

# QUATRIÈME 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

Octobre 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  
Johan Van der Heyden

## 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  
Kris Doggen

## 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 :

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

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction</b>	<b>7</b>
<b>2. Connaissance et respect des mesures liées au COVID-19</b>	<b>9</b>
2.1. Principaux résultats	9
2.2. Connaissance des mesures de protection en vigueur	9
2.3. Respect des mesures de protection en vigueur	10
2.4. Raisons pour le non Respect des mesures de protection	11
<b>3. Consultations liées au COVID-19</b>	<b>13</b>
3.1. Principaux résultats	13
3.2. Consultation d'un médecin dans le cadre du COVID-19	13
3.3. Dépistage du covid-19	13
<b>4. Travail</b>	<b>15</b>
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
<b>5. Impact de la crise du COVID-19 sur les personnes diabétiques</b>	<b>17</b>
5.1. Principaux résultats	17
5.2. Utilisation de médicaments	17
5.3. Suivi par un médecin ou un autre professionnel de la santé	18
5.4. Contrôle de la glycémie à domicile	18
5.5. Habitudes alimentaires	19
5.6. activité physique	20
<b>6. Vaccination</b>	<b>21</b>
6.1. Principaux résultats	21
6.2. Intention vaccinale	21
6.3. Raisons invoquées pour se faire vacciner	23
6.4. Eléments importants pour la prise de décision parmi ceux qui hésitent à se faire vacciner	24
6.5. Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner	25
6.6. Attitude générale envers la vaccination	26
<b>7. Suivi des contacts COVID-19 (Contact tracing)</b>	<b>28</b>
7.1. Principaux résultats	28
7.2. Introduction	29
7.3. Centre de traçage COVID-19 (contact tracing center)	29
7.4. Application "Coronalert"	33
7.5. Conclusion	40
<b>8. Santé sociale</b>	<b>41</b>
8.1. Principaux résultats	41
8.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux	41
8.3. Qualité du soutien social	43
<b>9. Santé mentale</b>	<b>45</b>
9.1. Principaux résultats	45
9.2. Introduction	46
9.3. Anxiété	46
9.4. Dépression	47

9.5. Troubles du sommeil .....	49
9.6. Pensées et comportements suicidaires.....	49
<b>10. Littératie en santé relative au COVID-19 .....</b>	<b>51</b>
10.1. Principaux résultats .....	51
10.2. Niveau de littératie en santé relative au COVID-19 .....	51
10.3. Littératie en santé et vaccination.....	52
10.4. Littératie en santé et respect des mesures et recommandations .....	54
10.5. Littératie en santé et santé mentale .....	55
<b>11. Confiance dans les institutions et les sources d'information.....</b>	<b>56</b>
11.1. Principaux résultats .....	56
11.2. Confiance et vaccination.....	58
11.3. Confiance et respect des mesures.....	59
<b>12. Impact de la crise du coronavirus sur différents domaines de la vie.....</b>	<b>60</b>
12.1. Principaux résultats .....	60
12.2. Introduction .....	60
12.3. Résultats par domaine de vie .....	61
12.4. Association entre un impact négatif de la crise dans différents domaines de la vie et la santé mentale.....	67
12.5. Conclusion .....	69
<b>13. Méthodologie .....</b>	<b>70</b>
<b>14. Annexe.....</b>	<b>74</b>

# 1. Introduction

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

La première enquête de santé COVID-19 a été initiée trois semaines après l'introduction des mesures de restriction, soit le 2 avril 2020. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête concernaient : la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, les cas d'infections au coronavirus, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale. La deuxième enquête de santé COVID-19 a été lancée deux semaines plus tard, soit le 16 avril 2020. En plus de certaines thématiques récurrentes (comme le bien-être mental et social), cette deuxième enquête a mis l'accent sur les modes de vie de la population lors de la période de restrictions liées au coronavirus. La troisième enquête de santé COVID-19 a été mise en ligne le 28 mai 2020, s'intéressant plus spécifiquement à l'impact de la crise sur la situation financière et la sécurité alimentaire, ainsi que sur la perception de l'avenir.

La quatrième enquête de santé COVID-19 a démarré le 24 septembre, et il était possible d'y participer jusqu'au 2 octobre 2020. Quelque 30 000 personnes âgées de 18 ans et plus y ont pris part, dont de nombreuses personnes qui avaient participé à une ou plusieurs enquêtes de santé COVID-19 précédentes.

Cette enquête a notamment examiné, après six mois de crise COVID-19, si les gens connaissaient et appliquaient les mesures visant à enrayer la propagation du virus, quelle était leur attitude en ce qui concerne le suivi des contacts et le traçage, et quelle était leur position en ce qui concerne la vaccination contre le virus une fois qu'un vaccin aura été développé. En outre, pour la première fois, l'enquête s'est penchée sur un sous-groupe spécifique de la population qui présente une vulnérabilité particulière par rapport au virus, à savoir les personnes atteintes de diabète.

Les données collectées par le biais des enquêtes de santé COVID-19, y compris ces dernières, fournissent un photographie de la situation à un moment donné. Ce rapport présente les résultats préliminaires de la 4<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, en mettant l'accent sur l'expérience de la population lors de la période de relâchement des mesures, juste avant le regain de l'épidémie. Les thèmes suivants y sont abordés :

- La connaissance et le respect des mesures liées au COVID-19
- Les consultations chez le médecin et les infections au COVID-19
- L'influence de la crise sur l'emploi et les mesures prises sur le lieu du travail
- L'influence de la crise sur les personnes diabétiques
- Le suivi des contacts et l'application pour le traçage
- L'attitude vis-à-vis de la vaccination
- La confiance dans les institutions
- La santé sociale
- La santé mentale
- L'impact de la crise dans les domaines de la vie

Afin d'estimer les conséquences de la crise que nous connaissons actuellement, certains résultats de l'enquête de santé COVID-19 sont comparés aux données de population avant l'épidémie. La source d'information pour ces données de comparaison est l'enquête nationale de santé qui a eu lieu en 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 thèmes de cette 4<sup>e</sup> enquête seront mis en parallèle avec ceux obtenus lors des enquêtes COVID-19 précédentes afin d'évaluer les tendances.

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

### 2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

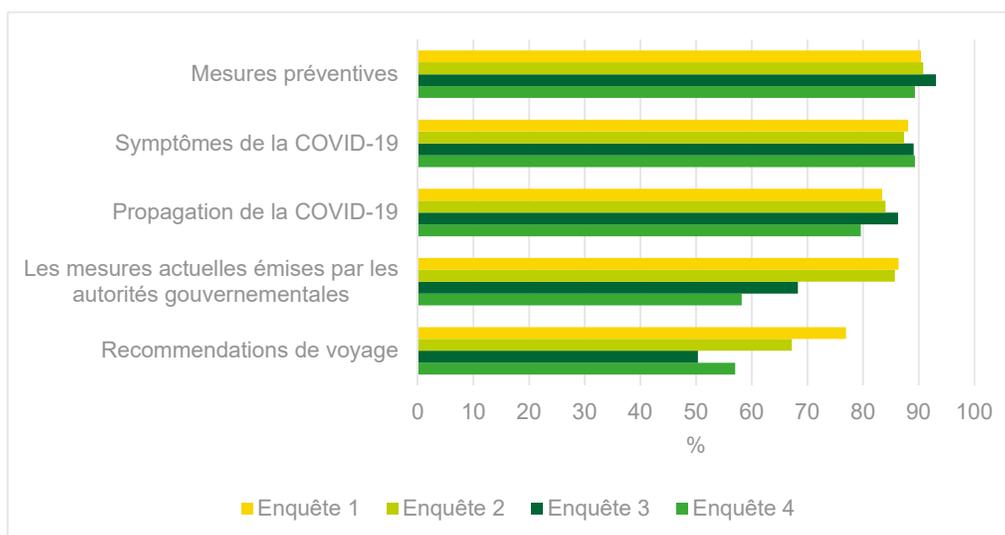
- Comme pour les enquêtes de santé COVID-19 précédentes, la population continue à se considérer comme suffisamment informée sur la COVID-19 et les gestes barrières. Toutefois, le pourcentage de personnes déclarant être suffisamment informées sur les mesures en vigueur continue à diminuer.
- Le pourcentage de personnes qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en matière d'hygiène et de distanciation physique a augmenté par rapport aux enquêtes précédentes. Le non-respect de la mesure de rester à la maison en cas de maladie a également augmenté par rapport à la troisième enquête. En revanche, plus de personnes ont indiqué dans la quatrième enquête qu'elles respectent strictement la mesure de se couvrir la bouche et le nez dans les endroits où la distance de 1,5 mètre ne peut être respectée.
- Les jeunes et les hommes indiquent relativement plus souvent qu'ils ne respectent pas strictement les mesures.

Lors de la quatrième enquête de santé COVID-19, les participants ont de nouveau été interrogés sur leur niveau de connaissance en ce qui concerne la COVID-19 et sur le respect des mesures prises pour lutter contre le virus. 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. La quatrième enquête a été menée lorsque le concept de "bulle" a été abandonné. Dans la pratique, les choses ont peu changé et les contacts étroits sont restés limités.

### 2.2. CONNAISSANCE DES MESURES DE PROTECTION EN VIGUEUR

Conformément aux résultats des enquêtes précédentes, on retrouve une proportion très élevée de la population qui se considère comme suffisamment informée sur les mesures de prévention (89 %), les symptômes de la COVID-19 (89 %) et du mode de propagation du virus (80 %) (figure 1). Toutefois, si l'on examine le pourcentage de personnes qui indiquent être suffisamment informées des mesures actuelles prises par le gouvernement dans la lutte contre la COVID-19, on constate une diminution importante tout au long de la crise (de 86 % dans les deux premières enquêtes, 68% dans la troisième enquête à 58 % dans la quatrième enquête). Cela n'est pas surprenant puisque ces mesures changent régulièrement en fonction de la situation (pourcentage de tests positifs, nombre d'admissions à l'hôpital, etc.). Les deux premières enquêtes ont porté surtout sur les mesures de confinement et de quarantaine. À l'époque, nous étions dans une situation de "rien n'est permis sauf". La troisième enquête a eu lieu lorsque les mesures ont été assouplies pour la première fois et que la mesure relative à la bulle sociale a été annoncée. Dans la troisième enquête, on a donc examiné l'assouplissement des mesures. Enfin, la quatrième enquête a eu lieu lorsque la "mesure de la bulle sociale" a été supprimée. Ces changements peuvent amener la population à être moins bien informée. Une bonne communication est donc essentielle. En ce qui concerne les recommandations de voyage, la diminution dans la tendance ne se poursuit pas et nous constatons une augmentation du pourcentage de personnes qui indiquent être suffisamment informées (de 50 % dans la troisième enquête à 57 % dans la quatrième enquête). Les taux sont plus faibles chez les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire par rapport aux personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. Par exemple, 55 % des personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire indiquent être suffisamment informées des mesures actuelles, contre 65 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

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

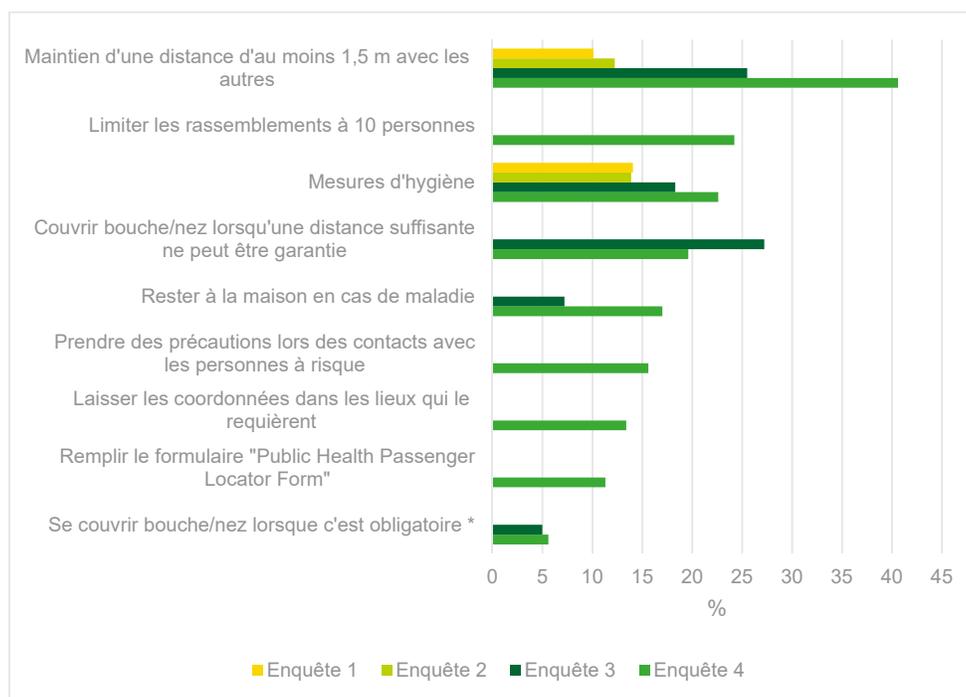


### 2.3. RESPECT DES MESURES DE PROTECTION EN VIGUEUR

Entre les deuxième et troisième enquêtes, on a constaté une augmentation significative du pourcentage de personnes déclarant ne pas respecter strictement les mesures d'hygiène (de 14 % à 18 %) et ne pas maintenir une distance d'au moins 1,5 m avec les autres (de 12 % à 16 %). Cette augmentation se poursuit dans la quatrième enquête avec 23 % des personnes disant ne pas respecter strictement les mesures d'hygiène et 41% disant ne pas garder une distance d'au moins 1,5 m avec les autres (figure 2). De même, entre la troisième et la quatrième enquête, la proportion de personnes qui rapportent ne pas respecter strictement la mesure de rester à la maison lorsqu'elles sont malades a augmenté significativement (de 7 % à 17 %).

Néanmoins, pour d'autres mesures on observe une diminution de la proportion de personnes qui ne les respectent pas. Par exemple, on observe une diminution entre la troisième et la quatrième enquête dans le pourcentage de personnes indiquant qu'elles ne se couvrent pas la bouche et le nez aux endroits où une distance de 1,5 mètre des autres ne peut être garantie (de 27 % à 20 %). La mesure la plus strictement observée est le port du masque dans les lieux où cela est obligatoire (par exemple dans les transports publics) : seuls 6 % indiquent qu'ils ne respectent pas strictement cette mesure.

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



## 2.4. RAISONS POUR LE NON RESPECT DES MESURES DE PROTECTION

Parmi ceux qui ont rapporté lors de la quatrième enquête ne pas respecter strictement les mesures, 75 % ont évoqué comme raison qu'ils étaient prudents ou seuls et que cela ne devrait donc pas poser de problème (figure 3). Ensuite, 42 % indiquent qu'ils considèrent les mesures comme trop strictes et 40 % qu'ils ont une autre raison. Sous "autres raisons", les répondants indiquent qu'ils oublient parfois les mesures (les mesures d'hygiène ne sont pas toujours automatiques), qu'il n'est pas toujours possible de garder une distance et que les règles sociales sont souvent difficiles à suivre étant donné la taille de la famille et le besoin de contacts sociaux.

**Figure 3 | Raisons évoquées pour ne pas respecter strictement les mesures en vigueur (plusieurs raisons possibles), 4<sup>ème</sup> 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 nettement plus nombreux à indiquer qu'ils ne suivent pas strictement les différentes mesures. Par exemple, dans la quatrième enquête, 28 % des hommes indiquent qu'ils ne respectent pas strictement les mesures d'hygiène, contre 18 % des femmes. De même, 22 % des 18-24 ans indiquent qu'ils ne respectent pas strictement la mesure de laisser leurs coordonnées dans les lieux qui le requièrent (comme les bars, restaurants, clubs sportifs...), contre 6 % des 65 ans et plus.

## 3. Consultations liées au COVID-19

### 3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Depuis le début de la crise, 21 % de la population âgée de 18 ans et plus a consulté un médecin dans le cadre de la COVID-19.
- Près d'une personne sur quatre (24 %) a été testée pour le coronavirus depuis le début de la crise. Parmi celles-ci, 5 % ont été testées positives.
- Les raisons les plus importantes pour se faire tester sont la présence de symptômes inquiétants et la nécessité de le faire avant une admission dans un hôpital ou un établissement de logement collectif.

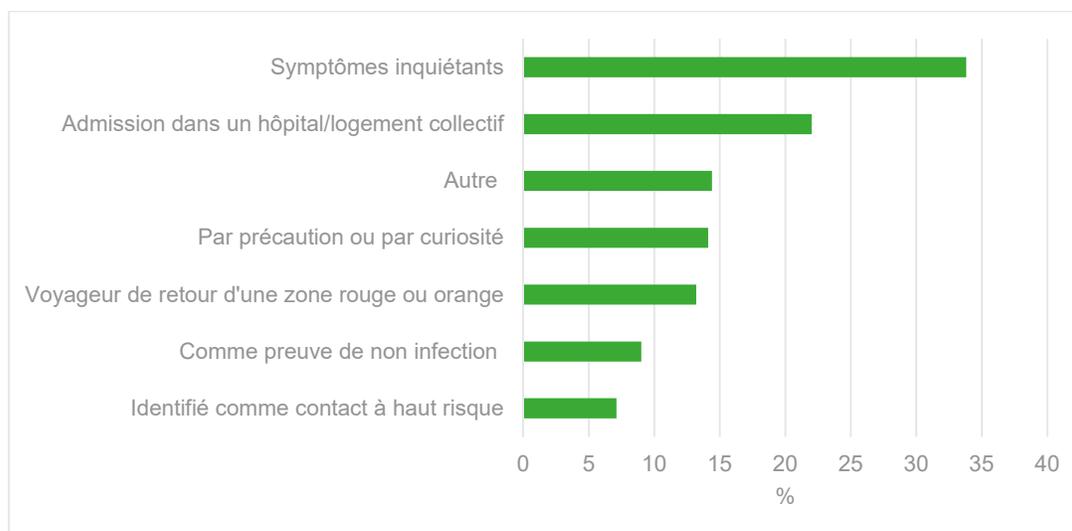
### 3.2. CONSULTATION D'UN MÉDECIN DANS LE CADRE DU COVID-19

Depuis le début de la crise, plus d'une personne sur cinq (21 %) déclare avoir consulté un médecin pour des problèmes qui pouvaient être liés au COVID-19, une augmentation par rapport à la troisième enquête de santé réalisée fin mai (13 %). Comme pour les enquêtes précédentes, les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont le moins souvent consulté (13 %), et les personnes de 25-44 ans sont celles qui ont le plus souvent consulté (28 % à 29 %).

### 3.3. DEPISTAGE DU COVID-19

24 % de la population déclare avoir été testée pour le coronavirus depuis le début de la crise. Là encore, les pourcentages sont les plus faibles chez les personnes de 65 ans et plus (19 %) et les plus élevés chez les 25-44 ans (27 % - 30 %). Les personnes qui se font tester peuvent indiquer une ou plusieurs raisons à partir d'une liste. La raison la plus importante pour se faire tester était de présenter des symptômes inquiétants (34 %) (figure 4).

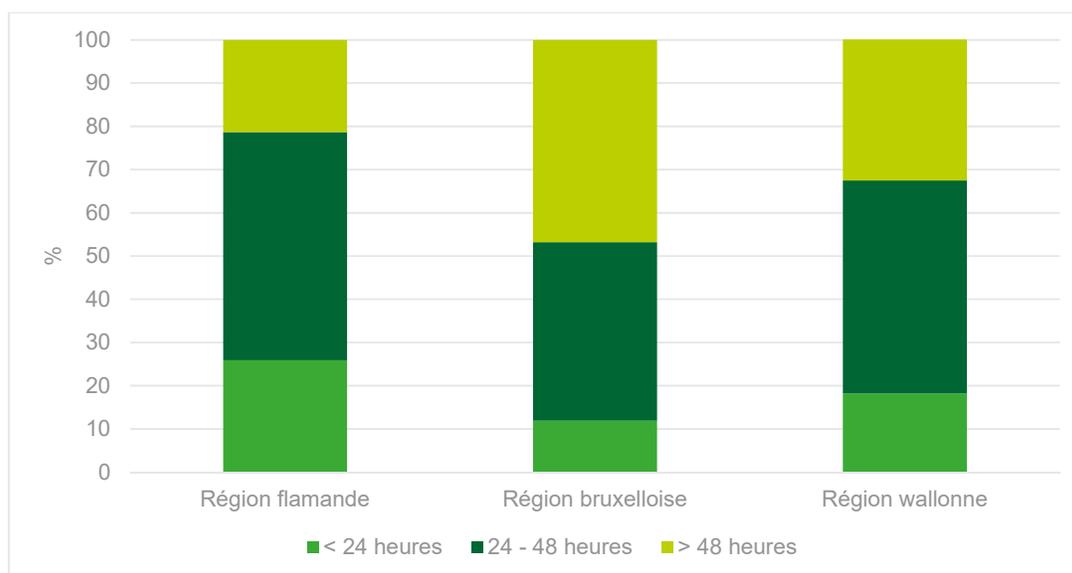
Figure 4 | Raisons invoquées pour avoir été testé pour la COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



Parmi les personnes qui ont été testées depuis le début de la crise, 5 % se sont révélées positives. Ce taux concerne donc toute la période de l'épidémie. Au cours de la collecte de donnée de la quatrième enquête de santé, le taux de tests positifs était légèrement plus élevé, à 6 % (Bulletin épidémiologique COVID-19 du 4 octobre 2020, Sciensano), mais ce pourcentage a récemment augmenté pour arriver à 12 % (bulletin épidémiologique COVID-19 du 14 octobre 2020, Sciensano), avec des pics à Liège et Bruxelles (19 %).

La moitié des personnes testées ont déclaré avoir attendu entre 24 et 48 heures pour recevoir le résultat du test, 22 % ont reçu les résultats en moins de 24 heures et 28% ont attendu plus de 48 heures. Il existe toutefois des différences entre les régions (figure 5) : en Région bruxelloise, près de la moitié (47 %) déclarent avoir attendu plus de 48 heures le résultat du test, contre 21 % et 33 % respectivement en Région flamande et en Région wallonne.

**Figure 5 | Temps d'attente pour recevoir les résultats du test, selon la région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## 4. Travail

### 4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les résultats montrent un retour partiel à la normale avec 60 % des salariés qui poursuivent maintenant leur activité professionnelle comme auparavant.
- Le pourcentage de salariés qui continuent à faire du télétravail a diminué, néanmoins, plus d'un quart continue toujours à le faire.
- Le pourcentage de travailleurs en situation de chômage technique a fortement diminué, et n'est aujourd'hui qu'à 2 % des travailleurs.
- 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. L'utilisation d'un masque sur le lieu du travail est en augmentation : trois quarts des travailleurs appliquent cette mesure.

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

Dans la quatrième enquête de santé COVID-19, nous avons demandé aux participants s'ils ont actuellement (c'est-à-dire pendant la période où la collecte de données a été organisée) 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, en raison de la crise, se trouvent en chômage technique temporaire sont considérées comme ayant un emploi rémunéré.

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. Les résultats montrent que 60 % des travailleurs ont pu poursuivre leur activité professionnelle sans changement (par rapport à 40 % pour la troisième enquête), tandis que 28 % ont pu poursuivre leur activité professionnelle grâce au télétravail (par rapport à 42,5 % pour la troisième enquête). En outre, 10 % étaient en situation de chômage temporaire mais ont repris le travail (par rapport à 10 % pour la troisième enquête). Les 2 % de travailleurs restants indiquent se trouver toujours en situation de chômage temporaire en raison des mesures prises (par rapport à 8 % pour la troisième enquête).

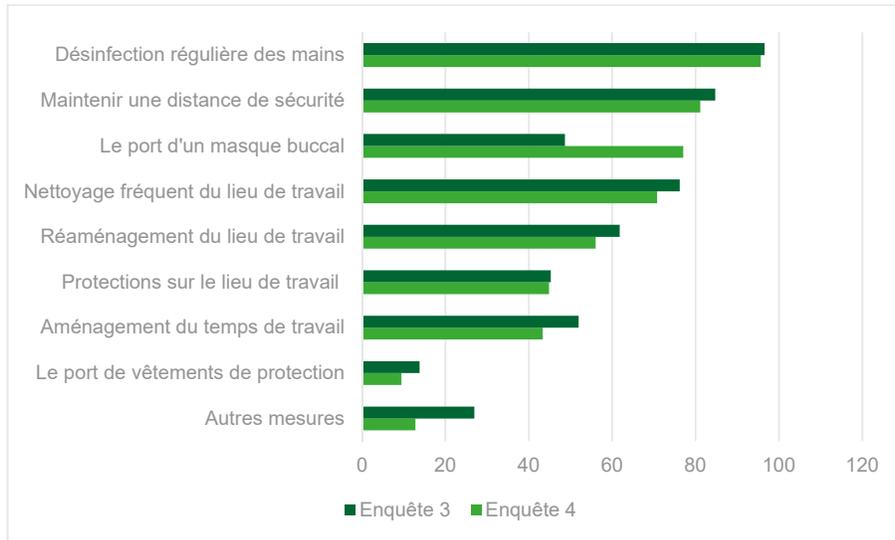
Ces chiffres indiquent un retour clair, bien que partiel, à une situation normale. Le pourcentage de télétravailleurs a clairement diminué, mais un peu plus d'un quart des salariés continuent à faire du télétravail. De même, le pourcentage de salariés qui sont au chômage technique à la suite des mesures prises est aussi en baisse, passant de 8 % à 2 %.

### 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. La figure 6 montre les résultats des troisième et quatrième enquêtes de santé COVID-19.

Une mesure largement appliquée (96 %) est celle qui consiste à se désinfecter les mains régulièrement. Ensuite, 81 % des personnes actives indiquent devoir maintenir une distance de sécurité sur le lieu de travail comme mesure contre la propagation du coronavirus. On observe une nette augmentation dans le port du masque buccal: 77 % de ceux qui poursuivent leurs activités sans changement indiquent que cette mesure s'applique désormais à leur lieu de travail (par rapport à 49 % pour la troisième enquête). Sont également fréquemment mentionnés : le nettoyage régulier du lieu de travail (71 %), le réaménagement du lieu de travail (56 %), l'installation de moyens de protection (45 %), l'adaptation des horaires hebdomadaires (43 %) et le port obligatoire de vêtements de protection sur le lieu de travail (9 %).

Figure 6 | Mesures prises sur le lieu de travail (activité principale) pour prévenir la propagation du coronavirus chez les travailleurs encore actifs aujourd'hui, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



## 5. Impact de la crise du COVID-19 sur les personnes diabétiques

### 5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La crise du COVID-19 n'a pas eu d'impact significatif sur la compliance au traitement chez les personnes diabétiques. La grande majorité (98 %) continue à prendre ses médicaments de façon stricte.
- Une proportion non négligeable de personnes diabétiques (8 %) ont eu moins de suivi médical depuis le début de la crise du COVID-19 qu'auparavant. Cependant, parmi les diabétiques qui contrôlent leur glycémie à domicile, 7 % le font plus régulièrement qu'avant le début de la crise du COVID-19.
- Depuis le début de la crise, de nombreuses personnes diabétiques ont adopté un mode de vie malsain: 11,5 % font moins attention à leur alimentation et 29 % font moins d'exercice physique. C'est plus souvent le cas pour les personnes atteintes de diabète de type 2 que pour les personnes atteintes de diabète de type 1.
- L'impact négatif de la crise du COVID-19 sur le suivi et le mode de vie des personnes diabétiques est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

La crise du COVID-19 est un défi mondial pour les soins de santé et la société. Les mesures prises pour freiner la propagation du COVID-19 et leur impact sur l'école, le travail, la vie sociale et la santé contribuent sans aucun doute à modifier la santé et les comportements liés à la santé des personnes atteintes de maladies chroniques. Les personnes diabétiques constituent un groupe cible particulier à cet égard. D'une part, le diabète est un facteur de risque important pour une évolution défavorable du COVID-19. D'autre part, le diabète nécessite une surveillance stricte et le mode de vie a un impact important sur l'évolution et le contrôle de la maladie. Cette quatrième enquête de santé COVID-19 étudie donc spécifiquement l'impact de la crise du COVID-19 sur les changements dans le suivi et le mode de vie des personnes diabétiques.

L'enquête de santé COVID-19 est une enquête de population générale, à laquelle participent bien sûr aussi les personnes atteintes d'un trouble chronique. La quatrième enquête COVID-19 a également été diffusée pour la première fois par la Ligue du diabète et l'Association du diabète, ce qui s'est traduit par un nombre relativement élevé de personnes diabétiques participantes (1 983 personnes diabétiques, ce qui représente 6 % de l'échantillon total), sans que cela n'affecte de manière significative l'échantillon global.

Des personnes atteintes de diabète de type 1 (23 %) et de type 2 (77 %) ont participé à l'enquête. 97 % ont déclaré qu'elles étaient déjà diabétiques avant la crise du COVID-19.

### 5.2. UTILISATION DE MÉDICAMENTS

Le pourcentage de personnes diabétiques qui prennent des médicaments est de 95 %. Parmi celles-ci, la grande majorité (98 %) indique prendre leurs médicaments aussi strictement qu'avant la crise du COVID-19. 1,9 % des cas indiquent être plus strictes et seulement 0,4 % des cas sont moins strictes. Chez les personnes atteintes de diabète de type 1, 2,3 % prennent leurs médicaments plus strictement et moins de 0,1 % les prennent moins strictement qu'auparavant. Chez les personnes atteintes de diabète de type 2, ces pourcentages sont respectivement de 1,9 % et 0,5 %.

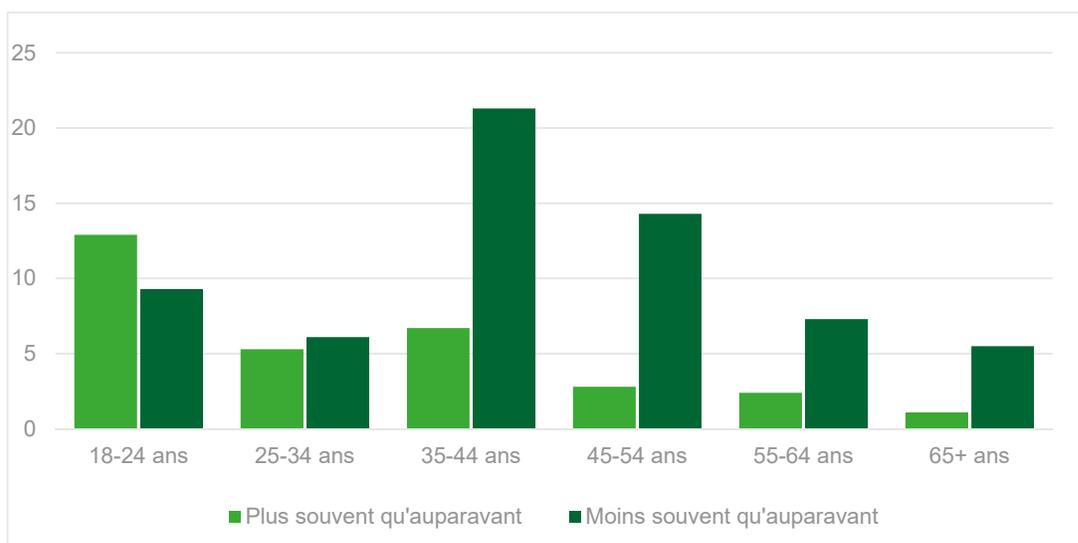
Même si le pourcentage de personnes diabétiques qui prennent leurs médicaments moins strictement qu'avant la crise du COVID-19 est faible, on observe certaines tendances qui sont statistiquement significatives. L'utilisation moins stricte des médicaments est plus fréquente chez les personnes diabétiques de type 2, les femmes et les individus résidant en Région wallonne et augmente avec l'âge. Il n'y a pas de différences significatives en fonction du niveau d'éducation.

### 5.3. SUIVI PAR UN MÉDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Pour 89 % des personnes diabétiques, la crise du COVID-19 n'a pas d'impact sur le suivi par un médecin ou un professionnel de la santé, 2,5 % sont suivies plus souvent qu'auparavant et 8 % moins souvent qu'auparavant.

La figure 7 montre qu'il existe des différences importantes en fonction de l'âge. Les personnes diabétiques d'âge moyen (35-54 ans), en particulier, sont moins souvent suivies médicalement qu'avant la crise.

**Figure 7 | Pourcentage de personnes diabétiques (18 ans et plus) suivies plus ou moins souvent par un médecin ou un professionnel de la santé depuis le début de la crise du COVID-19, selon l'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête santé COVID-19, Belgique 2020**



D'autres conclusions sont :

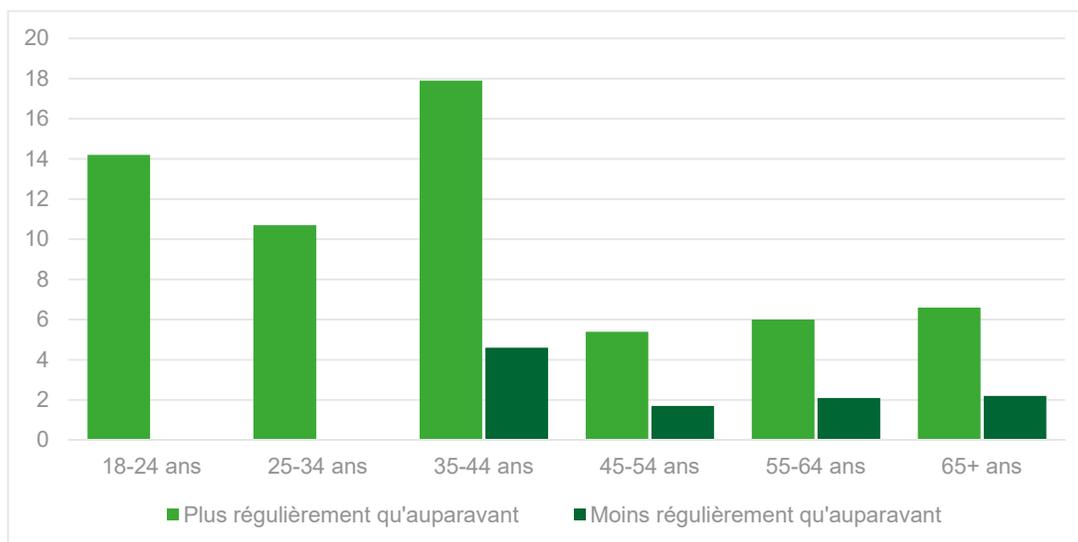
- le pourcentage de femmes diabétiques recevant moins de suivi médical depuis le début de la crise du COVID-19 (11 %) est sensiblement plus élevé que ce pourcentage chez les hommes (6 %) ;
- il n'y a pas de différences significatives entre un suivi médical moins fréquent et le type de diabète, la région de résidence et le niveau d'éducation.

### 5.4. CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE À DOMICILE

Plus des deux tiers des personnes diabétiques indiquent qu'elles vérifient régulièrement leur glycémie à domicile (91 % pour le diabète de type 1 et 63 % pour le diabète de type 2).

Parmi ces personnes, 7 % ont indiqué qu'elles surveillaient leur glycémie plus régulièrement depuis le début de la crise du COVID-19, 91 % surveillaient leur glycémie tout aussi régulièrement et 2 % moins régulièrement. Ces pourcentages ne varient pas de manière significative en fonction du type de diabète, du sexe, du niveau d'éducation et de la région de résidence. Toutefois, il existe des différences en fonction de l'âge (figure 8). Les personnes diabétiques jeunes, en particulier, surveillent plus régulièrement leur glycémie à domicile depuis le début de la crise du COVID-19.

**Figure 8 | Pourcentage de personnes diabétiques qui contrôlent leur glycémie à domicile plus ou moins régulièrement depuis le début de la crise du COVID-19, selon l'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête santé COVID-19, Belgique 2020**

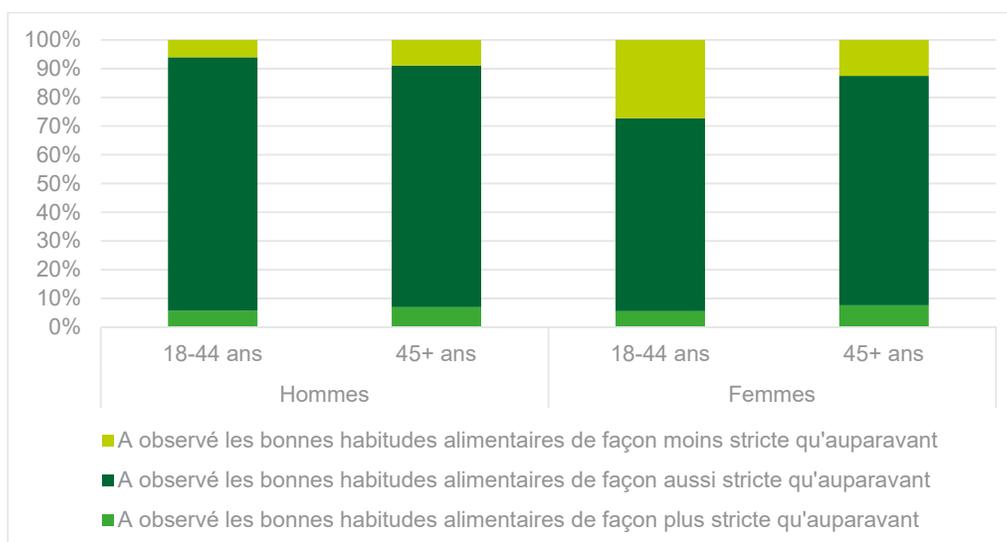


## 5.5. HABITUDES ALIMENTAIRES

Une alimentation saine est importante pour tout le monde, mais c'est certainement le cas pour les personnes atteintes de diabète. La majorité des personnes atteintes de diabète (81 %) ne signalent aucun changement dans la mesure où elles font attention à leur alimentation depuis le début de la crise du COVID-19 ; 7 % font plus attention et 11,5 % moins attention à leur alimentation qu'auparavant.

La figure 9 montre l'évolution, par sexe et par tranche d'âge, de la mesure dans laquelle les personnes diabétiques ont fait attention à leur alimentation depuis l'apparition de la crise du COVID-19. Il est remarquable de constater le pourcentage relativement élevé (27 %) de femmes diabétiques dans la tranche d'âge entre 18 et 44 ans qui ont fait moins attention à leur alimentation depuis le début de la crise du COVID-19.

**Figure 9 | Répartition des personnes atteintes de diabète selon des habitudes alimentaires plus strictes/aussi strictes/moins strictes depuis le début de la crise du COVID-19, par sexe et groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



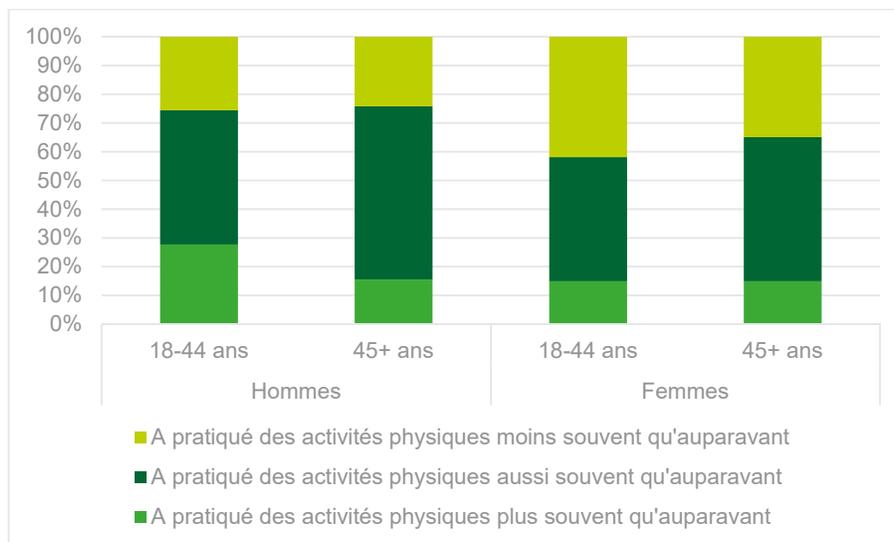
Les personnes atteintes de diabète de type 2 déclarent plus souvent qu'elles ont fait moins attention à leurs habitudes alimentaires depuis le début de la crise du COVID-19 (12 %) que les personnes atteintes de diabète de type 1 (8 %) et c'est également plus le cas en Région wallonne (18 %) qu'en Région flamande (9 %). Aucune différence n'est observée en fonction du niveau d'éducation.

## 5.6. ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'exercice physique est important pour les personnes atteintes de diabète. Cependant, l'enquête montre que 29 % des personnes diabétiques ont réduit leur activité physique depuis le début de la crise du COVID-19 ; 16 % font plus d'exercice et chez 55 %, cela n'a pas changé. Là encore, les résultats sont moins favorables pour les personnes atteintes de diabète de type 2 (30,5 % font moins d'exercice physique) que pour les personnes atteintes de diabète de type 1 (23,5 % font moins d'exercice).

La figure 10 montre, par sexe et par tranche d'âge, dans quelle mesure les diabétiques ont fait moins ou plus d'exercice physique depuis le début de la crise du COVID-19. Les femmes obtiennent de moins bons résultats que les hommes. En particulier, les femmes entre 18 et 44 ans font moins d'exercice physique depuis le début de la crise. Cela concerne 42 % des femmes de ce groupe.

**Figure 10 | Répartition des personnes diabétiques en fonction de leur niveau d'activité physique depuis le début de la crise du COVID-19, par sexe et groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.**



La mesure dans laquelle les personnes atteintes de diabète font plus ou moins d'exercice physique depuis le début de la crise du COVID-19 n'est pas significativement différente en fonction de la région de résidence, ni du niveau d'éducation.

## 6. Vaccination

### 6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La moitié de la population n'est pas certaine de vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 ou n'a pas l'intention de le faire.
- Les femmes et les jeunes sont plus nombreux à ne pas être certains de vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 ou n'avoient pas l'intention de le faire.
- En Région wallonne, seuls 34 % de la population ont l'intention de se faire vacciner contre 44,5 % en Région bruxelloise et 59 % en Région flamande.
- Selon les personnes qui ont l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, le vaccin est le meilleur moyen de prévenir une nouvelle propagation du virus et de revenir à une vie normale.
- Selon les personnes qui ne sont pas certaines de se faire vacciner, l'élément qui les aiderait le plus dans leur prise de décision est de savoir que le vaccin a été utilisé pendant longtemps sans effets secondaires graves.
- Selon les personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner, la crainte des effets secondaires est la principale raison à ce refus.
- L'attitude de la population à l'égard de la future vaccination contre la COVID-19 est en partie liée à une attitude générale à l'égard de la vaccination. Près de la moitié de ceux qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 sont, en général, plutôt méfiants quant à l'utilité ou l'efficacité des vaccins.

La quatrième enquête de santé COVID-19 comprend, pour la première fois, des questions sur l'attitude des participants à l'égard d'une éventuelle vaccination contre le coronavirus. Plus précisément, la question suivante a été posée : « Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le coronavirus (COVID-19), mais de nombreux chercheurs y travaillent. Quand un tel vaccin sera disponible, prévoyez-vous de vous faire vacciner? ». Les réponses possibles sont les suivantes : "Oui", "Peut-être, pas sûr", "Non".

Les personnes ayant répondu "Oui" ou "Non" ont été invitées à indiquer les raisons pour lesquelles elles prévoyaient de se faire vacciner ou non (question à choix multiples). Les personnes ayant répondu "Peut-être, pas sûr" ont été invitées à indiquer les éléments importants qui les aideraient dans leur prise de décision concernant la vaccination contre le coronavirus.

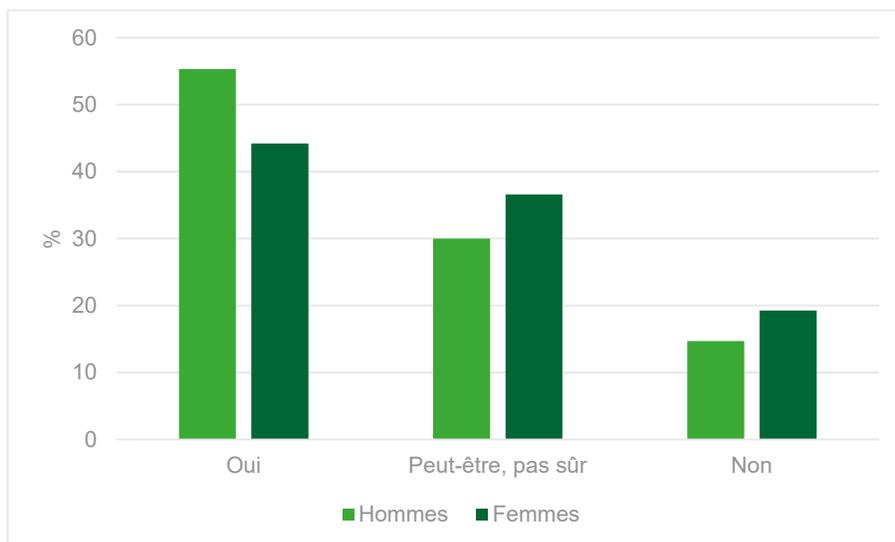
Enfin, les participants ont été interrogés sur leur attitude à l'égard des vaccins en général, et ceci pour déterminer si l'hésitation à l'égard de la vaccination contre le coronavirus est spécifique à ce type de vaccin ou si c'est une attitude envers le vaccin en général.

### 6.2. INTENTION VACCINALE

Parmi la population de 18 ans et plus, 50 % ont l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 si un tel vaccin devient disponible, 33 % ne sont pas sûrs de le faire, et 17 % n'ont pas l'intention de le faire.

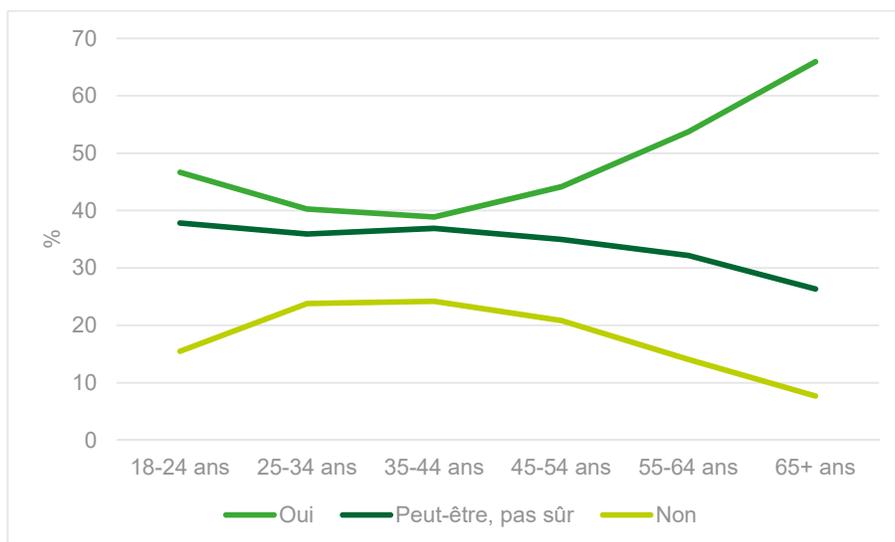
Les hommes sont plus nombreux que les femmes à vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 (55 % contre 44 %) (figure 11). Les femmes sont donc relativement plus nombreuses à déclarer qu'elles ne sont pas sûres de vouloir se faire vacciner (37 % des femmes contre 30 % des hommes) ou qu'elles n'ont pas l'intention de le faire (19 % des femmes contre 15 % des hommes).

**Figure 11 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID-19, par sexe, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Le pourcentage de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner dès qu'un vaccin sera disponible diminue avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge des 35-44 ans (de 50,5 % des 18-24 ans à 43 % des 35-44 ans), puis augmente pour atteindre 75,5 % des 65 ans et plus (figure 12). On observe une tendance inverse pour le pourcentage de personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner : ce pourcentage augmente avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge 35-44 ans (de 14 % des 18-24 ans à 22 % des 35-44 ans). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 5 % indiquent qu'elles n'ont pas l'intention de se faire vacciner.

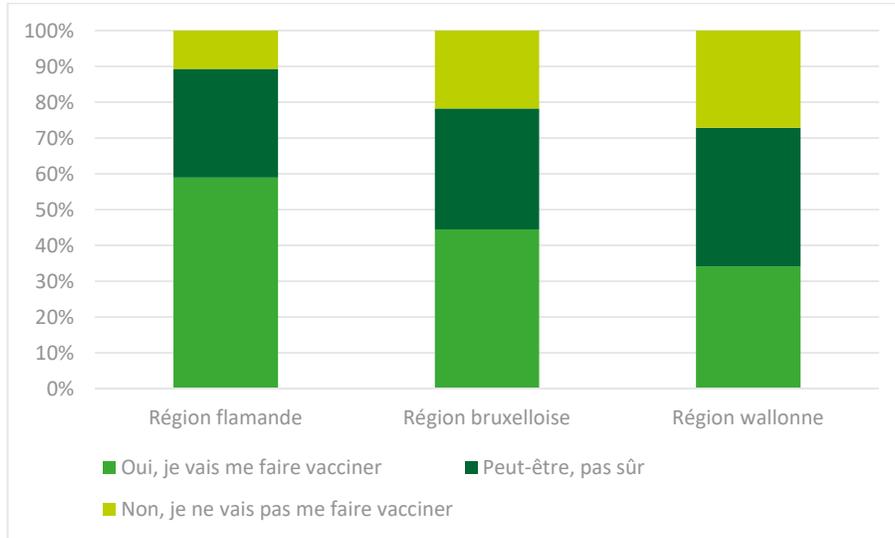
**Figure 12 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID-19, par âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Les résultats ventilés par région montrent une tendance étonnante : alors qu'en Région flamande une grande proportion de la population (59 %) a l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, en Région bruxelloise ce taux n'est que de 44,5 % et en Région wallonne de 34 %. En d'autres termes, en Région wallonne, seulement un peu plus de trois habitants sur dix ont l'intention de se faire vacciner (figure 13). Les différences régionales sont moins prononcées en ce qui concerne la proportion de la population qui n'est pas sûre de se

faire vacciner : 30 % en Région flamande, 34 % en Région bruxelloise et 39 % en Région wallonne. Alors qu'en Région flamande, 11 % de la population n'ont pas l'attention de se faire vacciner contre la COVID-19, ce taux double en Région bruxelloise (22 %) et presque triple en Région wallonne (27 %).

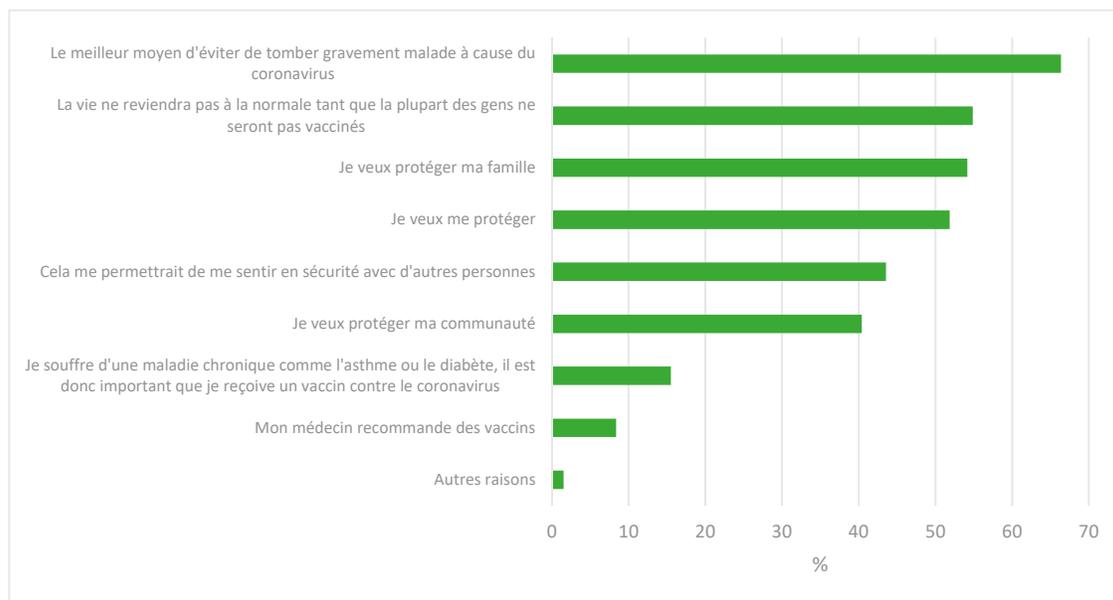
**Figure 13 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID-19, par région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



### 6.3. RAISONS INVOQUÉES POUR SE FAIRE VACCINER

Nous avons examiné les raisons pour lesquelles les participants ont indiqué avoir l'intention de se faire vacciner. Plusieurs raisons pouvaient être choisies. Parmi les 50 % des participants qui ont l'intention de se faire vacciner, 66 % indiquent que c'est le meilleur moyen d'éviter de tomber gravement malade à cause du coronavirus, et 55 % ont la conviction que la vie ne reviendra pas à la normale tant que la plupart des gens ne seront pas vaccinés (figure 14).

**Figure 14 | Raisons invoquées pour se faire vacciner contre la COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

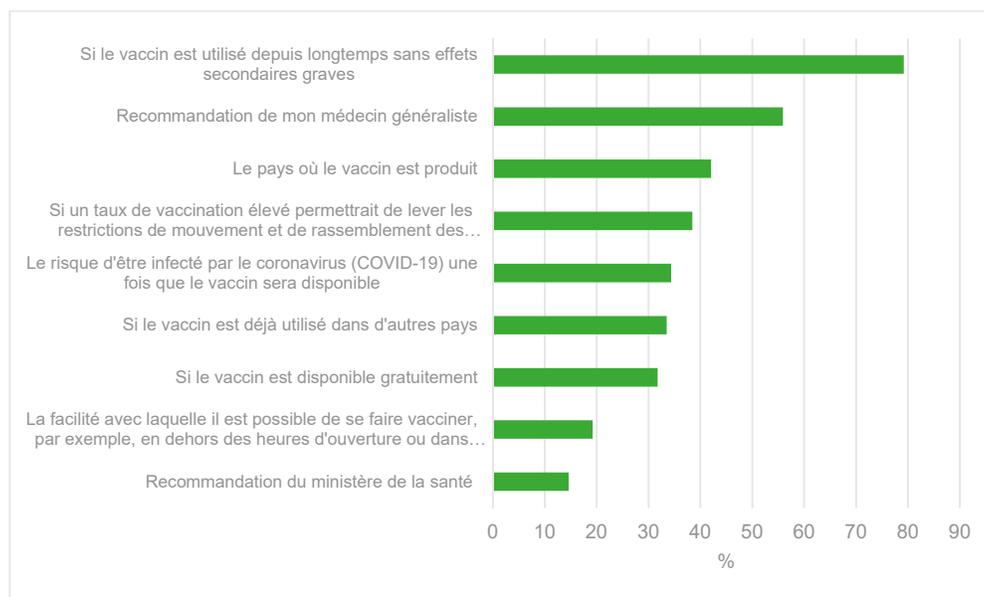


#### **6.4. ÉLÉMENTS IMPORTANTS POUR LA PRISE DE DÉCISION PARMIS CEUX QUI HÉSITENT À SE FAIRE VACCINER**

Pour développer une politique de vaccination efficace, il est extrêmement utile de savoir quels sont les éléments qui aideraient la prise de décision de se faire vacciner ou non. Pour ce faire, on a demandé aux personnes qui ont des doutes (33 % de la population), dans quelle mesure une série d'éléments étaient importants dans leur prise de décision (les indicateurs ont trois catégories de réponses : très important, assez important ou pas du tout important).

L'élément le plus souvent indiqué comme très important est le fait de savoir que le vaccin a été utilisé depuis longtemps sans effets secondaires graves (79 % des personnes qui hésitent à se faire vacciner ont indiqué cet élément comme très important) (figure 15). Toutefois, cela signifie que si le vaccin n'a pas été utilisé pendant longtemps sans effets secondaires graves, il serait difficile de convaincre ce groupe à se faire vacciner. Le deuxième élément le plus souvent indiqué comme très important est la recommandation du médecin généraliste (pour 56 % des personnes qui hésitent à se faire vacciner).

**Figure 15 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui ne sont pas sûres de vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 et qui indiquent que les éléments suivants sont très importants dans leur prise de décision, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

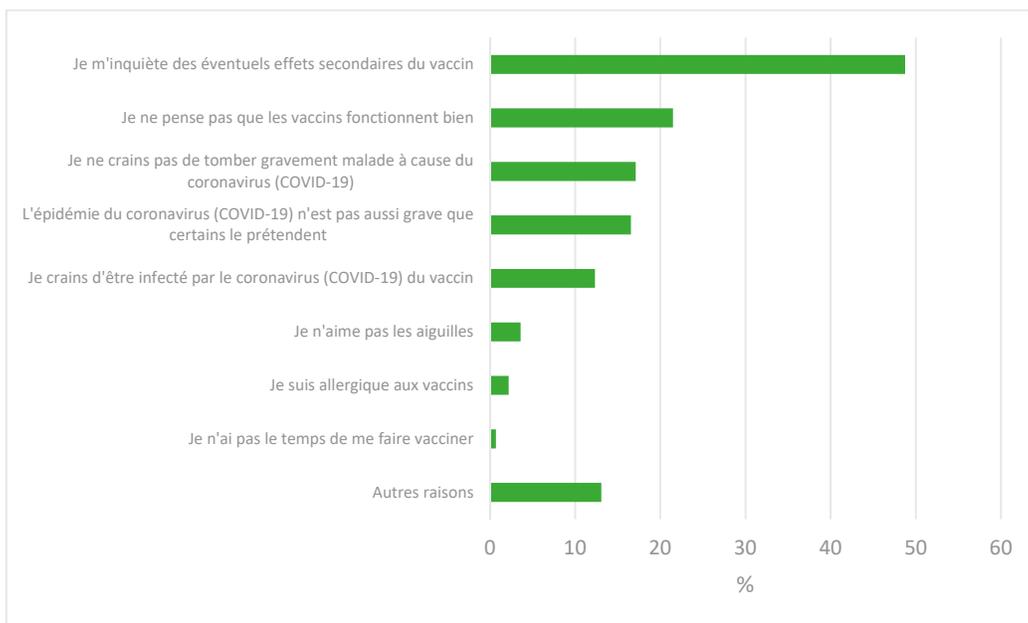


## 6.5. RAISONS INVOQUÉES POUR NE PAS SE FAIRE VACCINER

Les résultats de l'enquête montrent que 17 % de la population n'a pas l'intention de se faire vacciner une fois que le vaccin contre la COVID-19 sera disponible. Il est important d'en connaître les raisons. Pour ce faire, on a demandé à ceux qui refuseraient de se faire vacciner d'en donner les raisons.

Les raisons les plus souvent indiquées concernent les éventuels effets secondaires du vaccin et la croyance que les vaccins ne fonctionnent pas très bien (respectivement 49 % et 24,5 % des personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner). 14 % ont mentionné d'autres raisons que celles proposées dans la liste (figure 16). Ces personnes donnent comme raison leur méfiance vis-à-vis d'un vaccin qui n'a pris que quelques mois de développement alors qu'on a généralement besoin de plusieurs années pour développer un vaccin. Cela renforce l'idée qu'un vaccin "développé à la hâte" a besoin d'une stratégie de communication supplémentaire pour convaincre la population de son efficacité et sa fiabilité.

Figure 16 | Raisons invoquées pour ne pas se faire vacciner contre la COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

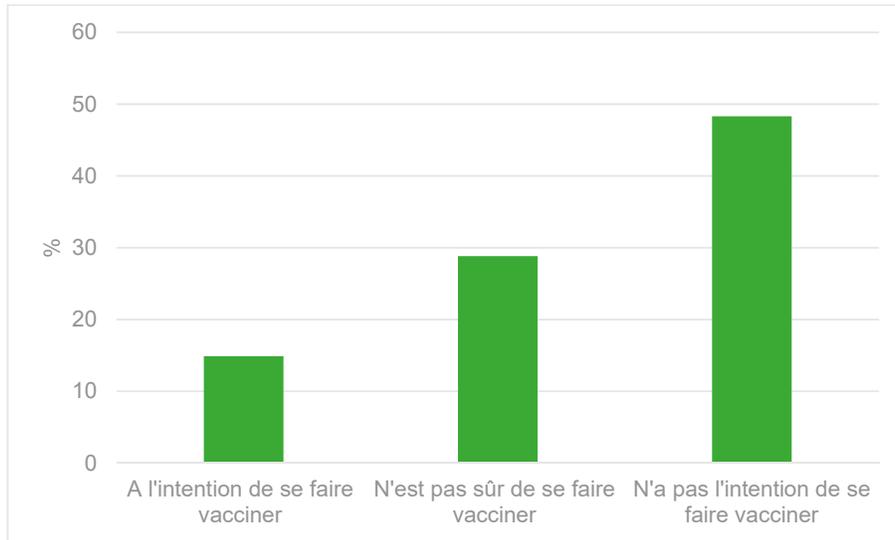


## 6.6. ATTITUDE GÉNÉRALE ENVERS LA VACCINATION

Dans le contexte de cette thématique, il est important de savoir si l'attitude de la population envers le vaccin contre la COVID-19 est spécifique à ce vaccin ou peut être liée à leur attitude générale envers la vaccination. À cette fin, nous avons inclus dans l'enquête des questions qui examinent si les participants ont déjà : 1) refusé un vaccin recommandé par le médecin parce qu'ils le considéraient comme dangereux ou inutile, 2) retardé la prise d'un vaccin parce qu'ils avaient hésité à le faire, ou 3) déjà pris un vaccin alors qu'ils doutaient de son efficacité.

Les résultats de l'enquête indiquent qu'un quart de la population (25 %) est plutôt méfiant quant à l'utilité ou l'efficacité des vaccins (figure 17). Cette méfiance générale vis-à-vis des vaccins pourrait expliquer, en partie l'hésitation vaccinale contre la COVID-19. En effet, près de la moitié (48 %) des personnes qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 sont généralement assez méfiantes quant à l'utilité ou à l'efficacité des vaccins contre 15 % des personnes qui ont l'intention de se faire vacciner.

Figure 17 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) méfiantes quant à l'utilité ou à l'efficacité de la vaccination en général, selon l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



## 7. Suivi des contacts COVID-19 (Contact tracing)

### 7.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

#### Centre de traçage COVID-19

- En cas de test positif au COVID-19, 9 personnes sur 10 âgées de 18 ans et plus seraient prêtes à communiquer aux autorités sanitaires les coordonnées des personnes avec lesquelles elles ont été en contact. Les femmes, les personnes âgées et les habitants de la Région flamande sont les plus disposés à le faire.
- Les raisons les plus souvent invoquées par les participants pour accepter de transmettre les coordonnées concernent le fait que cela peut contribuer à protéger d'autres personnes, que c'est leur responsabilité en tant que citoyens et que cela peut aider à ralentir la propagation du coronavirus.
- Les raisons les plus souvent invoquées pour refuser de transmettre les coordonnées concernent le fait que le répondant lui-même pourrait informer ses contacts, la méfiance envers les autorités et la crainte de causer des désagréments aux personnes dont les noms seraient communiqués.
- Par ailleurs, 9 personnes sur 10 ont indiqué qu'elles suivraient (certainement ou probablement) la recommandation du centre de traçage de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19. Ici aussi, les femmes, les personnes âgées et les habitants de la Région flamande sont les plus enclins à suivre la recommandation.

#### Application "Coronalert"

- Un peu plus de la moitié de la population déclare avoir certainement ou probablement l'intention d'installer l'application "Coronalert" sur son téléphone portable. Les hommes, les personnes de 45 ans et plus, les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur et les habitants de la Région flamande sont les plus enclins à le faire.
- Les raisons les plus souvent invoquées par les participants pour installer cette application sont liées au fait que l'application permet d'indiquer le risque d'être infecté, peut contribuer à ralentir la propagation du virus, et permet de protéger la famille et les amis.
- Les raisons les plus souvent invoquées par les participants pour ne pas installer cette application sont liées à la crainte que le gouvernement ne respecte pas suffisamment leur vie privée, à la crainte que le gouvernement s'en serve comme excuse pour renforcer la surveillance après l'épidémie et au fait que les individus ne veulent pas se sentir plus inquiets qu'ils ne le sont déjà.
- Parmi les personnes qui sont susceptibles d'installer l'application, 86,5 % prévoient de (certainement ou probablement) suivre la recommandation de celle-ci de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19. Les femmes, les personnes de 35 ans et plus, les personnes peu instruites et les Bruxellois et les Wallons sont plus nombreux à avoir l'intention de suivre cette recommandation.
- En outre, 9 personnes sur 10 ont indiqué qu'elles suivraient (certainement ou probablement) la recommandation de l'application de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19. Les personnes de 65 ans et plus et les Bruxellois sont les plus enclins à suivre cette recommandation.
- Les jeunes adultes de 18 à 24 ans sont les moins disposés à installer cette application et à suivre les recommandations de celle-ci (se mettre en confinement pour 7 jours et se faire tester).

## 7.2. INTRODUCTION<sup>1</sup>

Le suivi des contacts consiste à tracer les personnes ayant été en contact avec un cas confirmé de COVID-19. Si ces contacts courent eux-mêmes un risque élevé de contamination par le virus, on leur demande de se mettre en quarantaine préventivement à la maison afin de briser la chaîne d'infection. Même les personnes qui ne présentent pas (encore) de symptômes de maladie peuvent aussi transmettre le virus, et par conséquent, les personnes asymptomatiques doivent également être mises en quarantaine.

Le suivi de contacts n'est utile et réalisable que si le nombre d'infections est limité. Au moment du pic de l'épidémie, il était impossible de tracer les contacts et on a donc opté pour une quarantaine préventive de l'ensemble de la population. A présent que le nombre d'infections a diminué, le suivi de contacts nous permet de mettre en quarantaine uniquement les personnes présentant un risque élevé de contamination et d'accorder une plus grande liberté aux autres personnes. De plus, le suivi strict des contacts nous aide à récolter des informations importantes sur une éventuelle résurgence du virus.

Depuis le 30 septembre, les autorités belges ont mis l'application "Coronalert" à la disposition des citoyens. Cette application aidera à compléter et à renforcer les mesures existantes pour endiguer autant que possible la propagation du virus. Grâce à l'échange de codes anonymes, les téléphones mobiles peuvent reconnaître de manière confidentielle qui est entré en contact avec qui. Lorsqu'un utilisateur de l'application est testé positif pour la COVID-19 et l'inscrit dans l'application, ces codes seront utilisés pour informer les autres utilisateurs de l'application avec qui il a eu un contact à haut risque. Cela permet également d'informer les contacts inconnus de l'utilisateur ou dont il ne se souvient pas.

Il s'agit d'un nouveau module dans des enquêtes de santé COVID-19.

## 7.3. CENTRE DE TRAÇAGE COVID-19 (CONTACT TRACING CENTER)

### Communication des contacts

Si testées positives au COVID-19, 92 % des personnes de 18 ans et plus) seraient prêtes à communiquer aux autorités sanitaires les coordonnées des personnes avec lesquelles elles ont été en contact.

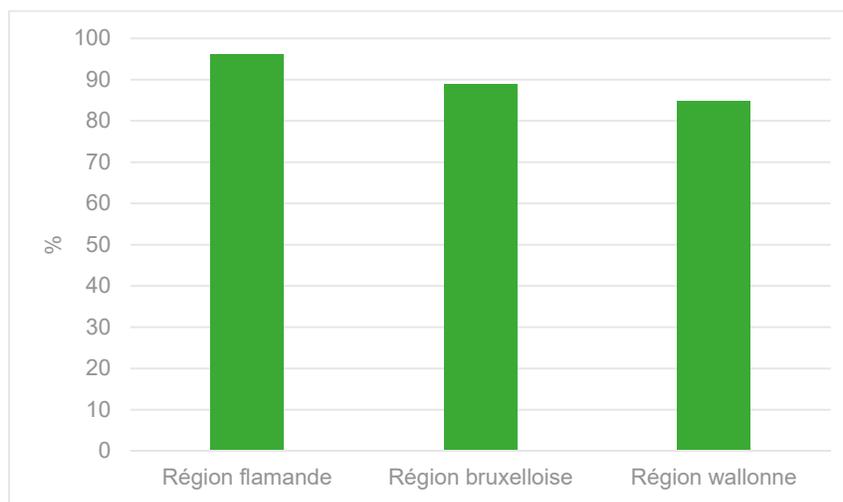
En cas d'infection, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à accepter de partager les coordonnées des personnes avec lesquelles elles ont été en contact (93 % des femmes contre 90 % des hommes). En outre, ce pourcentage augmente progressivement avec l'âge : de 90 % des 18-24 ans à 97 % des 65 ans et plus. La différence entre le groupe d'âge le plus jeune et le plus âgé est statistiquement significative.

Les habitants de la Région flamande (96 %) sont significativement plus nombreux à accepter de partager les coordonnées des personnes avec lesquelles ils ont été en contact que les habitants des Régions bruxelloise (89 %) et wallonne (85 %) (figure 18). La différence entre la Région wallonne et la Région bruxelloise est aussi significative.

---

<sup>1</sup> [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_FAQ%20contact%20tracing\\_FR.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ%20contact%20tracing_FR.pdf)

**Figure 18 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui accepteraient, en cas d'infection, de communiquer aux autorités sanitaires les coordonnées des personnes avec lesquelles elles ont été en contact, selon la Région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Aux personnes qui accepteraient de partager les coordonnées de leurs contacts avec les autorités sanitaires, nous avons demandé les raisons qui les pousseraient à le faire. Plusieurs raisons pouvaient être indiquées. Les trois raisons les plus fréquentes sont : la protection des autres (77 %), la responsabilité en tant que citoyen (76 %) et la contribution au ralentissement de la propagation du coronavirus (74 %) (tableau 1). La première raison (protection des autres) est invoquée plus souvent par les femmes que par les hommes et plus par les jeunes que par les personnes plus âgées. Le ralentissement de la propagation du coronavirus est indiqué plus souvent par les hommes que par les femmes.

**Tableau 1 | Raisons qui pousseraient la population à partager les coordonnées de leurs contacts avec les autorités sanitaires, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.**

Je partagerais les coordonnées, parce que...	%
cela me permet de protéger d'autres personnes	77,4
c'est ma responsabilité en tant que citoyen	76,3
je pense que cela pourrait contribuer à ralentir la propagation de la COVID-19	74,6
mes amis et ma famille s'attendent à ce que je le fasse cela	37,2
si je ne le faisais pas je serais sanctionné(e)	2,9
autre(s) raison(s)	0,5

En outre, aux personnes qui n'accepteraient pas de partager les coordonnées de leurs contacts avec les autorités sanitaires, nous avons demandé les raisons de ce refus. Là encore, plusieurs raisons pouvaient être rapportées. Les trois principales raisons étaient : pouvoir soi-même prévenir ses contacts (67 %), une méfiance envers les autorités (46 %) et la crainte de causer des désagréments aux personnes dont le nom serait communiqué (27 %) (tableau 2). Ces trois raisons sont plus souvent invoquées par les hommes que par les femmes. Les jeunes adultes indiquent plus souvent que les personnes plus âgées qu'ils informeraient eux-mêmes leurs contacts, mais indiquent moins souvent qu'ils se méfient des autorités. Dans la catégorie de réponse "autres raisons", "atteinte à la vie privée" a également été fréquemment cité.

**Tableau 2 | Raisons qui pousseraient la population à ne pas partager les coordonnées de leurs contacts avec les autorités sanitaires, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.**

<b>Je ne partagerais pas les coordonnées, parce que ...</b>	<b>%</b>
je pourrais les contacter moi-même	67,1
je me méfie des autorités	45,7
je causerais des désagréments aux personnes dont je donnerais les noms	27,2
je pense que cela pourrait entraîner une perte de revenus pour ces personnes en raison de la quarantaine imposée	23,4
ma famille et mes amis s'attendraient à ce que je ne donne pas leurs noms	20,7
je pense que les gens m'en voudraient si je donnais leur nom	20,5
je ne veux pas que les autres sachent que je suis positif	5,6
autre(s) raison(s)	10,0

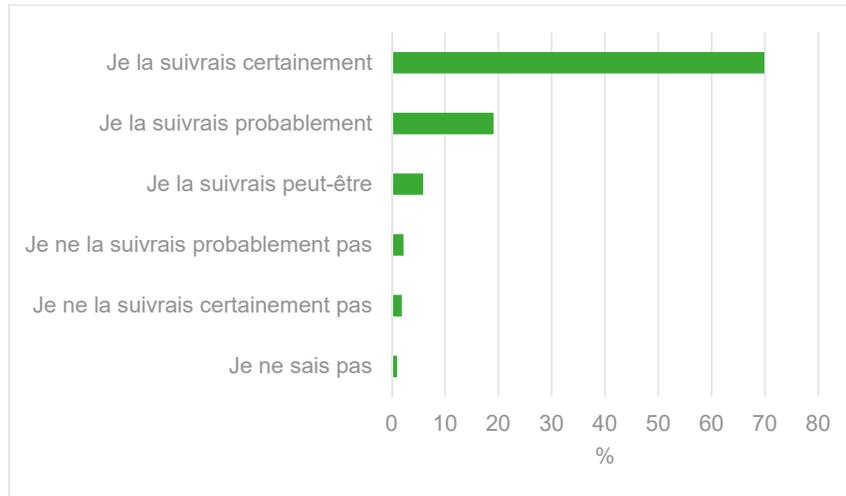
### Suivre la recommandation de rester confiné

Enfin, la question suivante a été posée à tous les répondants : "Dans quelle mesure suivriez-vous la recommandation du centre de traçage (contact tracing centre) de rester confiné(e) pour 7 jours s'il s'avérait que vous aviez eu un contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19" avec six possibilités de réponse 1) je la suivrais certainement, 2) je la suivrais probablement, 3) je la suivrais peut-être, 4) je ne la suivrais probablement pas, 5) je ne la suivrais certainement pas et 6) je ne sais pas.

Une -large part de la population (70 %) indique avoir certainement l'intention de suivre la recommandation du centre de traçage de rester confiné pendant 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19. De plus, 19 % disent qu'ils suivraient probablement cette recommandation. En outre, 6 % ne sont pas certains de la suivre, 2 % ne la suivraient probablement pas, 2 % ne la suivraient certainement pas et 1 % ne savent pas (figure 19). La majorité (89 %) de la population a donc (certainement ou probablement) l'intention de suivre cette recommandation.

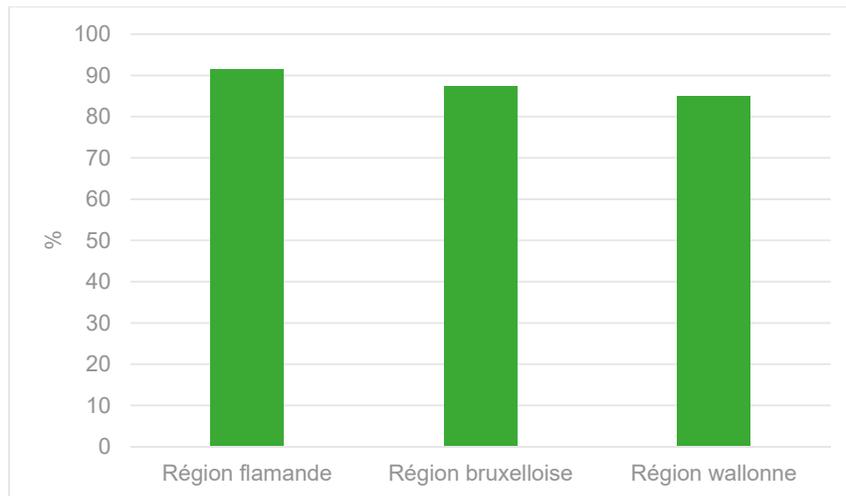
Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à avoir l'intention de suivre cette recommandation : 92 % des femmes indiquent qu'elles vont certainement ou probablement suivre cette recommandation contre 85,5 % des hommes. En outre, les groupes plus âgés (92 % des 55-64 ans et 96 % des 65 ans et plus) indiquent plus souvent que les 18-24 ans (83,5 %) leur intention de (certainement ou probablement) suivre cette recommandation.

**Figure 19 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de suivre la recommandation du centre de traçage de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Les habitants de la Région flamande (91 %) sont plus nombreux que les habitants des Régions bruxelloise (87 %) et wallonne (85 %) à avoir (certainement ou probablement) l'intention de suivre la recommandation du centre de traçage de rester confinés pendant 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19 (figure 20).

**Figure 20 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui ont l'intention de suivre la recommandation du centre de traçage de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, par Région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## 7.4. APPLICATION "CORONALERT"

### Installation de l'application sur le téléphone portable

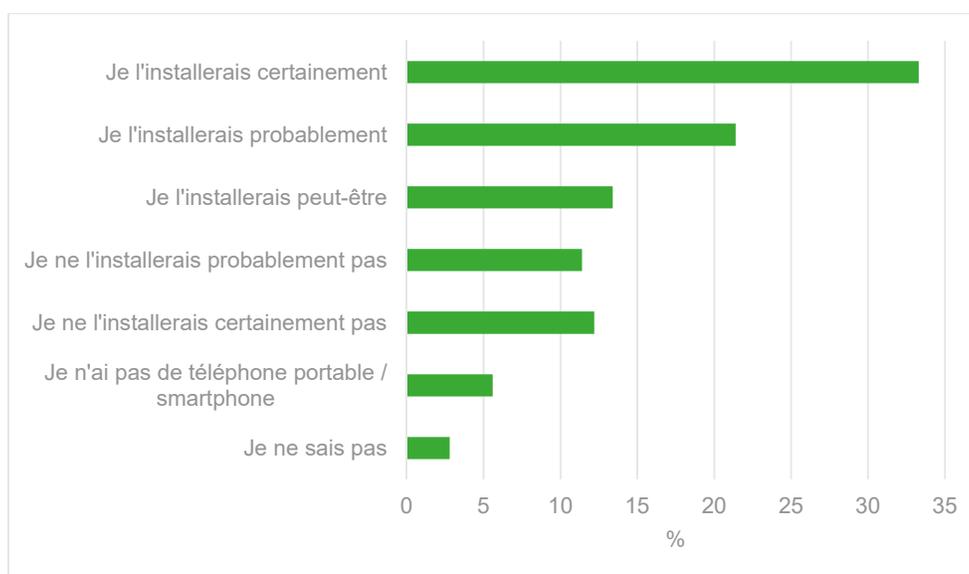
Au moment de la collecte de donnée, l'application « Coronalert » était encore en phase de test et n'avait pas encore été lancée pour le grand public. C'est pourquoi les participants ont d'abord été informés de cette application par le texte suivant.

« L'application numérique "Coronalert" permet d'alerter rapidement les utilisateurs lorsqu'ils ont été en contact avec une personne dont le test de dépistage du coronavirus s'est révélé positif. Cette application a été développée pour le compte des autorités publiques. L'application fonctionne de manière totalement anonyme et n'enregistre pas les déplacements de l'utilisateur. L'usage répandu de cette application permettra d'atteindre un grand nombre de personnes afin de ralentir la propagation du virus. Tant que vous n'avez pas eu de contact étroit avec une personne infectée, vous verrez un écran vert avec le message «à faible risque». Si vous avez eu un contact étroit avec une personne infectée, un écran rouge «risque plus élevé» apparaîtra.»

Après cette introduction, la question suivante a été posée : « Dans quelle mesure, seriez-vous prêt(e) à installer une telle application sur votre téléphone portable ? » avec sept possibilités de réponse : 1) je l'installerais certainement, 2) je l'installerais probablement, 3) je l'installerais peut-être, 4) je ne l'installerais probablement pas, 5) je ne l'installerais certainement pas, 6) je n'ai pas de téléphone portable/ smartphone et 7) je ne sais pas.

La figure 21 illustre la répartition de la population selon leur intention d'installer l'application « Coronalert ».

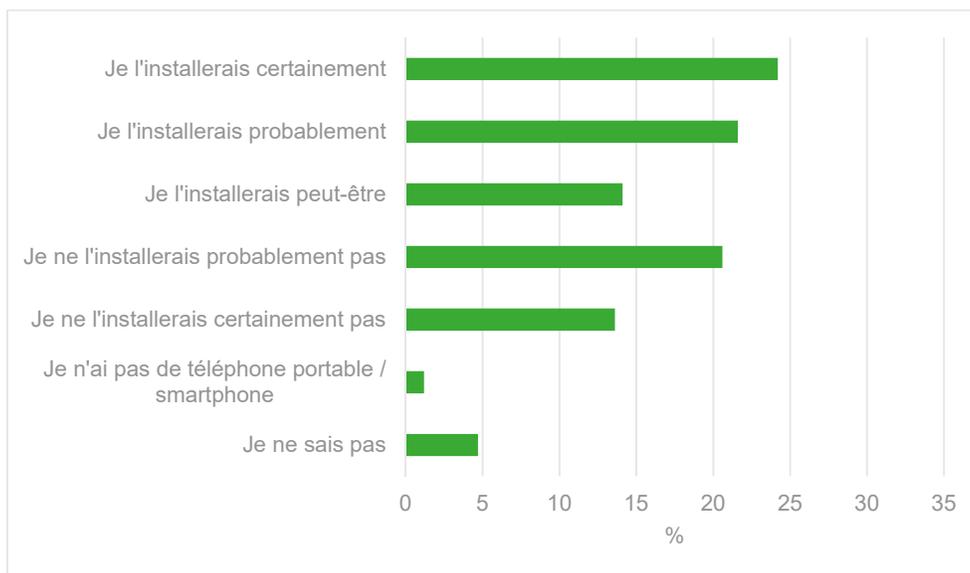
**Figure 21 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention d'installer l'application « Coronalert », 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Un peu plus de la moitié de la population (55 %) déclare avoir certainement ou probablement l'intention d'installer l'application sur son téléphone portable. Le pourcentage d'hommes qui l'installeraient (certainement ou probablement) (56 %) est un peu plus élevé que le pourcentage de femmes qui le feraient (54 %) et la différence est significative. Les jeunes adultes sont significativement moins nombreux à avoir l'intention d'installer l'application (46 % des 18-24 ans et 45 % des 25-34 ans) que les personnes de 45 ans et plus (de 54 % des 45-54 ans à 63 % des 65 ans et plus).

Si l'on considère plus particulièrement les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans (figure 22), il semble que ce groupe de population soit moins enclin à installer l'application.

**Figure 22 | Distribution des personnes de 18 à 24 ans selon leur intention d'installer l'application « Coronalert », 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

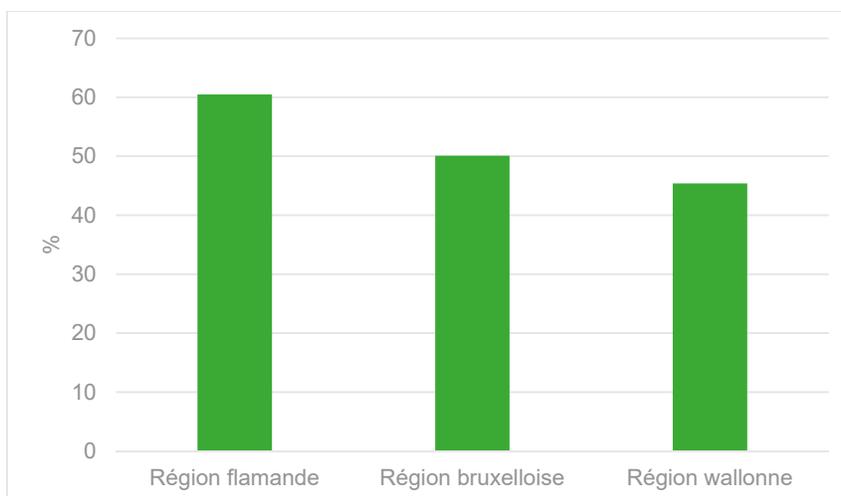


Deux semaines après le lancement de l'application, elle a été téléchargée 970 000 fois. Étant donné que plus de la moitié de la population est favorable à l'installation de l'application, il existe encore un grand potentiel pour augmenter le nombre d'utilisateurs effectifs de l'application.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, le pourcentage de la population qui installerait (certainement ou probablement) l'application est plus élevé chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (56 %) que chez celles ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (54 %) (ces proportions deviennent respectivement 54 % et 57 % après standardisation pour l'âge et le sexe).

Les résidents de la Région flamande (60,5 %) sont significativement plus nombreux à avoir l'intention d'installer l'application sur leur téléphone portable que les résidents des Régions bruxelloise (50 %) et wallonne (45 %). La différence entre les Régions bruxelloise et wallonne est également significative (figure 23).

**Figure 23 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) selon leur intention d'installer l'application « Coronalert », par région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Nous avons demandé à ceux qui étaient certains mais aussi à ceux qui avaient encore des doutes quant à l'installation de l'application (catégories de réponse : l'installerais certainement / l'installerais probablement / l'installerais peut-être / l'installerais probablement pas / je ne sais pas), quelles étaient les principales raisons d'installer une telle application (Maximum 5 raisons possibles). Le tableau 3 présente les raisons par ordre d'importance, les trois premières étant : permet d'informer sur le risque d'être infecté (62 %), peut contribuer à ralentir la propagation du virus (61 %) et permet de protéger la famille et les amis (60 %). La première raison (informer sur le risque d'infection) est plus souvent indiquée par les personnes de 65 ans et plus que par les jeunes adultes de 18 à 24 ans, la deuxième raison (contribue à retarder la propagation du virus) est plus souvent indiquée par les hommes que par les femmes et la troisième raison (protège la famille et les amis) est plus souvent indiquée par les femmes que par les hommes.

**Tableau 3 | Raisons invoquées pour installer l'application « Coronalert », 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

Raisons	%
Cela me permettrait de m'informer sur mon risque d'être infecté	62,4
Elle contribuerait à ralentir la propagation du virus	61,3
Permet de protéger ma famille et mes amis	60,4
Un sens des responsabilités envers la communauté	55,1
Cela m'aiderait à rester en bonne santé	26,2
L'écran vert "faible risque" me rassurerait	25,1
Elle contribuerait à réduire le nombre de décès parmi la population âgée	24,7
Autres raisons	1,9

Nous avons demandé à ceux qui n'avaient certainement pas l'intention d'installer l'application, mais aussi à ceux qui avaient encore des doutes quant à son installation (catégories de réponse : l'installerais probablement / l'installerais peut-être / l'installerais probablement pas / l'installerais certainement pas / je ne sais pas), quelles étaient les principales raisons pour ne pas le faire (Maximum 5 raisons possibles). Le tableau 4 montre les raisons par ordre d'importance, les trois premières étant : la crainte que le gouvernement ne respecte pas suffisamment leur vie privée (52,5 %), la crainte que le gouvernement utilise cela comme excuse pour renforcer la surveillance après l'épidémie (37,5 %) et le fait de ne pas vouloir se sentir plus inquiet qu'ils ne le sont déjà (26 %). La première raison (crainte que le gouvernement ne respecte pas suffisamment ma vie privée) est, par rapport aux 18-24 ans, plus souvent indiquée par les 25-44 ans et moins souvent par les 55 ans et plus. La deuxième raison (la crainte que le gouvernement utilise cela comme excuse pour renforcer la surveillance après l'épidémie) est indiquée plus souvent par les hommes que par les femmes, et par rapport aux 18-24 ans, plus souvent indiquée par les 25-34 ans et moins souvent par les 55 ans et plus. La troisième raison (ne pas se sentir plus inquiet qu'ils ne le sont déjà) est indiquée plus souvent par les femmes que par les hommes et moins souvent à partir de 35 ans que par les jeunes adultes de 18 à 24 ans.

**Tableau 4 | Raisons invoquées pour refuser d'installer l'application « Coronalert », 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

Raisons	%
Je crains que le gouvernement ne respecte pas suffisamment ma vie privée	52,5
Je crains que le gouvernement n'utilise cela comme excuse pour renforcer la surveillance après l'épidémie.	37,5
Je ne veux pas me sentir plus inquiet que je ne le suis déjà	26,2
Je crains que mon téléphone portable soit plus susceptible d'être piraté	21,3
Je n'aurais aucun avantage à utiliser l'application	12,5
L'installation d'une telle application serait trop fastidieuse	11,6
Je ne serai pas infecté de toute façon	1,4
Autres raisons	13,7

Dans la catégorie de réponse "autre(s) raison(s)", les raisons suivantes ont souvent été citées :

- Le fait que le Bluetooth (ainsi que la 4G) doit toujours être activé et que cela ait une influence sur la consommation de la batterie.
- N'est efficace que si tout le monde installe cette application.
- Les doutes sur la fiabilité de l'application peuvent donner un faux sentiment de (in)sécurité
- Le téléphone portable / smartphone n'est pas souvent avec le répondant.
- Téléphone obsolète ou mémoire insuffisante pour installer l'application.
- Suit les recommandations (contacts limités, distance physique, port du masque) et n'en voit donc pas l'utilité.

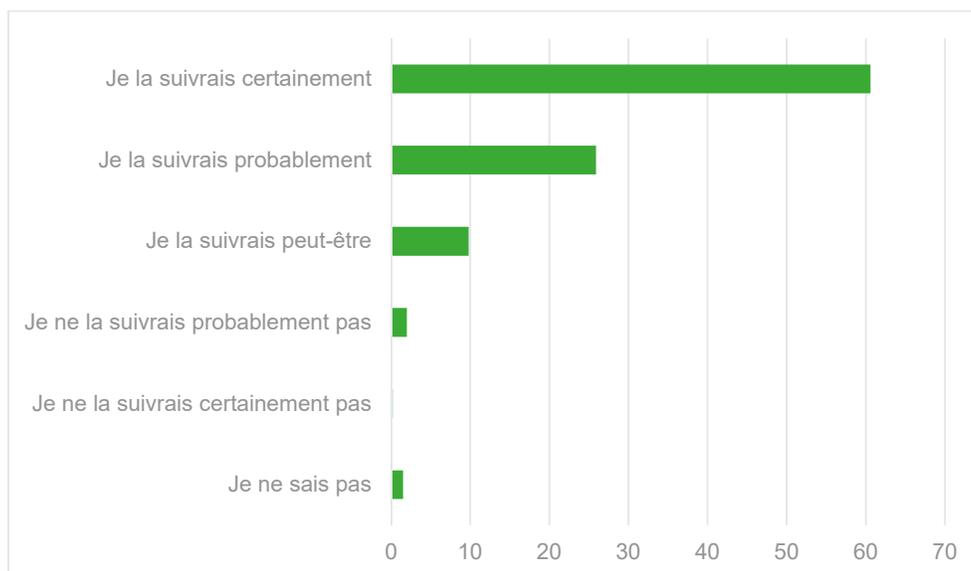
### Suivre les recommandations de l'application

Deux questions supplémentaires ont été posées aux personnes qui avaient l'intention d'installer l'application et à celles qui avaient encore des doutes quant à son installation (catégories de réponse : l'installerais certainement / l'installerais probablement / l'installerais peut-être / l'installerais probablement pas / je ne sais pas) :

- Dans quelle mesure suivriez-vous la recommandation de l'application de rester confiné pour 7 jours s'il s'avérait que vous aviez eu un contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19?
- Dans quelle mesure suivriez-vous la recommandation de l'application pour vous faire tester s'il s'avérait que vous aviez eu un contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19?

La figure 24 illustre la distribution de ce groupe de la population selon son intention de suivre la recommandation de l'application de rester confiné pendant 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19.

**Figure 24 | Distribution des personnes (18 ans et plus) qui sont susceptibles d'installer l'application, selon leur intention de suivre la recommandation de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.**

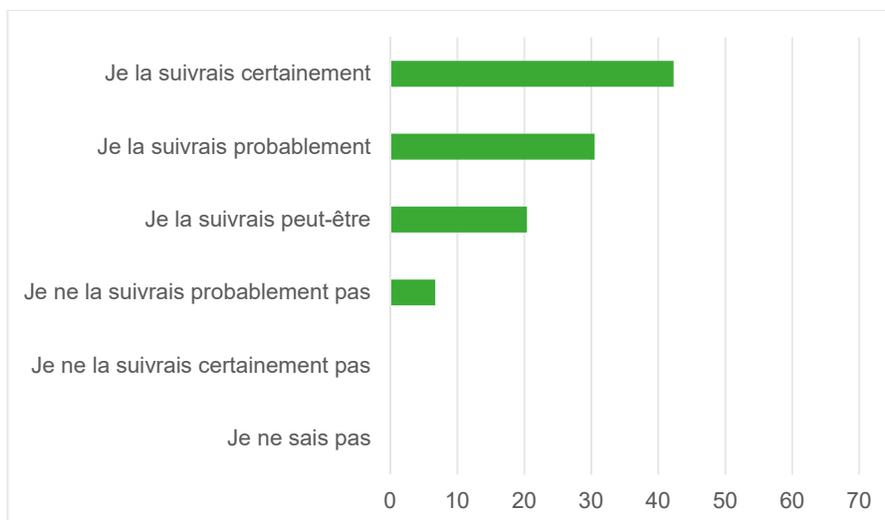


Parmi les 9 personnes sur 10 en Belgique qui sont potentiellement susceptibles d'installer l'application, 86,5 % prévoient de (certainement ou probablement) suivre la recommandation de celle-ci de rester confinées pendant 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19.

Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à avoir l'intention de suivre cette recommandation (89 % de femmes contre 84 % des hommes). De même, les personnes de 35 ans et plus sont plus nombreuses que les plus jeunes à avoir l'intention de suivre cette recommandation (82 % des 35-44 ans et 97 % des 65 ans et plus contre 73 % des 18-24 ans).

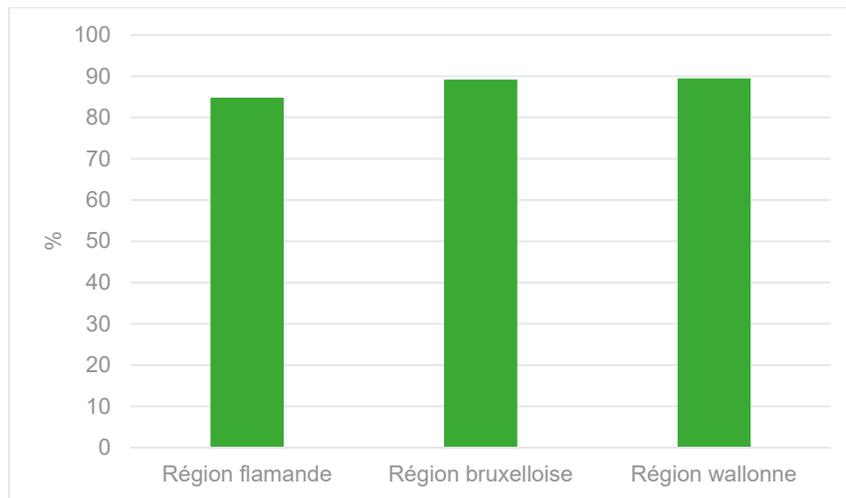
C'est surtout les jeunes adultes de 18 à 24 ans (figure 25) qui sont les moins enclins à suivre la recommandation de l'application de rester confinés pendant 7 jours.

**Figure 25 | Distribution des personnes de 18 à 24 ans qui sont susceptibles d'installer l'application, selon leur intention de suivre la recommandation de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.**



Les personnes peu instruites (88 % des personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire) sont plus susceptibles de suivre la recommandation de l'application de rester confinées pendant 7 jours que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé (84,5 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

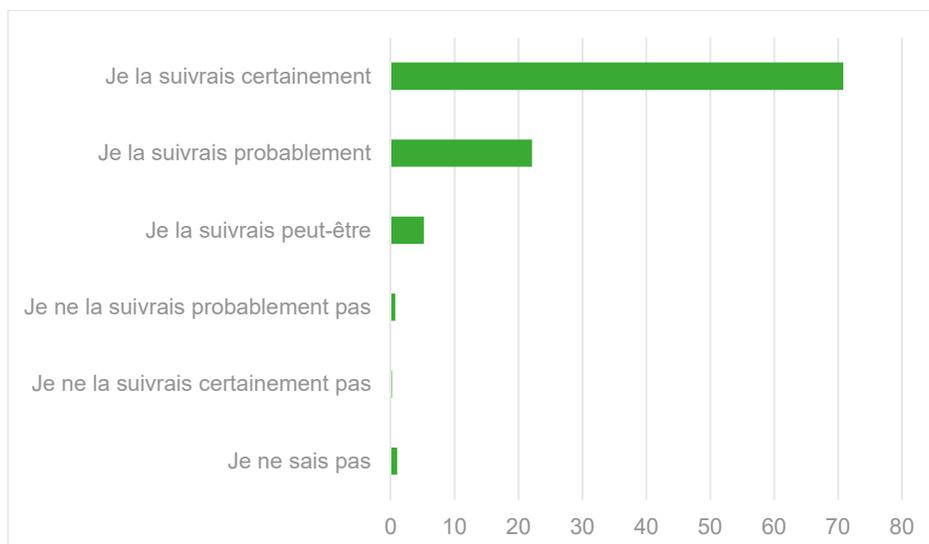
**Figure 26 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui sont susceptibles d'installer l'application et qui ont l'intention de suivre la recommandation de celle-ci de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, par région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020.**



Les habitants de la Région flamande (85 %) sont significativement moins enclins à suivre cette recommandation que les habitants des Régions bruxelloise (89 %) et wallonne (89,5 %) (figure 26).

La figure 27 illustre la distribution de la population qui est susceptible d'installer l'application selon son intention de suivre la recommandation de celle-ci de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19.

**Figure 27 | Distribution des personnes (18 ans et plus) qui sont susceptibles d'installer l'application, selon leur intention de suivre la recommandation de celle-ci de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

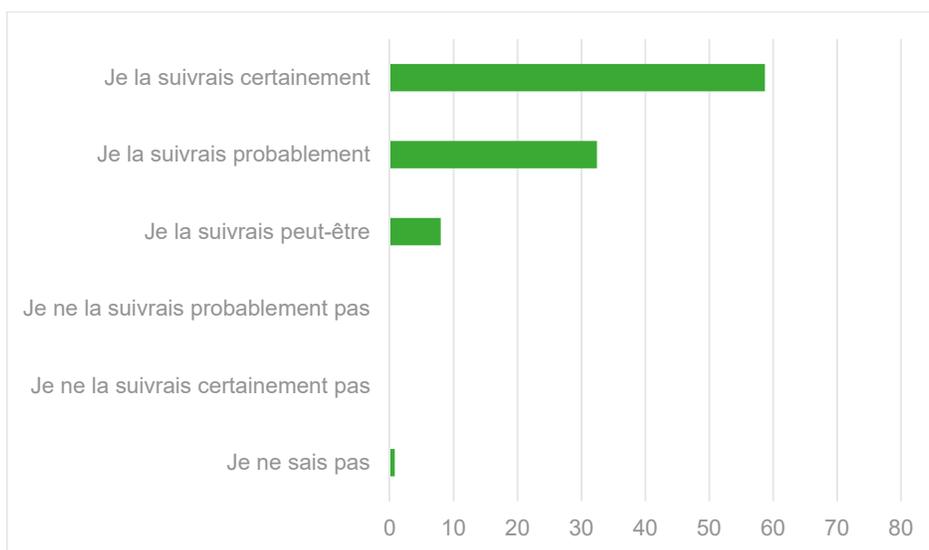


Parmi les 9 personnes sur 10 en Belgique qui sont potentiellement susceptibles d'installer l'application, 93 % prévoient de (certainement ou probablement) suivre la recommandation de celle-ci de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19.

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, mais bien selon l'âge. Les personnes de 65 ans et plus sont significativement plus nombreuses que les 18-24 ans de (certainement ou probablement) suivre la recommandation de l'application de se faire tester (96 % contre 91 %).

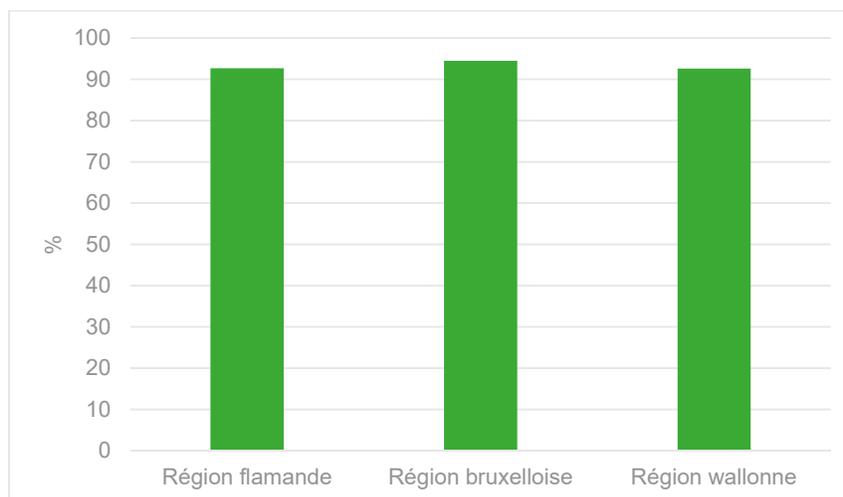
Les jeunes adultes de 18 à 24 ans (figure 28) sont les moins enclins à suivre la recommandation de l'application de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19.

**Figure 28 | Distribution des personnes de 18 à 24 ans qui sont susceptibles d'installer l'application, selon leur intention de suivre la recommandation de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Les habitants de la Région bruxelloise (94,5 %) sont plus enclins à suivre la recommandation de se faire tester que les habitants des Régions flamande (93 %) et wallonne (93 %) (figure 29).

Figure 29 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui sont susceptibles d'installer l'application et qui ont l'intention de suivre la recommandation de celle-ci de se faire tester en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, par région, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



## 7.5. CONCLUSION

En cas de test positif au COVID-19, une grande proportion de la population est prête à communiquer aux autorités sanitaires les coordonnées des personnes avec lesquelles elle a été en contact. Cela montre un grand sens des responsabilités et la volonté de contribuer à ralentir la propagation de ce virus. On le voit aussi par le fait qu'une large part suivrait également la recommandation du centre de traçage de rester confinée, mais aussi les recommandations (de rester confinée et se faire tester) de l'application de suivi des contacts « Coronalert ».

Environ la moitié de la population dit avoir l'intention d'installer l'application de suivi des contacts « Coronalert » sur leur téléphone portable. Ceci surtout pour se protéger et protéger leur famille et leurs amis, mais aussi pour ralentir la propagation du virus. Néanmoins, il reste une partie de la population qui est sceptique à l'égard de cette application. Cela a beaucoup à voir avec la méfiance vis-à-vis des autorités (crainte que leur vie privée ne soit pas respectée ou que leurs données soient utilisées pour une surveillance accrue après l'épidémie). Étant donné l'attitude très positive de la population envers l'installation de l'application Coronalert, une campagne de promotion et d'information supplémentaire est certainement recommandée pour renforcer la tendance. Il est aussi important de sensibiliser les jeunes de 18 à 24 ans qui sont les moins enclins à l'utilisation de cette application.

## 8. Santé sociale

### 8.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 34,5 % de la population âgée de 18 ans et plus est insatisfaite de ses contacts sociaux. Un pourcentage qui a fortement baissé par rapport aux enquêtes précédentes.
- 30 % de la population se sent faiblement soutenue socialement, un pourcentage qui est resté assez stable par rapport aux enquêtes précédentes.

Des questions relatives à la santé sociale ont été abordées dans toutes les enquêtes de santé COVID-19. Ceci nous permet d'étudier l'évolution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux et la qualité de soutien social, tout au long de la crise du coronavirus. Les mesures prises pour limiter les contacts sociaux varient selon les différentes enquêtes. 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. Lors de la quatrième enquête de santé COVID-19 (organisée du 24 septembre au 2 octobre), la règle de la "bulle de cinq" s'appliquait ; chaque famille devait limiter ses contacts étroits à un groupe fixe de cinq autres personnes, à l'exclusion des enfants. Le 1er octobre, la règle de la "bulle de cinq" a été remplacée par la recommandation suivante : chaque personne peut avoir des contacts étroits avec un maximum de cinq autres personnes par mois, à l'exclusion des enfants. Des réunions de dix personnes maximum ont été autorisées lors de la mise en ligne de la quatrième enquête de santé COVID-19. Au moment de la publication des résultats de la quatrième enquête de santé COVID-19, ces mesures étaient déjà dépassées et de nouvelles ont été introduites.

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

La quatrième enquête de santé COVID-19 montre que 34,5 % de la population (18 ans et plus) est insatisfaite de ses contacts sociaux<sup>2</sup>. L'évolution de cet indicateur à travers la crise est la suivante : une augmentation entre la première et la deuxième enquête de santé COVID-19 (de 58 % à 62 %), puis une diminution dans la troisième enquête (46,5 %) et une nouvelle diminution lors de la quatrième enquête (34,5 %). Il convient toutefois de noter que ce pourcentage reste nettement plus élevé qu'en « temps normal ». En effet, sur base des données de l'enquête de santé de 2018, seuls 9 % de la population âgée de 18 ans et plus sont insatisfaits de leurs contacts sociaux.

Les résultats concernant l'insatisfaction des contacts sociaux montrent des différences selon le sexe et l'âge (figure 30) :

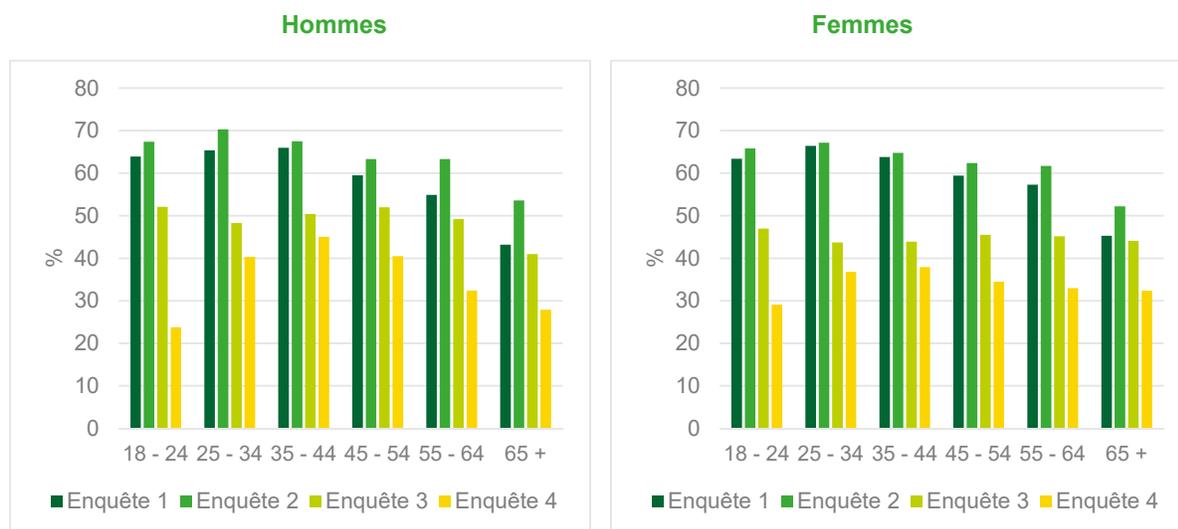
- Les hommes et les femmes sont tout aussi insatisfaits de leurs contacts sociaux au moment de la quatrième enquête de santé COVID-19 (35 % des hommes et 34 % des femmes). L'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, a fortement diminué par rapport aux enquêtes précédentes.

---

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

- Chez les hommes, l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie selon l'âge : les 35-44 ans (45 %), les 45-54 ans (40,5 %) et les 25-34 ans (40 %) sont les plus insatisfaits. La différence entre ces trois catégories d'âge et les 18-24 ans (24 %), les 55-64 ans (32 %) et les 65 ans et plus (28 %) est statistiquement significative.
- Chez les femmes, ce sont également les 35-44 ans (38 %) qui sont les plus insatisfaites de leurs contacts sociaux. Elles sont nettement plus insatisfaites que les femmes de toutes les autres catégories d'âge, à l'exception des 25-34 ans (37 %).
- Dans toutes les tranches d'âge, une diminution de l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux peut être observée dans la quatrième par rapport à la troisième enquête. Cette baisse est la plus prononcée chez les jeunes de 18 à 24 ans (de 52 % à 24 % chez les hommes; 47 % à 29 % chez les femmes).

**Figure 30 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) insatisfaites de ses contacts sociaux, par âge et sexe, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020**



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

- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (38 %) sont plus souvent insatisfaites de leurs contacts sociaux que les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire (33 %).
- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité (52 %) et les personnes en recherche d'emploi (46 %) sont plus susceptibles d'être insatisfaites de leurs contacts sociaux que les personnes ayant un emploi rémunéré (36 %) ou les pensionnés (31 %).
- Parmi les personnes ayant un emploi rémunéré, celles qui font du télétravail (principalement) en raison de la crise (38 %) sont plus insatisfaites de leurs contacts sociaux que celles qui sont capables d'effectuer leur travail sur leur lieu de travail normal (35 %).

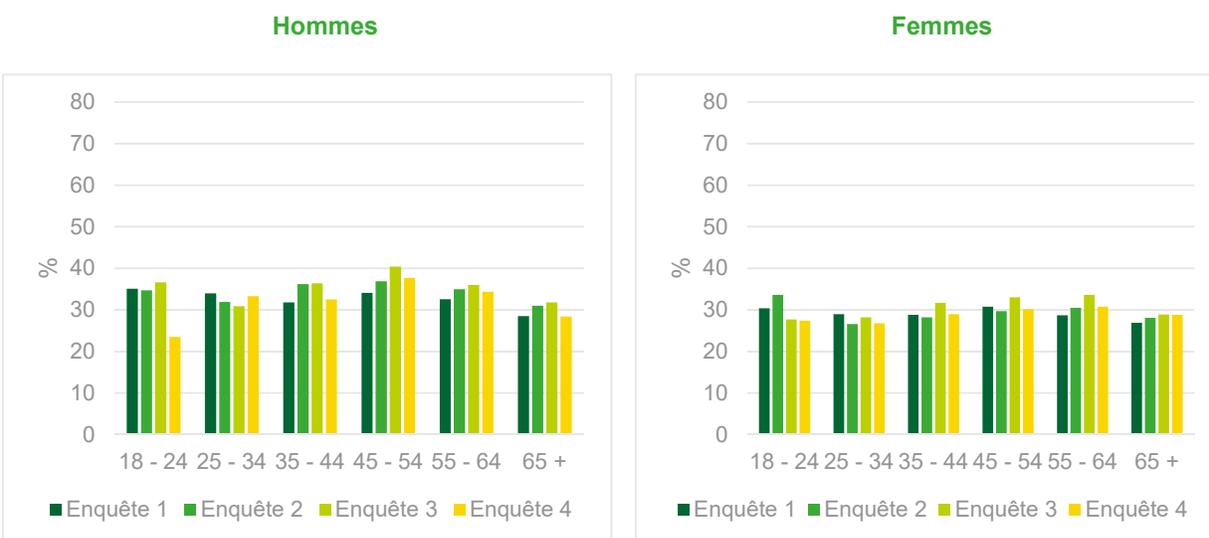
### 8.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de la quatrième enquête COVID-19 montrent que 30 % des personnes se sentent peu soutenues socialement<sup>3</sup>. Ce pourcentage est resté relativement stable tout au long de la crise (30,5 % à la première enquête, 32 % à la deuxième enquête et 33 % à la troisième enquête. 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 quatrième enquête de santé COVID-19 montrent des différences dans la qualité du soutien social selon le sexe et l'âge (Figure 31) :

- Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à rapporter un faible soutien social (32 % contre 29 %).
- Le pourcentage d'hommes rapportant un faible soutien social est significativement plus élevé chez les 45-54 ans (38 %) que chez les 18-24 ans (23,5 %), les 35-44 ans (32,5 %) et les 65 ans et plus (28 %).
- Chez les femmes, il n'y a pas de différence selon l'âge en ce qui concerne la qualité du soutien social.
- Fait remarquable, chez les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans, on constate une forte diminution du pourcentage de ceux qui déclarent un faible soutien social par rapport à la troisième enquête (de 37 % à 23,5 %). Une tendance que nous n'avons pas observé dans les autres groupes d'âge.

Figure 31 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, par âge et sexe, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020



En outre, les résultats de la quatrième 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 :

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

- Les personnes vivant seules avec ou sans enfant(s) se sentent moins bien soutenues socialement (respectivement 38 % et 37 % d'entre elles) que les couples avec ou sans enfant(s) (environ 28 %).
- 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 33 % contre 26 %).
- Les personnes bénéficiant de revenus d'invalidité (55 %) ou les demandeurs d'emploi (45 %) sont plus susceptibles de déclarer un faible soutien social que les personnes ayant un emploi rémunéré ou les pensionnés (29 % chacun).

## 9. Santé mentale

### 9.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les troubles anxieux (18 %) chez les adultes de 18+ ans sont plus fréquents en ce mois de septembre que lors de la 3e enquête de juin (16 %). On est toutefois toujours en-deçà des 23 % de personnes qui manifestaient des troubles de l'anxiété au début de la crise (mars-avril).
- La prévalence des troubles dépressifs se maintient dans des proportions similaires à celles du mois de juin (14-15 %), mais reste néanmoins plus élevée qu'en 2018 (10 %).
- Notons que les troubles anxieux et dépressifs ont augmenté entre juin et septembre parmi les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé, alors que les chiffres sont restés stables parmi les autres travailleurs.
- Lors de la 3e enquête de santé COVID-19, les jeunes de 18-24 ans et les étudiants étaient de loin les plus touchés par l'anxiété et la dépression. En septembre, les jeunes (18-24 ans) restent les plus affectés par les troubles de l'anxiété (27 %), mais sont nettement moins nombreux à souffrir de troubles dépressifs.
- Les troubles anxieux touchent davantage de femmes (19 %) que d'hommes (17 %). Les troubles dépressifs sont quant à eux aussi fréquents (14 %) chez les hommes que les femmes. En revanche, les hommes ont plus souvent pensé au suicide lors de ces trois derniers mois que les femmes (4,2 % pour 2,9 %), et ils ont été plus nombreux que celles-ci à avoir tenté de se suicider (0,3 % pour 0,1 %).
- Certains groupes sont davantage à l'abri des troubles de la santé mentale (anxiété, dépression, sommeil et tendances suicidaires) : il s'agit des personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes vivant en couple, celles ayant accédé à des études supérieures, et celles qui bénéficient (encore) d'un emploi rémunéré.
- A contrario, les contextes qui s'avèrent défavorables au maintien d'un bien-être mental se confirment : vivre isolé ou en situation monoparentale et être bénéficiaire d'allocations sociales.
- Enfin, 3,5 % des personnes de 18+ ans ont indiqué qu'elles avaient sérieusement pensé à mettre fin à leur vie au cours des 3 derniers mois (contre 8 % lors de l'enquête de juin), et 0,2 % ont effectivement tenté de le faire (contre 0,4 % en juin).
- Que ce soit pendant les trois mois de confinement ou les trois mois estivaux, une majorité de la population (72 %) éprouve des troubles du sommeil, un chiffre qui reste extrêmement élevé.

## 9.2. INTRODUCTION

La santé mentale a fait l'objet d'une attention continue au sein des enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano. En effet, de nombreux facteurs participent au caractère anxiogène ou dépressogène de cette crise pandémique. Citons tout d'abord le fait que ce nouveau coronavirus – dont nous ne connaissons pas encore tous les effets et pour lequel nous ne disposons à ce jour ni d'un vaccin ni d'un traitement efficace - continue de se propager malgré les mesures préconisées pour le contenir. Ensuite, les dispositions imposées par le gouvernement sont constamment modifiées, et paraissent difficiles à comprendre ou à appliquer dans certains cas. Elles sont dès lors souvent remises en question voire contestées par une frange de la population, créant une grande confusion au sein de l'opinion publique. Les avis discordants provenant du monde scientifique et médical, largement diffusés dans les médias et les réseaux sociaux, ajoutent une bonne dose d'incertitude à cette situation déjà anxiogène. Enfin, le fait que les mesures restrictives perdurent plusieurs mois avec des conséquences parfois importantes aux niveaux sanitaire, familial, social, culturel et économique, peuvent s'avérer oppressantes - si pas catastrophiques - pour certaines personnes et mener à une détresse psychologique plus ou moins grave pouvant s'accompagner d'idées ou de tendances suicidaires. Il est donc essentiel de suivre le bien-être mental de la population tout au long de cette crise et repérer les facteurs qui accentueraient les inégalités de santé.

Cette section du rapport porte sur la santé mentale des participants à cette quatrième enquête COVID-19 (24/09-01/10/2020), au moment où les chiffres de la pandémie repartent à la hausse et de nouvelles mesures entrent en vigueur. Les résultats sont comparés à ceux obtenus lors des précédentes enquêtes COVID-19 et à ceux de l'enquête de santé nationale (HIS 2018) qui a été menée avant la crise.

## 9.3. ANXIÉTÉ

La première enquête de santé COVID-19 (début avril 2020) avait mis en exergue une très forte augmentation des troubles anxieux (23 %) au sein de la population adulte (18 ans et plus) par rapport à l'enquête de santé nationale de 2018 (11 %). A l'amorce du déconfinement (début juin), la prévalence des troubles anxieux avait baissée (16 %), sans pour autant revenir aux valeurs de 2018. Fin septembre 2020, au moment où les contaminations s'intensifient, on constate que les troubles de l'anxiété ont également augmenté, touchant 18 % de la population adulte (différence significative par rapport à juin, après ajustement pour âge et sexe).

### Anxiété et caractéristiques socio-démographiques

- Les femmes (19 %) sont plus nombreuses que les hommes (17 %) à éprouver de l'anxiété.
- Les jeunes de 18-24 ans restent les plus touchés par les troubles anxieux (27 %), mais sont désormais rejoint par le groupe d'âge des 25-34 ans qui a connu la plus forte progression de cas depuis l'enquête précédente (de 20 % en juin à 26 % en septembre).
- La prévalence de l'anxiété diminue par groupe d'âge pour atteindre 9 % des personnes de 65 ans et plus. La diminution en fonction de l'âge est observée chez les femmes et chez les hommes (figure 32).

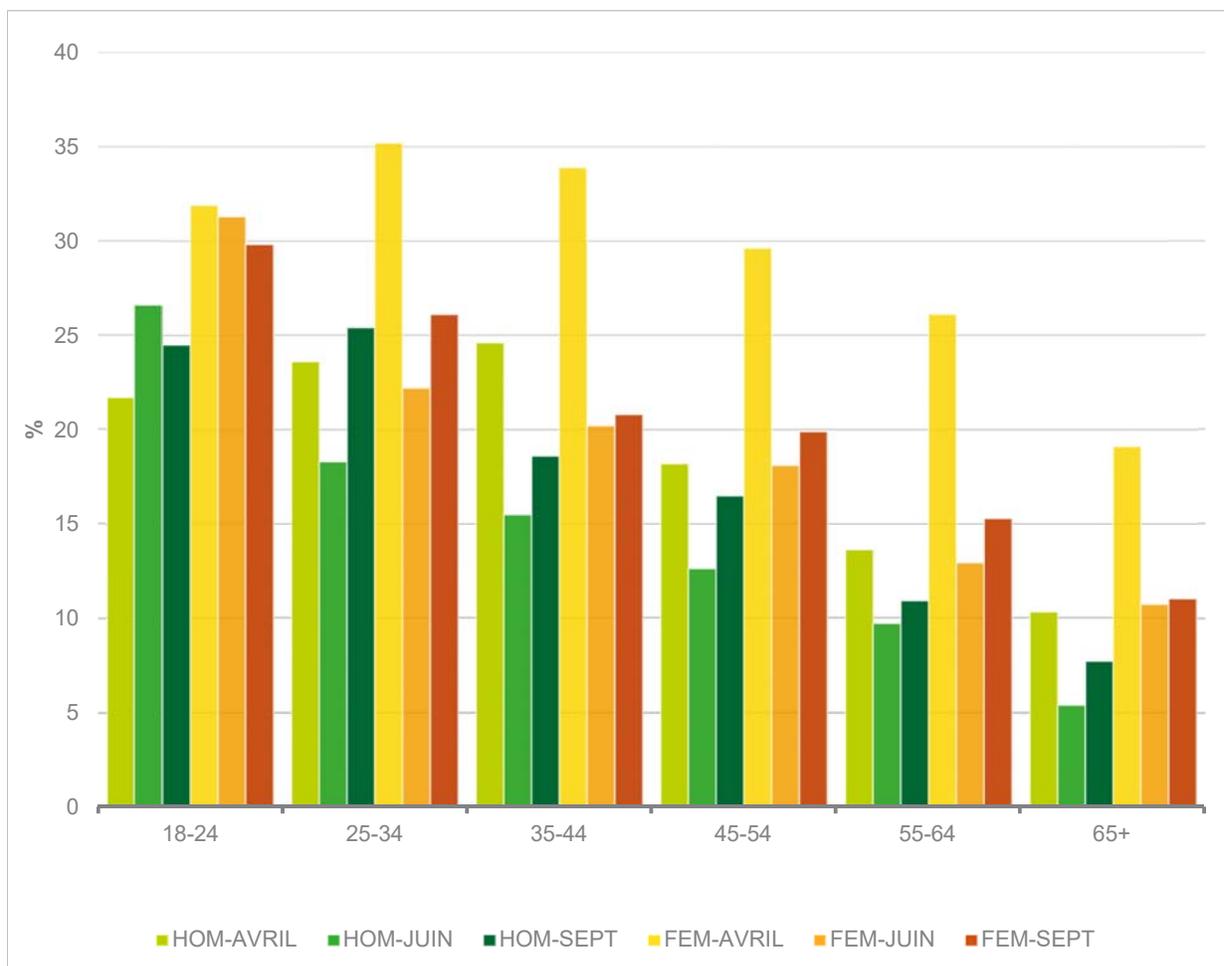
### Anxiété et situation socio-économique

- La vie en couple est un facteur protecteur contre l'anxiété. La prévalence de l'anxiété parmi les personnes en couple vivant sans enfants (14 %) et avec enfants (18 %) ne diffère pas de manière statistiquement significative lorsque l'on standardise pour l'âge et le sexe. En revanche, les personnes vivant seules et seules avec des enfants sont significativement plus affectées par les troubles de l'anxiété (respectivement 18 % et 24 %) que les personnes en couple, après standardisation pour l'âge et le sexe.
- Les personnes n'ayant pas fait d'études supérieures ont plus souvent des troubles anxieux (19 % vs 15 %).
- 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 (18 %) par rapport aux individus en recherche d'emploi (29 %) et aux personnes en invalidité (36 %). Les

pensionné(e)s sont les moins nombreux(ses) à présenter des troubles anxieux (9 %, n.s. après standardisation pour l'âge et le sexe).

- Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne donne pas lieu à plus de troubles anxieux : 19 % sont anxieux parmi les professionnels de la santé pour 18 % chez les travailleurs d'autres secteurs (n.s). La prévalence des troubles anxieux a augmenté dans chacun des deux groupes depuis la dernière enquête (respectivement 14 % et 15 % en juin), mais la différence est significative chez les personnes travaillant dans le secteur de la santé, alors qu'elle ne l'est pas chez les travailleurs en dehors de ce secteur.

**Figure 32 | Pourcentage de personnes ( 18 ans et plus) avec un trouble anxieux, par âge, par sexe, et par enquête de santé COVID-19 (1<sup>e</sup>-3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup>), Belgique 2020**



## 9.4. DÉPRESSION

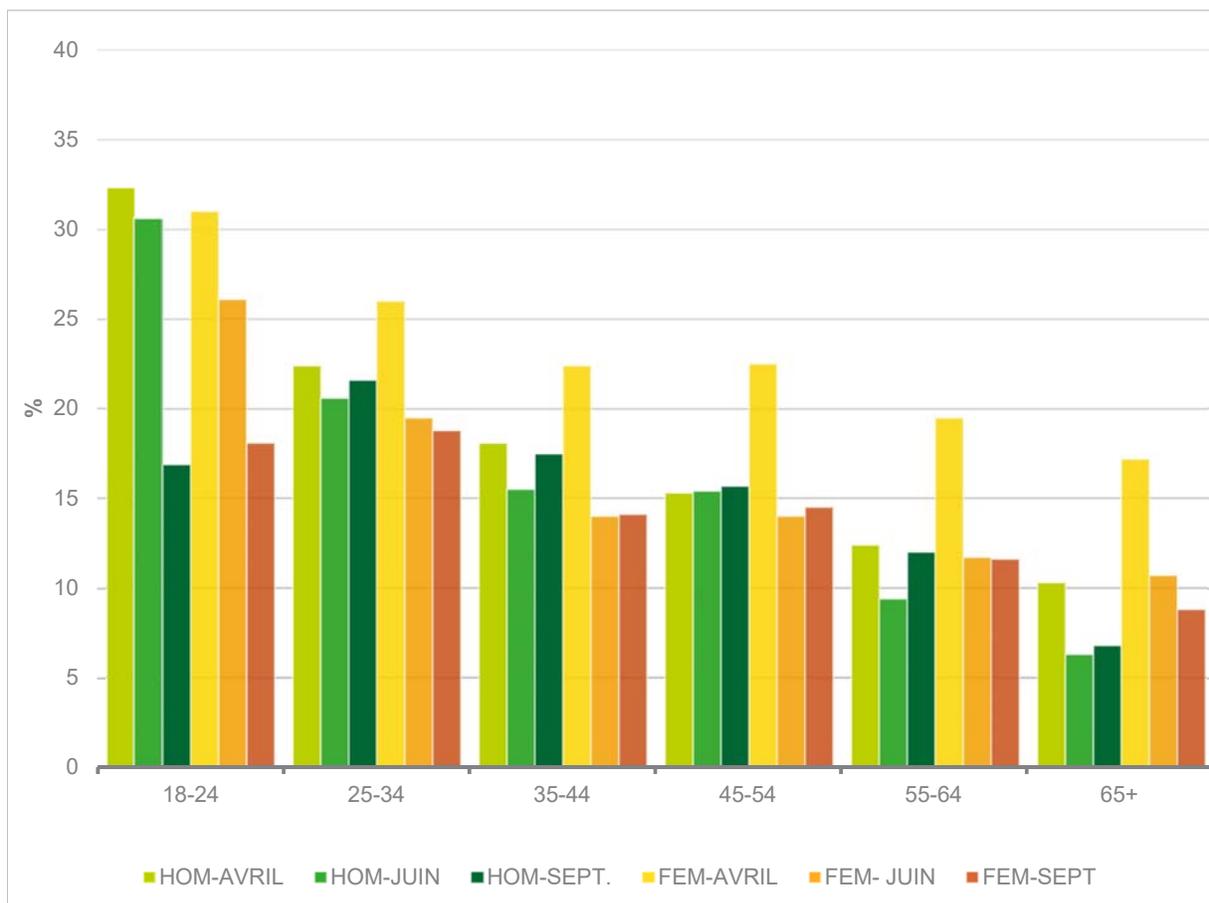
La première enquête de santé COVID-19 avait montré que les troubles dépressifs au sein de la population adulte (18 ans et plus) étaient deux fois plus fréquents (20 % début avril) qu'avant la crise sanitaire (9,5 % en 2018). En juin, le nombre relatif de dépressions (15 %) avait diminué de manière significative, sans pour autant atteindre valeurs de 2018. Les résultats de septembre indiquent que le taux de dépression se maintient dans les mêmes proportions, soit à 14 % (différence dans le temps n.s. après ajustement pour l'âge et le sexe).

### Dépression et caractéristiques socio-démographiques

- La prévalence des troubles dépressifs a fortement diminué parmi les jeunes de 18-24 ans, passant de 28 % au mois de juin à 17 % en septembre. La période estivale et la reprise du parcours scolaire/académique y est certainement pour beaucoup.

- Le taux de dépression le plus bas est observé chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (8 %) ; la différence est significative avec chacun des autres groupes d'âge.
- Une fois de plus, les hommes sont aussi nombreux (14 %) que les femmes (14 %) à éprouver des troubles dépressifs.

Figure 33 | Pourcentage de personnes avec un trouble dépressif, par âge, par sexe, et par enquête de santé COVID-19 (1<sup>e</sup>-3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup>), Belgique 2020



### Dépression et situation socio-économique

- Les personnes vivant seules ou seules avec des enfant(s) sont plus enclines à souffrir de troubles dépressifs (respectivement 18 % et 20 % d'entre elles) que les personnes vivant en couple avec ou sans enfants (respectivement 13 % et 10 %).
- Les troubles dépressifs touchent une plus grande proportion de personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures.
- Les personnes au chômage ou en recherche d'emploi ainsi que celles en invalidité sont plus spécifiquement touchées par la dépression (28 % et 32 % respectivement) que les personnes avec un emploi rémunéré (14 %). 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 pour l'âge et le sexe).
- Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne donne pas lieu à plus de troubles dépressifs (14 %). En revanche, la proportion de personnes souffrant de dépression a significativement augmenté parmi les professionnels de santé entre juin et septembre (de 10 % à 14 %), ce qui n'est pas le cas pour les travailleurs dans les autres secteurs économiques (de 15 % à 14 %).

## 9.5. TROUBLES DU SOMMEIL

Les troubles du sommeil ont un impact sur les défenses physiques, psychologiques et cognitives des individus. Ils mènent aussi, par manque d'énergie et de ressources, à un désinvestissement des contacts sociaux, voire une isolation sociale. La crise du coronavirus, par le stress et l'anxiété qu'elle génère, peut provoquer des troubles importants du sommeil. De plus, pendant la période de confinement, certaines activités jouant sur l'endormissement et le temps de sommeil peuvent également jouer un rôle, comme par exemple la baisse de l'activité physique, l'augmentation du temps sur les écrans, une moindre exposition à la lumière du jour, une perturbation de la routine lever-coucher, etc. De fait, l'enquête de santé COVID-19 du mois de juin a mis en évidence que presque trois personnes sur quatre avaient un sommeil perturbé. Au-delà de la période de confinement, on peut toutefois s'attendre à ce qu'il y ait une amélioration globale de la qualité du sommeil.

Lors des deux dernières enquêtes de santé COVID-19 (de juin et de septembre), 3 questions étaient destinées à évaluer la qualité du sommeil (provenant du SCL-90R) : « Au cours des deux dernières semaines,...

1. avez-vous eu du mal à vous endormir ?
2. vous êtes-vous réveillé trop tôt le matin ?
3. votre sommeil était-il agité ou troublé ? ».

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. Les résultats ont montré que :

- La fréquence des troubles du sommeil parmi les personnes de 18 ans et plus (72 %) n'a pas changé depuis l'enquête de juin et reste particulièrement élevée (72 %).
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter un mauvais sommeil, et les taux sont également restés inchangés (respectivement 76 % et 67 %).
- Les personnes de 65 ans et plus sont significativement moins affectées par un sommeil détérioré (67 %), même si le taux parmi celles-ci reste plus élevé qu'à l'ordinaire (environ 36 % en 2013).
- Les diplômés du supérieur sont moins nombreux à éprouver des problèmes de sommeil (70 %) que les personnes avec un niveau d'éducation moins élevé (73 %).
- Les troubles du sommeil parmi les demandeurs d'emploi et les personnes invalides sont plus répandus (respectivement 79 % et 85 %) que chez les personnes avec un emploi (72 %) ou à la retraite (67 %).
- La proportion de personnes qui souffre de troubles du sommeil parmi les professionnels de la santé (76 %) et parmi les travailleurs d'autres secteurs (72 %) n'est pas statistiquement différente lorsque les données sont ajustées pour l'âge et le sexe.

## 9.6. PENSÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

A côté de l'anxiété, de la dépression et de la détérioration du sommeil, les idées et les tendances suicidaires sont à craindre dans le contexte de la crise sanitaire et des restrictions subséquentes. Restreindre ses contacts sociaux, s'isoler lors d'une quarantaine, subir des pertes financières importantes sont autant de situations qui peuvent pousser certains à envisager le suicide comme seule solution à leurs problèmes, surtout lorsqu'elles se rajoutent à des difficultés préexistantes. Nous avons demandé aux participants de la quatrième enquête d'indiquer si elles avaient déjà sérieusement pensé à mettre fin à leur vie et si elles avaient déjà tenté de le faire, et ce, par le passé, au début de la crise (avril-juin) et/ou dans les trois derniers mois (juillet-septembre).

- Parmi les participants de la 4<sup>e</sup> enquête COVID-19, 2,4 % ont déclaré avoir sérieusement pensé au suicide dans les premiers mois de la crise (d'avril à juin inclus) et 3,5 % disent y avoir pensé les trois mois suivants (juillet à septembre inclus).

- Parmi ces mêmes participants, 0,1 % ont rapporté avoir fait une tentative de suicide dans les premiers mois de la crise (d'avril à juin inclus) et 0,2 % indiquent avoir tenté de se suicider entre juillet et septembre.
- Le risque de penser au suicide ou de tenter de se suicider lors des trois derniers mois (juillet à septembre) est plus élevé chez les personnes qui souffrent d'anxiété, de dépression ou des deux. En effet, les idées et tendances suicidaires sont plus rares chez celles qui n'éprouvent aucun de ces deux troubles, soit respectivement 0,9 % et 0,06 % d'entre elles. En revanche, parmi les personnes aux prises avec un trouble anxieux (sans dépression), 3,5 % pensent au suicide et 0,1 % ont fait une tentative ; celles avec un trouble dépressif (sans anxiété) sont encore plus nombreuses à y avoir pensé (11,5 %) ou l'avoir tenté (1,2 %) ; en cas de comorbidité anxiété-dépression, la propension de penser au suicide concerne 20 % des personnes, tandis que 0,8 % ont tenté de mettre fin à leur vie, et ce dans les trois derniers mois.
- Contrairement à ce qui était observé lors de la troisième enquête de santé COVID-19, les pensées et tentatives de suicide de ces trois derniers mois sont liées au sexe : les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir pensé à mettre fin à leur existence (4,2 % pour 2,9 %) et à avoir tenté de le faire (0,3 % pour 0,1 %), et les différences sont significatives après ajustement pour l'âge.
- Les jeunes (18-24 ans) sont plus susceptibles que leurs aînés (55-64 et 65+ ans) d'avoir pensé au suicide (respectivement 6,3 %, 2,7 % et 1,8 %, différences significatives), mais ils ne diffèrent pas des autres groupes d'âge comme lors de la troisième enquête. Les tentatives de suicide ne semble pas être liées à l'âge cette fois, mais les marges d'incertitude sont larges dues aux petits nombres dans cet échantillon.
- Par rapport aux personnes vivant en couple (avec ou sans enfants), les personnes vivant dans un ménage isolé, monoparental ou en cohabitation (avec des parents, proches, connaissances) sont davantage enclins aux idées suicidaires. La tendance est la même pour les tentatives de suicide.

#### **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.

Le fait de travailler dans le secteur de la santé n'est pas un facteur discriminatoire pour les pensées suicidaires.

## 10. Littératie en santé relative au COVID-19

### 10.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La littératie en santé joue un rôle essentiel dans l'évolution de l'épidémie car elle est liée au respect des mesures et des recommandations relatives au COVID-19.
- L'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 quand un vaccin sera disponible augmente avec le niveau de littératie en santé. Mais aussi, l'hésitation vaccinale en général diminue avec un niveau plus élevé de littératie en santé.
- Le respect des mesures en vigueur augmente avec le niveau de littératie en santé.
- Si une personne est testée positive, son intention de partager les coordonnées des personnes avec lesquelles elle était en contact augmente avec le niveau de littératie en santé. De même, l'intention de suivre la recommandation du centre de traçage de rester confiné(e) augmente avec le niveau de littératie en santé.
- L'impact de la crise peut aussi dépendre de la littératie en santé. Par exemple, la prévalence des troubles anxieux et des troubles dépressifs diminue avec le niveau de littératie en santé.

La littératie en santé, en anglais « health literacy », est un concept qui désigne la capacité d'une personne à trouver, comprendre, évaluer, et utiliser les informations utiles pour la prise de décision en matière de soins de santé, de prévention des maladies et de promotion de la santé. Dans le contexte actuel, face à la surabondance d'informations qui circulent sur le coronavirus, ce qu'on appelle l'infodémie COVID-19, cette compétence est plus importante que jamais. En effet, la littératie en santé peut jouer un rôle essentiel sur l'évolution de l'épidémie (via par exemple le respect de mesures), et sur l'impact de l'épidémie sur la population (via par exemple son impact sur le bien-être et la santé mentale).

### 10.2. NIVEAU DE LITTÉRATIE EN SANTÉ RELATIVE AU COVID-19

Pour mesurer la littératie en santé relative au COVID-19, nous avons utilisé un instrument proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui évalue pour 9 items (voir tableau 5) le degré de difficulté sur une échelle à 7 points allant de très difficile à très facile. Pour chaque item, nous avons créé un indicateur qui différencie entre les réponses « très facile », « facile », « assez facile » d'une part, et les réponses « ni difficile ni facile », « assez difficile », « difficile » et « très difficile » d'autre part. Nous avons ensuite calculé, pour chaque individu, la somme des réponses « faciles », et converti cette somme à une échelle de grandeur allant de 0 à 100, où les valeurs plus élevées correspondent à un niveau de littératie en santé plus élevé. Sur base de ce score, nous avons créé trois catégories de littératie en santé : Niveau faible (0 à 50 %), niveau intermédiaire (entre 51 % et 79 %), niveau élevé (80 % à 100 %).

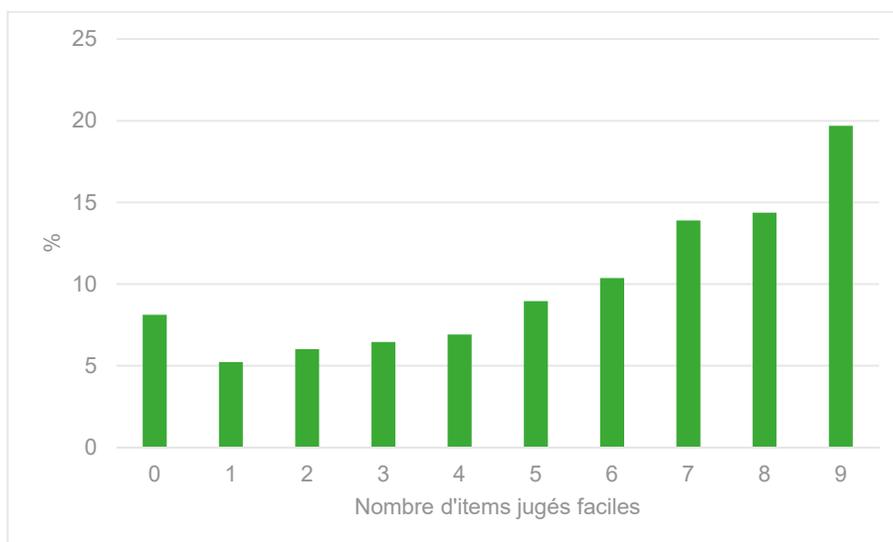
Une proportion assez importante de la population perçoit qu'il est facile de trouver l'information nécessaire concernant la COVID-19 et de comprendre les informations sur la marche à suivre en cas d'infection (tableau 5). Par contre, ce pourcentage diminue substantiellement lorsqu'on évalue la capacité des individus à juger la fiabilité des informations dans les médias : à peine 40 % de la population juge cet item comme étant facile. De même, seuls 44 % de la population trouvent qu'il est facile de comprendre les recommandations des autorités. Presque trois quart de la population trouve qu'il est facile de suivre les recommandations sur la façon de se protéger contre la COVID-19. De même, un taux assez important de la population trouve qu'il est facile de comprendre et suivre les recommandations sur quand rester à la maison et éviter d'aller au travail/à l'école ou quand participer à des activités sociales.

**Tableau 5 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui considèrent l'item comme étant très facile à assez facile, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

	%
1. Trouver les informations dont vous avez besoin concernant la COVID-19 ?	72,9
2. Comprendre les informations sur ce qu'il faut faire si vous pensez avoir contracté la COVID-19 ?	74,0
3. Juger si les informations sur la COVID-19 dans les médias sont fiables ?	39,8
4. Comprendre les restrictions et les recommandations des autorités concernant la COVID-19 ?	44,4
5. Suivre les recommandations sur la façon de se protéger contre la COVID-19 ?	74,9
6. Comprendre les recommandations sur quand rester à la maison et éviter d'aller au travail/à l'école, et quand vous pouvez y aller ?	69,2
7. Suivre les recommandations sur quand rester à la maison et éviter d'aller au travail/à l'école, et quand vous pouvez y aller ?	69,1
8. Comprendre les recommandations sur quand participer à des activités sociales, et quand il ne le faut pas ?	62,4
9. Suivre les recommandations sur quand participer à des activités sociales, et quand il ne le faut pas ?	61,8

La figure 34 montre que 8 % de la population n'a trouvé aucun item facile et 42 % de la population n'a trouvé tout au plus que 5 des 9 items faciles. A l'opposé, presque une personne sur cinq a jugé tous les items faciles. La variable catégorique construite sur base du score montre que 33 % de la population a un niveau faible de littératie en santé, 33 % un niveau intermédiaire et 34 % un niveau élevé.

**Figure 34 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon le nombre d'items jugés très faciles à assez faciles, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

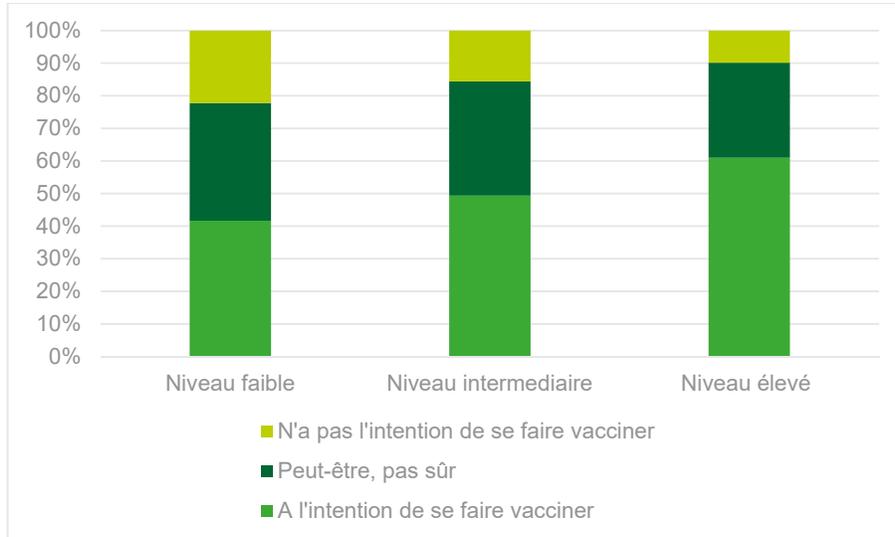


### 10.3. LITTÉRATIE EN SANTÉ ET VACCINATION

La littératie en santé peut avoir un impact important sur le comportement de la population face aux mesures préventives et aux recommandations des autorités. Par exemple, la figure 35 montre que l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 varie avec le niveau de littératie en santé. Parmi les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé, 22 % n'ont pas l'intention de se faire vacciner lorsqu'un vaccin sera disponible mais ce taux diminue au fur à mesure que le niveau de littératie augmente, pour ne plus concerner que 10 % des personnes qui ont un niveau élevé. Il y a aussi moins de personnes qui doutent parmi les personnes qui ont un niveau de littératie élevé. Ceci a comme conséquence une différence de presque 20 points de

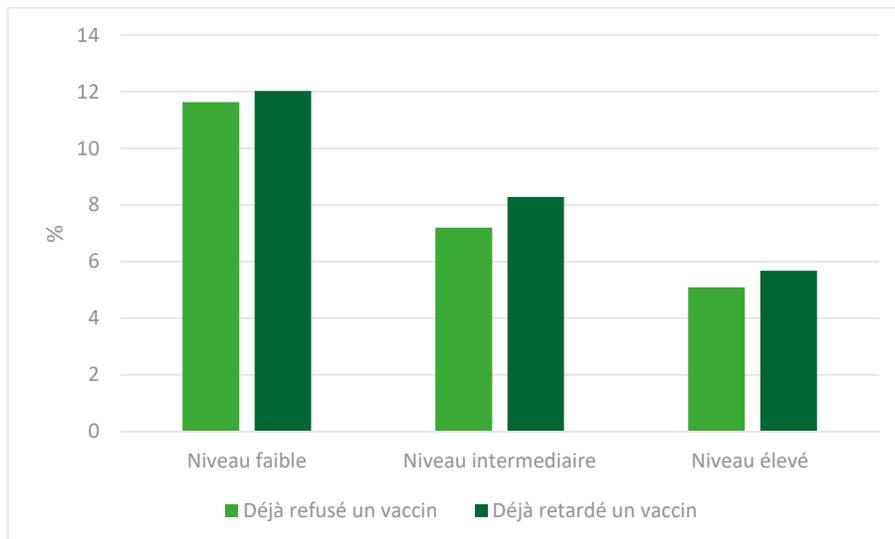
pourcentage dans la proportion des personnes qui ont l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 entre les personnes qui ont un niveau de littératie faible (42 %) et celles qui ont un niveau élevé (61 %).

**Figure 35 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur intention de se faire vacciner contre la COVID-19, par niveau de littératie en santé, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Cette attitude envers le vaccin ne se limite pas seulement au vaccin contre la COVID-19. La figure 36 montre que 12 % des personnes ayant un niveau de littératie faible disent avoir déjà refusé un vaccin recommandé par le médecin et 12 % aussi disent avoir déjà retardé un vaccin recommandé contre respectivement 5 % et 6 % des personnes qui ont un niveau élevé.

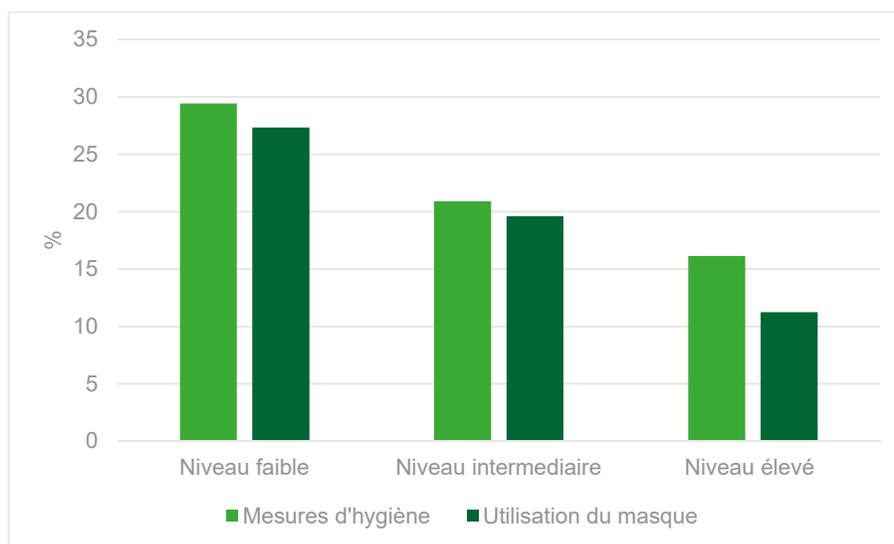
**Figure 36 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui ont déjà refusé ou retardé la prise d'un vaccin recommandé par un médecin, par niveau de littératie en santé, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## 10.4. LITTÉRATIE EN SANTÉ ET RESPECT DES MESURES ET RECOMMANDATIONS

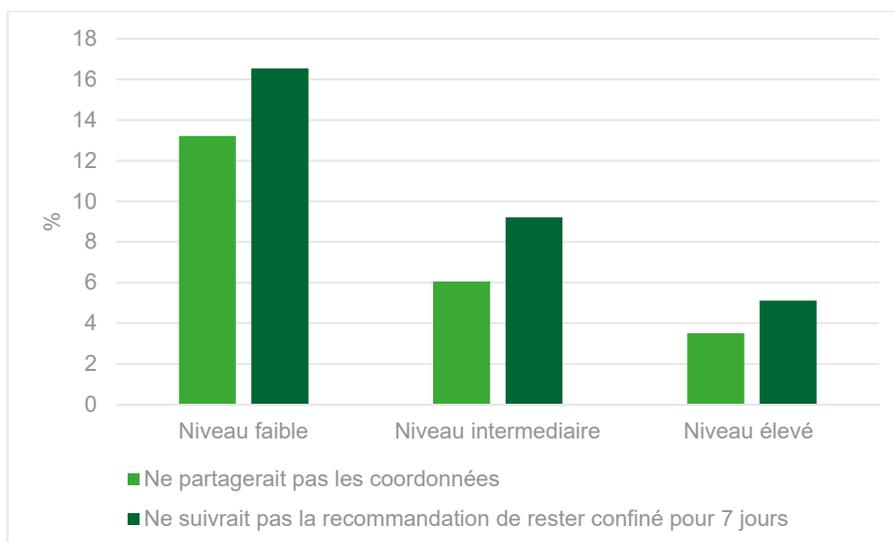
On retrouve le même pattern si l'on considère la proportion de personnes qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur. En d'autres termes, le respect des mesures augmente au fur à mesure que la littératie en santé augmente. Par exemple, la figure 37 montre que 29 % des personnes qui ont un niveau de littératie faible rapportent ne pas respecter strictement les mesures d'hygiène contre 16 % des personnes qui ont un niveau élevé. De même, 27 % des personnes qui ont un niveau faible rapportent ne pas utiliser strictement un masque dans les endroits où la distance sociale n'est pas garantie contre 11 % des personnes qui ont un niveau élevé.

**Figure 37 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, par niveau de littératie en santé, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Aussi, le même pattern s'applique au traçage des personnes suspectées d'infection au COVID 19. La figure 38 montre que 13 % des personnes qui ont un niveau de littératie faible refuseraient, en cas d'infection, de communiquer aux autorités sanitaires les coordonnées des personnes avec lesquelles elles étaient en contact, contre 3,5 % des personnes qui ont un niveau de littératie élevé. Il en va de même pour le fait de suivre la recommandation de confinement : 16,5 % des personnes qui ont un niveau de littératie faible déclarent qu'elles n'ont pas l'intention de suivre la recommandation du centre de traçage de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19 contre 5 % des personnes ayant un niveau de littératie élevé.

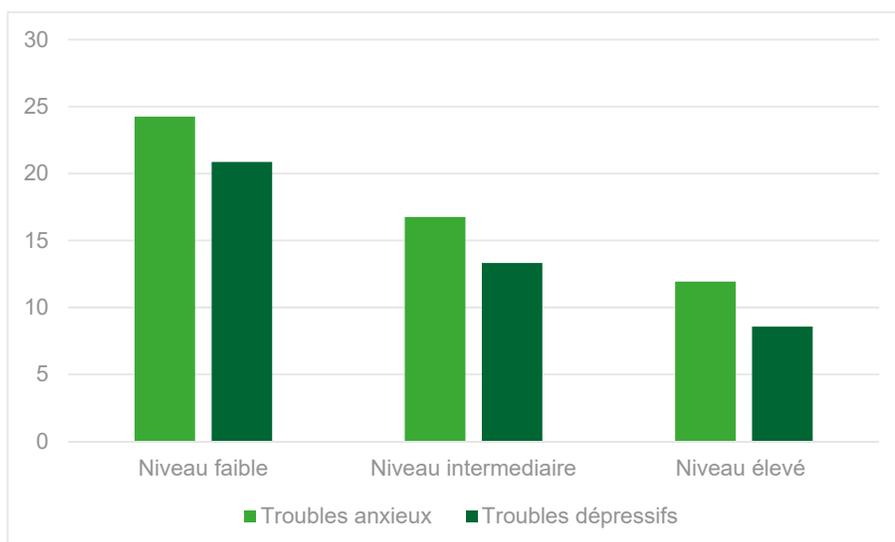
**Figure 38 |** Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui 1) ne seraient pas prêtes, en cas de test COVID-19 positif, à partager les coordonnées des personnes avec lesquelles elles étaient en contact, 2) ne suivraient pas la recommandation du centre de traçage de rester confinées pour 7 jours en cas de contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19, par niveau de littératie en santé, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



## 10.5. LITTÉRATIE EN SANTÉ ET SANTÉ MENTALE

La littératie en santé peut aussi avoir un impact sur la santé mentale. La figure 39 montre que 24 % des personnes qui ont un niveau de littératie faible ont des troubles anxieux et 21 % des troubles dépressifs, contre respectivement 12 % et 9 % des personnes ayant un niveau élevé. Ceci suggère que non seulement le comportement préventif est associé à la littératie en santé mais aussi l'impact de la crise sur le bien-être pourrait aussi en dépendre.

**Figure 39 |** Pourcentage des personnes (18 ans et plus) avec un trouble anxieux ou un trouble dépressif, par niveau de littératie en santé, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



# 11. Confiance dans les institutions et les sources d'information

## 11.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

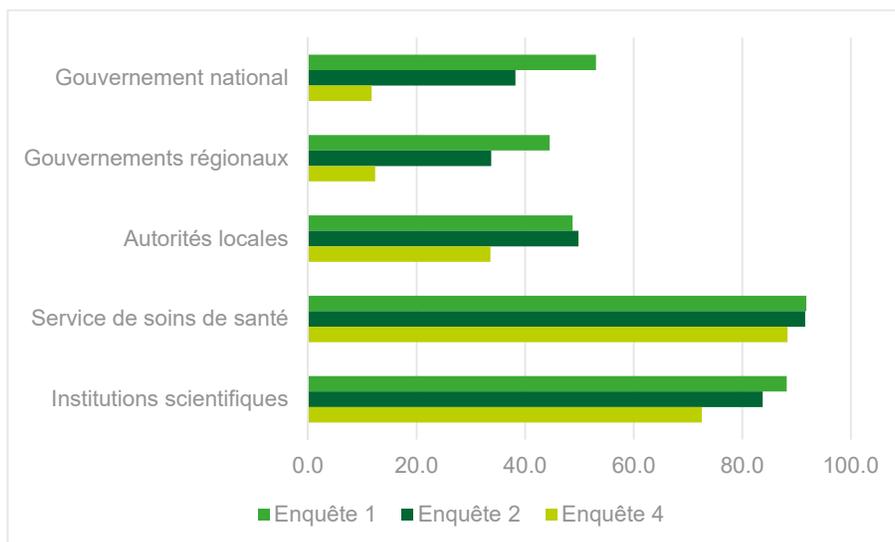
- Entre la première et la quatrième enquête de santé COVID-19, il y a eu une diminution importante dans la proportion de personnes ayant confiance dans les autorités gouvernementales et dans les informations sur la COVID-19 provenant des médias et de certaines instances de santé publique.
- Même s'il y a eu une légère diminution, la confiance vis-à-vis des services de soins de santé et les institutions scientifiques reste très élevée.
- Les personnes ayant peu confiance dans les institutions sont plus nombreuses à ne pas avoir l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 lorsqu'un vaccin sera disponible.
- Les personnes ayant peu confiance dans les institutions sont plus nombreuses à ne pas respecter strictement les mesures de prévention comme le port du masque.

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

La figure 40 montre l'évolution de la proportion de la population qui rapporte avoir une grande confiance dans les institutions en ce qui concerne la gestion de la crise du coronavirus. La première enquête a eu lieu trois semaines après l'introduction des mesures de restriction, soit le 2 avril 2020, et la seconde enquête a été lancée deux semaines plus tard, soit le 16 avril 2020. La quatrième enquête a eu lieu le 24 septembre.

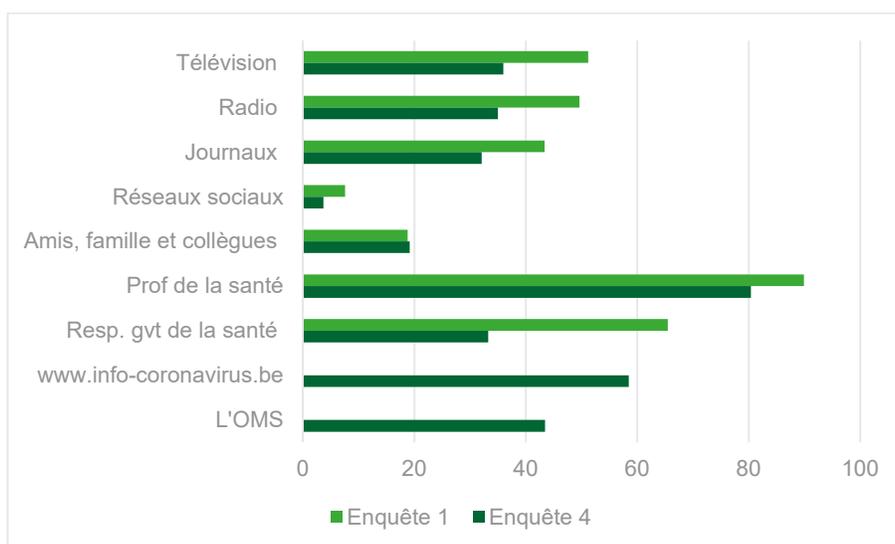
Même s'il y a eu une légère diminution entre la première enquête et la quatrième enquête, la grande majorité des répondants a toujours confiance dans les services de soins de santé (92 % à 88 %) et les institutions scientifiques (de 88 % à 72,5 %) pour gérer l'épidémie de la COVID-19. Par contre, la confiance dans le gouvernement fédéral (sortant), qui était déjà peu élevée (53 %) a diminué substantiellement pour arriver à 12 % à la quatrième enquête. On retrouve la même tendance pour les gouvernements régionaux, avec un taux de confiance qui diminue de 44,5 % à 12 %. Cette diminution est moins dramatique pour les autorités locales : de presque 49 % dans les premières et deuxième enquêtes à 34 % à la quatrième enquête.

**Figure 40 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui déclarent être très confiantes dans les institutions pour faire face à la crise, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



La figure 41 montre que par rapport à la première enquête, la population a actuellement moins confiance dans les informations sur la COVID-19 provenant des différentes sources d'information. En général, le taux de confiance est assez peu élevé avec des taux d'à peine 35 % pour la télévision, la radio, et les journaux, de 58,5 % pour le site web officiel ([www.info-coronavirus.be](http://www.info-coronavirus.be)), et un taux de 43 % pour l'Organisation Mondiale de la santé. La diminution de confiance la plus notable concerne l'information provenant des responsables gouvernementaux de la santé (de 65,5 % à 33 %), et ceci reflète bien sûr la diminution dans la confiance comme illustrée dans la figure 40. La bonne nouvelle est que la confiance dans les informations provenant des professionnels de la santé reste très élevée, même si elle a enregistré une diminution (de 90 % à 80 %).

**Figure 41 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui déclarent être très confiantes dans les informations sur la COVID-19 provenant des sources suivantes, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

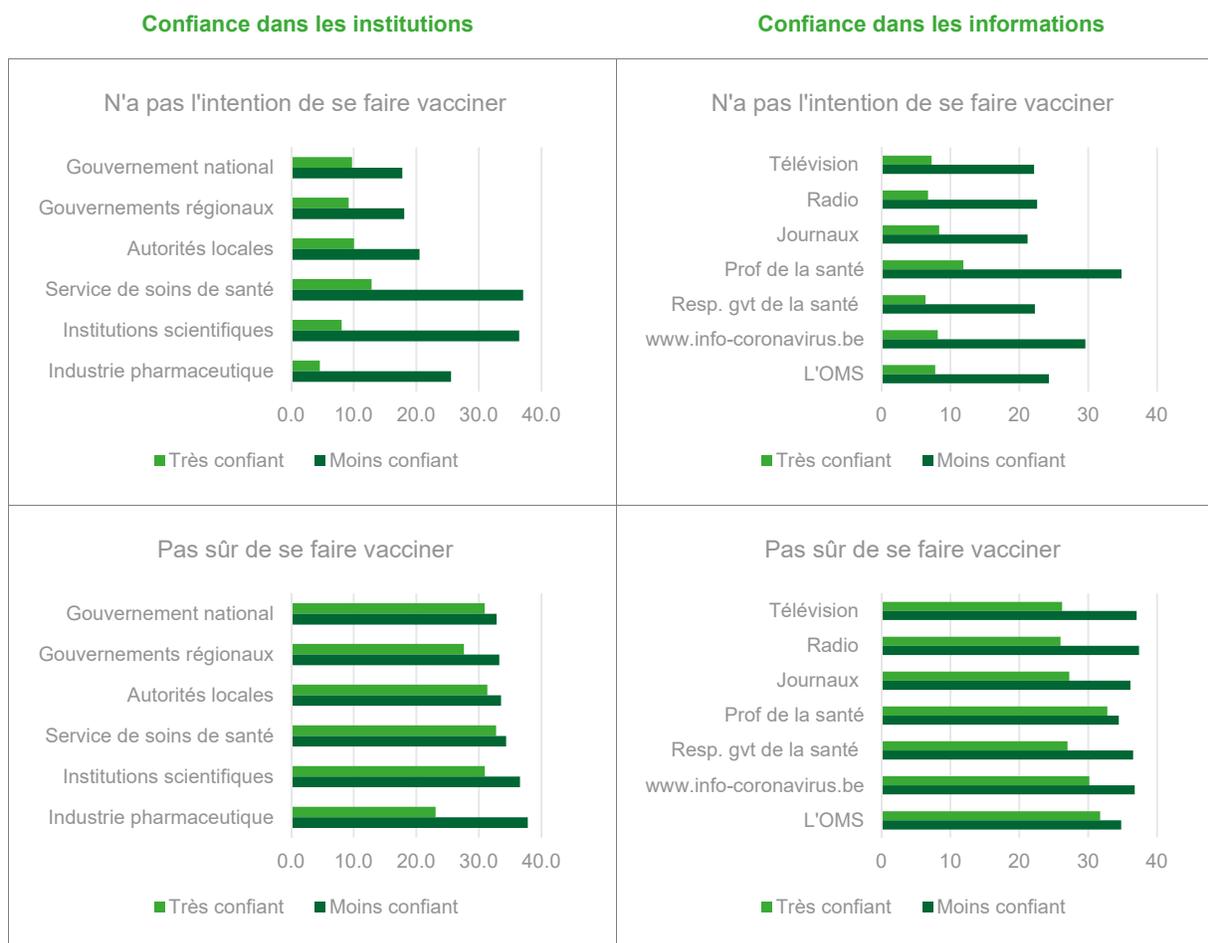


## 11.2. CONFIANCE ET VACCINATION

Ces informations sont utiles dans le contexte de la crise car la confiance peut influencer le comportement de la population en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé. En effet, la figure 42 montre une différence significative dans l'intention vaccinale contre la COVID-19 selon le degré de confiance dans les institutions et dans les informations provenant de différentes sources.

Les personnes ayant peu confiance dans les autorités gouvernementales sont significativement plus nombreuses à ne pas avoir l'intention de se vacciner contre la COVID-19 par rapport aux personnes plus confiantes dans ces institutions, avec une différence de 8 à 10 points de pourcentage entre les deux catégories. On trouve une différence encore plus importante dans l'intention de ne pas se faire vacciner selon le degré de confiance dans les institutions scientifiques (8 % des confiants rapportent ne pas vouloir se faire vacciner contre 36 % des moins confiants) et les services de soins de santé (13 % des confiants contre 37 % des moins confiants). Cette association entre la confiance et l'intention de ne pas se faire vacciner reste significative même après standardisation pour l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le degré de confiance interpersonnelle. En ce qui concerne l'hésitation vaccinale, on trouve peu de différence selon le degré de confiance dans les institutions, excepté pour la confiance dans les industries pharmaceutiques.

**Figure 42 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner ou ne sont pas sûres de vouloir se faire vacciner contre la COVID-19, selon la confiance dans les institutions et la confiance dans les informations provenant de différentes sources, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



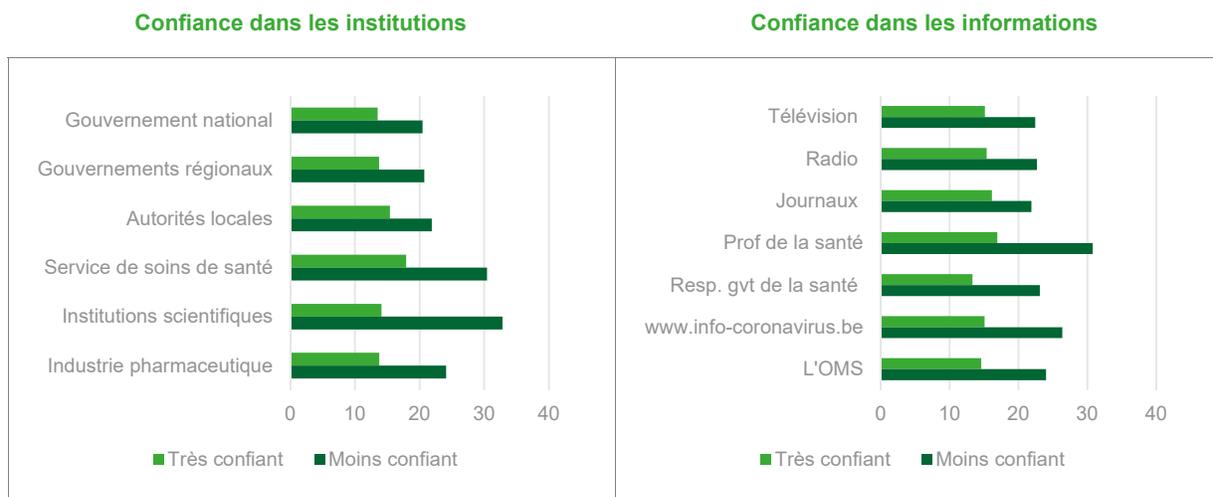
De même, comme illustré dans la figure 42, les personnes ayant peu confiance dans les informations provenant des médias et des différentes instances de santé sont significativement plus nombreuses à ne pas vouloir se faire vacciner contre la COVID-19 par rapport aux personnes plus confiantes dans ces sources d'informations. Pour l'hésitation vaccinale, la différence selon le degré de confiance est moins importante surtout pour la confiance dans les sources d'information provenant des instances de santé.

### 11.3. CONFIANCE ET RESPECT DES MESURES

La confiance peut aussi jouer un rôle important dans le respect des mesures de prévention comme les mesures d'hygiène ou le port du masque. Ici, on va uniquement prendre comme exemple le port du masque.

La figure 43 montre que les personnes ayant peu confiance dans les autorités gouvernementales sont plus nombreuses à ne pas respecter strictement le port du masque par rapport aux personnes plus confiantes dans ces institutions, avec une différence de 6 à 7 points de pourcentage entre les deux catégories. Ici aussi, la différence dans le port du masque est plus importante selon le degré de confiance dans les institutions scientifiques (14 % des confiants rapportent ne pas respecter strictement le port du masque contre 33 % des moins confiants) et des services de soins de santé (18 % des confiants contre 30 % des moins confiants). Les personnes ayant peu confiance dans les informations provenant des médias et des différentes instances de santé sont significativement plus nombreuses à ne pas respecter strictement le port du masque par rapport aux personnes plus confiantes dans ces sources d'informations. Ces différences entre la confiance et le port du masque restent significatives même après standardisation pour l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le degré de confiance interpersonnelle.

**Figure 43 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui déclarent ne pas respecter strictement le port du masque, selon la confiance dans les institutions et la confiance dans les informations provenant de différentes sources, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## 12. Impact de la crise du coronavirus sur différents domaines de la vie

### 12.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Globalement, la crise du coronavirus a plus souvent eu un impact négatif que positif dans chacun des domaines de la vie considérés : le travail ou les études, les revenus, la vie familiale ou domestique, la vie sociale, la santé ou les soins, l'activité physique, les habitudes alimentaires, le poids corporel, les loisirs, les voyages ou vacances et les perspectives d'avenir.
- Le pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus pour qui la crise n'a eu aucun impact sur certains domaines importants de la vie, tels que les revenus et la santé ou les soins, est relativement élevé (69 % et 57 % respectivement).
- Les trois domaines de la vie dans lesquels la crise du coronavirus a le plus souvent eu un impact négatif sont : les voyages ou vacances (pour 79,0 % des répondants), la vie sociale (78 %) et les loisirs (70 %).
- L'impact éprouvé dans certains domaines de la vie varie en fonction du sexe : les hommes sont plus susceptibles que les femmes de rapporter un impact négatif de la crise sur leurs revenus, leur santé/soins, leur poids corporel et leurs perspectives d'avenir.
- Les jeunes adultes (18-24 ans) sont plus nombreux à rapporter des effets négatifs de la crise, et c'est surtout le cas au niveau du travail ou des études (72 % contre 21 % des 65 ans ou plus), des revenus, de la vie sociale, des habitudes alimentaires, de l'activité physique et des voyages ou vacances.
- Par rapport aux adultes vivant seuls (avec ou sans enfants) ou en couple avec enfant(s) les personnes en couple sans enfants rapportent moins souvent un impact négatif de la crise dans les domaines de leur vie, à l'exception des voyages ou vacances.
- Les différences en fonction du niveau d'éducation sont les suivantes :
  - les personnes les moins éduquées rapportent plus souvent un impact négatif de la crise au niveau de leurs revenus et de leur poids ;
  - les personnes ayant fait des études supérieures rapportent davantage un impact négatif sur leur travail ou études, leur vie familiale ou domestique, leur vie sociale, leurs loisirs, leurs voyages ou vacances et leurs perspectives d'avenir.
- Il existe une forte association entre l'impact négatif de la crise sur les domaines de la vie et la manifestation de troubles mentaux (troubles de l'anxiété, dépression et troubles du sommeil).

### 12.2. INTRODUCTION

La crise du coronavirus et les mesures prises pour contenir sa propagation ont des implications importantes pour notre vie quotidienne. Cette quatrième enquête de santé COVID-19 vise à évaluer cet impact (perçu comme négatif, neutre ou positif) dans les différents domaines de la vie.

Les participants ont été invités à indiquer sur une échelle allant de -5 (=impact le plus négatif) en passant par 0 (=pas d'impact) à +5 (=impact le plus positif) dans quelle mesure la crise du coronavirus affecte encore les différents domaines de leur vie, à savoir : le travail ou les études, les revenus, la vie de famille ou domestique, la vie sociale, la santé ou les soins, l'activité physique, les habitudes alimentaires, le poids corporel, les loisirs, les voyages/vacances et les perspectives d'avenir. La distribution des réponses (%) sur cette échelle pour chaque domaine considéré se trouve en annexe (Figures 1 et 2 en annexe).

Pour les analyses ci-dessous, l'échelle a été ramenée à 3 classes : impact négatif (de -5 à -1), aucun impact (0) et impact positif (de +1 à +5). Les résultats sont présentés dans les figures 44 et 45.

L'impact de la crise dans les domaines de la vie a également été évalué lors de la première enquête de santé COVID-19, mais l'échelle de réponses était différente, puisqu'elle ne mesurait pas la valence positive ou négative de l'impact, mais seulement son intensité sur une échelle allant de 0 (= pas du tout d'impact) à

10 (= impact très important). Par conséquent, aucune comparaison n'est faite dans ce rapport avec les résultats de la première enquête.

### 12.3. RÉSULTATS PAR DOMAINE DE VIE

Figure 44 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'impact perçu de la crise du coronavirus, par domaines de vie, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020

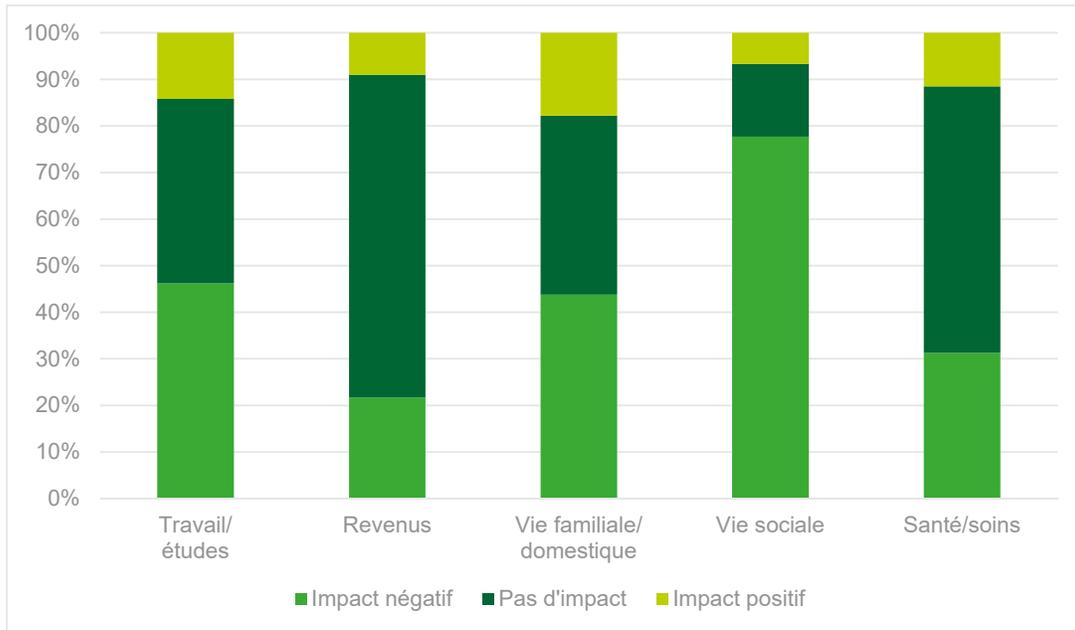
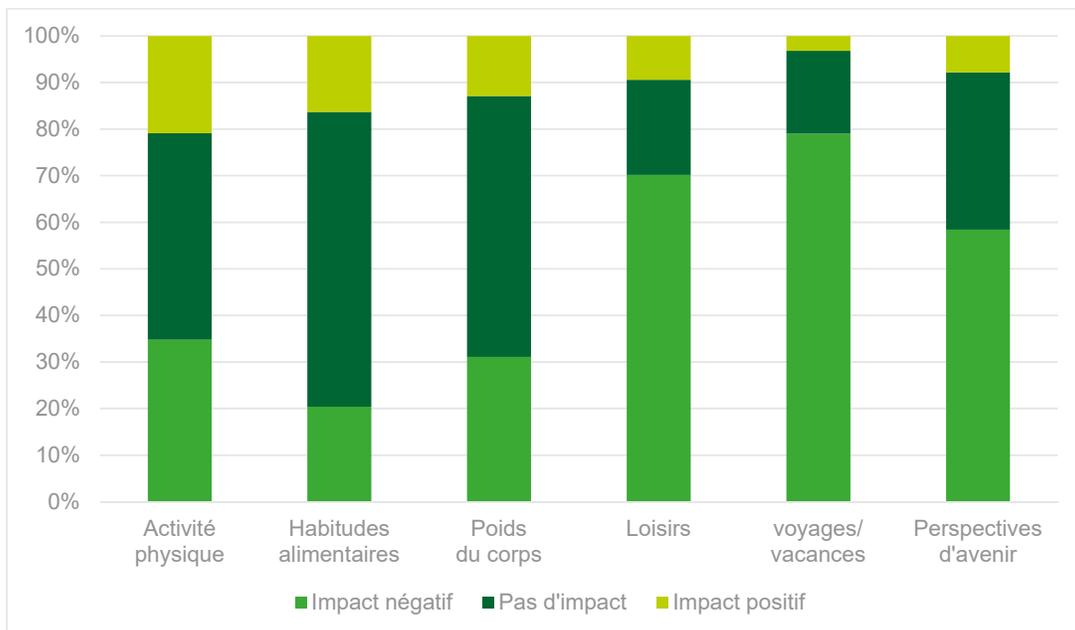


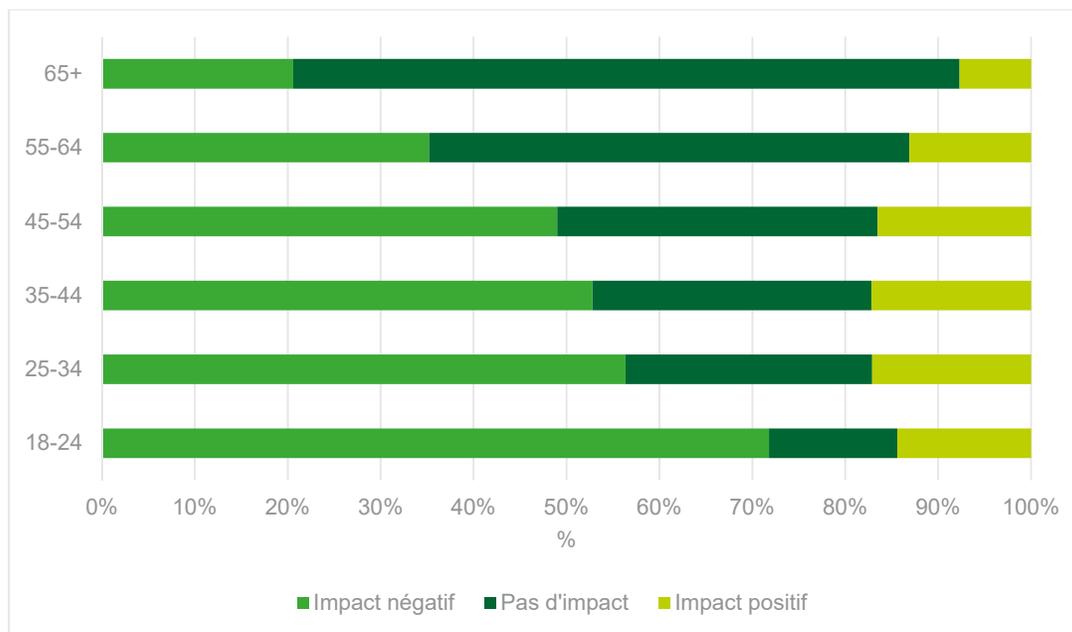
Figure 45 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'impact perçu de la crise du coronavirus, par domaines de vie, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



## Travail/études

Près de la moitié des personnes âgées de 18 ans et plus (46 %) indiquent qu'elles ressentent toujours un impact négatif de la crise du coronavirus au niveau de leur travail ou études, 39,5 % indiquent que cette crise n'a pas d'impact sur leur travail ou études et 14 % indiquent un impact positif (Figure 44).

**Figure 46 | Distribution des personnes de 18 ans et plus selon l'impact de la crise (3 catégories) sur leur travail ou études, par groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, mais il y a des différences selon l'âge (Figure 46). L'impact négatif de la crise du coronavirus sur le travail ou les études touche un grand nombre de jeunes adultes (72 % des 18-24 ans). Ce pourcentage diminue fortement avec l'âge pour atteindre 21 % chez les plus de 64 ans. Le contraire est obtenu pour la proportion de personnes qui indiquent ne percevoir aucun impact de la crise sur leur travail ou études.

Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes en couple sans enfants indiquent moins souvent un impact négatif de la crise sur leur travail ou leurs études (35 %) que celles qui vivent seules (44 %) et seules avec des enfants (50 %). Par ailleurs, 43,0 % des personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire rapportent un impact négatif de la crise sur leur travail ou leurs études, contre 52 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

## Revenus

Un peu plus d'un individu sur cinq âgé de 18 ans ou plus (22 %) indique qu'il ressent toujours un impact négatif de la crise du coronavirus sur ses revenus, alors que 69 % des participants rapportent n'avoir perçu aucun impact sur les revenus et 9 % indiquent un impact positif (Figure 44).

Les hommes (23 %) estiment plus souvent que les femmes (20 %) que la crise du coronavirus a toujours un impact négatif sur leurs revenus ; les jeunes adultes (25 % des 18-24 ans) le rapportent plus souvent que les personnes plus âgées (15 % des 64 ans et plus), les différences étant significatives.

Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes en couple sans enfants indiquent moins souvent un impact négatif de la crise sur leurs revenus (17 %) que les personnes qui vivent seules (25 %), seules avec enfant(s) (28 %) et en couple avec enfant(s) (23 %). Par ailleurs, 23 % des personnes ayant au

maximum un diplôme de l'enseignement secondaire rapportent un impact négatif de la crise sur leurs revenus, contre 18 % des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur, une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

### Vie familiale/domestique

Une proportion assez importante de personnes indiquent que la crise a toujours un effet négatif sur leur vie de familiale ou domestique (44 %), alors que 38 % des participants disent ne pas percevoir d'effet sur la vie à la maison et 18 % estime que la crise a un impact positif sur la vie familiale ou domestique (Figure 44). Il n'y a pas de différences significatives en fonction du sexe et de l'âge.

Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes qui vivent en couple sans enfants indiquent moins souvent un impact négatif de la crise sur leur vie familiale ou domestique (41 %) que les personnes qui vivent seules (51 %) et seules avec enfant(s) (47 %). Par ailleurs, 48,5 % des personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire rapportent un impact négatif de la crise sur leur vie familiale ou domestique, contre 41 % des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur, une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

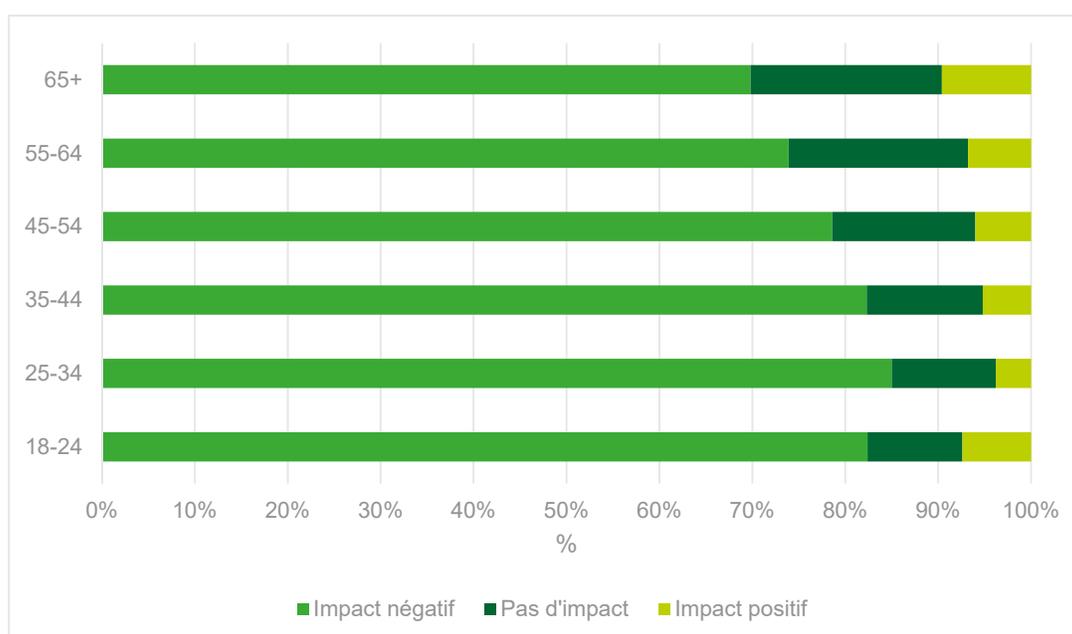
### Vie sociale

La crise du coronavirus a un impact négatif sur la vie sociale de nombreuses personnes (78 %). Seuls 16 % des participants estiment que la crise n'a aucun impact et 7 % déclarent qu'elle a un impact positif sur leur vie sociale (Figure 44).

Il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes. Les personnes âgées de 55 ans ou plus sont un peu moins nombreuses à estimer que la crise a un effet négatif sur leur vie sociale (74 % des 55-64 ans et 70 % des 64 ans et plus) que les jeunes adultes (82 % des 18-24 ans) (Figure 47).

Il n'y a pas de différences significatives au regard de la composition des ménages, mais il y a des différences selon le niveau d'éducation. Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur leur vie sociale (87 %) que les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé (73 %), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

**Figure 47 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'impact perçu de la crise (3 catégories) sur leur vie sociale, par groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## Santé et soins

Près d'un individu sur trois (31 %) âgé de 18 ans et plus indique que la crise du coronavirus a toujours un impact négatif sur sa santé et les soins, 57 % disent n'avoir perçu aucun impact sur leur santé ou soins et 11,5 % des personnes indiquent un impact positif de la crise sur leur santé ou soins (Figure 44).

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ressentir un impact négatif de la crise sur la santé ou les soins (respectivement 33 % et 30 %). L'effet négatif de la crise sur la santé ou les soins est plus souvent rapporté par les personnes de 35-44 ans (38 %) en comparaison aux jeunes adultes de 18-24 ans (29,5 %), alors que les aînés de 65 ans ou plus sont moins nombreuses à rapporter des effets négatifs (23 %) ; les différences sont significatives avec le groupe des plus jeunes.

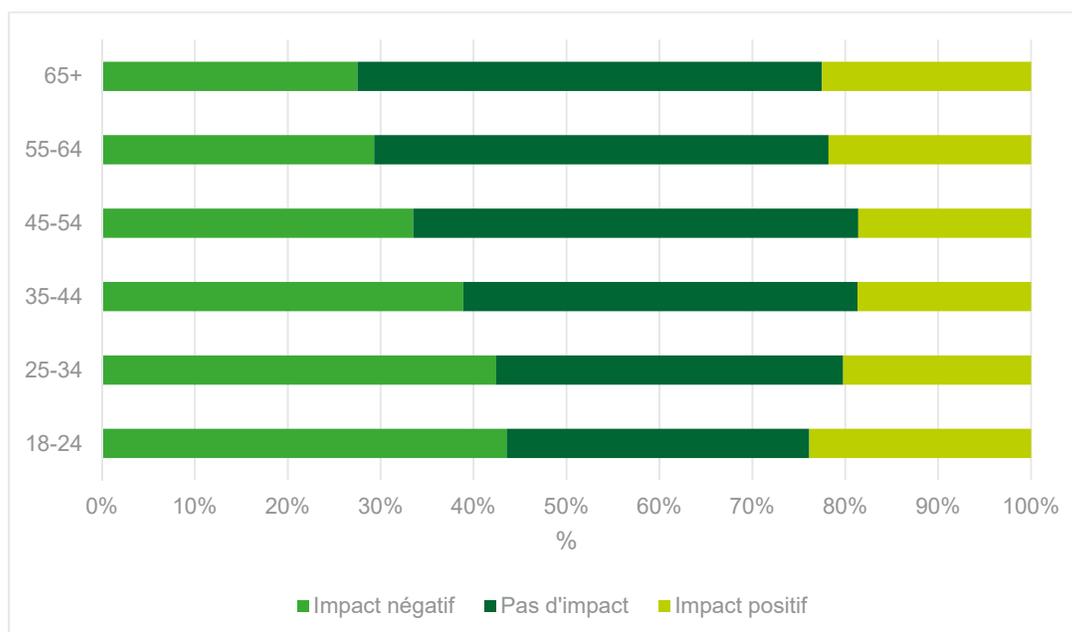
Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes qui vivent en couple sans enfants perçoivent moins souvent un effet négatif de la crise sur leur santé ou soins (27 %) que les personnes qui vivent seules (34 %) et seules avec enfant(s) (41 %). Il n'y a pas de différence significative en fonction du niveau d'éducation.

## Activité physique

Un individu sur trois âgé de 18 ans et plus (35 %) indique que la crise du coronavirus a un impact négatif sur son activité physique, 44 % estime que la crise n'a aucun impact et 21 % rapporte un impact positif sur son activité physique (Figure 45).

Il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes dans ce domaine. À partir de 45 ans, le pourcentage de personnes indiquant que la crise du coronavirus a un impact négatif sur leur activité physique diminue (33,5 % à 27,5 %) ; ces pourcentages sont significativement différents de ceux chez les plus jeunes (44 % des 18-24 ans). La tendance contraire est observée pour les personnes ayant déclaré une absence d'impact sur l'activité physique (Figure 48).

**Figure 48 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise (3 catégories) sur leur activité physique, par groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes qui vivent en couple sans enfants perçoivent moins souvent un effet négatif de la crise sur leur santé ou soins (30 %) que les personnes qui vivent seules (38 %). Il n'y a pas de différence significative en fonction du niveau d'éducation.

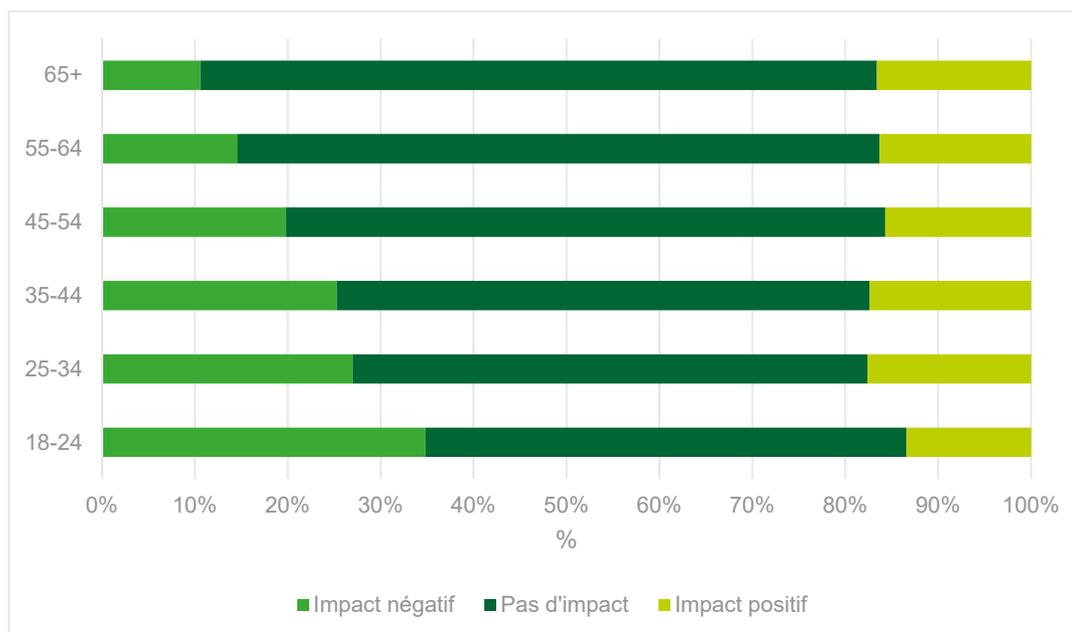
## Habitudes alimentaires

Une personne sur cinq âgée de 18 ans ou plus (20 %) indique que la crise du coronavirus a toujours un impact négatif sur ses habitudes alimentaires, 63 % disent que cette crise n'a aucun impact sur leurs habitudes alimentaires et 16 % indiquent un impact positif (Figure 45).

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe. La crise du coronavirus a un impact négatif sur les habitudes alimentaires des plus jeunes en particulier (soit 35 % des 18-24 ans et 27 % des 25-34 ans). À partir de 35 ans, le pourcentage des personnes impactées diminue (de 25 % à 11 %, ces différences étant significatives par rapport aux plus jeunes) et le pourcentage de celles indiquant l'absence d'impact augmente (Figure 49).

Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes qui vivent en couple sans enfants perçoivent moins souvent un effet négatif de la crise sur leurs habitudes alimentaires (13 %) que les personnes qui vivent seules (23 %), seules avec enfant(s) (26 %) et en couple avec enfant(s) (21 %). Il n'y a pas de différence significative en fonction du niveau d'éducation.

**Figure 49 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise (3 catégories) sur leurs habitudes alimentaires, par groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## Poids corporel

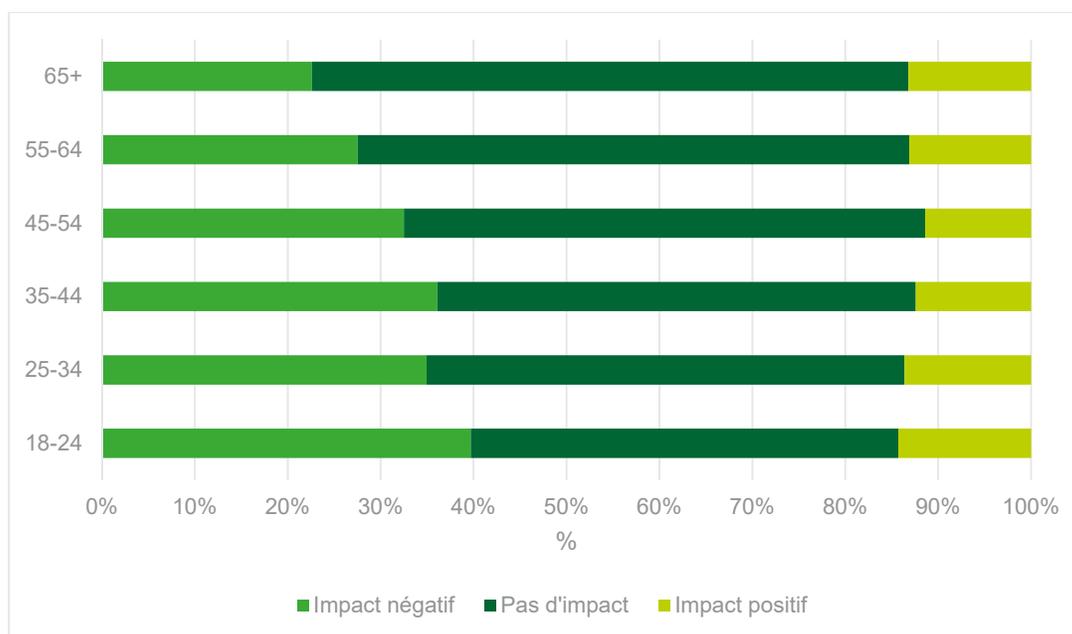
Près d'une personne sur trois âgée de 18 ans et plus (31 %) indique que la crise du coronavirus a toujours un impact négatif sur son poids, 56 % estime que la crise n'a aucun impact sur son poids et 13 % rapporte un impact positif sur son poids (Figure 45).

Les femmes ont plus souvent mentionné un effet négatif de la crise sur leur poids (33 % d'entre elles) que les hommes (29 %). Les jeunes adultes sont plus nombreux à dénoncer des effets négatifs de la crise sur leur poids (40 % des 18-24 ans) par rapport à ceux de 35 ans et plus, où ce pourcentage diminue significativement avec l'âge (36 % à 23 %). La tendance contraire est observée pour les personnes déclarant une absence d'impact sur leur poids corporel (Figure 50).

Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes qui vivent en couple sans enfants perçoivent moins souvent un effet négatif de la crise sur leur poids (26 %) que les personnes qui vivent seules (33 %) et seules avec enfant(s) (32 %). Par ailleurs, on constate une différence significative par niveau d'éducation après ajustement pour l'âge et le sexe : les personnes avec au maximum un diplôme de l'enseignement

secondaire sont plus nombreuses à rapporter un impact négatif de la crise sur leur poids (31 %) que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (31 %).

**Figure 50 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon l'impact de la crise (3 catégories) sur leur poids corporel, par groupe d'âge, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## Loisirs

Sept personnes sur dix âgées de 18 ans et plus (70 %) indiquent que la crise du coronavirus a un impact négatif sur leurs activités de loisir, 2 sur 10 (20 %) estiment que la crise n'a aucun impact sur leurs loisirs et 1 personne sur 10 (9 %) signale un effet positif sur les activités de loisir (Figure 45).

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe. Les personnes âgées de 25 à 44 ans indiquent significativement plus souvent un effet négatif de la crise sur leurs activités de loisir (77 % d'entre elles) que les jeunes de 18-24 ans (68 %).

Il n'y a pas de différences significatives au regard de la composition des ménages, mais il y a des différences selon le niveau d'éducation. Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur les activités de loisir (80 %) que les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé (65 %), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

## Voyages/vacances

Huit personnes sur dix (79 %) âgées de 18 ans et plus rapportent un impact négatif de la crise sur leurs projets de voyage ou de vacances, 18 % estiment que la crise n'a aucun impact pour elles dans ce domaine et 3,2 % perçoivent un effet positif de la crise sur leurs voyages ou vacances (Figure 45).

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe. Les personnes âgées de 65 ans ou plus sont moins nombreuses à évoquer un effet négatif de la crise sur les voyages ou les vacances (72 % d'entre elles) que les jeunes de 18-24 ans (81 %).

Pour ce qui concerne la composition des ménages, les personnes qui vivent en couple sans enfants sont significativement plus nombreuses à percevoir un effet négatif de la crise sur leurs voyages ou vacances (78 %) que les personnes qui vivent seules (74 %) et seules avec enfant(s) (78 %). Par ailleurs, on constate aussi une différence significative par niveau d'éducation après ajustement pour l'âge et le sexe : les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur les

projets de voyage ou de vacances (87 %) que les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé (74,5 %).

### **Perspectives d'avenir**

Plus de la moitié des personnes âgées de 18 ans ou plus (58 %) indiquent que la crise a un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir, un tiers des personnes (34 %) considère que la crise n'a pas d'impact sur leurs perspectives et 8 % estiment que la crise a un effet positif pour leurs projets d'avenir (Figure 45).

Les femmes indiquent un peu plus souvent que les hommes que la crise a un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir (respectivement 59,5 % et 57 %), mais cette différence est significative après ajustement pour l'âge. Il n'y a pas de différences significatives en fonction de l'âge.

Il n'y a pas de différences significatives au regard de la composition des ménages, mais bien en fonction du niveau d'éducation. Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur indiquent plus souvent un impact négatif de la crise sur les perspectives d'avenir (61 %) que les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé (57 %), une différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

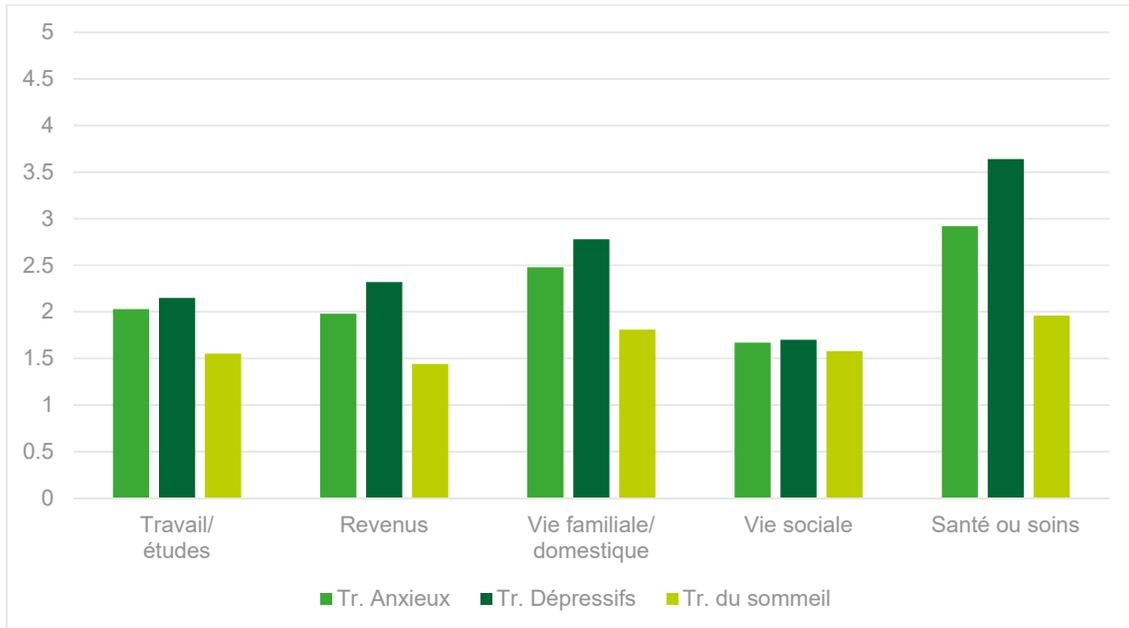
## **12.4. ASSOCIATION ENTRE UN IMPACT NÉGATIF DE LA CRISE DANS DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA VIE ET LA SANTÉ MENTALE**

Les figures 51 et 52 montrent l'association entre l'impact négatif de la crise sur les différents domaines de la vie et la santé mentale (trouble anxieux, trouble dépressif et trouble du sommeil) chez les personnes âgées de 18 ans et plus. Les chiffres figurent dans le tableau 1 en annexe.

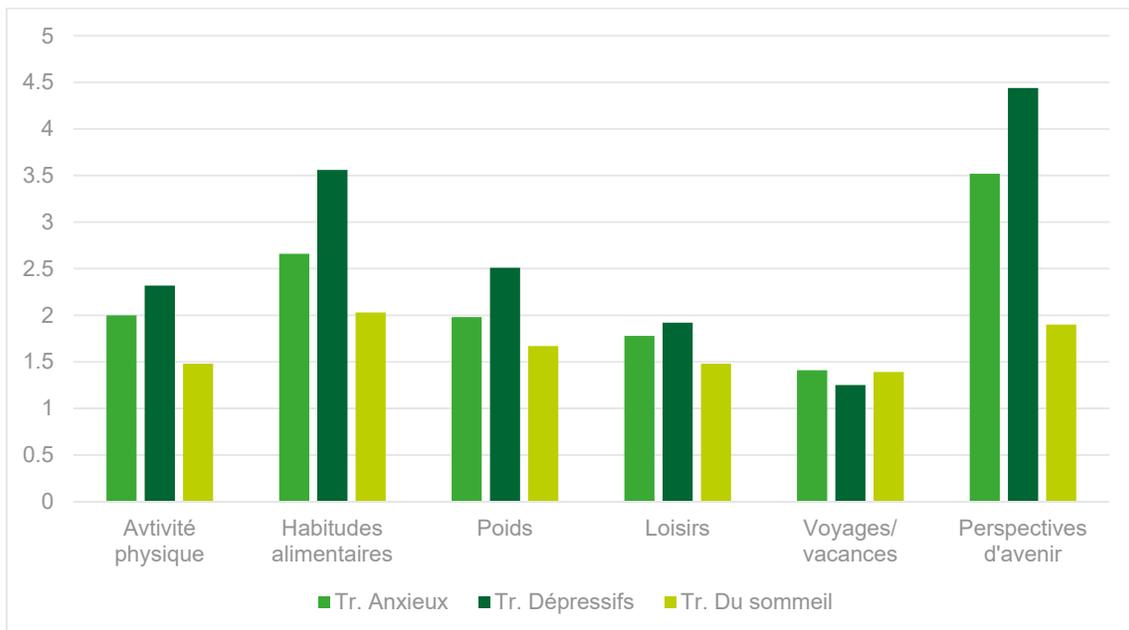
Il existe une forte association entre l'impact négatif de la crise du coronavirus dans chacun des domaines de la vie et les trois problèmes de santé mentale étudiés. Il y a toutefois quelques cas exceptionnels :

- les personnes qui indiquent que la crise a un impact négatif sur leur santé ou les soins, présentent un risque presque 3 fois plus élevé de souffrir de troubles anxieux et 3,5 fois plus élevé de manifester des troubles dépressifs que les personnes qui indiquent que la crise n'a pas d'impact ou a un impact positif sur leur santé ;
- les personnes qui indiquent que la crise a un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires voient le risque d'avoir des troubles dépressifs démultiplié par 3,5 ;
- les personnes qui indiquent que la crise a un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir ont un risque 3,5 fois plus élevé de manifester des troubles anxieux et 4,5 fois plus élevé de présenter des troubles dépressifs.

**Figure 51 | Association (Odds ratio) entre l'impact négatif de la crise du coronavirus dans les domaines de la vie et les troubles de la santé mentale chez les personnes de 18 ans et plus, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



**Figure 52 | Association (Odds ratio) entre l'impact négatif de la crise du coronavirus dans les domaines de la vie et les troubles de la santé mentale chez les personnes de 18 ans et plus, 4<sup>ème</sup> Enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



## 12.5. CONCLUSION

La crise du coronavirus a donc clairement un impact négatif important sur nos vies dans divers domaines.

Chez les jeunes adultes, l'impact ressenti sur le travail ou les études est arrivé en tête du peloton. Le pourcentage élevé de personnes négativement impactées dans ce domaine (72 % des 18-24 ans contre 21 % des 65 ans et plus) est probablement lié aux études et au fait que les cours sont souvent organisés de manière différente (en ligne, pas d'occupation complète des classes ou des salles,...). À partir de 65 ans, la plupart des gens sont à la retraite, ce qui signifie que l'influence sur leur situation de travail est moindre. Cela s'applique également au niveau des revenus (pension = revenu fixe).

L'impact négatif sur la vie sociale peut bien sûr s'expliquer par le fait qu'il n'est autorisé de rencontrer qu'un nombre limité de personnes. Ce nombre de personnes a été élargi pendant un certain temps, mais lorsque le taux d'infection a augmenté, les contacts ont à nouveau été limités. De plus, que les loisirs aient été négativement influencés par la crise pour bon nombre de personnes est peut-être dû fait que ces activités vont souvent de pair avec la vie sociale, c'est-à-dire qu'elles sont réalisées avec d'autres personnes, mais aussi parce que bon nombre d'endroits de loisirs ont dû fermer leurs portes, comme les salles de cinéma, de spectacles, de concerts et de sports ou les musées.

L'impact négatif de la crise sur les voyages ou les vacances est évident. Au début de la crise, il y a eu le confinement. Ensuite, les frontières ont été fermées ou il était fortement déconseillé de voyager, ce qui rendait impossible ou du moins peu encourageant tout déplacement vers l'étranger.

Le fait que les personnes vivant en couple sans enfant évaluent la crise de manière un peu plus positive peut être lié au soutien social (comprenant divers aspects tels que le soutien émotionnel, la relaxation récréative et l'entraide) que ces personnes ressentent l'une envers l'autre. Lorsque les enfants vivent dans la famille, cela peut rendre la situation encore plus difficile, par exemple la combinaison du travail à domicile et de l'éducation à domicile.

Le fait que les couples sans enfants vivent la crise de manière un peu plus positive peut être lié au soutien social mutuel, dans tous ses aspects (support émotionnel, récréatif, instrumental et entraide). Lorsque les enfants vivent dans la famille, cela peut rendre la situation plus difficile, par exemple s'il faut combiner le travail à la maison et l'enseignement à domicile.

Les personnes moins instruites sont plus susceptibles de rapporter un impact négatif sur leurs revenus. Cela tient peut-être au fait que certains secteurs professionnels (par exemple, la restauration, les magasins, des entreprises spécifiques, ...) ont dû fermer, impliquant un chômage technique (temporaire) pour les employés. En outre, la perte de revenu entraîne sans doute les l'achat d'aliments moins chers par souci d'économies, aliments souvent plus caloriques, qui peuvent jouer sur une prise de poids.

Malheureusement, la crise du coronavirus et son impact négatif sur divers domaines de la vie, a également un impact négatif sur notre santé mentale.

## 13. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la quatrième enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 24 septembre et le 2 octobre 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 aux précédentes enquêtes de santé COVID-19 qui avaient exprimé leur volonté de participer à une enquête ultérieure (et avaient donné leur adresse électronique à cette fin) étaient recontactés par courrier électronique pour cette 4<sup>e</sup> 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.

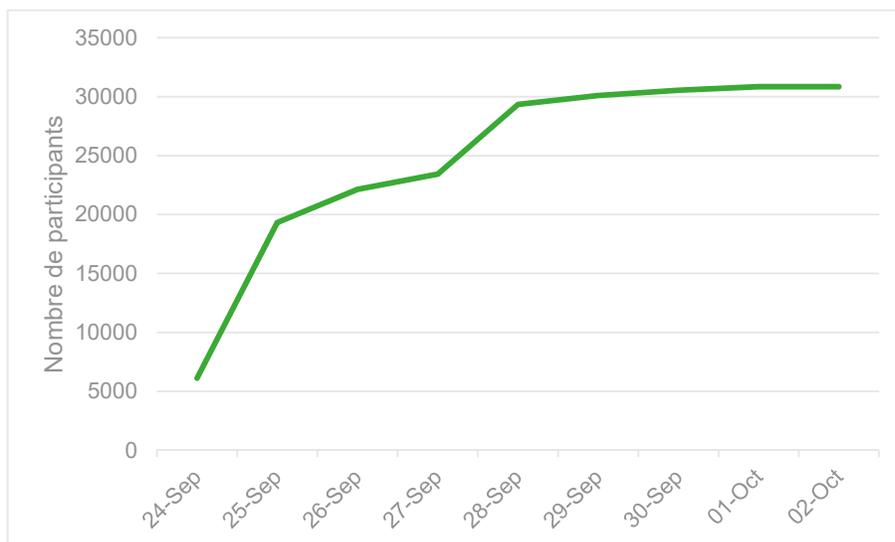
Au total, 30.845 personnes ont pris part à l'enquête, c'est-à-dire qu'elles ont au minimum fourni des informations sur leur âge, leur sexe et le code postal du lieu de résidence. En outre, il est apparu que 4 679 personnes supplémentaires se sont connectées au site, mais n'ont pas rempli le questionnaire, n'ont pas pu enregistrer leurs réponses ou n'ont pas introduit d'information concernant leur âge, sexe et/ou code postal<sup>4</sup>. Dans ce cas, elles étaient retirées de la base de données.

Ce graphique montre le déroulement de la participation à l'enquête (Figure 53). Plus de la moitié des participants y ont pris part les deux premiers jours après son lancement (24-25 septembre) ; à partir du 28/09, le nombre de nouveaux participants a fortement ralenti.

---

<sup>4</sup> Les informations sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le code postal sont indispensables pour le calcul des facteurs de pondération.

**Figure 53 | Fréquence cumulée du nombre de participants à la 4<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, selon la date de participation, Belgique 2020**



Le tableau 6 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 (déterminé à partir du code postal introduit).

**Tableau 6 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la 4<sup>e</sup> enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2020**

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5 311 613 (58,2)	21 126 (68,5)
Région bruxelloise	932 366 (10,2)	2 881 (9,3)
Région wallonne	2 882 040 (31,6)	6 838 (22,2)
Belgique	9 126 019 (100)	30 845 (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 7 | Composition de l'échantillon de la 4<sup>e</sup> 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	234 (2,1)	471 (2,4)	705 (2,3)
25 à 34 ans	1 233 (10,9)	2 576 (13,2)	3 809 (12,3)
35 à 44 ans	1 930 (17,1)	4 367 (22,3)	6 297 (20,4)
45 à 54 ans	2 222 (19,7)	4 540 (23,2)	6 762 (21,9)
55 à 64 ans	2 710 (24,1)	4 593 (23,5)	7 303 (23,7)
65+ ans	2 935 (26,1)	3 034 (15,5)	5 969 (19,3)
<b>Total</b>	<b>11 264 (36,5)</b>	<b>19 581 (63,5)</b>	<b>30 845 (100)</b>

Plus de femmes (63,5 %) que d'hommes (36,5 %) 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) est notamment sous-représenté dans l'enquête (12,5 % dans la population, 2,3 % dans l'échantillon).

**Tableau 8 | Composition de l'échantillon de la 4<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 par niveau d'éducation, Belgique 2020**

	Population (15+)(%)(*)	Participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6 302 716 (67,1)	7 801 (26,0)
Enseignement supérieur	3 084 424 (22,9)	22 183 (74,0)
Total	9 387 140 (100)	29 984 (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 1<sup>er</sup> janvier 2019, calculées par Statbel ;
- La composition de la population par niveau d'éducation, est obtenue sur base des résultats de l'Enquête sur les forces de travail 2018 (EFT), organisée par Statbel. Deux groupes d'éducation ont été distingués : les personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire (supérieur) et les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

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

### Remarque

Les analyses du présent rapport introduisent trois changements méthodologiques par rapport aux résultats préliminaires publiés dans le rapport de la 1<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 :

1. Les résultats portent désormais sur la population de 18 ans et plus (et non 16 ans et plus comme dans le premier rapport d'avril 2020) ;
2. Les critères d'inclusion pour les analyses sont moins stricts : il fallait avoir répondu aux trois premières questions de la première enquête de santé COVID-19 pour être considéré comme ayant participé à l'enquête, mais cette règle n'est plus d'application ici car elle s'est avérée trop restrictive.
3. Les facteurs de pondération utilisés pour corriger les biais de sélection dus à la fracture numérique et le mode d'échantillonnage tiennent compte à présent du niveau d'éducation, ce qui n'était pas encore le cas lors des analyses de la première enquête COVID-19.

Ces trois changements expliquent les différences obtenues pour les mêmes indicateurs entre le premier rapport d'enquête et les rapports suivants. La raison principale de ces différences tient à la relation qui existe entre le niveau d'éducation et les indicateurs. Elles ne changent en rien les conclusions tirées lors du premier rapport.

Les rapports des trois premières enquêtes de santé Covid-19 peuvent être consultés en ligne :

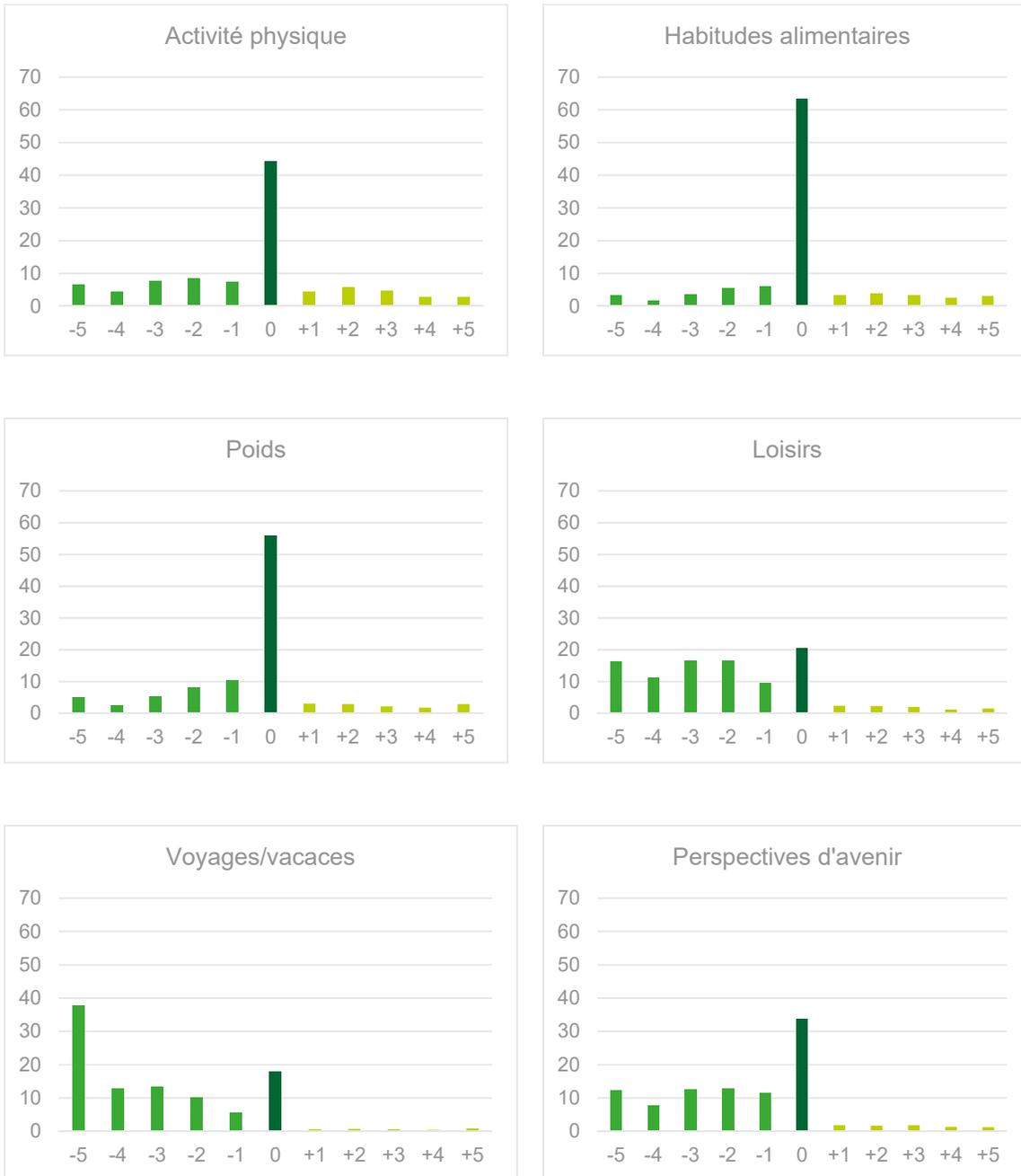
- Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt: D/2020/14.440.50. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>
- Deuxième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440.52. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/rkna-ee65>
- Troisième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440.54. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/xkg3-xz50>

## 14. Annexe

Figure 1 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) en fonction de l'impact perçu de la crise du coronavirus (de -5 = très négatif à +5 = très positif) dans les différents domaines de la vie, 4ème enquête de santé COVID-19, Belgique 2020



**Figure 2 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) en fonction de l'impact perçu de la crise du coronavirus (de -5 = très négatif à +5 = très positif) dans les différents domaines de la vie, 4ème enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**



**Tableau 1 | Association (Odds Ratio) entre l'impact négatif de la crise du coronavirus dans les domaines de la vie et la santé mentale des personnes de 18 ans et plus, 4<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, Belgique 2020**

Santé mentale	Domaines de la vie	OR	Intervalles de confiance à 95 %	Valeur P
Anxiété	Travail/études	2,03	1,88-2,19	<.0001
	Revenus	1,98	1,83-2,15	<.0001
	Vie fam./domestique	2,48	2,31-2,66	<.0001
	Vie sociale	1,67	1,50-1,86	<.0001
	Santé/soins	2,92	2,72-3,14	<.0001
	Activité physique	2,00	1,86-2,14	<.0001
	Habitudes alimentaires	2,66	2,46-2,87	<.0001
	Poids	1,98	1,84-2,12	<.0001
	Loisirs	1,78	1,62-1,95	<.0001
	Voyages/vacances	1,41	1,27-1,57	<.0001
	Perspectives d'avenir	3,52	3,22-3,93	<.0001
Dépression	Travail/études	2,15	1,93-2,39	<.0001
	Revenus	2,32	2,09-2,58	<.0001
	Vie fam./domestique	2,78	2,51-3,08	<.0001
	Vie sociale	1,70	1,46-1,98	<.0001
	Santé/soins	3,64	3,29-4,02	<.0001
	Activité physique	2,32	2,11-2,56	<.0001
	Habitudes alimentaires	3,56	3,21-3,94	<.0001
	Poids	2,51	2,27-2,76	<.0001
	Loisirs	1,92	1,67-2,20	<.0001
	Voyages/vacances	1,25	1,08-1,44	0,0026
	Perspectives d'avenir	4,44	3,88-5,09	<.0001
Troubles du sommeil	Travail/études	1,55	1,46-1,65	<.0001
	Revenus	1,44	1,34-1,56	<.0001
	Vie fam./domestique	1,81	1,71-1,91	<.0001
	Vie sociale	1,58	1,48-1,69	<.0001
	Santé/soins	1,96	1,84-2,09	<.0001
	Activité physique	1,48	1,40-1,58	<.0001
	Habitudes alimentaires	2,03	1,87-2,20	<.0001
	Poids	1,67	1,58-1,78	<.0001
	Loisirs	1,48	1,40-1,58	<.0001
	Voyages/vacances	1,39	1,29-1,49	<.0001
	Perspectives d'avenir	1,90	1,80-2,01	<.0001

## CONTACT

Rana Charafeddine • T+32 2 642 57 39 • [rana.charafeddine@sciensano.be](mailto:rana.charafeddine@sciensano.be)

## POUR PLUS D'INFORMATIONS

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

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2020/14.440/80