible proportion de la population de 18 ans et plus a indiqué que son ménage était en défaut de paiement au cours des trois derniers mois, c'est-à-dire pendant la crise de du COVID-19 : 2 % n'ont pas pu payer le loyer ou les mensualités du crédit pour le logement, 4 % pour les factures (électricité, eau, gaz, téléphone), 3 % pour les paiements liés aux prêts à la consommation, y compris les découverts de la carte de crédit (pour des achats comme par ex. des appareils électriques, des meubles, une voiture, etc.), et 4 % pour les paiements des soins de santé.

Comme on l'a vu avec l'indicateur précédent, nous constatons qu'il n'y a pas de différences entre hommes et femmes en ce qui concerne le défaut de paiement des quatre éléments cités plus haut. De même, les personnes qui rapportent un défaut de paiement sont moins nombreux parmi les personnes âgées de 65 ans et plus que parmi les plus jeunes de 18-24 ans (1 % pour le logement, 1 % pour les factures, et 1,5 % pour les soins de santé contre respectivement 2,5 %, 3 % et 4 %) mais souvent aussi que parmi les autres groupes d'âge. En outre on observe un taux élevé de personnes dans les groupes d'âge 25-34 ans (7 %) et 35-44 ans (5 %) pour les défauts de paiement des factures (électricité, eau, gaz, téléphone).

Le groupe qui se distingue le plus en termes de défaut de paiement au cours des trois derniers mois est celui des famille monoparentales (Figure 13), notamment en ce qui concerne les factures et les soins de santé : 16 % d'entre elles n'ont pas pu payer à temps leurs factures, un pourcentage huit fois plus élevé que pour les couples sans enfants (2 %), et 15 % n'ont pas pu payer à temps les soins de santé à temps, un pourcentage sept fois plus élevé que pour les couples sans enfants (2 %). Pour les deux autres éléments, le pourcentage le plus élevé a également été constaté chez les familles monoparentales : 5 % d'entre elles n'ont pas pu payer à temps leur loyer ou leur hypothèque contre 1 % des couples sans enfants, et 7 % n'ont pas pu payer à temps leurs prêts à la consommation, contre 1,5 % des couples sans enfants. On trouve aussi des taux plus élevés de personnes en retard de paiement pour les quatre éléments chez les personnes seules (excepté pour le loyer ou l'hypothèque) et les couples avec enfant(s) que chez les couples sans enfant(s).

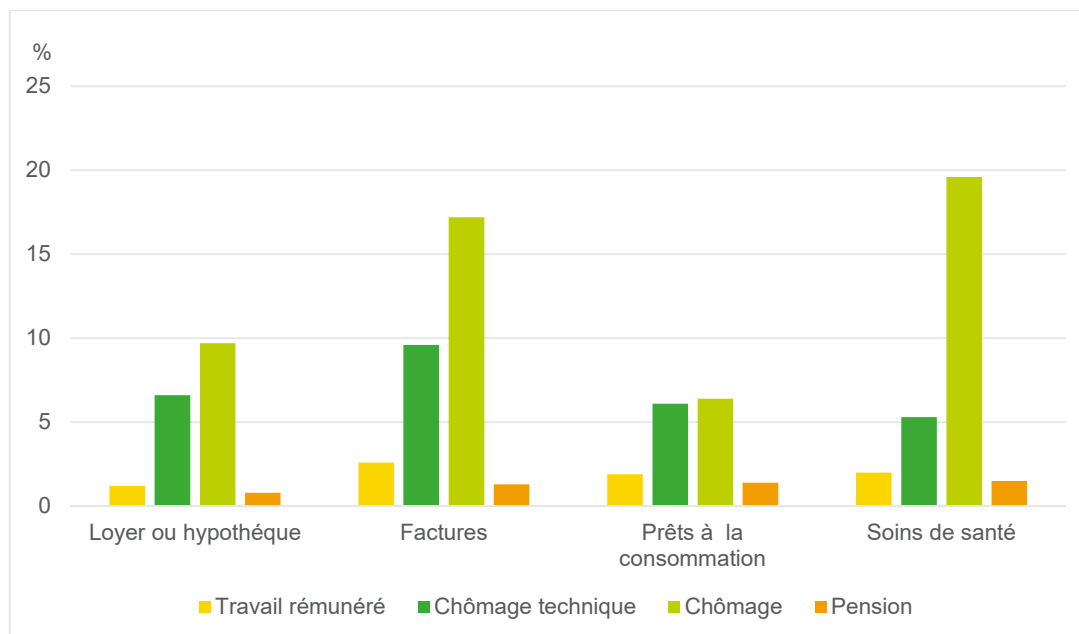
Figure 13 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui indiquent que le ménage était en défaut de paiement au cours des trois, selon le type ménage, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.



Le défaut de paiement au cours des trois derniers mois est plus fréquent parmi les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé : 2,5 % des personnes ayant tout au plus un diplôme d'études secondaires ont eu un défaut de paiement pour le logement ou l'hypothèque contre 1,5 % des diplômées de l'enseignement

supérieur. Ces chiffres sont respectivement de 5 % contre 2 % pour les factures, 3 % contre 2 % pour les prêts à la consommation et 6 % contre 2 % pour les soins de santé.

Figure 14 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui indiquent que le ménage était en défaut de paiement au cours des trois, selon la situation professionnelle, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



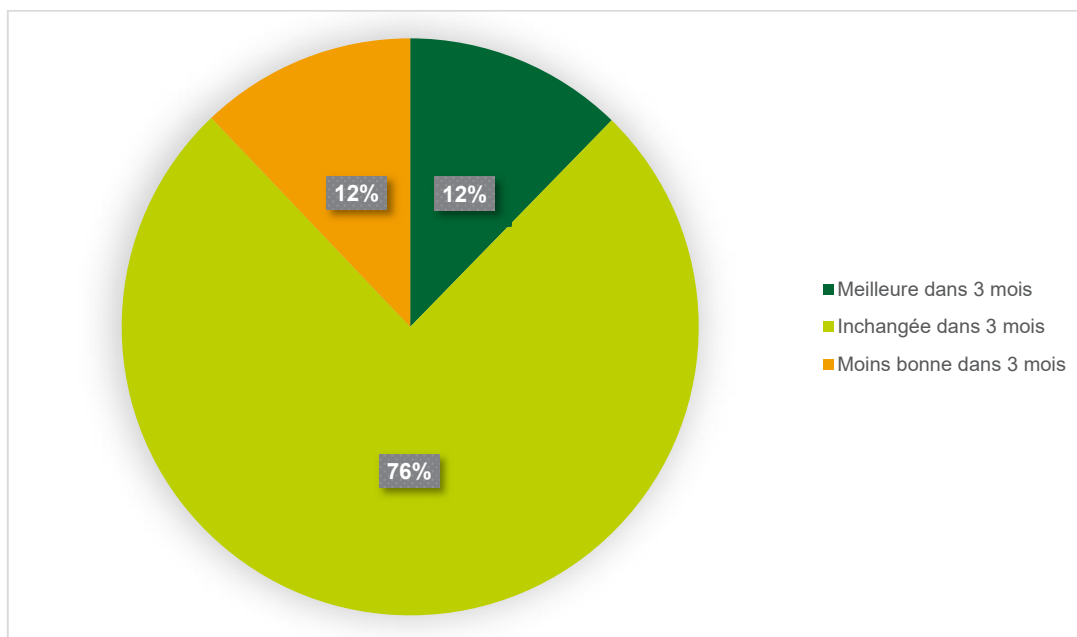
Les personnes au chômage ou en recherche d'emploi, mais aussi les personnes en chômage technique, sont les deux groupes les plus à risque en termes de défaut de paiement : 10 % des personnes au chômage ou en recherche d'emploi et 7 % des personnes en chômage technique sont en retard de paiement pour le loyer ou l'hypothèque contre 1 % des personnes ayant un emploi rémunéré. Ces chiffres sont respectivement de 17 %, 10 % et 3 % pour les factures, de 6 %, 6 % et 2 % pour les prêts à la consommation, et 20 %, 5 % et 2 % pour les soins de santé. Ainsi, le pourcentage de personnes au chômage ou en recherche d'emploi est 10 fois plus élevé que celui des personnes ayant un emploi rémunéré (Figure 14).

5.4. PERSPECTIVE FINANCIÈRE DU MÉNAGE DANS TROIS MOIS

Trois personnes sur quatre (75 %) pensent que la situation financière de leur ménage sera identique dans 3 mois, 12 % pensent que cette situation va s'améliorer, tandis que 12 % pensent au contraire que cette situation va se détériorer (Figure 15).

Le pourcentage d'hommes qui estiment que leur situation financière va se détériorer (13 %) est significativement plus élevé que celui des femmes (11 %). En outre, ce pourcentage est significativement plus élevé chez les personnes vivant seules ou seules avec des enfants (14 % et 15 % respectivement) que chez les couples sans enfants (11 %), et chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction (12,8 %) que chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire (11 %).

Figure 15 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon la situation financière du ménage dans 3 mois, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Ce sont les personnes au chômage ou en recherche d'emploi et les personnes au chômage technique qui ont le moins confiance dans leur perspective financière : une personne sur cinq (21 % et 18,5 % respectivement) pense que leur situation financière va se détériorer. Parmi les personnes ayant un emploi rémunéré, cette proportion est de presque la moitié (10,5 %), ce qui représente une différence significative.

6. Sécurité alimentaire

6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Au cours de la crise du COVID-19, 10 % des personnes ont craint de manquer de nourriture, 5 % avaient effectivement manqué de nourriture et 10 % ne pouvaient pas se permettre de manger des repas sains et équilibrés.
- Il existe de grandes différences en matière d'insécurité alimentaire selon le type de ménage et le niveau d'instruction. Pour ces trois indicateurs, le pourcentage en situation d'insécurité alimentaire est significativement plus élevé pour les familles monoparentales et les personnes vivant seules et pour les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire.
- Près de 30 % des familles monoparentales avaient peur de manquer de nourriture, et 14 % de ces familles ont en effet souffert d'un manque de nourriture pendant la crise.

Nous avons étudié la sécurité alimentaire pendant la crise du COVID-19 à travers trois indicateurs qui évaluent si au cours des 3 derniers mois, les déclarations suivantes sont souvent ou parfois vrai :

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

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

Pendant la crise du COVID-19, 10 % de la population de 18 ans et plus a souvent ou parfois craint de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent. Cette proportion est significativement plus élevée chez les femmes (11 % contre 9,5 % chez les hommes) et chez les personnes d'âge moyen (des taux autour de 13 % chez les 25-54 ans contre 9 % chez les 55-64 et 5 % chez les 65 ans et plus). Il existe aussi de grandes différences en fonction du type de ménage : les familles monoparentales (29 %) et les personnes vivant seules (14 %) sont les plus nombreuses à craindre un manque de nourriture, tandis que les couples sans enfants (5 %) sont les moins nombreux (Figure 16). Il existe aussi une différence significative selon le niveau d'instruction : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus nombreuses à craindre un manque de nourriture par rapport aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur (5 % contre 13 %) (Figure 17).

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

Au total, 5 % de la population déclare avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter pendant la crise du COVID-19. Ce pourcentage ne diffère pas significativement selon le sexe, mais bien selon l'âge : les personnes d'âge moyen rapportent plus souvent un manque de nourriture et d'argent pour en racheter (taux autour de 6 % à 7 % parmi les 25-54 ans) par rapport aux personnes plus âgées (5 % des 55-64 ans et 2 % des 65 ans et plus). Des différences significatives existent aussi en fonction du type de ménage : les familles monoparentales (16 %) et les personnes vivant seules (8 %) sont les plus nombreuses à déclarer avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter, tandis que les couples sans enfants (2 %) sont les moins nombreux (Figure 16). Il existe aussi une différence significative selon le niveau d'instruction : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus nombreuses à déclarer avoir souvent ou parfois manqué de nourriture et d'argent pour en racheter par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (2 % contre 6,5 %) (Figure 17).

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

Au total, 10 % des personnes n'ont souvent ou parfois pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés au cours des trois derniers mois. Ce pourcentage ne diffère pas selon le sexe, mais bien selon l'âge : ici aussi les personnes d'âge moyen rapportent plus souvent ne pas avoir pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés (taux autour de 12 % à 14 % parmi les 25-54 ans) par rapport aux personnes plus âgées (9 % des 55-64 ans et 5 % des 65 ans et plus). Des différences significatives existent aussi en fonction du type de ménage : les familles monoparentales (25 %) et les personnes vivant seules (17 %) sont les plus nombreuses à déclarer ne pas avoir pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, tandis que les couples sans enfants (5 %) sont les moins nombreux (Figure 16). Il existe aussi une différence significative selon le niveau d'instruction : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire sont plus nombreuses à déclarer ne pas avoir pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (5 % contre 13 %) (Figure 17).

Figure 16 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui pendant la crise du COVID-19 ont souvent ou parfois craint de manquer de nourriture, ont effectivement manqué de nourriture, ou n'ont pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, selon le type de ménage, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

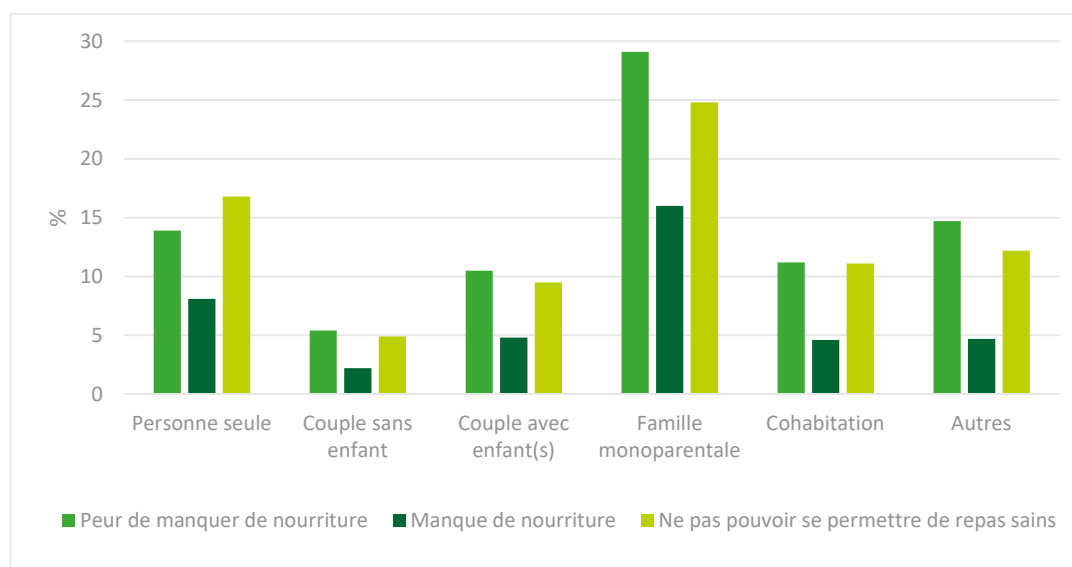
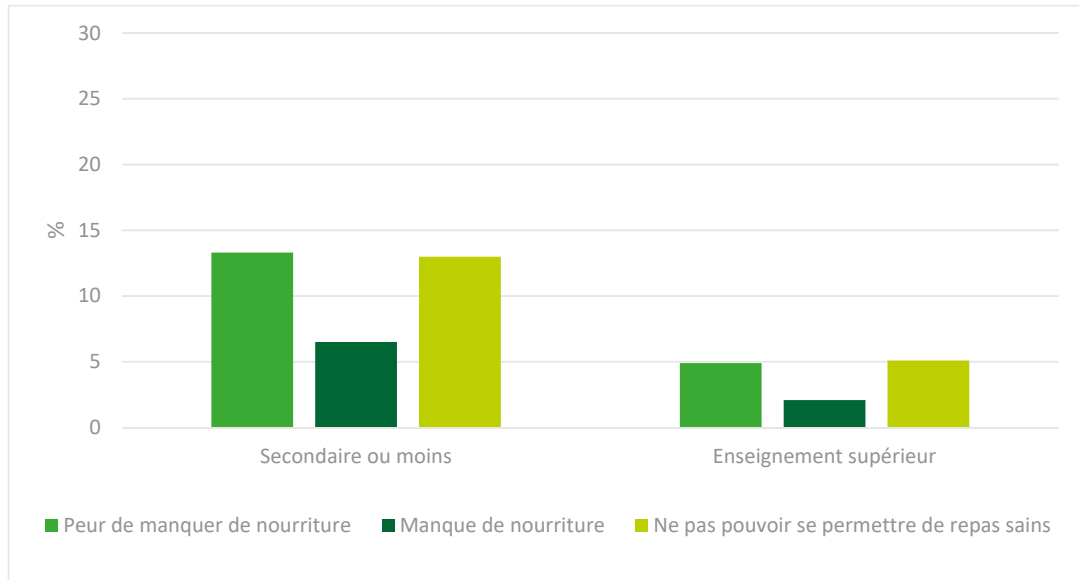


Figure 17 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui pendant la crise du COVID-19 ont souvent ou parfois craint de manquer de nourriture, ont effectivement manqué de nourriture, ou n'ont pas pu se permettre de manger des repas sains et équilibrés, selon le niveau d'instruction, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



7. Santé sociale

7.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- On note une diminution de la proportion de personnes qui sont insatisfaites de leurs contacts sociaux dans la troisième enquête COVID-19, organisée lors de l'assouplissement des mesures de confinement, par rapport aux deux premières enquêtes (46,5 % contre 58-62 %).
- En revanche, dans la troisième enquête de santé COVID-19, le pourcentage de personnes qui se sentent faiblement soutenues socialement est resté stable par rapport à la deuxième enquête (33 % contre 32 %), et a augmenté par rapport à la première enquête (30,5 %).

Des questions relatives à la santé sociale ont été abordées dans les trois enquêtes de santé COVID-19. Ceci nous permet d'étudier l'évolution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux et la qualité de soutien social, tout au long de la crise du coronavirus. C'est important de rappeler que lors de la collecte de données des première et deuxième enquêtes de santé COVID-19, les contacts sociaux se limitaient principalement aux membres du ménage. Lors de la troisième enquête, la règle de la "bulle de quatre" s'appliquait. Cela signifie que chaque ménage était autorisé à recevoir quatre autres personnes à la maison, ces quatre personnes devaient être toujours les mêmes.

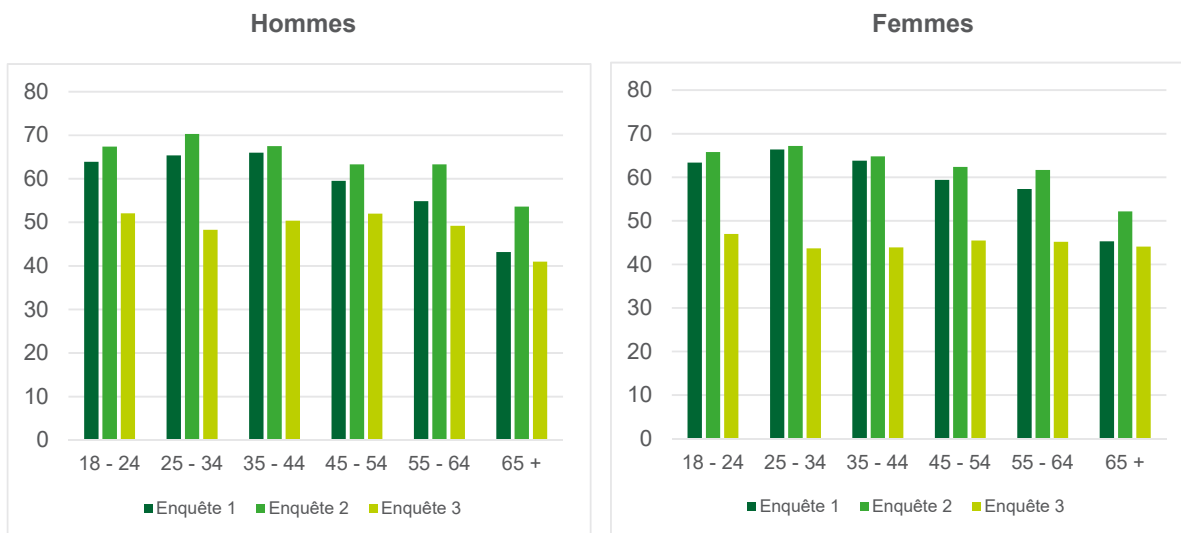
7.2. INSATISFACTION À L'ÉGARD DES CONTACTS SOCIAUX

L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux a augmenté entre la première et la deuxième enquête de santé COVID-19 (de 58 % à 62 %). Par contre, la troisième enquête de santé COVID-19, qui a été organisée lors de l'assouplissement des mesures de confinement, indique une diminution de cette proportion avec 46,5 % des participants qui rapportent être insatisfaits de leurs contacts sociaux. Il convient toutefois de noter que ce pourcentage reste nettement plus élevé qu'en « temps normal ». En effet, sur base des données de l'enquête de santé de 2018, seuls 9 % de la population âgée de 18 ans et plus sont insatisfaits de leurs contacts sociaux.

Les résultats de la deuxième enquête de santé COVID-19 montrent également des différences selon le sexe et l'âge (Figure 18) :

- Les hommes (48 %) sont plus souvent insatisfaits de leurs contacts sociaux que les femmes (45 %). L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, a fortement diminué par rapport aux première et deuxième enquêtes de santé COVID-19.
- Chez les hommes, l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie selon l'âge ; les hommes âgés de 65 ans et plus sont nettement moins nombreux à être insatisfaits de leurs contacts sociaux (41 %) par rapport aux hommes plus jeunes (taux variant entre 48 % et 52 %). Chez les femmes, en revanche, on ne peut pas observer d'effet significatif de l'âge.
- Pour tous les groupes d'âge, on observe dans la troisième enquête de santé COVID-19 une diminution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux par rapport à la deuxième enquête. Cette baisse est la plus prononcée chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 44 ans.

Figure 18| Pourcentage des personnes (18 et plus) insatisfaite de ses contacts sociaux, selon l'âge et le sexe, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



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

- Les couples sans enfant(s) sont les moins insatisfaits de leurs contacts sociaux (43,5 %). La différence par rapport aux couples avec enfant(s) (47,5 %), aux personnes vivant seules (47 %) et aux personnes vivant avec leurs parents, leur famille, leurs amis ou leurs connaissances (50 %) est significative.
- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité sont plus susceptibles d'être insatisfaites de leurs contacts sociaux (58 %) que les personnes ayant un emploi rémunéré (46 %) ou les pensionnés (43 %).
- Les personnes ayant un emploi rémunéré, celles qui font du télétravail (47 %) ou qui sont au chômage technique en raison de la crise (50,5 %) sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que celles qui ont pu continuer à travailler (44,0 %).
- Enfin, les personnes qui jugent que leur situation financière actuelle est pire qu'il y a trois mois sont plus insatisfaites de leurs contacts sociaux (55 %) que celles dont la situation financière est restée identique ou s'est améliorée (44 % et 42 % respectivement).

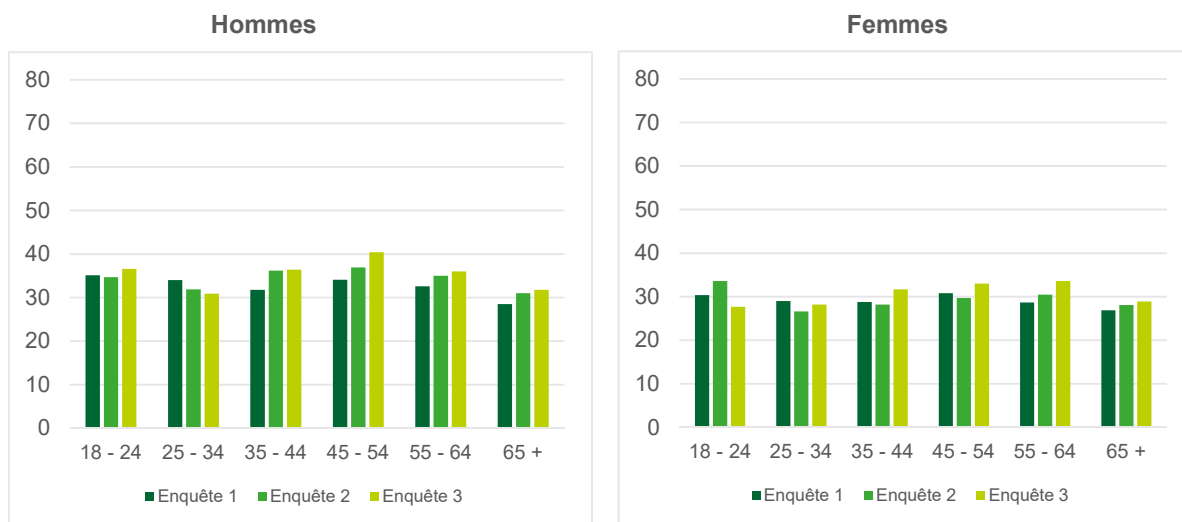
7.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de la troisième enquête COVID-19 montrent que 33 % des personnes se sentent peu soutenues socialement. Ce pourcentage est resté relativement stable par rapport à la deuxième enquête COVID-19 (32 %), mais a augmenté par rapport à la première enquête de santé COVID-19 (30,5 %). L'assouplissement des mesures de confinement n'a donc pas conduit à une diminution du pourcentage de personnes qui se sentent faiblement soutenues. Pour comparer, en "temps normal" seuls 16 % de la population de 18 ans et plus se sentent peu soutenues par leur entourage (chiffre basé sur l'enquête santé de 2018).

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

- Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à rapporter un faible soutien social (35 % contre 30,5 %). Cette différence de genre est plus importante chez les personnes vivant seules (46 % des hommes contre 34 % des femmes).
- Le pourcentage d'hommes rapportant un faible soutien social est significativement plus élevé chez les 45-54 ans (40 %) que chez les 25-34 ans (31 %), les 55-64 ans (36 %) et les 65 ans et plus (32 %).
- Le pourcentage de femmes rapportant un faible soutien social est significativement plus élevé chez les 55-64 ans (34 %) et les 45-54 ans (33 %) que chez les 25-34 ans (28 %) et les 65 ans et plus (29 %).
- Chez les hommes âgés de 35 à 54 ans, le pourcentage de ceux qui rapportent un faible soutien social est nettement plus élevé dans la troisième enquête de santé COVID-19 que dans la première enquête.
- Chez les femmes âgées de 35 à 44 ans et de 55 à 64 ans, ce pourcentage est également nettement plus élevé dans la troisième enquête de santé COVID-19 que dans la première. Chez les femmes âgées de 35 à 64 ans, on constate également une augmentation significative par rapport à la deuxième enquête de santé COVID-19.

Figure 19 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, selon l'âge et le sexe, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



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

- Les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s) se sentent moins bien soutenues socialement (respectivement 43 % et 39 % d'entre elles) que les couples avec ou sans enfant(s) (environ 30 %).
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire rapportent plus souvent un faible soutien social que celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (respectivement 36% contre 26%).
- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité (55%) ou les demandeurs d'emploi (53%) sont plus susceptibles de déclarer un faible soutien social que les personnes ayant un emploi rémunéré (31 %), les pensionnés (30 %) ou les étudiants (33 %).
- 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 (37 %) que celles qui ont pu poursuivre leur travail avec ou sans télétravail (30 % - 31 %) ou celles qui étaient au chômage technique au début de la crise mais ont pu reprendre leur travail de nouveau (31 %).
- Enfin, les personnes qui évaluent leur situation financière actuelle comme étant pire qu'il y a trois mois signalent plus souvent un faible soutien social (42 %) que celles qui évaluent leur situation financière comme étant identique (30 %) ou meilleure (28 %).

8. Santé mentale

8.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les troubles anxieux (16 %) et dépressifs (15 %) parmi les personnes de 18+ ans sont moins fréquents que lors de la première enquête de santé COVID-19 (respectivement 23 % et 20 %), mais restent malgré tout plus largement présents qu'avant la crise du coronavirus (soit respectivement 11 % et 10 % en 2018).
- Lors de la troisième enquête de santé COVID-19, les jeunes de 18-24 ans et les étudiants (facteur confondant avec l'âge) étaient de loin les plus touchés par les troubles anxieux et dépressifs.
- L'anxiété est plus courante parmi les femmes et les personnes vivant avec des enfants.
- Les dépressions sont, étonnamment, aussi fréquentes chez les hommes que les femmes ; au sortir des trois mois de confinement les jeunes hommes de 18 à 24 ans sont même plus nombreux que les jeunes femmes de cet âge à souffrir de dépression.
- Certains groupes semblent être à l'abri des troubles anxieux et dépressifs : il s'agit des personnes vivant en couple, celles ayant accédé à des études supérieures, et celles qui bénéficient d'un emploi rémunéré.
- A contrario, certains contextes sont défavorables au maintien d'un bien-être mental à l'issue de la crise : le fait d'habiter seul(e) ou en situation monoparentale, d'être bénéficiaire d'allocations sociales, de subir et/ou de prévoir des pertes financières dans le futur.
- Plus grave encore, 8 % des personnes de 18+ ans ont indiqué qu'elles avaient sérieusement pensé à mettre fin à leur vie au cours des 3 derniers mois, et 0,4 % ont effectivement tenté de le faire. En comparaison, l'enquête de santé de 2018 fait état de 4 % de personnes de 18+ ans ayant pensé au suicide et 0,2 % ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois : soit ici, deux fois moins de personnes sur un laps de temps 4 fois plus long.
- Les facteurs personnels associés aux pensées et comportements suicidaires sont la présence et/ou l'anamnèse de troubles anxieux et/ou dépressifs, et l'expérience passée de tels pensées/comportements.
- Pendant les trois mois de confinement, une majorité de la population (72 %) a en outre éprouvé des troubles du sommeil. Elles étaient deux à trois fois plus nombreuses qu'en temps normal (2018).
- En contrepartie, le niveau d'énergie ressentie est resté équivalent, voire légèrement supérieur à ce qui avait été obtenu auparavant (2018). Il s'agit sans doute d'un état de vigilance lié au stress provoqué par cette crise inédite. L'épuisement se fera peut-être ressentir plus tard, au moment du relâchement.

8.2. INTRODUCTION

La santé mentale de la population fait l'objet d'une attention particulière depuis le début de la crise sanitaire. La méconnaissance du nouveau coronavirus, sa propagation rapide, l'escalade des hospitalisations et des décès qui y étaient liés, le caractère radical et inédit des mesures préventives imposées par les autorités, sont autant de facteurs anxiogènes pouvant mettre à mal une large frange de la population. En outre, l'arrêt brusque de la vie sociale, culturelle et économique dans son ensemble ainsi que l'incertitude quant à leur reprise, peut peser sur la population la plus fragilisée au point d'entraîner un état dépressif plus ou moins grave, voire mener au suicide. Il a donc paru important d'évaluer l'impact de cette crise sur le bien-être mental et repérer les facteurs de risque œuvrant à accentuer les inégalités de santé.

La portée sociale et économique de cette crise sanitaire laisse également présager la persistance d'une souffrance mentale à long terme ou même l'avènement de troubles de stress post-traumatique chez les personnes directement compromises, comme les patients, les proches de ceux-ci et les soignants de première ligne par exemple. D'où l'importance d'envisager un suivi de la santé mentale à différents moments de l'évolution de la pandémie, mais aussi, de pouvoir comparer ces mesures avec celles obtenues au sein de la population avant le début de la crise. Les enquêtes de santé (HIS) quinquennales de Sciensano, dont la

dernière date de 2018, offrent à cet effet une mesure-étalon contre laquelle estimer l'impact de la crise et le retour, ou non, à une situation « normalisée ».

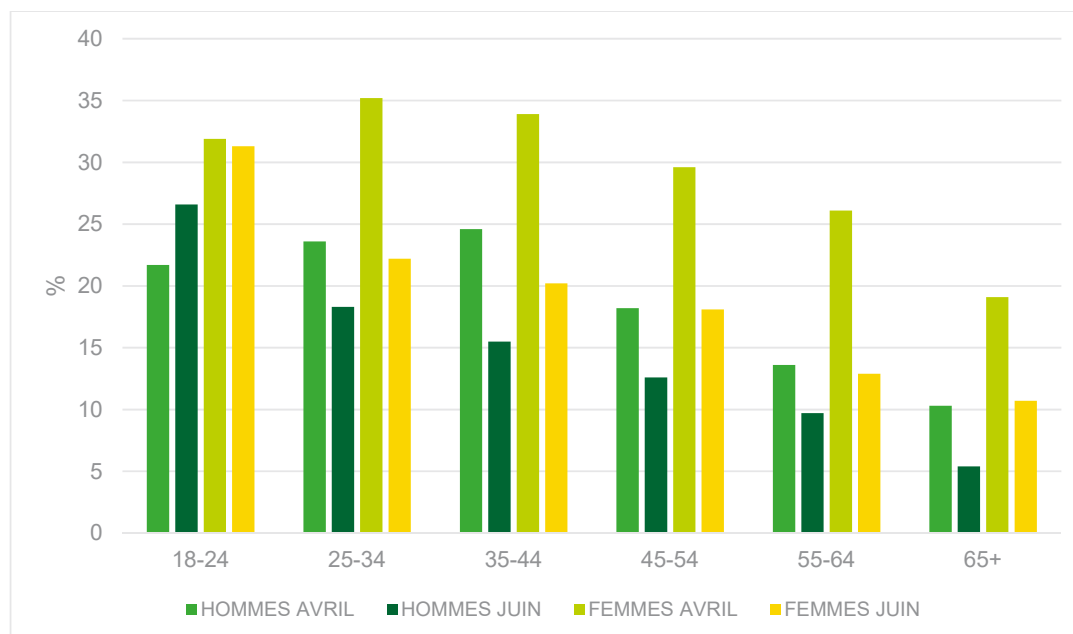
Cette section du rapport porte donc essentiellement sur les résultats relatifs à la santé mentale des répondants lors de la troisième enquête COVID-19 (28 mai-4 juin), juste avant la phase 3 du déconfinement. Ceux-ci seront comparés, si possible, aux résultats de la première enquête COVID-19 (2-9 avril) et de l'enquête de santé générale avant la crise (HIS 2018). Toutes ces enquêtes utilisent le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) pour évaluer le trouble d'anxiété généralisée et le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) pour estimer les troubles dépressifs (dépression majeure et autres).

8.3. ANXIÉTÉ

La première enquête de santé COVID-19 (début avril) avait mis en exergue la forte augmentation des troubles anxieux (23 %) dans la population âgée de 18 ans et plus, représentant un taux deux fois supérieur aux résultats de l'enquête de santé de 2018 (11 %). Deux mois plus tard (début juin), alors que le pic de l'épidémie est dépassé et que la phase 3 du déconfinement est annoncée, la prévalence de l'anxiété généralisée a diminué (16%), sans pour autant recouvrer les valeurs connues en 2018 (différences significatives après correction pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation). Les analyses en fonction des caractéristiques socio-démographiques révèlent que :

- Les femmes (18 %) sont davantage concernées par les troubles de l'anxiété que les hommes (14 %).
- La prévalence du trouble anxieux diminue avec l'âge : 29 % des jeunes de 18-24 ans souffrent d'anxiété et cette proportion baisse progressivement jusqu'à 8 % parmi les personnes de 65 ans et plus. La diminution en fonction de l'âge est observée chez les femmes et chez les hommes.
- Comparé aux valeurs de la première enquête, la fréquence des troubles anxieux a baissé dans tous les groupes d'âge, sauf parmi les jeunes de 18 à 24 ans ; ici, l'anxiété est même devenue plus fréquente parmi les jeunes hommes. L'anxiété élevée chez les 18-24 ans pourrait être due à l'incertitude liée à l'évaluation des acquis scolaires ou académiques, totalement bouleversée et prévu en mode 'distanciel'.

Figure 20 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) avec un trouble anxieux, par âge et par sexe, 1^e et 3^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Anxiété et situation socio-économique

- Les personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures sont plus vulnérables aux troubles anxieux.
- La vie en couple, sans enfants, est un facteur protecteur par rapport aux autres types de ménages. Les personnes en situation monoparentale sont le plus à risque de souffrir d'anxiété ; les personnes appartenant à un ménage de composition moins conventionnelle (catégorie « autre ») le sont également.
- Les troubles anxieux ont le plus fortement diminué entre la première et la troisième enquête auprès des familles avec des enfants (mono- ou biparentales). Les troubles anxieux ont par contre augmenté chez les étudiants entre début avril (26 %) et début juin (30 %), traduisant sans doute l'approche des évaluations (scolaires/académiques) dans ce contexte très particulier.
- Les troubles anxieux sont répartis de façon inégale selon le statut professionnel des individus. Le travail rémunéré est un facteur protecteur si l'on compare la prévalence de l'anxiété dans ce groupe (15 %) par rapport aux groupes d'individus au chômage ou en recherche d'emploi (27 %) ou les personnes en invalidité (35 %). Les pensionné(e)s sont les moins nombreux(ses) à présenter des troubles anxieux (7 %).
- Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne donne pas lieu à plus de troubles anxieux, au contraire : 14 % ont de l'anxiété parmi les professionnels de la santé pour 15 % chez d'autres personnes (la différence est significative ($p=0,02$) lorsque l'on ajuste pour l'âge et le sexe).

Tableau 1 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) avec un trouble anxieux, selon la situation socio-économique, 1^e et 3^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

Situation socio-économique	% E1	N	% E3	N
Education				
Secondaire ou moins	25 %	11292	17 %	8035
Enseignement supérieur (<i>réf.</i>)	20 %	30585	13 %	23191
Type de ménage				
Ménage 1 personne	21 %	6239	16 %	5498
Couple sans enfants (<i>réf.</i>)	18 %	11999	10 %	10497
Couple avec enfant(s)	27 %	16544	16 %	11074
Monoparental	31 %	2621	19 %	1715
Cohabitation	27 %	3968	26 %	2103
Autre type	26 %	555	22 %	330
Situation professionnelle				
Emploi rémunéré (<i>réf.</i>)	24 %	31298	15 %	21146
Demandeur d'emploi	35 %	890	27 %	645
Invalidité	46 %	820	35 %	683
Etudiant(e)	26 %	1480	30 %	767
Pensionné(e)	14 %	4147	7 %	5412
Autre	28 %	1150	19 %	904
Situation financière				
Meilleure qu'il y a 3 mois d'ici			11 %	2795
Inchangée par rapport à il y a 3 mois			13 %	21258
Moins bonne qu'il y a 3 mois			25 %	6078
Perspective financière				
Meilleure dans 3 mois			17 %	3167
Similaire dans 3 mois			13 %	22966
Moins bonne dans 3 mois			30 %	3370

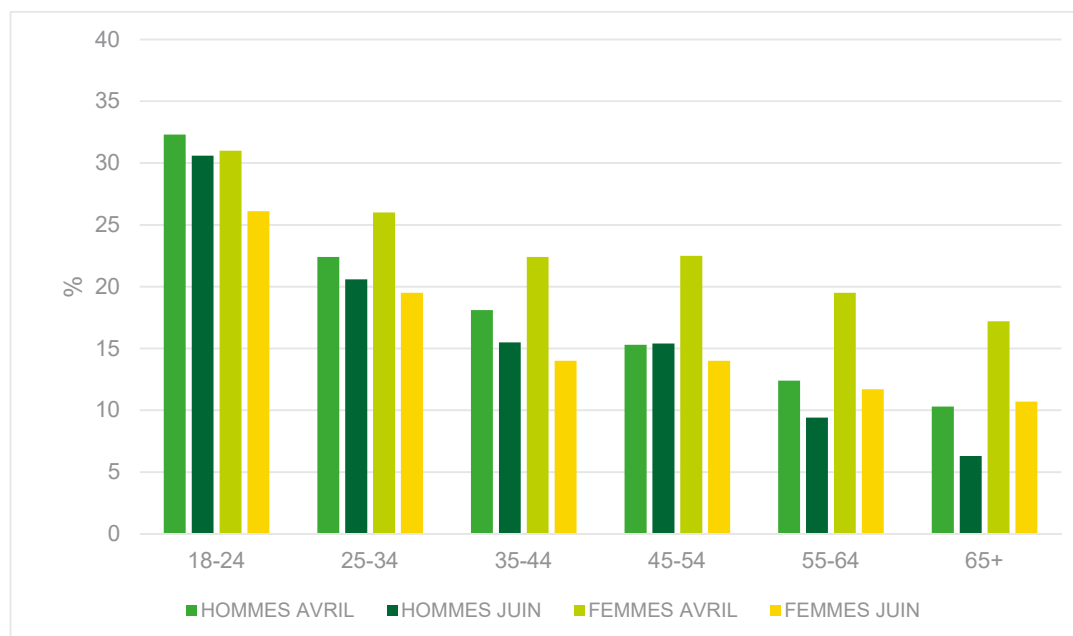
* Les chiffres oranges représentent les différences de prévalence statistiquement significatives ($p < .001$) après ajustement pour l'âge et le sexe de la catégorie donnée par rapport à la catégorie de référence (*réf.*) en gras. Les catégories « étudiant(e) », « pensionné(e) » et « cohabitation » sont fortement liés à l'âge, d'où le fait que les différences ne soient pas significatives après ajustement pour l'âge.

8.4. DÉPRESSION

La première enquête de santé COVID-19 a montré que les troubles dépressifs au sein de la population âgée de 18 ans et plus étaient deux fois plus fréquents (20 % début avril) qu'avant la crise sanitaire (9,5 % en 2018). Cette troisième enquête fait état d'une diminution du nombre relatif de dépressions (15 %), sans pour autant atteindre valeurs antérieures (toutes différences significatives après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation).

- La prévalence des troubles dépressifs est de loin la plus élevée dans le groupe des 18-24 ans (28 %), et diminue lorsque l'âge augmente : 20 % des 25-34 ans, 15 % entre 35 et 54 ans, 11% ou moins à partir de 55 ans.
- Un fait inhabituel lorsqu'il s'agit de problèmes émotionnels : les hommes sont aussi nombreux (15 %) que les femmes (15 %) à éprouver des symptômes dépressifs. Les jeunes hommes (18-24 ans) sont mêmes plus nombreux que les jeunes femmes du même âge à manifester ces troubles (31 % vs 26 %).
- Alors que les femmes étaient plus touchées que les hommes par les troubles dépressifs en début de crise (18 % et 14 % respectivement en avril), c'est parmi elles que l'on observe la plus forte diminution du nombre relatif de dépressions deux mois plus tard, et ce, quel que soit le groupe d'âge considéré.

Figure 21 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) avec un trouble dépressif, par âge et par sexe, 1^e et 3^e enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Dépression et situation socio-économique

- Les troubles dépressifs touchent un plus grand nombre relatif de personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures.
- Les personnes vivant seules ou étant seules avec des enfant(s) sont plus nombreuses à souffrir de troubles dépressifs. Si la prévalence de la dépression est plus élevée dans les ménages de cohabitants, la différence avec d'autres types de ménages n'est pas significative après ajustement pour l'âge et le sexe.
- Les personnes au chômage ou en recherche d'emploi ainsi que celles en invalidité sont plus touchées par la dépression. Les étudiants sont aussi plus nombreux à souffrir de dépression, un facteur

confondant avec l'âge (non significatif après ajustement). Les personnes pensionnées sont, elles, moins susceptibles de manifester un trouble dépressif, mais cette condition est fortement liée à l'âge (les différences ne sont donc plus significatives après ajustement).

- Les personnes qui déclarent que leur situation financière est moins bonne depuis la crise sont plus nombreuses à souffrir de dépression, de même que celles qui prévoient que leur situation financière sera moins bonne d'ici trois mois, et ce, par rapport aux personnes dont la situation n'a pas changé ou ne changera pas.
- Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne donne pas lieu à plus de troubles dépressifs, au contraire : 10 % souffrent de dépression parmi les professionnels de la santé pour 15 % des autres personnes (la différence est significative ($p=0,02$) lorsque l'on ajuste pour l'âge et le sexe).

Tableau 2 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) avec un trouble dépressif, selon la situation socio-économique, 1^e et 3^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

Situation socio-économique	% E1	N	% E3	N
Education				
Secondaire ou moins	23 %	11017	17 %	7857
Enseignement supérieur (<i>réf.</i>)	14 %	30142	11 %	22728
Type de ménage				
Ménage 1 personne	24 %	6063	20 %	5413
Couple sans enfants (<i>réf.</i>)	14 %	11842	10 %	10289
Couple avec enfant(s)	18 %	16191	12 %	10811
Monoparental	25 %	2570	19 %	1693
Cohabitation	28 %	3896	25 %	2022
Autre type	21 %	550	20 %	328
Situation professionnelle				
Emploi rémunéré (<i>réf.</i>)	18 %	30754	14 %	20681
Demandeur d'emploi	36 %	873	30 %	623
Invalidité	45 %	807	33 %	673
Etudiant(e)	30 %	1444	26 %	730
Pensionné(e)	13 %	4094	7 %	5355
Autre	23 %	1122	16 %	888
Situation financière				
Meilleure qu'il y a 3 mois d'ici			10 %	2798
Inchangée par rapport à il y a 3 mois			13 %	21171
Moins bonne qu'il y a 3 mois			24 %	6044
Perspective financière				
Meilleure dans 3 mois			16 %	3155
Similaire dans 3 mois			12 %	22891
Moins bonne dans 3 mois			28 %	3351

* Les chiffres oranges représentent les différences de prévalence statistiquement significatives ($p < .001$) après ajustement pour l'âge et le sexe de la catégorie donnée par rapport à la catégorie de référence (*réf.*) en gras. Les catégories « étudiant(e) », « pensionné(e) » et « cohabitation » sont fortement liés à l'âge, d'où le fait que les différences ne soient pas significatives après ajustement pour l'âge.

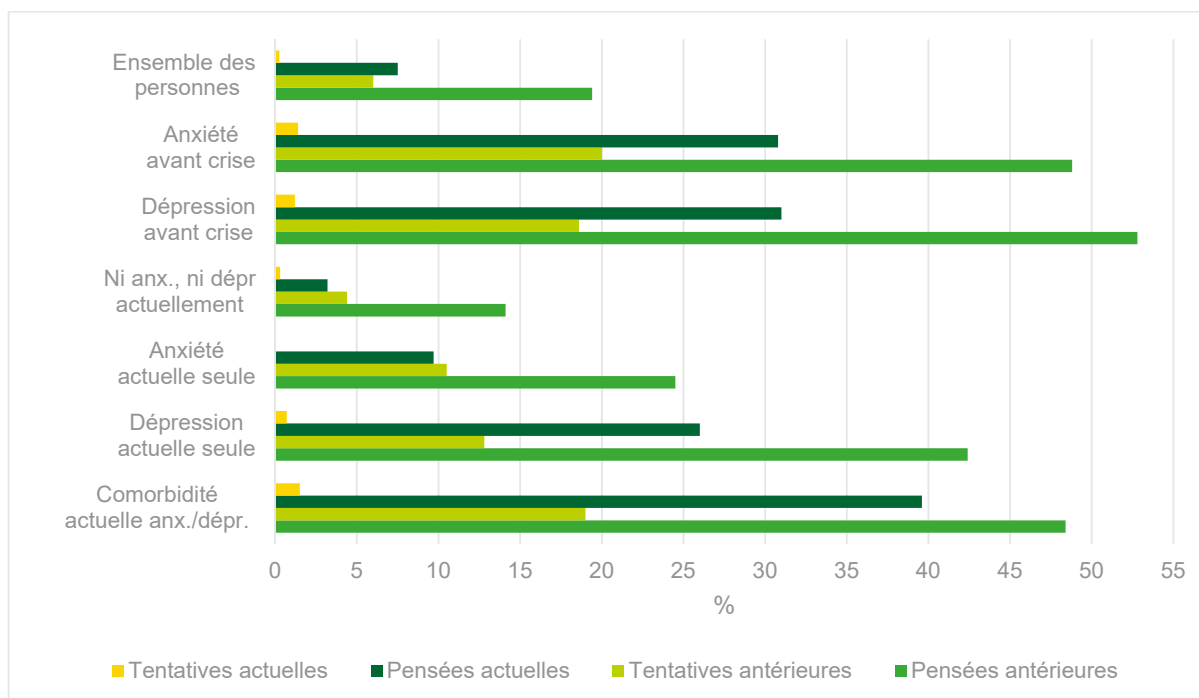
8.5. PENSÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

A côté de l'anxiété et de la dépression, les comportements en relation avec le suicide sont à craindre dans des contextes tels que générés par la crise sanitaire et les mesures subséquentes. La restriction des contacts humains sensée diminuer la transmission du virus, a aussi le potentiel d'isoler les personnes, augmentant le risque suicidaire parmi les plus fragiles. De même, les conséquences socio-économiques de la crise peuvent être telles que le suicide peut paraître la seule issue possible pour certaines personnes. La troisième enquête de santé COVID-19 a donc questionné la présence de pensées et de tentatives de suicide au cours des trois

mois écoulés, couvrant la période de confinement, ainsi que la présence de tels comportements de par le passé, étant donné qu'ils peuvent faciliter leur répétition.

- En juin 2020, 8 % des personnes ont indiqué qu'elles avaient sérieusement pensé à mettre fin à leur vie dans les trois derniers mois, et 0,4 % ont tenté de le faire.
- Parmi les personnes qui ont sérieusement pensé au suicide au cours des trois derniers mois, 21 % n'y avaient jamais pensé auparavant ; 4,4 % d'entre elles sont effectivement passées à l'acte (sans conséquence fatale).
- Parmi les personnes qui ont tenté de se suicider dans les trois derniers mois, 11 % n'avaient jamais fait de tentative auparavant, tandis que 89 % avaient déjà commis ce geste à un moment de leur existence.
- La grande majorité des personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des trois mois écoulés a indiqué y avoir sérieusement pensé (96 %), tandis que pour les 4 % restants, il pourrait s'agir d'un acte impulsif.
- Les pensées suicidaires et tentatives de suicide du passé, mais également celles ayant eu lieu au cours des trois derniers mois, sont beaucoup plus fréquentes si la personne a déclaré avoir souffert d'une dépression ou d'anxiété grave dans les douze mois qui ont précédé la crise du coronavirus (Figure 22).
- Le risque de penser au suicide ou de tenter de se suicider augmente si la personne est aux prises avec un trouble anxieux (sans dépression), est plus élevé encore en cas de trouble dépressif (sans anxiété), et augmente de manière importante dans l'éventualité d'une comorbidité anxiété-dépression.
- Les pensées et tentatives de suicide de ces trois derniers mois ne sont pas liées au sexe ; mais elles sont liées à l'âge : les jeunes (18-24 ans) sont plus susceptibles d'avoir sérieusement pensé au suicide (16 %) et de l'avoir essayé (0,9 %) au cours des trois derniers mois.
- La prévalence des pensées suicidaires lors des trois derniers mois diminue de manière constante avec l'âge, et ne concerne que 5 % des aînés (de 65+). La tendance est moins claire pour les tentatives de suicide : 0,6 % des 35-44 ans en ont fait l'expérience contre 0,3 % ou moins pour les autres tranches d'âge.

Figure 22 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) ayant eu des pensées suicidaires ou tenté de se suicider, par le passé ou durant les 3 mois de crise, selon qu'elles ont ou ont eu des troubles émotionnels, 1^e et 3^e Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Cette section d'analyses met donc en exergue l'impact de la crise sur la volonté d'en finir avec la vie chez les personnes qui étaient déjà en souffrance mentale avant que les mesures de confinement ne soient mises en place, ainsi que chez celles qui ont développé des problèmes émotionnels dans le décours de celles-ci.

Si l'idéation et les tentatives de suicide sont liées aux troubles émotionnels avant et pendant la crise, on peut se demander si les troubles mentaux actuels sont également en lien avec les troubles apparus avant la crise. Les analyses ont montré que, 84 % des personnes qui n'avaient ni anxiété ni dépression dans les douze mois précédant le début de la crise du coronavirus n'ont pas non plus été identifiées comme ayant ces pathologies lors de l'application des mesures restrictives. Ce qui veut dire que 16 % de celles qui étaient exemptes d'anxiété et de dépression avant la crise ont malgré tout développé au moins un de ces deux troubles pendant celle-ci.

En revanche, environ 50 % des personnes ayant un trouble anxieux ou un trouble dépressif dans les douze mois précédant la crise ont été identifiées comme ayant une de ces deux pathologies trois mois après le début de celle-ci. Parmi les personnes qui ont déclaré avoir souffert à la fois d'anxiété et de dépression (comorbidité) dans les douze mois précédant la crise, 75 % avaient l'une et/ou l'autre pathologie après trois mois de crise.

Cette observation n'a rien de surprenant. Les recherches longitudinales en épidémiologie psychiatrique ont mis en évidence que les personnes les plus à risque d'une décompensation mentale face à une situation stressante sont celles ayant déjà fait l'expérience d'un trouble de santé mentale antérieurement, laissant apparaître des fragilités structurelles chez ces individus. De plus, la crise du coronavirus et les mesures de restriction ont sans doute aggravé la situation des personnes préalablement en souffrance, notamment par l'arrêt d'un traitement psychothérapeutique en cours, mais aussi par l'isolement social, ou au contraire la promiscuité (parfois nocive) et les tensions familiales, ou l'exacerbation d'un stress socio-économique préexistant.

Pensées suicidaires et situation socio-économique

Les analyses se limitent ici aux idéations suicidaires, les effectifs étant trop faible d'un point de vue statistique pour les analyses en rapport avec les tentatives de suicide. Les facteurs socio-économiques suivants sont liés à une prévalence plus élevée de pensées suicidaires, après standardisation pour l'âge et le sexe :

- Un niveau d'éducation qui ne dépasse pas les études secondaires
- Etre en recherche d'emploi ou en invalidité
- Vivre seul(e) ou en situation monoparentale
- Se retrouver dans une situation financière moins bonne qu'il y a trois mois
- Prévoir que la situation financière sera moins bonne dans trois mois

8.6. TROUBLES DU SOMMEIL ET ENERGIE VITALE

La crise du coronavirus peut influencer le sommeil de la population de différentes façons. D'abord, par le stress et l'anxiété qu'elle génère chez certains (par exemple, crainte de contamination, tensions intrafamiliales, difficultés professionnelles, enfants à domicile dont il faut s'occuper, les incertitudes), provoquant des insomnies et des réveils nocturnes. Par ailleurs, le confinement a peut-être modifié une série d'activités jouant sur l'endormissement et le temps de sommeil : comme une diminution de l'activité physique et sportive, une augmentation du temps sur les écrans (surtout le soir), une moindre exposition à la lumière du jour, des repas à des heures irrégulières, une perturbation de la routine lever-coucher et des heures habituelles de sommeil, menant un ce que l'on appelle un retard de phase (décalage d'horaire par rapport au rythme habituel), soit autant de facteurs qui peuvent avoir un effet délétère sur le sommeil.

Or, les troubles du sommeil fragilisent la personne humaine, tant au niveau de ses défenses physiques que psychologiques et cognitives. Une mauvaise qualité de sommeil impacte en outre le dynamisme et l'énergie vitale qui permettent aux individus de mener leur vie et leurs tâches à bien, d'être capable de prendre des décisions, d'interagir adéquatement avec leur entourage, par exemple. Le manque de sommeil mène aussi à un désinvestissement par rapport aux contacts sociaux et une isolation sociale, puis à la solitude.

Lors de cette troisième enquête de santé COVID-19, on a posé 3 questions pour évaluer si le sommeil était détérioré (provenant du SCL-90R) : « Au cours des deux dernières semaines,

- ✓ 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 est évaluée à partir de 4 questions issues de l'échelle de vitalité du SF-36 : « Au cours des deux dernières semaines,

- ✓ 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. Il est estimé que le sommeil est perturbé à partir d'un score de 4. Le score de vitalité est établi 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, normée à partir des enquêtes de santé (HIS) belges).

Les résultats obtenus lors de cette troisième enquête de santé COVID-19 sont interpellant en comparaison avec ceux des enquêtes de santé avant la crise.

Troubles du sommeil

- Quasiment trois quarts des personnes de 18 ans et plus (72%) indiquent avoir eu au moins parfois un ou plusieurs problèmes de sommeil au cours des 2 semaines qui ont précédé l'enquête. Bien que les questions sur le sommeil soient quelque peu différentes dans les enquêtes de santé nationales, la population rapportant des troubles ne dépassait pas les 30% entre 2001 et 2013. On peut donc présager, à la lumière des résultats, que contexte lié à la crise bouleverse la vie d'une grande partie de la population.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter un mauvais sommeil (76 % vs 67 %).
- Contrairement à ce qui est habituellement observé pour les troubles du sommeil, les personnes de 65 ans et plus sont significativement moins affectées (65 %) que les personnes des autres tranches d'âge, même si ce taux reste plus élevé qu'à l'ordinaire (environ 36 % des 65 ans et plus en 2013).
- Le type de ménage n'a pas une influence significative sur le sommeil, à part pour les personnes vivant seules (74 %) par rapport aux personnes vivant en couple (69 %).
- Le niveau d'éducation serait protecteur : les diplômés du supérieur sont moins nombreux à éprouver des problèmes de sommeil (69 %) que les personnes avec un niveau d'éducation moins élevé (73 %).
- Les troubles du sommeil sont moins courants parmi les personnes qui détiennent un emploi rémunéré (73 %) ou sont pensionnées (64 %) que parmi les demandeurs d'emploi (86 %) et les personnes invalides (84 %).
- Les personnes dont la situation financière est moins bonne qu'avant la crise et celles qui prévoient une moins bonne situation dans trois mois sont plus nombreuses à avoir des troubles du sommeil (80 % et 81 % respectivement) par rapport à celles avec une situation financière actuelle ou future inchangée (70 %).

Energie vitale

- L'énergie et la vitalité est un rien meilleure en cette période (16 % atteignent un score optimal) qu'en 2018 (14 %, $p=0,006$). Ce regain d'énergie dans la population représente un retour à des valeurs obtenues dans la HIS 2013 (16 %).
- L'énergie vitale est liée à une absence de trouble du sommeil (OR (95 IC) = 5,5 (4,9-6,1)).
- Les femmes éprouvent moins d'énergie (ou sont plus épuisées) que les hommes (13 % vs 19 %).
- La vitalité est inversement liée à l'âge. Les jeunes de 18-24 s'avèrent nettement moins nombreux à être « en pleine forme » que leurs aînés de 65 ans et plus (6 % vs 28 %).
- Les personnes qui éprouvent une énergie vitale en plus grand nombre sont celles vivant en couple sans enfants (22 %) par rapport aux autres compositions de ménage.
- Le niveau d'éducation n'a pas d'influence sur le niveau de vitalité.
- Les pensionnés sont significativement plus nombreux à éprouver un niveau d'énergie optimal (30 %), même dans les analyses ajustées pour l'âge et le sexe.

9. COVID-19 présent et futur

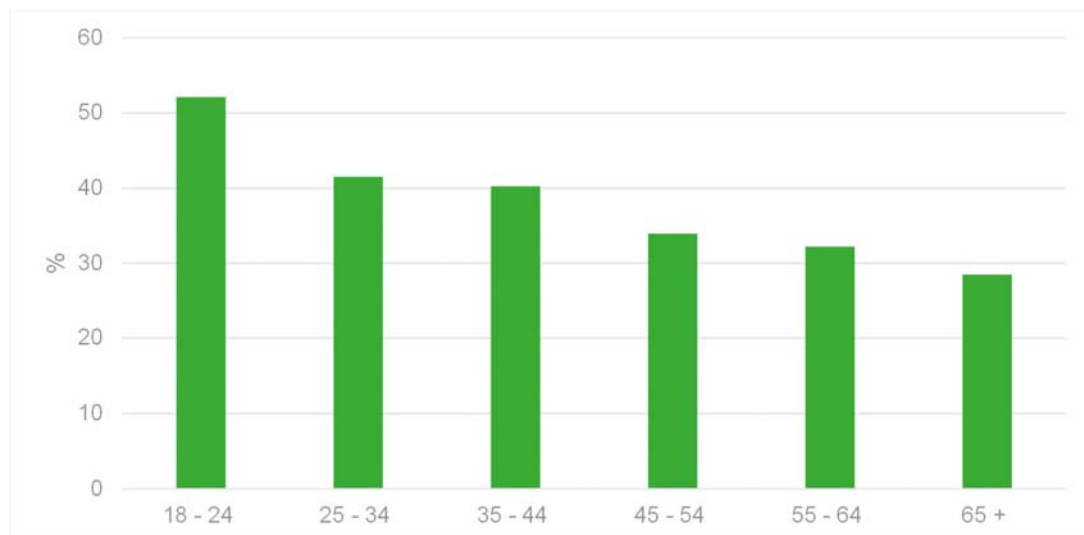
9.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- L'épidémie du COVID-19 a eu des conséquences considérables : plus d'une personne sur trois déclare que l'épidémie a complètement changé sa vie. Chez les jeunes, c'est une personne sur deux.
- Un quart de la population estime que le retour à une vie normale présente un risque élevé pour la santé et cette proportion augmente avec l'âge.
- 18,5% de la population estime que le risque d'être infecté par le coronavirus dans les mois à venir est assez à très élevé. Ce taux diminue chez les personnes âgées de 55 ans et plus.

9.2. IMPACT DE LA CRISE DU COVID-19 SUR LA VIE ACTUELLE

Les participants ont été invités à évaluer leur vie actuelle - de manière générale - par rapport à la situation d'avant le 13 mars : 37% des personnes évaluent leur vie comme étant très à totalement différente. Il n'y a pas de différence selon le sexe mais bien selon l'âge. En effet, la crise du COVID-19 a eu un impact majeur sur la vie des jeunes : 52 % des jeunes de 18 à 24 ans indiquent que leur vie était différente en comparaison avec la période précédant le 13 mars, un pourcentage qui diminue systématiquement au fur à mesure que l'âge augmente (Figure 23).

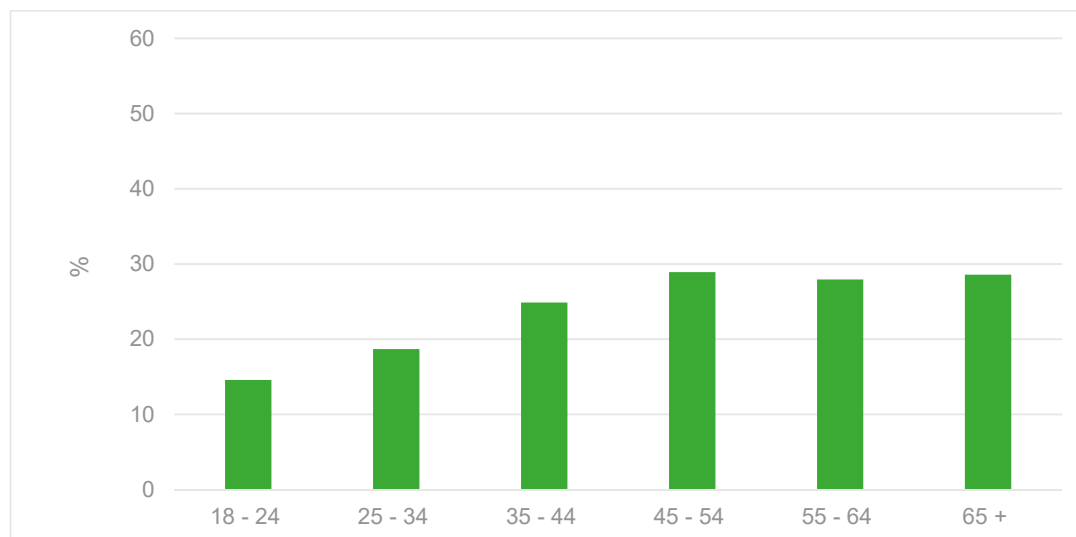
Figure 23 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui évaluent leur vie comme étant différente en comparaison avec la période précédant le 13 mars, selon l'âge, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



9.3. RISQUE SUR LA SANTÉ QUE PRÉSENTE LE RETOUR À LA VIE NORMALE

L'assouplissement des mesures de confinement et de quarantaine signifie un retour progressif à la vie normale, même si le coronavirus n'a pas complètement disparu. Nous avons demandé aux répondants s'ils pensaient que le retour à une vie normale présentait un risque pour leur santé. Un quart de la population (25 %) perçoit que le retour à une vie normale présente un risque plutôt élevé à très élevé ; 22 % pour les hommes et 27 % pour les femmes. Les résultats par âge montrent que les jeunes sont relativement moins susceptibles d'indiquer que le retour à une vie normale présente un risque élevé pour leur santé : 15 % des jeunes de 18-24 ans contre 29 % des 65 ans et plus (Figure 24).

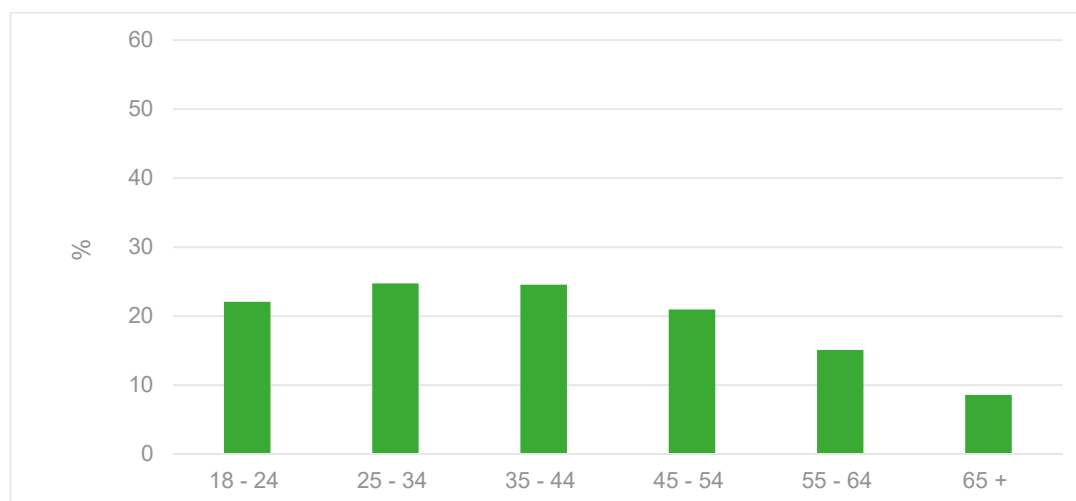
Figure 24 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent que le retour à une vie normale présente un risque élevé pour leur santé, selon l'âge, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



9.4. RISQUE D'INFECTION PAR LE CORONAVIRUS DANS LES MOIS À VENIR

Conformément à ce qui précède, il a été demandé aux participants quel était, à leur avis, le risque d'être infecté par le coronavirus (COVID-19) dans les mois à venir. Selon 18,5% de la population, le risque d'être infecté par le coronavirus est assez à très élevé. Ce pourcentage est nettement plus élevé chez les femmes (20 %) que chez les hommes (17 %). Dans les tranches d'âge allant de 18 à 54 ans, ce taux reste toujours supérieur à 20% mais il diminue chez les personnes plus âgées pour atteindre 9 % chez les 65 ans (Figure 25).

Figure 25 | Pourcentage de la population (18 ans et plus) qui rapporte que le risque d'être infecté par le coronavirus dans les mois à venir est élevé, selon l'âge, troisième enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



10. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la troisième enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 28 mai et le 5 juin 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 des deux premières 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 3^{ème} enquête de santé COVID-19.

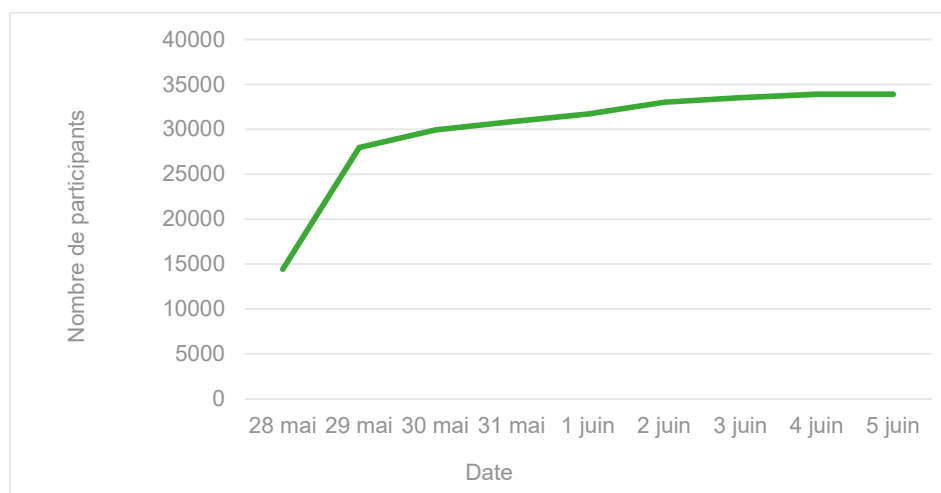
Les conditions suivantes devaient être acceptées avant d'accéder à l'enquête :

- 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, 33 913 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 3 496 personnes supplémentaires se sont connectées au site, mais n'ont pas rempli le questionnaire, n'ont pas pu enregistrer leurs réponses 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 (28-29 mai) ; à partir du 1^{er} juin, le nombre de nouveaux participants a fortement ralenti.

Figure 26 | Fréquence cumulée du nombre de participants à la troisième enquête de santé COVID-19, selon la date de participation, Belgique 2020



Le tableau 3 donne un aperçu du pourcentage d'habitants (de 18 ans et plus) par région en Belgique (sur la base des données de Statbel, situation au 01.01.2019) en comparaison au pourcentage de participants à la troisième enquête de santé COVID-19 par région de résidence.

Tableau 3 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la troisième enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2020

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5 311 613 (58,2)	23 005 (67,8)
Région bruxelloise	932 366 (10,2)	2 848 (8,4)
Région wallonne	2 882 040 (31,6)	8 059 (23,8)
Belgique	9 126 019 (100)	33 913 (100)

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

Tableau 4 | Composition de l'échantillon de la troisième 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	344 (2,9)	762 (3,5)	1 106 (3,3)
25 à 34 ans	1 346 (11,3)	3 451 (15,6)	4 797 (14,1)
35 à 44 ans	1 940 (16,9)	4 944 (24,5)	6 884 (20,3)
45 à 54 ans	2 269 (19,7)	4 873 (22,1)	7 142 (21,1)
55 à 64 ans	2 934 (24,8)	4 875 (22,1)	7 809 (23,0)
65+ ans	3 005 (25,4)	3 170 (14,4)	6 175 (18,2)
Total	11 838 (34,9)	22 075 (65,1)	33 913 (100)

Plus de femmes (65,1 %) que d'hommes (34,9 %) 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, 18,2 % dans l'échantillon) (Tableau 4).

Tableau 5 | Composition de l'échantillon de la troisième enquête de santé COVID-19 par niveau d'éducation, Belgique 2020

	Population (15+)(%)(*)	Participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6 302 716 (67,1)	8 531 (26,0)
Enseignement supérieur	3 084 424 (22,9)	24 263 (74,0)
Total	9 387 140 (100)	32 794 (100)

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

La composition de l'échantillon est donc assez différente de la composition de la population (de 18 ans et plus) en termes de sexe, de groupe d'âge et de niveau d'éducation. Par conséquent, les conclusions éventuelles tirées sur la base de l'analyse des résultats peuvent être biaisées. Pour compenser cela, un redressement par pondération (post-stratification) est utilisé dans les analyses pour obtenir des estimations plus précises. Cette

technique consiste à utiliser des informations sur la composition réelle de la population en Belgique (ici en termes de sexe, de groupe d'âge, de province et d'éducation) pour ajuster les données de l'échantillon à la distribution exacte lors du calcul des résultats de l'enquête :

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

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

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

Remarque

Les analyses produites au niveau de cette troisième enquête de santé COVID-19 introduisent trois changements par rapport aux résultats préliminaires publiés dans le rapport de la première 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 à présent compte du niveau d'éducation également, 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 ce troisième rapport. 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.

CONTACT

Rana Charafeddine • T+32 2 642 57 39 • rana.charaffenide@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/2020/14.440/54