

# NEUVIÈME 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

Janvier 2022 • Bruxelles • Belgique



### Personne de contact :

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

### Auteurs (par ordre alphabétique) :

Lydia Gisle

Finaba Berete

Elise Braekman

Rana Charafeddine

Stefaan Demarest

Sabine Drieskens

Lize Hermans

Gwendoline Nélis

Johan Van der Heyden

### Support administratif et informatique :

Sabine Drieskens

Ledia Jani

Tadek Krzywania

Kim Vyncke

**Nous souhaitons adresser nos vifs remerciements** aux personnes qui ont donné de leur temps pour participer aux enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano.

### Cette publication doit être référencée comme suit :

Sciensano. Neuvième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Janvier 2022 ; Numéro de dépôt : D/2022/14.440/3. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/evrs-je22>

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction</b>	<b>7</b>
<b>2. Mesures préventives face au COVID-19</b>	<b>8</b>
2.1. Principaux résultats	8
2.2. Efficacité perçue des différentes mesures restrictives	8
2.3. Le respect des mesures en place	10
2.4. Réaction face à l'évolution des mesures	11
<b>3. Vaccination</b>	<b>14</b>
3.1. Principaux résultats	14
3.2. Statut vaccinal	14
3.3. Dose de rappel du vaccin covid-19	14
3.4. Motivation pour la vaccination (chez les non-vaccinés)	16
3.5. Soutien social à la vaccination	17
3.6. Les employeurs peuvent-ils exiger la vaccination contre le covid-19 ?	18
3.7. Avis sur les vaccins du covid-19	18
<b>4. Autotests pour le COVID-19</b>	<b>20</b>
4.1. Principaux résultats	20
4.2. Introduction	20
4.3. Pourcentage d'adultes ayant utilisé un autotest covid-19	21
4.4. Nombre d'autotests covid-19 utilisés	21
4.5. Raisons principales pour avoir utilisé un autotest covid-19	22
4.6. Résultat de l'autotest covid-19	22
4.7. Test PCR après un autotest covid-19 positif	22
<b>5. Test covid-19 effectué par un professionnel en cas de symptômes légers ou modérés</b>	<b>24</b>
5.1. Principaux résultats	24
5.2. Introduction	24
5.3. Utilisation de l'outil d'auto-évaluation en ligne (SAT)	25
5.4. Testing en cas de symptômes légers à modérés	25
5.5. Raisons de ne pas réaliser un test en cas de symptômes	26
<b>6. Plateformes numériques de santé</b>	<b>28</b>
6.1. Principaux résultats	28
6.2. Introduction	29
6.3. Application Coronalert	30
6.4. Application CovidSafe-BE	30
6.5. Formulaire de Localisation des Passagers (PLF)	31
6.6. Portail MaSanté	32
6.7. Plateforme de rendez-vous de vaccination	32

<b>7. Littératie en santé digitale et littératie vaccinale.....</b>	<b>35</b>
7.1. Principaux résultats .....	35
7.2. Littératie en santé digitale .....	35
7.3. Littératie en santé digitale et comportements .....	37
7.4. Littératie vaccinale.....	39
7.5. Littératie vaccinale et comportements.....	41
<b>8. Santé sociale.....</b>	<b>43</b>
8.1. Principaux résultats .....	43
8.2. Insatisfaction à l'égard des contacts sociaux.....	43
8.3. qualité du soutien social .....	44
8.4. Sentiment de solitude.....	46
<b>9. Santé mentale .....</b>	<b>48</b>
9.1. Principaux résultats .....	48
9.2. Introduction .....	48
9.3. Satisfaction de vie .....	49
9.4. Anxiété et dépression .....	50
9.5. Fatigue pandémique.....	53
<b>10. Impact de la crise dans différents domaines de la vie.....</b>	<b>56</b>
10.1. Principaux résultats .....	56
10.2. Introduction .....	57
10.3. Résultats par domaine de vie.....	57
<b>11. Méthodologie .....</b>	<b>62</b>

# 1. Introduction

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

1. La première enquête de santé COVID-19 a été initiée le **2 avril 2020**, trois semaines après l'introduction des mesures de confinement. Les principaux thèmes de cette enquête concernaient la connaissance et le respect des mesures de prévention en vigueur, la suspicion d'une infection au coronavirus chez le répondant ou parmi ses proches, l'accès général aux soins de santé, ainsi que la santé mentale et sociale.
2. La deuxième enquête de santé COVID-19 a été lancée deux semaines plus tard, soit le **16 avril 2020**. En plus de certaines thématiques récurrentes (comme le bien-être mental et social), cette deuxième enquête a mis l'accent sur les modes de vie de la population lors de la période de restrictions liées au coronavirus.
3. La troisième enquête de santé COVID-19 mise en ligne le **28 mai 2020** s'intéressait plus spécifiquement à l'impact de la crise sur la situation financière, la sécurité alimentaire, et la perception de l'avenir.
4. La quatrième enquête de santé COVID-19 du **24 septembre 2020** a notamment examiné l'attitude de la population face au suivi/tracing des contacts lors d'une infection, à l'application pour les contacts à risque (Coronalert) et à la vaccination lorsqu'un vaccin aura été développé.
5. La cinquième enquête de santé COVID-19 était accessible le **3 décembre 2020**. Elle a abordé la santé mentale et sociale alors que les mesures de confinement étaient prolongées, l'accès aux soins de santé, la sécurité alimentaire et les comportements en lien avec santé et l'attitude face au vaccin anti-COVID,
6. La sixième enquête de santé COVID-19 a démarré le **18 mars 2021**, soit une année après les premières mesures sécuritaires. Elle a sondé l'expérience de la population alors que des mesures strictes étaient toujours de rigueur. La santé mentale et sociale faisait à nouveau partie des thématiques, à côté de la vaccination, la présence de maladies aggravant le COVID-19, la fragilité chez les personnes âgées, la qualité de vie et les déterminants comportementaux liés à la santé.
7. La septième enquête, mise en ligne le **10 juin 2021**, était surtout orientée vers le suivi de certaines dimensions-clés au moment où les mesures de restrictions ont commencé à s'assouplir. Les aspects suivants étaient pris en considération : la vaccination et les effets secondaires, la qualité de vie liée à la santé, l'impact perçu de la crise dans différents domaines de vie, la santé sociale et la santé mentale.
8. La huitième enquête a débuté le **5 octobre 2021** et portait sur des sujets tels que les infections par le coronavirus, la vaccination, l'impact perçu de la crise dans différents domaines de vie, la santé sociale et la santé mentale.
9. Cette neuvième enquête de santé COVID-19 était ouverte du **13 au 23 décembre 2021**, au plus fort de la "4<sup>e</sup> vague" de contaminations au coronavirus. En plus des thèmes déjà abordés dans les enquêtes précédentes, un certain nombre de nouveaux thèmes ont été introduits, comme l'utilisation des autotests, l'utilisation des plateformes numériques liées au COVID, la littératie au sujet du COVID...

Certains résultats sont comparés aux données de population datant d'avant l'épidémie. Ces données de comparaison proviennent de l'enquête nationale de santé qui a eu lieu en 2018<sup>1</sup>. Cette enquête donne une image représentative de l'état de santé de la population en 2018 et constitue un point de référence fiable. En outre, certains thèmes de la 7<sup>e</sup> enquête COVID-19 sont mis en parallèle avec ceux obtenus lors des enquêtes COVID-19 antérieures afin d'évaluer les tendances dans le temps.

---

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

## 2. Mesures préventives face au COVID-19

### 2.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- La grande majorité des personnes âgées de 18 ans et plus estiment que les mesures préventives de base permettent de lutter contre la propagation du coronavirus.
- En décembre 2021, le pourcentage de personnes indiquant qu'elles ne respectent pas strictement les mesures de distance physique et d'hygiène est deux fois plus élevé qu'il y a un an.
- La mesure préventive la moins respectée est celle de la distanciation physique, et la plus respectée est celle du port du masque buccal dans les lieux publics.
- Les personnes de 18-49 ans et les hommes sont davantage enclins à ne pas respecter les mesures de façon stricte.
- La manière dont la plupart des personnes réagissent à l'évolution des mesures préventives est positive, à savoir : les modifications sont considérées comme normales étant donné que les connaissances scientifiques évoluent constamment (75%).
- Les 18-49 ans ont plus de réactions négatives vis-à-vis des modifications de mesures et moins de réactions positives vis-à-vis de celles-ci que les personnes de plus de 65 ans.

Depuis le début de la crise du COVID-19, le gouvernement a mis en place différentes mesures pour freiner la propagation du coronavirus. Tout au long de cette période, les mesures de prévention en vigueur ont été fréquemment modifiées (introduites, abolies, assouplies ou renforcées à nouveau). Plusieurs facteurs influencent les ajustements effectués, comme une meilleure compréhension du mode de propagation du coronavirus, la situation épidémiologique (nombre d'infections, d'hospitalisations...) et la situation économique.

La neuvième enquête de santé COVID-19 a eu lieu en décembre 2021 pendant la quatrième vague de l'épidémie où le variant Delta prédomine encore. Cette vague a fait peser une lourde charge sur les soins de première ligne (médecins généralistes, pharmaciens...) et sur les hôpitaux. Outre les mesures de base, des mesures restrictives ont été mises en place dans différents secteurs de la société, comme la fermeture des discothèques et des salles de danse, la fermeture des restaurants et des cafés (à partir de 23 heures) et une semaine supplémentaire de vacances d'hiver dans les écoles maternelles et primaires. Il a également été recommandé de limiter autant que possible les contacts sociaux. Cependant, il n'est plus question de bulles sociales ou de contacts étroits.

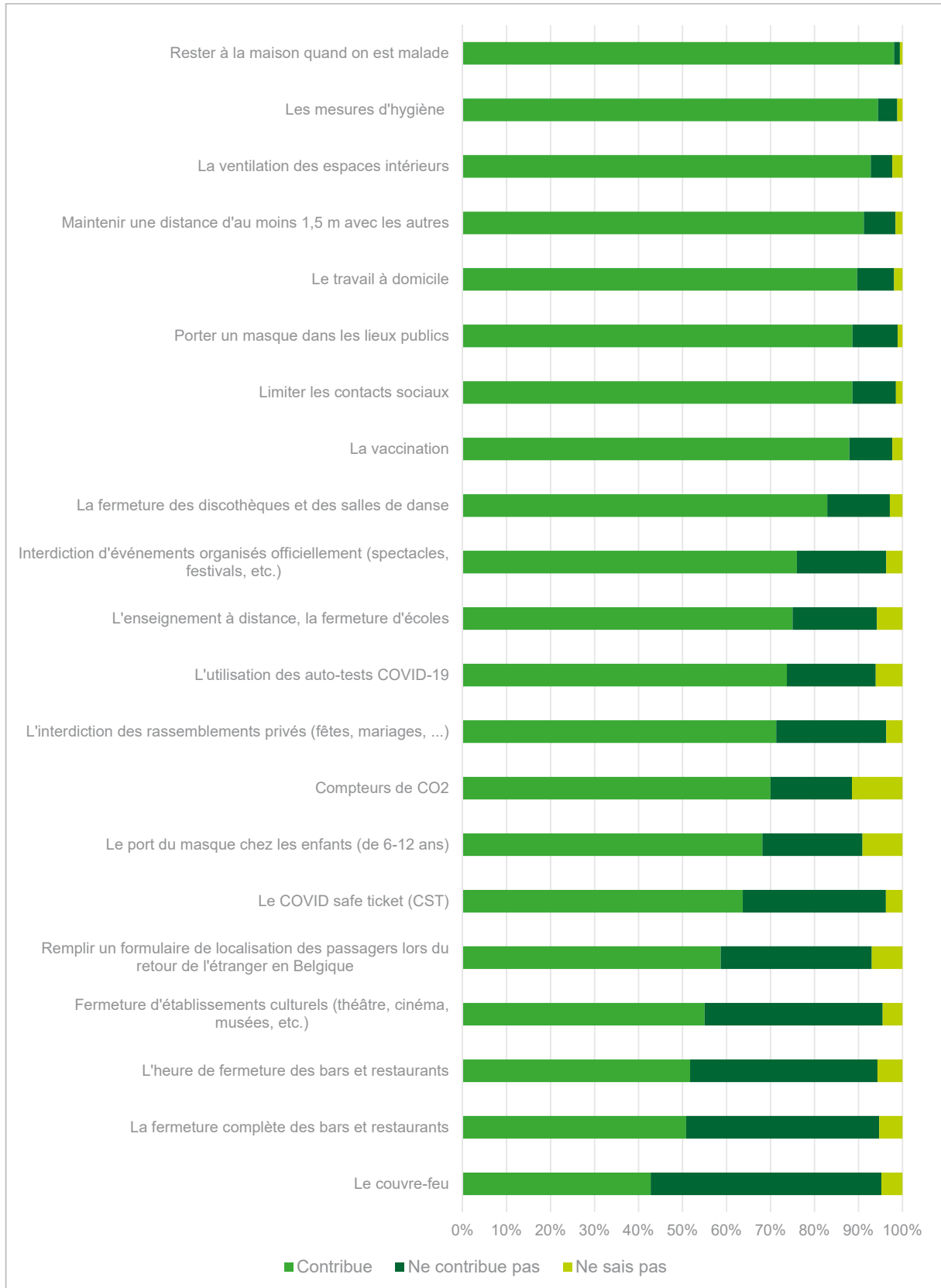
Dans la neuvième enquête de santé COVID-19, nous avons évalué l'efficacité perçue des diverses mesures, le degré d'application de ces mesures et les réactions aux changements fréquents dans la mise en place des mesures.

### 2.2. EFFICACITÉ PERÇUE DES DIFFÉRENTES MESURES RESTRICTIVES

Les participants ont été interrogés sur la manière dont, selon eux, certaines mesures contribuent à prévenir la propagation du coronavirus : « Depuis le début de la crise, différentes mesures ont été prises pour freiner la propagation du coronavirus (COVID-19) et de nouvelles mesures pourraient être mises en place à l'avenir. Selon vous, à quel point chacune des mesures suivantes contribue-t-elle à prévenir la transmission du virus ? ». Les participants pouvaient choisir parmi les options de réponse suivantes :

1. Ne contribue certainement pas
2. Ne contribue probablement pas
3. Contribue probablement
4. Contribue certainement
5. Je ne sais pas

**Figure 1 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon l'efficacité perçue des mesures de prévention face au COVID-19, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**





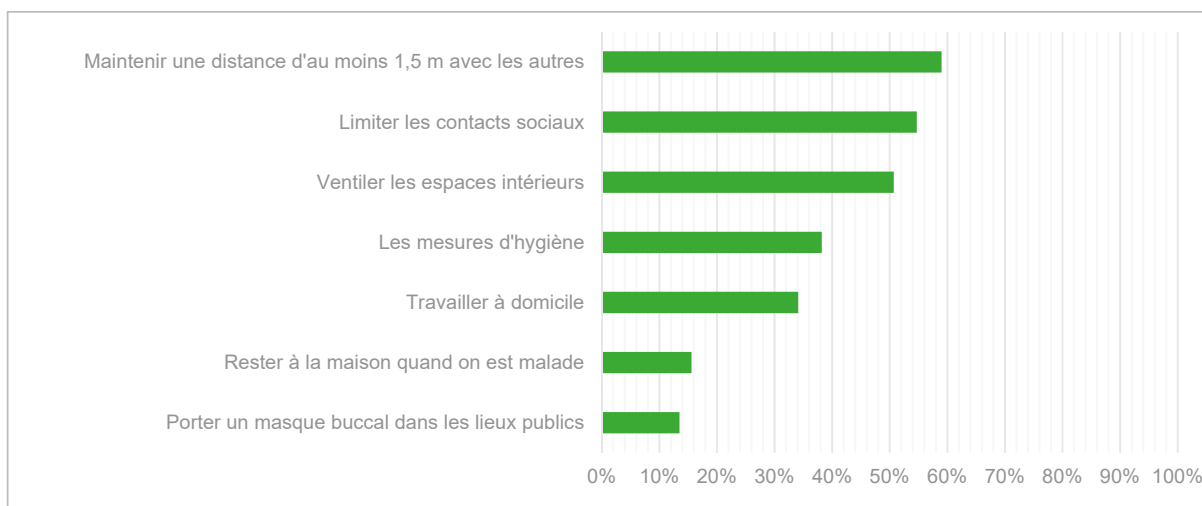
Pour chaque mesure de la liste, nous avons estimé la proportion de personnes qui ont indiqué que cette mesure contribue à prévenir la transmission du virus (options de réponse 3 et 4), celles qui ont indiqué que la mesure ne contribue pas (options de réponse 1 et 2) et celles qui ne savent pas (option de réponse 5). Les résultats sont présentés dans la Figure 1, où les mesures sont classées par ordre de grandeur selon l'efficacité perçue de la mesure.

La Figure 1 montre que les mesures de base obtiennent un taux élevé en matière d'efficacité perçue. La grande majorité de la population indique que ces mesures contribuent à lutter contre la propagation du coronavirus. Par exemple, 98% de la population indique que « rester à la maison quand on est malade » contribue à lutter contre le virus. Ce chiffre est de 94% pour les mesures d'hygiène. La grande majorité pense également que la vaccination aide à lutter contre la propagation du virus (88%). Toutes les mesures ne sont néanmoins pas perçues comme étant efficaces par autant de personnes. On constate, par exemple, qu'une petite majorité pense que la fermeture des établissements culturels (55%) ou des bars et restaurants (51%) est efficace. Seule une minorité pense qu'un couvre-feu peut aider (43%).

### 2.3. LE RESPECT DES MESURES EN PLACE

Il a ensuite été demandé aux participants à quel point ils avaient respecté certaines mesures au cours des deux semaines précédant l'enquête. La liste des mesures étudiées comprend principalement des mesures de base (Figure 2). Pas moins de 59% des personnes de 18 ans et plus déclarent ne pas avoir gardé une distance stricte d'au moins 1,5 mètre avec les autres. La majorité d'entre elles déclarent également ne pas avoir limité strictement leurs contacts sociaux (55%) et ne pas avoir ventilé les espaces intérieurs (51%). Une personne sur trois (34%) ne respecte pas strictement la mesure du travail à domicile. Enfin, une minorité de personnes indiquent qu'elles ne sont pas restées à la maison lorsqu'elles étaient malades (16%) ou qu'elles n'ont pas porté un masque buccal dans des lieux publics (14%).

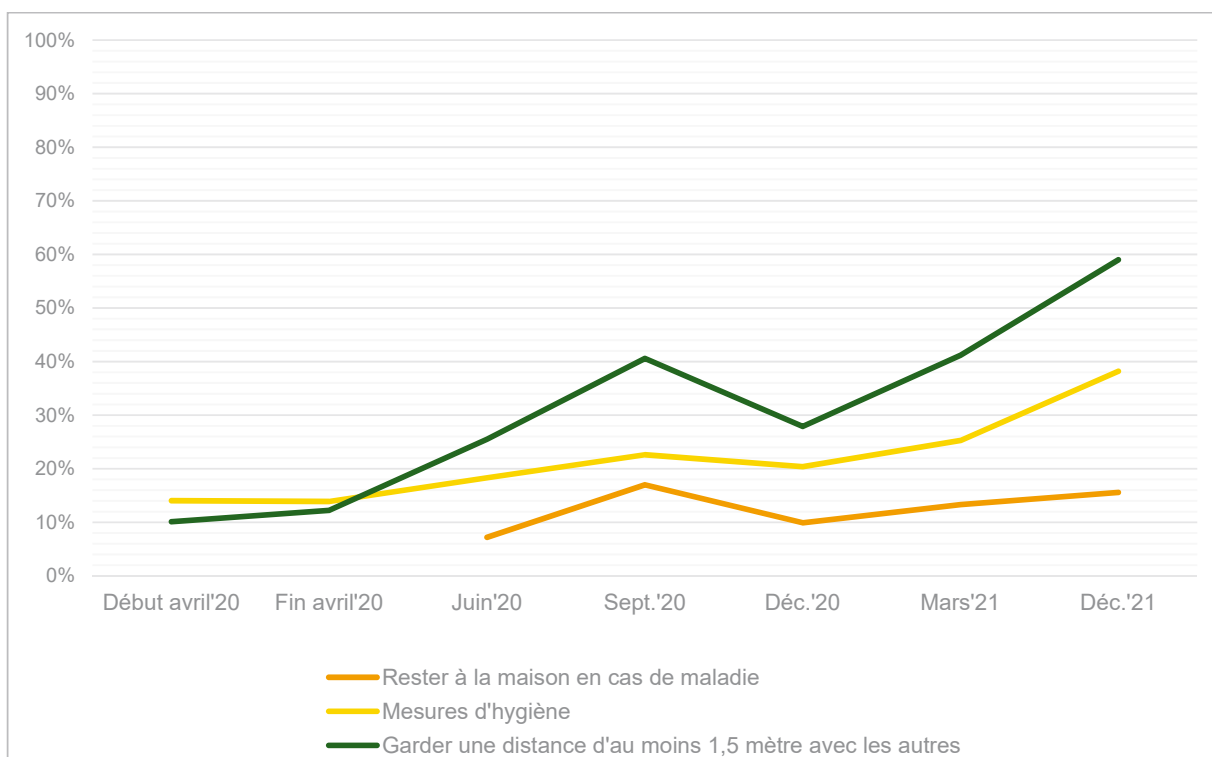
**Figure 2 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui déclarent ne pas respecter strictement les mesures, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



Le non-respect des mesures est lié au sexe et à l'âge. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à indiquer ne pas respecter strictement les mesures, et ceci pour toutes les mesures mentionnées. Par exemple, 46% des hommes indiquent ne pas respecter strictement les mesures d'hygiène contre 31% des femmes. Pour toutes les mesures, nous constatons également des pourcentages plus élevés de personnes qui ne les respectent pas strictement dans les groupes plus jeunes par rapport aux groupes plus âgés. Par exemple, 51% des 18-29 ans et 43% des 30-49 ans disent ne pas avoir respecté strictement les mesures d'hygiène, contre 34% des 50-64 ans et 28% des 65 ans.

La Figure 3 montre l'évolution au cours des derniers 18 mois, du pourcentage de personnes qui déclarent ne pas respecter strictement les mesures. Ce pourcentage n'a jamais été aussi élevé qu'en décembre 2021 pour les mesures de distance physique et d'hygiène. Il est important de noter ici que nous ne disposons d'aucun point de mesure pour les mois d'été de 2021, au moment où l'imminence du « royaume de la liberté » a été annoncé, un lieu où tout serait à nouveau possible. Par rapport à l'année dernière, nous constatons que les pourcentages de personnes ne respectant pas la distance physique (déc. 2020 : 28%, déc. 2021 : 59%) et les mesures d'hygiène (déc. 2020 : 20%, déc. 2021 : 38%) ont presque doublé. Nous retrouvons aussi une différence, mais un peu moins importante, pour le respect de la mesure « rester à la maison en cas de maladie » (déc. 2020 : 10%, déc. 2021 : 16%).

**Figure 3 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui déclarent ne pas respecter strictement les mesures, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**



## 2.4. RÉACTION FACE À L'ÉVOLUTION DES MESURES

Enfin, la réaction de la population face à l'évolution des mesures mises en place pour freiner la propagation du virus ont été évaluées au moyen de la question suivante :

« Depuis le début de la crise, le gouvernement a modifié à plusieurs reprises les mesures visant à ralentir la propagation du coronavirus (COVID-19). Avez-vous eu l'une des réactions suivantes vis-à-vis de ces changements ? ».

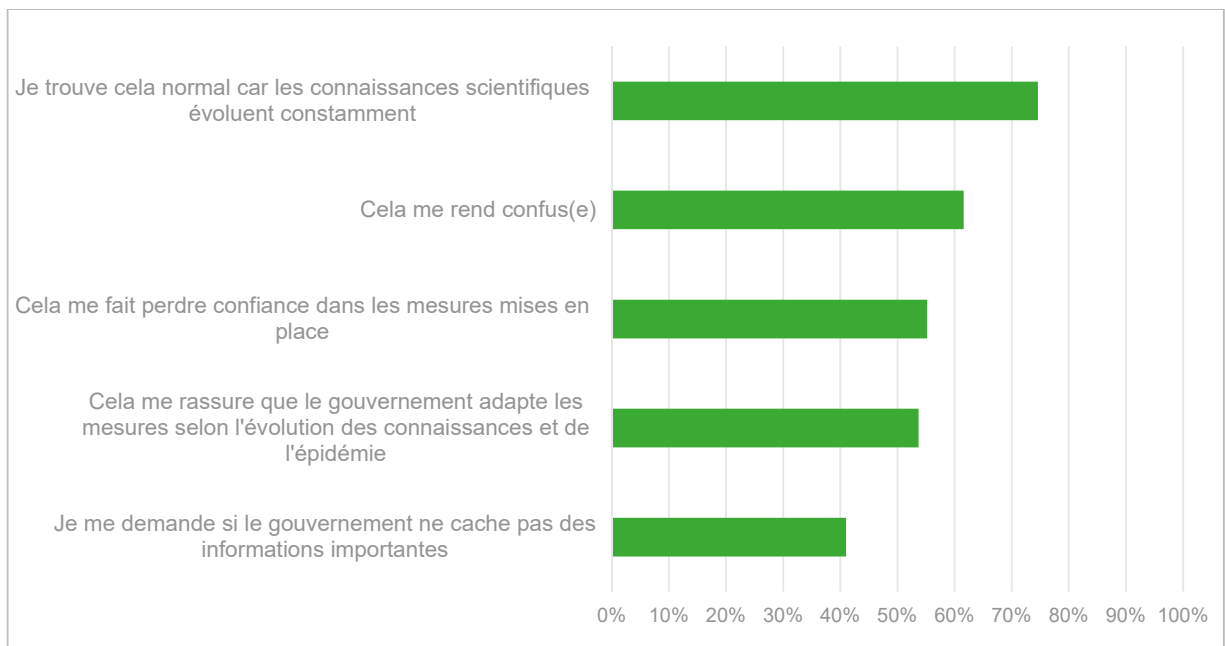
Les participants ont reçu une liste de cinq réactions (Figure 4) avec deux options de réponse :

1. Oui, j'ai eu cette réaction
2. Non, je n'ai pas eu cette réaction

La Figure 4 montre pour chacune des cinq propositions, le pourcentage de personnes qui ont indiqué avoir eu cette réaction face aux changements dans les mesures. On peut distinguer deux réactions positives et deux négatives. Les trois quarts de la population trouvent normal que les mesures changent car les connaissances

scientifiques évoluent constamment. Cette réaction est la plus fréquente. La majorité de la population déclare également être rassurée par le fait que le gouvernement adapte les mesures en fonction de l'évolution des connaissances et de l'épidémie (54%). Une proportion importante de la population a également eu des réactions négatives. Ainsi, 55% déclarent que ces changements les rendent moins confiants dans les mesures imposées. La réaction la moins fréquente est celle de se demander si le gouvernement ne dissimule pas des informations importantes (41%). Enfin 62% indiquent que les modifications les rendent confus.

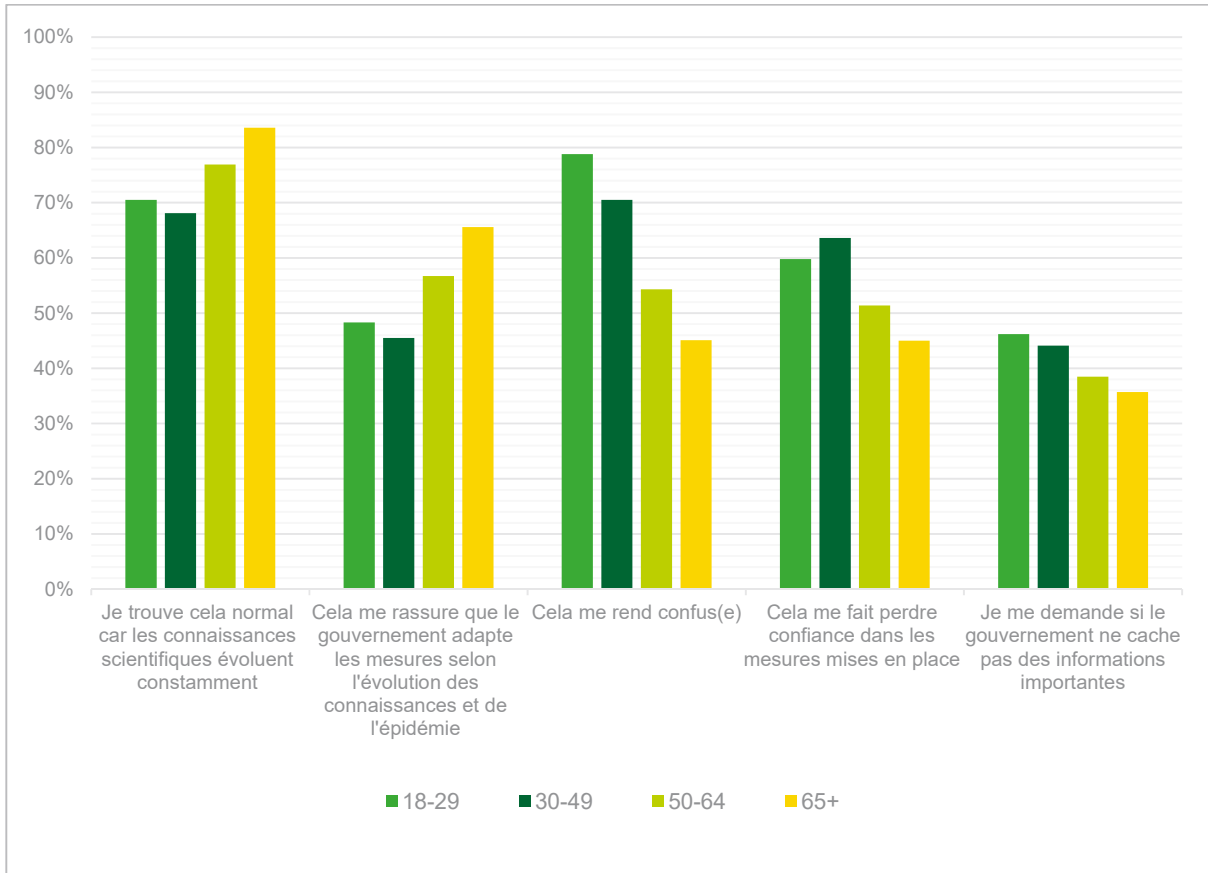
**Figure 4 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) déclarant avoir réagi de la façon suivante face à l'évolution des mesures, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



Ces réactions varient significativement selon le sexe et l'âge (Figure 5) :

- Les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes à indiquer qu'elles se sentent confuses (64% et 59% respectivement).
- Pour les réactions positives, on constate qu'elles se produisent le plus souvent chez les personnes de plus de 65 ans. Les 50-64 ans ont aussi plus souvent des réactions positives par rapport aux groupes plus jeunes, avec des différences statistiquement significatives sauf pour la différence avec les 18-29 ans en ce qui concerne la réponse « cela me rassure... ». Il n'y a pas de différence entre les deux groupes d'âge les plus jeunes.
- Pour les réactions négatives, on constate qu'elles se produisent moins souvent chez les personnes âgées de 65 ans. Les 50-64 ans rapportent également moins souvent de réactions négatives par rapport aux groupes plus jeunes, avec des différences significatives sauf pour la différence avec les 18-29 ans pour la réponse « cela me fait perdre confiance... ».

**Figure 5 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) déclarant avoir eu les réactions suivantes face à l'évolution des mesures, par âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 3. Vaccination

### 3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Quatre adultes vaccinés sur cinq ont déclaré qu'ils accepteraient l'invitation pour une dose de rappel du vaccin. Cependant, de nombreux jeunes adultes vaccinés ont déclaré qu'ils ne savaient pas (encore) s'ils accepteraient ou pas l'invitation pour une dose de rappel.
- 10% de la population adulte a déclaré ne pas être vaccinée contre le COVID-19. La moitié d'entre eux ont déclaré que rien ne pouvait les convaincre à se faire vacciner.
- Un peu moins de la moitié de la population adulte (49%) a déclaré que son entourage social direct (famille ou amis proches) l'encourageait à se faire vacciner contre le COVID-19. Près d'un quart de la population déclare que la vaccination contre le COVID-19 n'est pas devenue un sujet de conversation au sein de sa famille ou de ses amis proches.
- Les trois quarts de la population adulte indiquent que, selon eux, un employeur pourrait soit exiger, soit encourager la vaccination contre le COVID-19 auprès de ses employé(e)s.
- 80% de la population adulte pense que les vaccins sont le meilleur moyen de protéger les gens contre le COVID-19.

### 3.2. STATUT VACCINAL

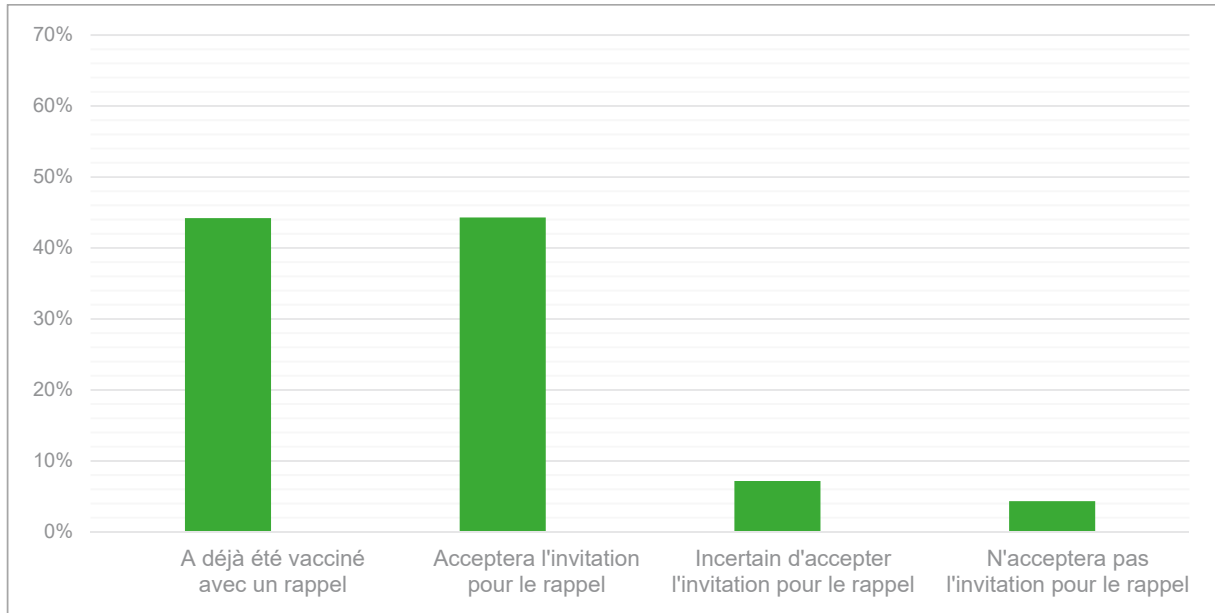
Au moment de l'enquête (13 décembre - 24 décembre 2021), 1% de la population adulte a indiqué avoir été partiellement vaccinée (1 dose sur les 2 doses de base prévues), 49% ont indiqué avoir été complètement vaccinés (2 doses de base prévues ou 1 dose du vaccin Johnson&Johnson), tandis que 38% ont indiqué avoir reçu une dose de rappel en plus de la vaccination de base. 1,4% de la population a déclaré ne pas être vaccinée pour des raisons médicales. Enfin, 10% ont indiqué qu'ils ne souhaitent pas être vaccinés.

### 3.3. DOSE DE RAPPEL DU VACCIN COVID-19

On a demandé aux personnes qui étaient complètement vaccinées si elles accepteraient une invitation pour une dose de rappel du vaccin contre le COVID-19. 80% de ces personnes ont indiqué qu'elles accepteraient cette invitation, 13% ne savaient pas (encore) et 8% ont indiqué ne pas vouloir accepter cette invitation.

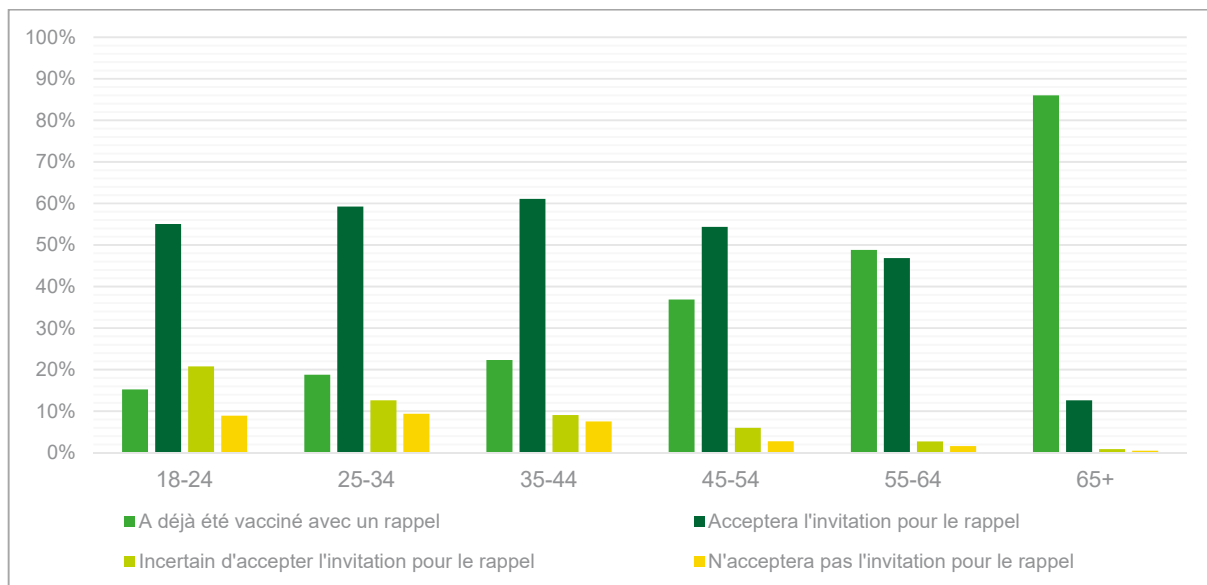
La Figure 6 montre la distribution de la population en fonction de leur "statut face à la dose de rappel". Elle ne comprend que les personnes qui ont indiqué avoir déjà reçu une dose de rappel et celles qui devraient recevoir une dose de rappel. Les personnes qui n'ont été vaccinées qu'une seule fois (sur deux injections de base) ou qui n'ont pas (encore) été vaccinées n'ont pas été incluses dans la Figure 1. Ainsi, 44% des adultes éligibles pour la « 3<sup>e</sup> dose » disent avoir déjà reçu cette dose de rappel et 44% disent qu'ils accepteront l'invitation pour la dose de rappel. Toutefois, 7% de la population avec la couverture vaccinale de base (complète) dit être incertaine d'accepter l'invitation pour une dose de rappel, tandis qu'un peu moins de 5% déclare qu'elle n'acceptera pas l'invitation pour une dose de rappel.

**Figure 6 | Distribution (%) de la population (18 ans et plus) éligible pour la dose de rappel du vaccin COVID-19, selon leur statut face à la dose de rappel, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



L'incertitude d'accepter ou non l'invitation pour une dose de rappel et l'intention de ne pas l'accepter sont des réactions liées à l'âge (Figure 7). Dans la population vaccinée de 65 ans et plus, 86% ont déjà reçu une dose de rappel et 13% accepteront l'invitation. Dans les groupes d'âge plus jeunes, le pourcentage de ceux qui ont déjà reçu la dose de rappel baisse avec l'âge, tandis que le pourcentage de ceux qui accepteront l'invitation pour une dose de rappel augmente avec l'âge. En outre, le pourcentage de personnes vaccinées qui ne sont pas sûres d'accepter l'invitation pour une dose de rappel ou qui envisagent de ne pas l'accepter est plus élevée parmi les plus jeunes. Il est probable que ces pourcentages diminuent lorsque ces personnes seront réellement invitées à se faire vacciner.

**Figure 7 | Distribution de la population (18 ans et plus) éligible pour la dose de rappel du vaccin COVID-19, selon leur statut face à la dose de rappel, et par groupe d'âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



### 3.4. MOTIVATION POUR LA VACCINATION (CHEZ LES NON-VACCINÉS)

Nous avons demandé aux personnes ayant indiqué qu'elles n'avaient pas (encore) été vaccinées (environ 10% de la population adulte), ce qui pourrait les faire changer d'avis et les inciter à se faire vacciner. Les participants de l'enquête pouvaient cocher plusieurs propositions de réponse. Notez que les pourcentages rapportés ci-dessous concernent un groupe relativement petit de la population !

Parmi les personnes non (encore) vaccinées, 55% déclarent qu'aucune des propositions énumérées dans le questionnaire ne les convainc de se faire vacciner pour le moment (Figure 8). Il s'agit donc de personnes qui ne souhaitent de toute façon pas être vaccinées contre le COVID-19.

Près d'une personne non (encore) vaccinée sur trois (31%) indique que des informations supplémentaires sur les éventuelles conséquences à long terme du vaccin joueraient un rôle important dans leur décision à se faire vacciner.

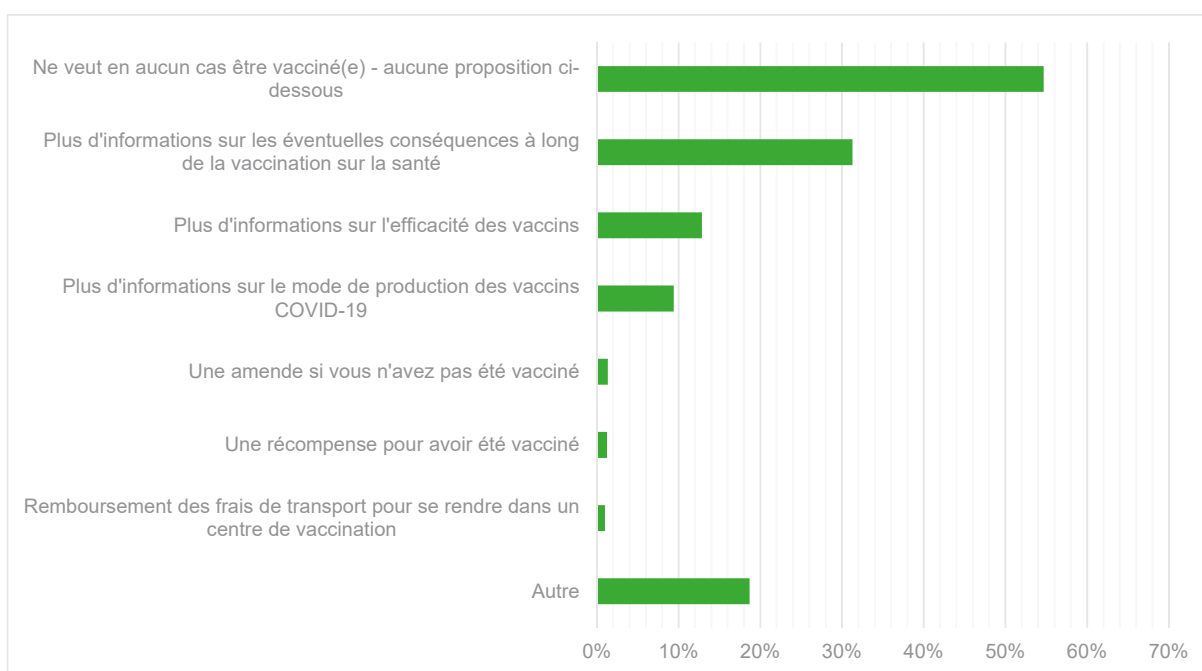
Recevoir plus d'informations sur l'efficacité des vaccins est considéré comme un élément important pour prendre la décision de se faire vacciner chez 13% des personnes non (encore) vaccinées.

Parmi celles qui n'ont pas (encore) été vaccinées, 9% ont indiqué que le fait d'obtenir plus d'informations sur la façon dont les vaccins COVID-19 sont produits pourrait être un élément les convaincant pour se faire vacciner.

Les autres propositions énumérées qui pourraient jouer un rôle pour les personnes qui n'ont pas (encore) été vaccinées ont été peu cochées : une amende pour les personnes qui ne sont pas vaccinées (<1%), une récompense pour se faire vacciner (1%) ou le remboursement des frais de transport pour se rendre dans un centre de vaccination (1%).

Il est à noter qu'un grand nombre des personnes non (encore) vaccinées (19%) ont indiqué une "autre raison". Ces "autres" raisons sont très variables. Cependant, ce qui est mentionné relativement souvent est le souhait d'être vacciné avec un vaccin classique à base de protéines.

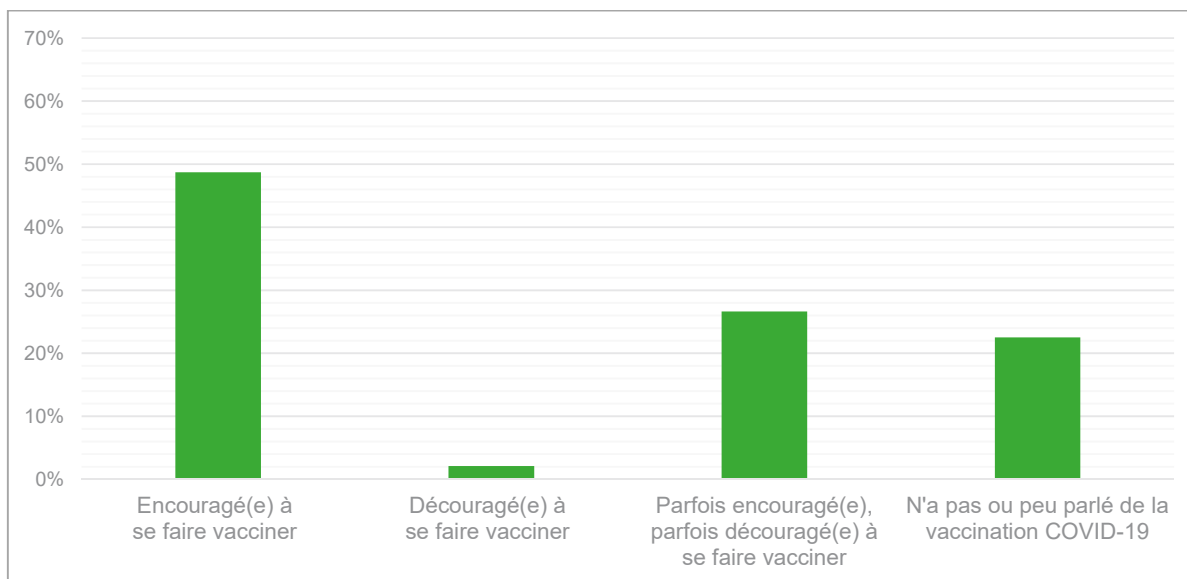
**Figure 3 | Pourcentage des personnes non vaccinées (18 ans et plus) selon les éléments pouvant les convaincre à se faire vacciner, réponses multiples possible, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



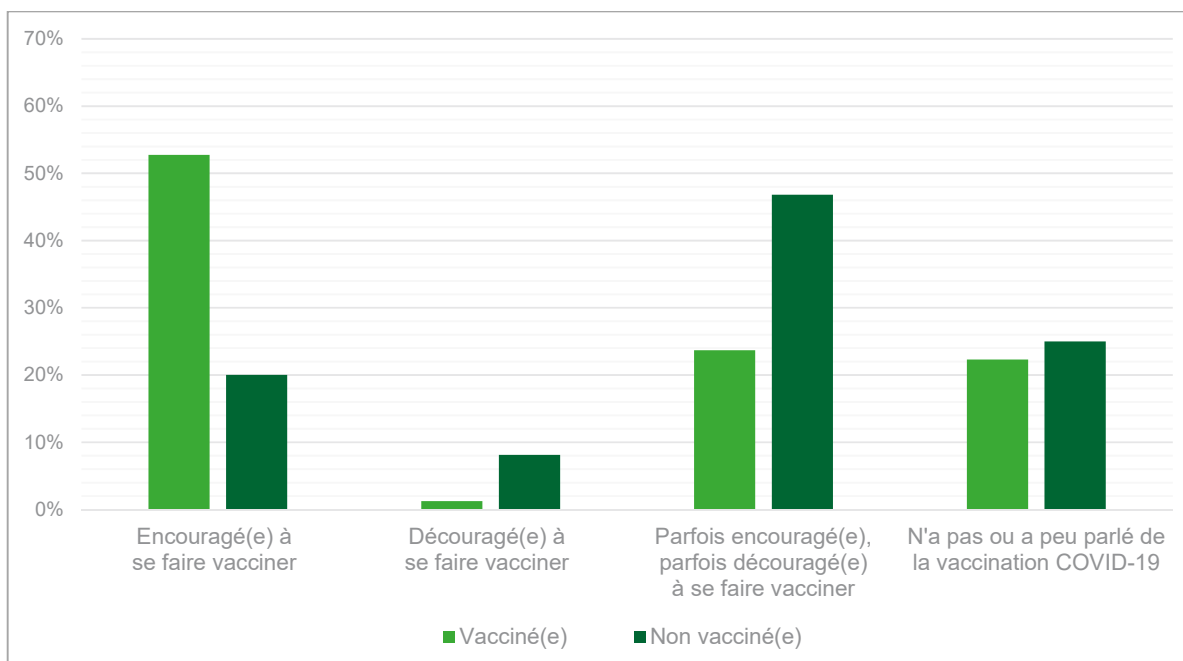
### 3.5. SOUTIEN SOCIAL À LA VACCINATION

Un peu moins de la moitié de la population (49%) indique que son entourage social direct (famille ou amis proches) l'a encouragée à se faire vacciner contre le COVID-19 (Figure 9). Seule une très faible minorité (2%) déclare que son entourage social direct l'en a dissuadée. Un répondant sur quatre a déclaré recevoir des messages contradictoires (encouragement, découragement) de son entourage social direct. De manière surprenante, 23% de la population déclare ne pas avoir discuté de la vaccination contre le COVID-19 avec sa famille ou ses amis proches.

**Figure 9 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon qu'elles aient été encouragées et/ou découragées à se faire vacciner contre le COVID-19, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



**Figure 10 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon qu'elles aient été encouragées et/ou découragées à se faire vacciner contre le COVID-19, par statut vaccinal, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



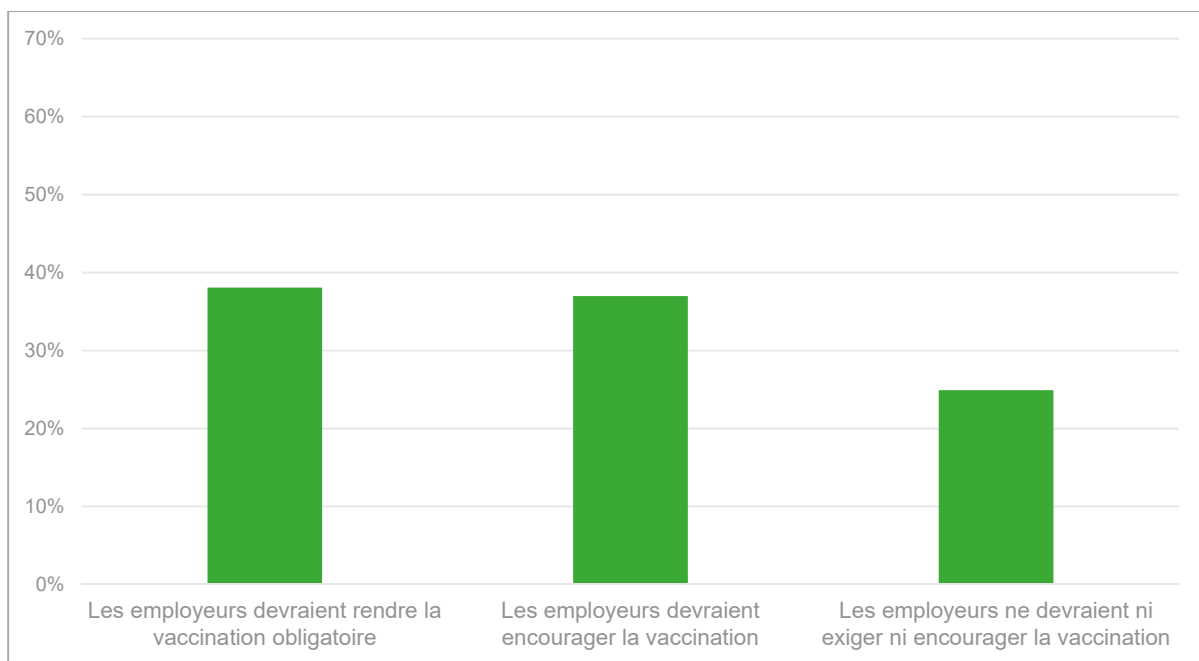


Les chiffres concernant le soutien provenant de l'entourage social de la personne peuvent être associées à son statut vaccinal. Dans la Figure 10, la population adulte est divisée entre les personnes vaccinées (y compris celles qui ont déjà eu leur vaccin de rappel) et non vaccinées (à l'exclusion de celles qui n'ont pas été vaccinées pour des raisons médicales). Les personnes non vaccinées indiquent moins souvent que les personnes vaccinées avoir été encouragées à se faire vacciner par leur entourage direct. Elles sont aussi relativement plus nombreuses à avoir été découragées par leur entourage à se faire vacciner que les personnes vaccinées. Les personnes non vaccinées indiquent également plus souvent recevoir des messages contradictoires de la part de leur entourage social direct.

### 3.6. LES EMPLOYEURS PEUVENT-ILS EXIGER LA VACCINATION CONTRE LE COVID-19 ?

Au cours des derniers mois, le débat sur la possibilité de rendre obligatoire la vaccination contre le COVID-19 pour tous les travailleurs s'est intensifié. La 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 a sondé l'opinion de la population sur cette question. Les résultats montrent que 38% de la population (18 ans et plus) approuve que les employeurs puissent exiger que leurs employés se fassent vacciner contre le COVID-19 (Figure 11) ; 37% de la population estime que les employeurs devraient encourager leurs employés à se faire vacciner sans le rendre obligatoire. Un quart de la population a déclaré que les employés ne devraient pas être obligés ou encouragés par leur employeur à se faire vacciner contre le COVID-19.

**Figure 11 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon qu'elles approuvent ou non que des employeurs puissent obliger ou encourager leurs employés à se faire vacciner contre le COVID-19, 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



### 3.7. AVIS SUR LES VACCINS DU COVID-19

Il a été demandé à tous les participants de donner leur avis concernant un certain nombre d'affirmations sur les vaccins du COVID-19. Il s'agit de deux affirmations plutôt pro-vaccination et quatre affirmations plutôt critiques à l'égard de la vaccination :

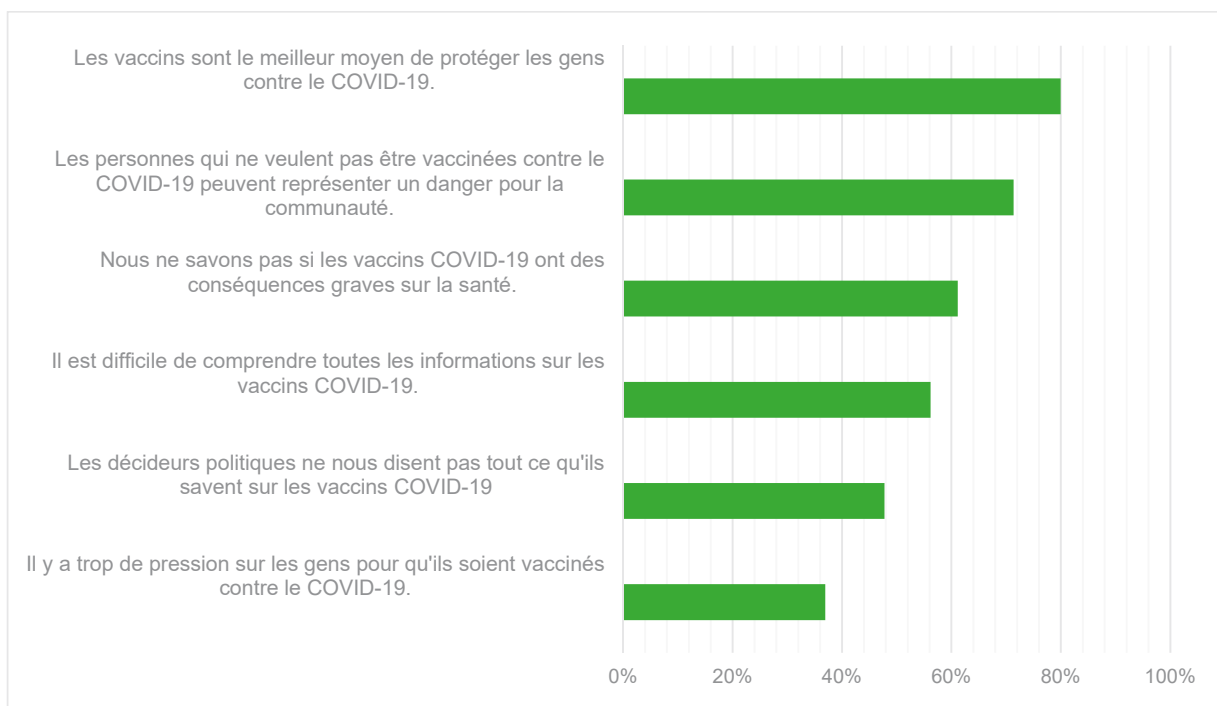
- ✓ Les vaccins sont le meilleur moyen de protéger les gens contre le COVID-19.
- ✓ Les personnes qui ne veulent pas être vaccinées contre le COVID-19 peuvent représenter un danger pour la communauté.

- ✓ Il est difficile de comprendre toutes les informations sur les vaccins COVID-19.
- ✓ Nous ne savons pas vraiment si les vaccins COVID-19 ont des conséquences graves sur la santé.
- ✓ Il y a trop de pression sur les gens pour qu'ils se fassent vacciner contre le COVID-19.
- ✓ Les décideurs politiques ne nous disent pas tout ce qu'ils savent sur les vaccins COVID-19.

Les résultats ont montré que :

- La grande majorité (80%) de la population est d'accord (ou tout à fait d'accord) avec l'idée que les vaccins sont le meilleur moyen de protéger les gens contre une infection au coronavirus (Figure 12). En revanche, 10% de la population n'est pas d'accord, et 10% de la population n'est pas du tout d'accord.
- 71% de la population est (tout à fait) d'accord avec l'affirmation selon laquelle les personnes qui ne veulent pas être vaccinées contre le COVID-19 peuvent représenter un danger pour la communauté.
- 56% de la population est (tout à fait) d'accord avec l'affirmation selon laquelle il est difficile de comprendre toutes les informations sur les vaccins du COVID-19. Les autres ne sont pas (30%) ou pas du tout (14%) d'accord avec cette affirmation.
- Six personnes sur dix (61%) sont (tout à fait) d'accord avec l'affirmation selon laquelle nous ne savons pas vraiment si les vaccins du COVID-19 ont des conséquences graves sur la santé.
- Une minorité (importante) de la population (37%) est (tout à fait) d'accord pour dire qu'il y a trop de pression sur les gens pour les inciter à se faire vacciner contre le COVID-19.
- Les résultats montrent une grande méfiance de la population vis-à-vis de la politique de vaccination des autorités : 48% de la population est (tout à fait) d'accord avec l'affirmation selon laquelle les décideurs politiques ne nous disent pas tout ce qu'ils savent sur les vaccins COVID-19.

**Figure 12 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur opinion au sujet de la vaccination contre le COVID-19, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 4. Autotests pour le COVID-19

### 4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Selon l'enquête de décembre 2021 (active du 13 au 23/12 - c'est-à-dire avant les fêtes de fin d'année), 45% des personnes âgées de 18 ans et plus ont déjà utilisé un autotest COVID-19 pour elles-mêmes, et elles y ont eu recours 3 fois en moyenne.
- Les groupes qui ont le plus souvent utilisé un test COVID-19 sont les personnes ayant un niveau d'éducation élevé, les femmes, les personnes de moins de 50 ans et les personnes vivant en couple avec des enfants.
- Les principales raisons d'utiliser un autotest COVID-19 ont été les suivantes : avoir des symptômes (31%), avoir eu un contact à risque et craindre l'infection (27%) et rendre visite à quelqu'un (21%).
- Dans 7% des cas, l'autotest COVID-19 s'est révélé positif.
- Parmi les personnes avec un autotest positif, 82% ont fait réaliser un test PCR dans un centre de dépistage officiel, comme il est recommandé de faire.
- Un autotest COVID-19 positif est plus fréquent chez les personnes âgées de 30 à 49 ans et chez les personnes avec enfant(s) (monoparentales ou en couple).

### 4.2. INTRODUCTION

Un autotest COVID-19 est un test que l'on peut effectuer soi-même pour détecter précocement une éventuelle contamination au coronavirus (COVID-19).

Si l'autotest est positif, cela signifie que la personne est probablement infectée et qu'elle doit immédiatement se mettre en isolement. Un résultat positif doit également être confirmé par un test PCR dans un centre de testing ou un laboratoire. Un test négatif signifie que la personne n'est probablement pas porteuse du coronavirus à ce moment-là. Il faut savoir qu'un autotest n'est pas fiable à 100%.<sup>2</sup>

Des questions concernant l'utilisation d'un autotest ont été incluses dans la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19. La question première question est « avez-vous déjà utilisé un autotest pour vous-même ? (oui/non) ». En cas de réponse affirmative, une série de questions y font suite : combien de fois l'autotest a-t-il été utilisé (réponse numérique ouverte), quelle était la raison principale pour laquelle l'autotest a été réalisé (en cas de plusieurs tests, cette question se réfère au dernier test - 7 catégories de réponses pour les raisons invoquées) et quel était le résultat de du (dernier) test (réponse : positif ou contaminé(e) / négatif ou non-contaminé(e) / résultat invalide ou test échoué). Si la réponse était « positif ou contaminé(e) », une question supplémentaire était posée, à savoir, si après le résultat positif de l'autotest, les personnes avaient effectué un test PCR dans un centre de dépistage officiel.

L'enquête s'est déroulée du 13 au 23 décembre, soit avant les fêtes de fin d'année. Puisque le gouvernement a recommandé de faire un autotest avant de se rendre à une fête ou à un rassemblement, il est possible que les chiffres rapportés ici soient inférieurs à ce que l'on pourrait attendre pendant la période des fêtes.

N.B. : Lorsque le terme "significatif" est mentionné dans la discussion des résultats ci-après, il porte sur les différences statistiques entre les pourcentages ajustés pour l'âge et/ou le sexe.

---

<sup>2</sup> <https://www.info-coronavirus.be/fr/autotest/>

### 4.3. POURCENTAGE D'ADULTES AYANT UTILISÉ UN AUTOTEST COVID-19

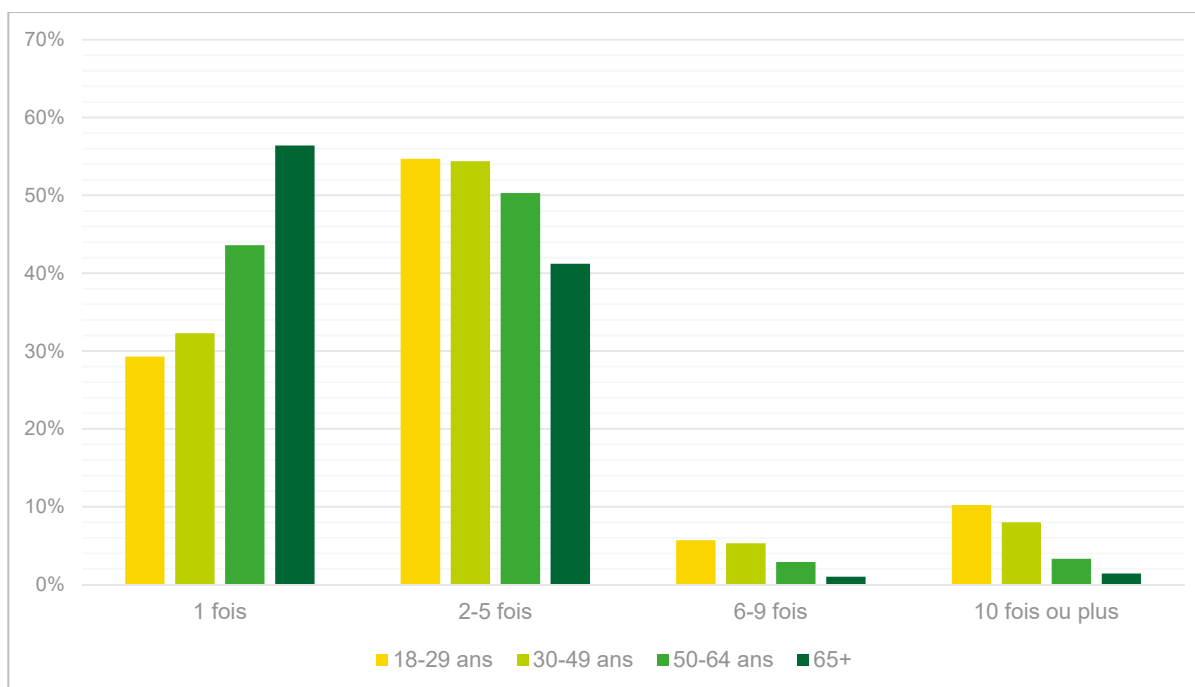
Lors de l'enquête de décembre 2021, active du 13 au 23 décembre, 45% des personnes âgées de 18 ans et plus ont déclaré avoir déjà utilisé un autotest COVID-19 pour elles-mêmes. Le pourcentage de femmes qui ont utilisé un autotest COVID-19 pour elles-mêmes (48%) est significativement plus élevé que celui des hommes (43%). Par rapport aux personnes âgées de 18 à 29 ans (52% avec autotest), la proportion de personnes ayant utilisé un autotest était significativement plus élevée chez les 30-49 ans (60%) et significativement plus faible chez les plus de 50 ans (41% des 50-64 ans et 24% des 65 ans). En outre, les personnes vivant en couple avec enfant(s) étaient significativement plus susceptibles d'avoir déjà fait un autotest COVID-19 (59%) que celles vivant en couple sans enfants (38%). Les personnes ayant un diplôme d'études supérieures sont également plus susceptibles (55%) que celles avec un niveau d'éducation plus faible (40%) d'avoir déjà utilisé un autotest COVID-19.

### 4.4. NOMBRE D'AUTOTESTS COVID-19 UTILISÉS

En moyenne, 3,2 autotests COVID-19 ont été utilisés parmi les personnes âgées de 18 ans et plus qui avaient déjà utilisé un autotest. Les personnes de 18 à 29 ans ont utilisé plus souvent des autotests COVID-19 (3,8 en moyenne) que les personnes de plus de 50 ans (2,6 tests pour les 50-64 ans et 1,9 tests pour les 65 ans et plus). Par ailleurs, les personnes vivant seules (3,5 tests) et les personnes vivant en couple avec enfant(s) (3,5 tests) ont utilisé en moyenne plus d'autotests COVID-19 que les personnes vivant en couple sans enfants (2,5 tests).

Parmi les personnes qui ont déjà utilisé un autotest COVID-19, 38% l'ont utilisé une fois, 52% l'ont utilisé 2 à 5 fois, 4% l'ont utilisé 6 à 9 fois et 6% l'ont utilisé 10 fois ou plus. La Figure 13 montre également que ce sont principalement les personnes de moins de 50 ans qui ont utilisé un autotest COVID-19 plus d'une fois.

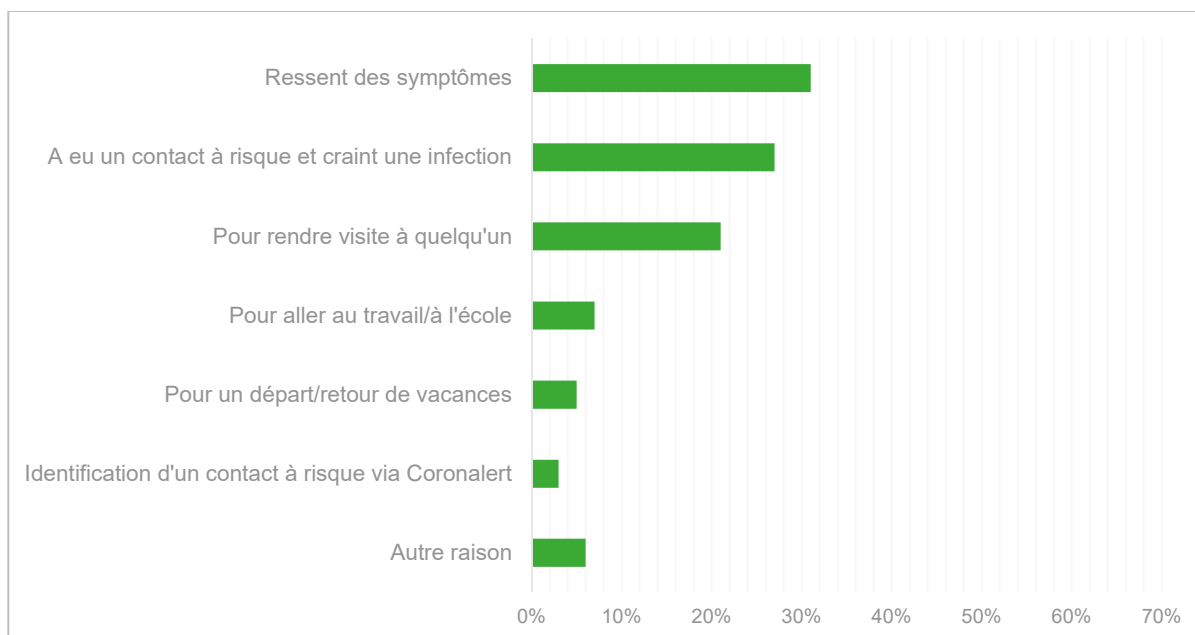
**Figure 13 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) ayant déjà utilisé un autotest, selon le nombre fois qu'elle se sont autotestées, par âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



#### 4.5. RAISONS PRINCIPALES POUR AVOIR UTILISÉ UN AUTOTEST COVID-19

Les trois raisons principales pour lesquelles les personnes âgées de 18 ans et plus ont utilisé un autotest pour dépister le COVID-19 sont : 1) parce qu'elles présentaient des symptômes (31%) ; 2) parce qu'elles ont eu un contact à risque et craignent une infection (27%) ; et 3) pour rendre visite à quelqu'un (21%) (Figure 14).

Figure 14 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) ayant réalisé un autotest COVID-19, selon les raisons invoquées pour avoir effectué cet autotest, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021



#### 4.6. RÉSULTAT DE L'AUTOTEST COVID-19

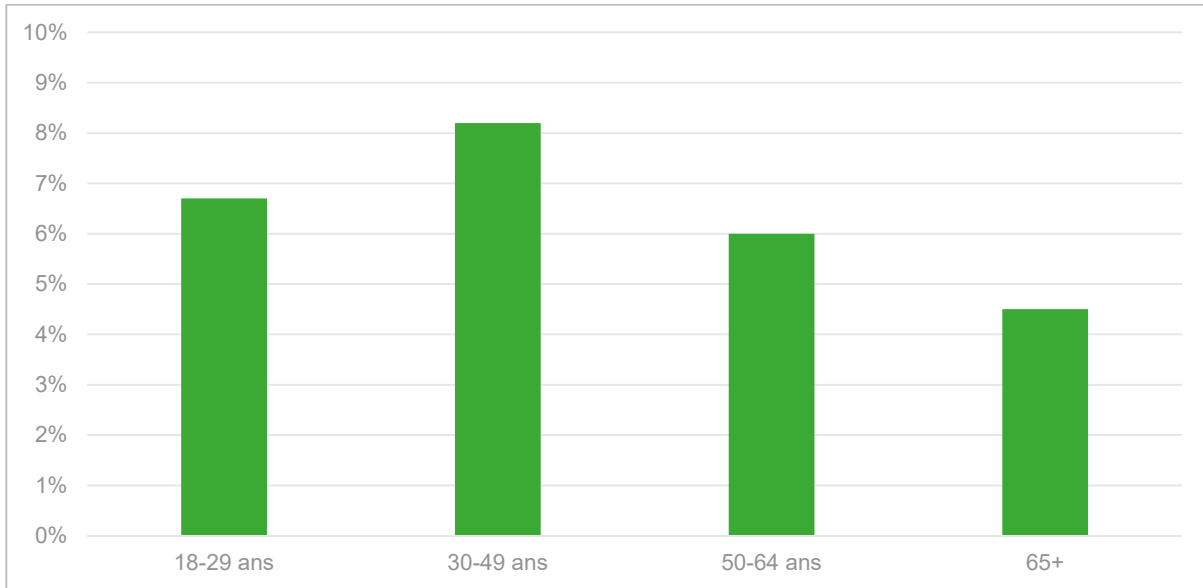
Parmi les personnes âgées de 18 ans et plus qui ont déjà utilisé un autotest COVID-19, le résultat de cet autotest était le suivant : 7% étaient positifs, 93% étaient négatifs (0,2% des tests étaient invalides). Un résultat positif a été enregistré le plus souvent chez les personnes âgées de 30 à 49 ans (8%) (Figure 15) et chez les personnes ayant des enfants (9% chez les personnes vivant en couple avec enfant(s) et 10% chez les personnes vivant seules avec enfant(s)) (Figure 16). Notons que les ménages avec enfant(s) sont plus communs dans la tranche d'âge 30-49 ans. Les enfants étant potentiellement plus exposés au risque d'infection par le biais de la crèche ou de l'école, ils peuvent donc être considérés comme un contact à haut risque, et c'est pourquoi les autotests sont probablement plus fréquents dans ces foyers. Dans la section 1.4 du rapport, il a déjà été montré que les personnes de moins de 50 ans utilisent plus souvent un autotest. Lorsqu'un test est effectué plus souvent, la probabilité que le résultat soit positif peut également être plus élevée.

#### 4.7. TEST PCR APRÈS UN AUTOTEST COVID-19 POSITIF

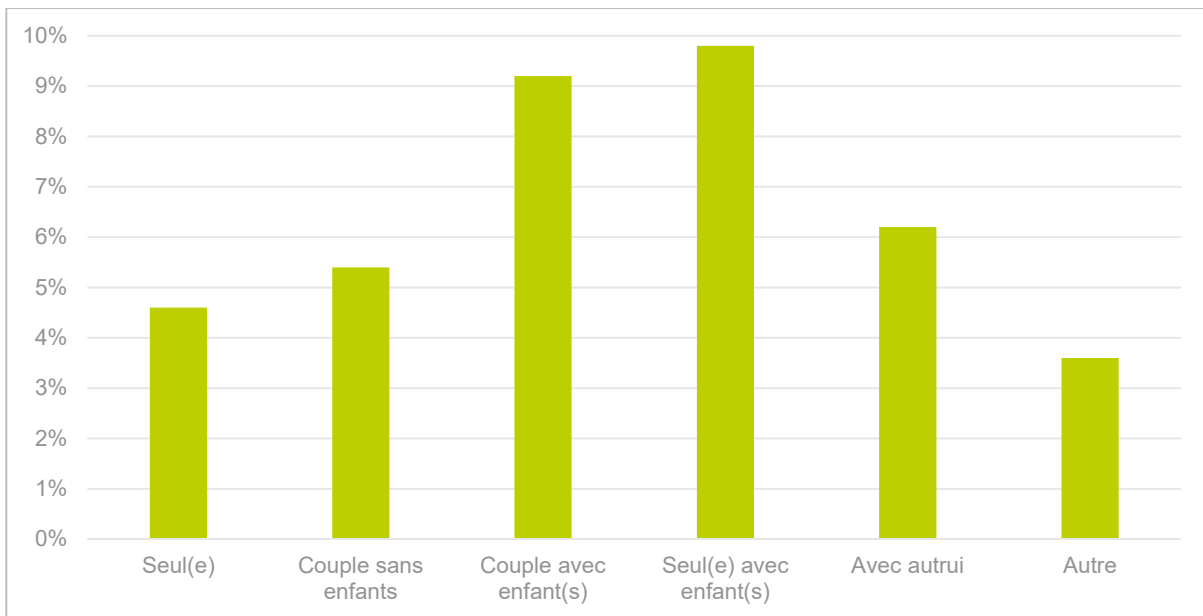
Parmi les personnes âgées de 18 ans et plus ayant déjà utilisé un autotest COVID-19 et ayant eu un résultat positif, 82% ont déclaré avoir fait un test PCR confirmatoire dans un centre de dépistage officiel.

N.B. : Il n'est pas adéquat de réaliser des analyses plus détaillées pour cet indicateur en raison du trop petit nombre d'individus représentés dans certaines catégories des variables sociodémographiques.

**Figure 15 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) ayant un résultat positif parmi celles qui ont réalisé un autotest, par âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



**Figure 16 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) ayant déjà utilisé un autotest et ayant eu un résultat positif, par type de ménage, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 5. Test covid-19 effectué par un professionnel en cas de symptômes légers ou modérés

### 5.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Durant la période précédant les vacances d'hiver (13-23 décembre 2021), 15% de la population âgée de 18 ans et plus a indiqué avoir utilisé, au cours des deux semaines précédant l'enquête, l'outil d'auto-évaluation en ligne qui indique s'il est nécessaire de réaliser un test pour une infection au coronavirus. Au total, 25% ne connaissaient pas l'existence de cet outil. Cet outil est moins utilisé par les 18-29 ans, les 65 ans et plus, les personnes avec un niveau d'éducation plus faible et les habitants de la Wallonie.
- Seules 35% des personnes présentant des symptômes légers à modérés pour lesquelles il est indiqué de faire réaliser un test COVID-19 par un professionnel de la santé se sont effectivement fait tester. Les hommes sont moins susceptibles de s'être fait tester que les femmes, et les personnes de plus de 50 ans sont moins susceptibles de s'être fait tester que les personnes plus jeunes.
- Les raisons les plus courantes invoquées pour ne pas s'être fait tester par un professionnel de la santé étaient les suivantes :
  - ✓ Les symptômes ne justifiaient pas un test (55%) ;
  - ✓ L'autotest était négatif (22%) ;
  - ✓ Les symptômes étaient liés à un autre problème de santé (14%).
- Certaines autres raisons ont été pointées pour ne pas s'être fait tester :
  - ✓ Les médecins généralistes et le gouvernement signalent que le système de santé est surchargé (1,8%) ;
  - ✓ Le médecin généraliste avait dit qu'un test n'était pas nécessaire (1,4%) ;
  - ✓ C'est très compliqué de faire un test (1,2%).

### 5.2. INTRODUCTION

Le site info-coronavirus du gouvernement belge fournit des indications pour savoir dans quels cas les personnes doivent se faire tester. Un outil d'auto-évaluation (« Self Assessment Testing » ou « SAT ») basé sur la définition d'un cas possible de COVID-19 est également disponible sur ce site. Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'estimer si un test COVID-19 s'avère utile.

Dans la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure les personnes ayant des symptômes légers à modérés, et pour lesquelles un test aurait été utile selon l'outil d'auto-évaluation SAT, ont effectivement réalisé un test COVID-19 par un professionnel de la santé (médecin, pharmacien, infirmière, etc.) Il peut dans ce cas aussi bien s'agir d'un test PCR que d'un test antigénique rapide.

Nous avons inclus dans ce groupe cible tous les individus présentant des symptômes légers à modérés pour lesquels un test COVID-19 serait conseillé, et pas seulement les personnes qui avaient effectivement utilisé l'outil d'auto-évaluation.

Plus précisément, cela concerne les personnes qui, au cours des 2 semaines précédant l'enquête, avaient :

- 1) Au moins l'un des symptômes suivants :
  - ✓ Une nette et soudaine atténuation du goût ou de l'odorat sans que le nez soit bouché ;
  - ✓ Une toux (plus qu'un simple toussotement ou chat dans la gorge, pouvant être une toux sèche ou une toux grasse, avec des glaires).

2) Et/ou au moins deux des symptômes suivants :

- ✓ fièvre (sauf si c'est après une vaccination récente) ;
- ✓ se sentir "malade", avoir des douleurs musculaires partout (sauf si c'est après une vaccination récente) ;
- ✓ être très fatigué ou manquer d'énergie ;
- ✓ avoir le nez qui coule ou le nez bouché ;
- ✓ avoir mal de gorge ;
- ✓ avoir des maux de tête ;
- ✓ avoir perdu l'appétit ;
- ✓ avoir des selles liquides, plus de 3 fois par jour (uniquement chez les personnes de plus de 65 ans).

Les personnes diagnostiquées d'une infection COVID-19 au cours des six derniers mois n'ont pas été incluses dans le groupe cible, à moins qu'elles n'aient été en contact étroit avec une personne récemment testée positive à la COVID-19 dans les deux semaines précédant l'enquête.

Ce module a été inclus dans la 9<sup>e</sup> enquête de santé afin d'estimer dans quelle mesure nous sous-estimons les chiffres de l'épidémie parce que des personnes ayant des symptômes légers à modérés ne se font pas nécessairement tester. Il est important d'avoir une idée de l'ampleur de ce phénomène, d'évaluer les différences à ce sujet entre les groupes de population, et de connaître les raisons du non-test. Ce module examine également dans quelle mesure la population connaît et utilise l'outil d'auto-évaluation SAT en ligne.

Pour l'interprétation des résultats, il est faut de tenir compte de la période de collecte des données, soit du 13 au 23 décembre 2021. À cette époque, nous étions au milieu de la 4<sup>e</sup> vague de contaminations au SRAS-CoV-2 et d'autres virus circulaient également.

### 5.3. UTILISATION DE L'OUTIL D'AUTO-ÉVALUATION EN LIGNE (SAT)

Lors de cette 9<sup>e</sup> enquête, 15% des personnes âgées de 18 ans et plus ont déclaré avoir utilisé le SAT au cours des deux semaines précédant l'enquête ; 61% ne l'ont pas utilisé et 25% ne connaissaient pas son existence.

La proportion de personnes qui utilisent le SAT n'est pas différente entre les hommes et les femmes. Les personnes de 30 à 49 ans ont le plus souvent recours à cet outil (20%). Il est moins utilisé dans les groupes de 18 à 29 ans et de 65 ans ou plus (11,5%), ainsi que parmi les personnes de 50-64 ans (13%).

Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (17%) utilisent plus souvent le CAT que les personnes ayant (au plus) un diplôme d'enseignement secondaire (14%), et cette différence est significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

Il existe d'importantes différences régionales. En Région flamande, 19% des personnes disent avoir utilisé le CAT au cours des deux semaines précédant l'enquête. En Région de Bruxelles-Capitale et en Région Wallonne, ce pourcentage est respectivement de 12% et de 8%.

### 5.4. TESTING EN CAS DE SYMPTÔMES LÉGERS À MODÉRÉS

Pendant la période de l'enquête, 44% des personnes âgées de 18 ans et plus répondaient aux critères pour lesquels un test COVID-19 était utile si l'on s'en réfère à la définition de l'outil d'auto-évaluation (CAT).

Les femmes (46%) étaient un peu plus nombreuses que les hommes (43%) à répondre aux critères pour le testing, même après ajustement pour l'âge. Un gradient en fonction de l'âge est également observé. C'est parmi les jeunes de 18-29 ans que l'on trouve le pourcentage le plus élevé de personnes répondant à ces critères (59,5%). Ce pourcentage diminue avec l'âge, passant de 54% dans le groupe des 30-49 ans, à 40% dans celui des 50-64 ans et à 28% dans la groupe des seniors de 65 ans et plus.

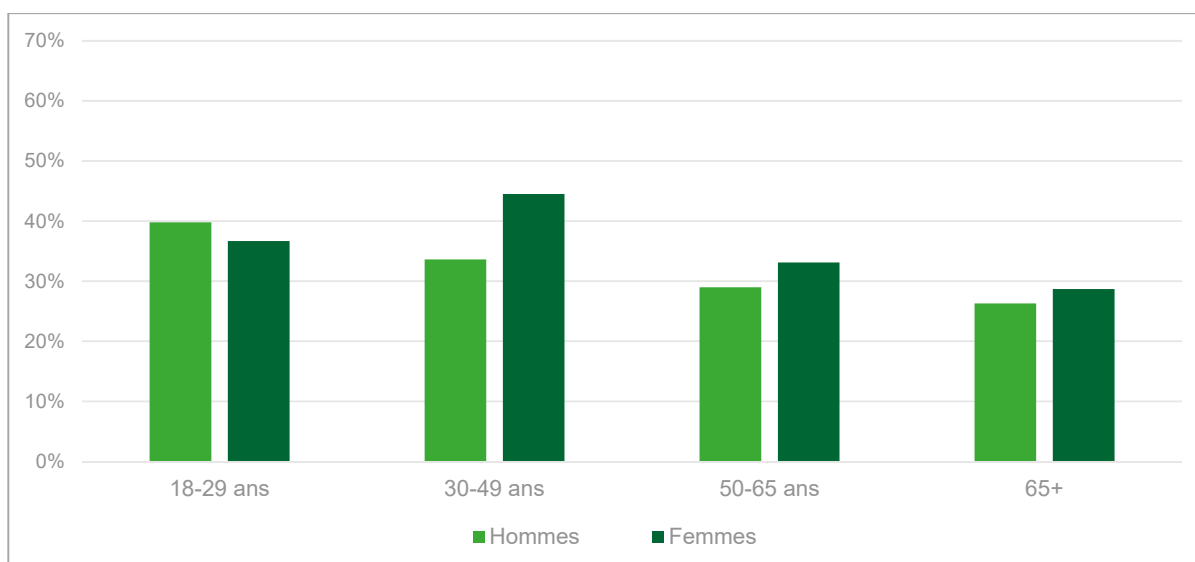


Les personnes répondant aux critères pour un testing COVID-19 sont plus nombreuses parmi celles ayant (au plus) un diplôme de l'enseignement secondaire (45%) que parmi les personnes avec un niveau d'éducation supérieur (44%). La différence est faible, mais significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

En Flandre, le pourcentage de personnes répondant aux critères pour le testing (42%) est significativement moins élevé qu'à Bruxelles (50,5%) et qu'en Wallonie (47%), après ajustement pour l'âge.

Un peu plus d'une personne sur trois âgée de 18 ans et plus (35%) répondant aux critères pour un testing a effectivement été se faire tester par un professionnel de la santé (médecin, pharmacien, infirmier, etc.) pour le COVID-19 en raison des symptômes ressentis. Les femmes sont plus nombreuses à l'avoir fait (38%) que les hommes (32%). Le pourcentage de personnes se faisant tester est plus élevé parmi les 18-29 ans (38%) et 30-49 ans (39%). Après 50 ans, ce pourcentage tombe à 31% des 50-64 ans et à 28% des plus de 65 ans. La Figure 17 montre plus en détail les différences en fonction du sexe et du groupe d'âge. Le pourcentage le plus élevé de personnes qui se font tester se trouve chez les femmes de 30 à 49 ans (44,5%) et le plus faible chez les hommes de plus de 65 ans (26%).

**Figure 17 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) présentant des symptômes légers à modérés pour lesquels un test COVID-19 est utile et qui ont effectivement effectué un test COVID-19 auprès d'un professionnel de la santé, par groupe d'âge et par sexe, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



Il n'y a pas de différence selon le niveau d'éducation et la région de résidence dans la proportion de personnes pour lesquels un test COVID-19 est utile et qui ont effectivement effectué un test COVID-19 auprès d'un professionnel de la santé.

## 5.5. RAISONS DE NE PAS RÉALISER UN TEST EN CAS DE SYMPTÔMES

Les personnes qui auraient dû être testées pour le COVID-19 par un professionnel de santé selon les critères du SAT, mais qui ne l'ont pas été, ont été interrogées sur les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas réalisé un test.

La majorité de ces personnes (55%) ont rapporté n'avoir pas fait faire le test COVID-19 car elles pensaient que leurs symptômes ne le justifiait pas. Plus d'une personne sur cinq (22%) a invoqué un autotest négatif comme raison pour ne pas avoir fait réaliser un test COVID 19 par un professionnel de la santé, et 13,5% ont attribué leurs symptômes à une autre pathologie.

D'autres raisons beaucoup moins fréquentes pour ne pas effectuer un test étaient :

- Les médecins généralistes et le gouvernement signalent que le système de santé est surchargé (1,8%) ;
- Le médecin généraliste avait dit qu'un test n'était pas nécessaire (1,4%) ;
- C'est très compliqué de faire un test (1,2%).

La Figure 18 montre les raisons invoquées pour ne pas s'être fait tester selon le sexe, l'âge et la région de résidence.

**Figure 18 | Distribution (%) des personnes âgées de 18 ans et plus ayant des symptômes légers à modérés nécessitant un test COVID-19, selon les raisons pour lesquelles elles n'ont pas réalisé le testing, par sexe, par âge et par région de résidence, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 6. Plateformes numériques de santé

### 6.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

Avec la pandémie, de nombreuses plateformes de santé numériques sont devenues disponibles, comme l'application Coronalert, le CovidSafeBE, le formulaire de localisation du passager (PLF), le portail MaSanté et la plateforme de rendez-vous pour la vaccination. Nous avons voulu savoir, via cette 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, si ces plateformes étaient souvent utilisées et quelle était l'expérience des utilisateurs :

- L'application CovidSafeBE est la plus utilisée (par 81% des personnes de 18 ans et plus), probablement parce qu'elle sert de billet d'entrée pour l'HORECA, la culture, les installations sportives, les voyages, etc. En revanche, le formulaire PLF est le moins couramment utilisé (44% des personnes de 18 ans et plus), peut-être parce que les gens voyagent moins qu'avant la pandémie, car les voyages à l'étranger sont devenus plus complexes et les gens n'ont pas encore totalement confiance.
- La plupart des plateformes sont utilisées à parts égales par les femmes et les hommes, à l'exception de l'application CovidSafeBE qui est plus souvent utilisée par les hommes.
- Les jeunes adultes de 18 à 29 ans sont ceux qui utilisent le moins l'application Coronalert, le portail MaSanté et la plateforme de rendez-vous pour la vaccination ; les personnes de 65 ans et plus sont celles qui utilisent le moins l'application CovidSafeBE et le PLF.
- Les personnes vivant en couple (avec ou sans enfant(s)) utilisent plus souvent les plateformes numériques que les personnes vivant seules (avec ou sans enfant(s)).
- Toutes les plateformes sont plus souvent utilisées par les personnes plus éduquées que par celles moins éduquées.

Pour ce qui concerne l'expérience que les utilisateurs ont vis-à-vis de ces plateformes :

- Le PLF obtient les pires résultats en termes de besoin d'aide, de facilité d'utilisation et de clarté des informations ; l'application CovidSafeBE, en revanche, obtient les meilleurs résultats en termes de facilité d'utilisation, de clarté des informations et de la poursuite de son utilisation dans le futur.
- Certains ont plus souvent eu besoin de quelqu'un pour les aider à utiliser certaines de ces plateformes. Les femmes avaient plus souvent besoin d'aide pour le PLF et le portail MaSanté ; les jeunes adultes de 18 à 29 ans avaient plus besoin d'aide pour le PLF, le portail MaSanté et la plateforme de rendez-vous pour la vaccination ; les aînés de 65 ans et plus avaient plus souvent besoin d'aide pour l'application Coronalert et l'application CovidSafeBE ; et les personnes moins éduquées ont eu besoin d'aide pour toutes les plateformes évoquées.
- Certains groupes ont trouvé des plateformes moins faciles à utiliser que d'autres. Pour les jeunes adultes, il s'agissait de l'application Coronalert ; pour les moins de 50 ans, du PLF et du portail MaSanté ; pour les plus de 65 ans, l'application CovidSafeBE ; et pour les personnes plus éduquées, le PLF et le portail MaSanté.
- Certains groupes ont trouvé que les informations sur certaines plateformes étaient moins claires. Pour les hommes, il s'agissait de la plateforme de rendez-vous pour la vaccination ; pour les jeunes adultes, il s'agissait de l'application Coronalert, CovidSafeBE, du PLF et de MaSanté ; et pour les personnes plus éduquées, il s'agissait de l'application Coronalert.
- Il est tout de même positif de constater que la majorité des utilisateurs (9 sur 10) prévoit de continuer à utiliser toutes ces plateformes, à l'exception de l'application Coronalert (7 sur 10 l'utiliseront encore).

## 6.2. INTRODUCTION

Depuis la pandémie, de nombreuses plateformes numériques de santé ont été développées pour le public :

- L'application **Coronalert** est une application gratuite qui nous aide à nous protéger mutuellement et à ralentir la propagation du coronavirus (COVID-19). Cette application utilise la technologie pour accélérer la recherche de contacts en Belgique. Vous trouverez plus d'informations sur cette application via ce site web : <https://coronalert.be>.
- L'application **CovidSafeBE** est gratuite et permet de télécharger des certificats COVID-19. C'est un moyen pratique de les avoir toujours à portée de main. Il existe 3 types de certificats enregistrés :
  - ✓ Un certificat de vaccination prouvant que l'on est entièrement vacciné contre le virus COVID-19.
  - ✓ Un certificat de test prouvant que vous avez subi un test COVID-19 avec un résultat négatif.
  - ✓ Un certificat de guérison prouvant que vous êtes remis du COVID-19 après un précédent test positif au COVID-19.

Vous trouverez de plus amples informations sur cette application via ce site web : <https://covidsafe.be>

- Le **formulaire de localisation des passagers (PLF)** est lié aux voyages à l'étranger. Le but est de remplir le PLF dans les 6 mois précédant l'arrivée en Belgique, même si l'on a été entièrement vacciné. Le PLF doit être rempli par toute personne qui se rend, directement ou indirectement, en Belgique, sauf si elle y séjourne moins de 48 heures. Vous trouverez de plus amples informations sur le PLF via ce site web : <https://www.info-coronavirus.be/fr/plf/>.
- Le portail **MaSanté** est un portail de santé en ligne, également connu sous le nom de "Personal Health Viewer". Grâce à cette passerelle centrale, les gens peuvent consulter diverses informations personnelles sur leur propre santé et sur la santé en général. Vous trouverez de plus amples informations sur ce portail via ce site web : [Ma Santé | eHealth \(belgique.be\)](https://www.masantebelgium.be).
- La **plateforme de rendez-vous pour la vaccination** est une plateforme en ligne où l'on peut gérer son rendez-vous pour une vaccination COVID-19. Via le gouvernement fédéral, vous recevez une invitation personnelle (lettre, SMS ou e-mail) avec un code unique avec lequel vous pouvez vous inscrire et gérer votre rendez-vous (confirmer, refuser ou déplacer).

La 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 cherche à connaître la fréquence d'utilisation de ces plateformes, avec la question : « Avez-vous utilisé les plateformes numériques suivantes pendant la pandémie COVID-19 ? » (oui/non). Lorsqu'une réponse affirmative est donnée pour une plateforme, l'expérience avec cette plateforme est également évaluée : la personne a-t-elle eu besoin de l'aide de quelqu'un pour l'utiliser, est-elle facile d'utilisation, les informations sont-elles claires, la personne continuera-t-elle à l'utiliser ou non.

N.B. : Lorsque le terme "significatif" est mentionné dans la discussion des résultats ci-après, il porte sur les différences statistiques entre les pourcentages ajustés pour l'âge et/ou le sexe.

## 6.3. APPLICATION CORONALERT

### 6.3.1. Pourcentage d'adultes ayant utilisé l'application Coronalert

- Un peu plus de la moitié des personnes de 18 ans et plus (54%) ont utilisé l'application Coronalert pendant la pandémie COVID-19 (Figure 19). Les personnes de 50 à 64 ans étaient significativement plus nombreuses (56%) à utiliser cette application que les jeunes adultes de 18 à 29 ans (48%).
- En outre, les personnes vivant en couple avec ou sans enfants (56%) ont plus souvent utilisé cette application que les personnes seules avec enfant(s) (46%). Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (58%) ont également plus souvent utilisé cette application que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (49%).

### 6.3.2. L'expérience avec l'application Coronalert

- Seulement 4% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé l'application Coronalert disent avoir eu besoin de l'aide de quelqu'un pour l'utiliser (Figure 20). Les personnes de plus de 65 ans (6% contre 3% des 30-49 ans et 4% des 50-64 ans) et les personnes moins instruites (5% contre 2% des plus instruites) sont significativement plus nombreuses à dire avoir eu besoin d'aide pour utiliser cette application.
- Par ailleurs, 86% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé l'application Coronalert la trouvent facile à utiliser (Figure 20). Les jeunes adultes de 18 à 29 ans (80% contre 87-88% dans les groupes d'âge plus élevés) sont significativement moins nombreuses à dire que cette application est facile à utiliser.
- Quatre personnes sur cinq de 18 ans et plus (80%) ayant utilisé l'application Coronalert pensent que les informations de cette application sont claires (Figure 20). Les jeunes adultes de 18 à 29 ans (76%) sont significativement moins susceptibles d'indiquer que les informations fournies par cette application sont claires comparé aux personnes âgées de 65 ans et plus (83%). Les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur (76%) sont significativement moins nombreuses à dire que les informations de cette application sont claires que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (82%).
- 71% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé l'application Coronalert disent qu'elles continueront à l'utiliser (Figure 20). Ce pourcentage augmente avec l'âge : 52% chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans, 64% chez ceux âgés de 30 à 49 ans, 78% chez ceux âgés de 50 à 64 ans et 84% chez ceux âgés de 65 ans et plus, avec des différences significatives entre le groupe d'âge le plus jeune et les groupes plus âgés. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (63%) sont significativement moins susceptibles de continuer à utiliser l'application Coronalert que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (76%).

## 6.4. APPLICATION COVIDSAFE-BE

### 6.4.1. Pourcentage d'adultes ayant utilisé l'application CovidSafeBE

- Quatre personnes sur cinq de 18 ans et plus (81%) ont utilisé l'application CovidSafeBE pendant la pandémie de COVID-19 (Figure 19). Les hommes (83%) sont plus nombreux à utiliser l'application que les femmes (80%). À partir de 65 ans (74%), cette application est utilisée moins souvent que dans les groupes d'âge plus jeunes (84% des 18-29 ans, 85% des 30-49 ans et 83% des 50-64 ans).
- Les personnes vivant en couple (82% sans enfants et 86% avec enfant(s)) ont plus souvent utilisé cette application que les personnes vivant seules (75% sans enfants et 79% avec enfant(s)). En outre, les personnes plus éduquées (84%) ont plus souvent utilisé cette application que les personnes moins éduquées (80%).

### 6.4.2. Expérience avec l'application CovidSafeBE

- 6% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé l'application CovidSafeBE disent avoir eu besoin de l'aide de quelqu'un pour l'utiliser (Figure 20). Les personnes de 65 ans et plus (9% contre 4% des 30-49

ans et 6% des 50-64 ans) et celles ayant un faible niveau d'éducation (6% contre 5% des personnes ayant un niveau d'éducation supérieur) sont significativement plus susceptibles de dire qu'elles ont eu besoin d'aide pour utiliser cette application.

- 94% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé l'application CovidSafeBE la trouvent facile à utiliser (Figure 20). Les personnes de plus de 65 ans (91% contre 95% des 30-49 ans et 94% des 50-64 ans) sont significativement moins susceptibles de dire que cette application est facile à utiliser.
- 92% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé CovidSafeBE pensent que les informations de cette application sont claires (Figure 20). Les jeunes adultes de 18 à 29 ans (89%) sont moins susceptibles de dire que les informations de cette application sont claires par rapport à ceux âgés de 50 à 65 ans (94%).
- 94% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé l'application CovidSafeBE disent qu'elles continueront à l'utiliser (Figure 20). Les femmes (94%) sont plus susceptibles que les hommes (93%) à continuer à l'utiliser. Ce pourcentage augmente avec l'âge : 90% chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans, 92% chez ceux de 30 à 49 ans et 96% chez ceux de 50 ans et plus, avec des différences significatives entre le groupe d'âge le plus jeune et celui des 50 ans et plus. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (94%) sont plus susceptibles de continuer à utiliser l'application CovidSafeBE que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (93%).

## 6.5. FORMULAIRE DE LOCALISATION DES PASSAGERS (PLF)

### 6.5.1. Pourcentage d'adultes ayant utilisé le PLF

- Un peu plus de deux personnes sur cinq âgées de 18 ans et plus (44%) ont utilisé le formulaire de localisation des passagers (PLF) pendant la pandémie COVID-19 (Figure 19). À partir de 65 ans (35%), le PLF est nettement moins utilisé par rapport aux groupes d'âge plus jeunes (46% des 18-29 ans, 49% des 30-49 ans et 46% des 50-64 ans).
- Les personnes vivant en couple (49% sans enfants et 50% avec enfant(s)) ont utilisé le PLF significativement plus souvent que les personnes vivant seules (33% sans enfants et 36% avec enfant(s)). En outre, les personnes les plus instruites (56%) ont utilisé le PLF beaucoup plus souvent que les personnes moins instruites (38%).

### 6.5.2. Expérience avec le PLF

- 12% des personnes âgées de 18 ans et plus ayant utilisé le PLF disent avoir eu besoin de l'aide de quelqu'un pour l'utiliser (Figure 20). Les femmes (15%) sont presque deux fois plus susceptibles que les hommes (8%) de dire qu'elles ont eu besoin de l'aide de quelqu'un pour utiliser le PLF, une différence significative. Par rapport aux 30-49 ans (7%), les autres groupes d'âge indiquent significativement plus souvent qu'ils ont eu besoin de l'aide de quelqu'un : 10% des 50-64 ans, 16% des 65 ans et plus et 20% des jeunes adultes de 18-29 ans, soit presque 3 fois plus souvent que le groupe de référence (30-49 ans). En outre, les personnes moins instruites (14%) sont beaucoup plus susceptibles que les personnes plus instruites (8%) d'indiquer qu'elles ont eu besoin de l'aide de quelqu'un pour utiliser le PLF.
- 66% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le PLF estiment qu'il est facile à utiliser (Figure 20). Les personnes de plus de 50 ans (69% des 50-64 ans et 70% des 65 ans et plus) sont significativement plus susceptibles que les plus jeunes (60% des 18-29 ans et 63% des 30-49 ans) de trouver le PLF facile à utiliser. En outre, les personnes moins instruites (68%) sont également plus susceptibles de dire que le PLF est facile à utiliser les personnes plus instruites (63%).
- 71% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le PLF estiment que les informations du PLF sont claires (Figure 20). Le pourcentage de personnes qui estiment que les informations du PLF sont claires augmente avec l'âge : 67% des 18-29 ans, 69% des 30-49 ans, 73% des 50-64 ans et 78% des plus de 65 ans, la différence entre les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés étant significative.

- 88% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le PLF disent qu'elles continueront à l'utiliser (Figure 20). Les femmes (90%) sont nettement plus susceptibles de continuer à utiliser le PLF que les hommes (86%). Les personnes de 50 ans et plus (92% des 50-64 ans et 93% des 65 ans et plus) sont significativement plus susceptibles de continuer à utiliser le PLF que les plus jeunes (84% des 18-29 ans et des 30-49 ans).

## 6.6. PORTAIL MASANTÉ

### 6.6.1. Pourcentage d'adultes ayant utilisé MaSanté

- Près des trois quarts des personnes de 18 ans et plus (72%) ont utilisé le portail MaSanté pendant la pandémie de COVID-19 (Figure 19). Ce portail est plus souvent utilisé par les 30-49 ans (76%) et les 50-64 ans (75%) que par les jeunes adultes de 18-29 ans (66%) et les 65+ (65%).
- Les personnes vivant en couple (72% sans enfants et 79% avec enfant(s)) ont plus souvent utilisé ce portail que les personnes vivant seules (64%). En outre, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (78%) ont plus souvent utilisé cette application que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (68%).

### 6.6.2. Expérience avec le portail MaSanté

- Seulement 7% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le portail MaSanté indiquent avoir eu besoin de l'aide de quelqu'un pour l'utiliser (Figure 20). Les femmes (9%) sont significativement plus nombreuses que les hommes (5%) à indiquer qu'elles ont eu besoin de l'aide de quelqu'un pour utiliser MaSanté. Les jeunes adultes de 18 à 29 ans (13%) sont significativement plus nombreux que ceux âgés de 30 à 64 ans (6% des 30-49 ans et 5% des 50-64 ans) à dire qu'ils ont eu besoin de l'aide de quelqu'un pour utiliser ce portail. Les personnes moins instruites (8%) sont significativement plus susceptibles de dire qu'elles ont eu besoin d'aide pour utiliser ce portail MaSanté que les personnes plus instruites (5%).
- 80% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le portail MaSanté trouvent cela facile à utiliser (Figure 20). Les personnes de 50 ans et plus (86% des 50-64 ans et 84% des 65 ans et plus) sont plus susceptibles de dire que ce portail est facile à utiliser, avec des différences significatives entre les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés. Les personnes moins instruites (82%) sont significativement plus susceptibles de dire que ce portail est facile à utiliser que les personnes plus instruites (78%).
- 83% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le portail MaSanté pensent que les informations fournies par ce portail sont claires (Figure 20). Par rapport aux personnes de 30 à 49 ans (80%), les jeunes adultes de 18 à 29 ans (74%) sont significativement moins susceptibles de dire que les informations de ce portail sont claires, et les personnes de 50 ans et plus (88% des 50-64 ans et 87% des 65 ans et plus) sont significativement plus susceptibles de le dire.
- 94% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé le portail MaSanté disent qu'elles continueront à l'utiliser (Figure 20). Par rapport aux 30-49 ans (95%), les jeunes adultes de 18 à 29 ans (86%) sont significativement moins susceptibles de continuer à utiliser le portail MaSanté et ceux de 50 ans et plus (96% des 50-64 ans et 96% des 65 ans et plus) sont significativement plus susceptibles de continuer à utiliser ce portail. Les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur (95%) sont significativement plus susceptibles de continuer à l'utiliser que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (93%).

## 6.7. PLATEFORME DE RENDEZ-VOUS DE VACCINATION

### 6.7.1. Pourcentage d'adultes utilisant la plateforme de rendez-vous de vaccination

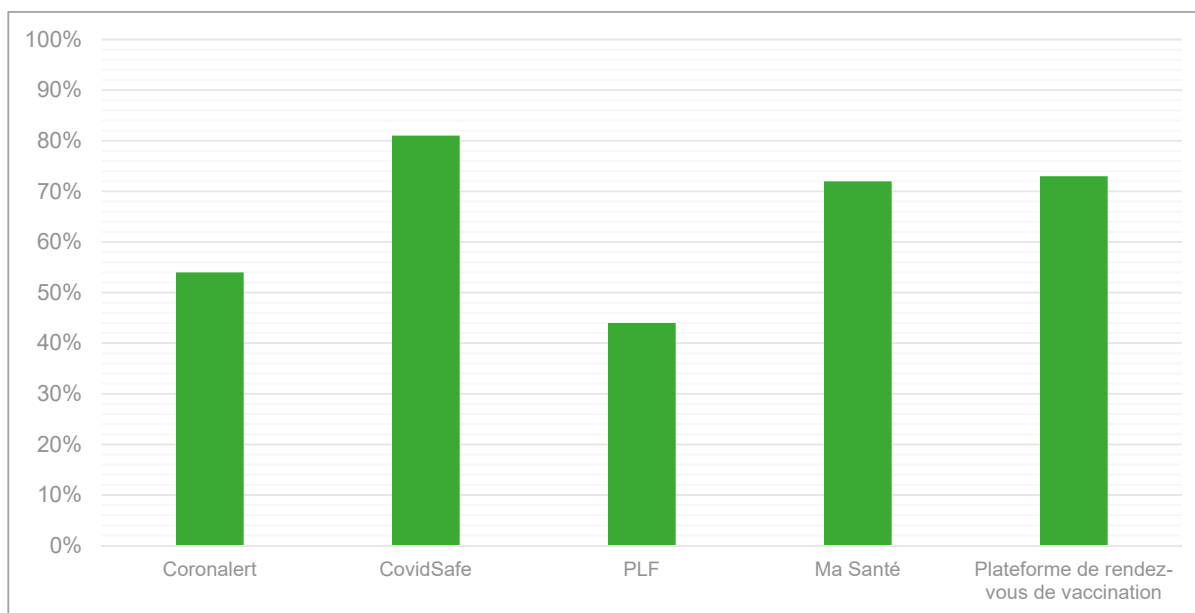
- Près des trois quarts des personnes de 18 ans et plus (73%) ont utilisé la plateforme de rendez-vous de vaccination pendant la pandémie COVID-19 (Figure 19). Les personnes de plus de 50 ans (77% des 50-64 ans et 76% des 65 ans) sont significativement plus susceptibles d'utiliser cette plateforme que les jeunes adultes de 18 à 29 ans (67%).

- Les personnes vivant seules avec des enfants (67%) sont significativement moins susceptibles d'utiliser cette plateforme que les personnes vivant seules sans enfants (73%) et les personnes vivant en couple avec ou sans enfants (74% et 77% respectivement). En outre, les personnes les plus instruites (76%) ont plus souvent utilisé cette plateforme que les personnes les moins instruites (72%).

### 6.7.2. Expérience avec la plateforme de rendez-vous de vaccination

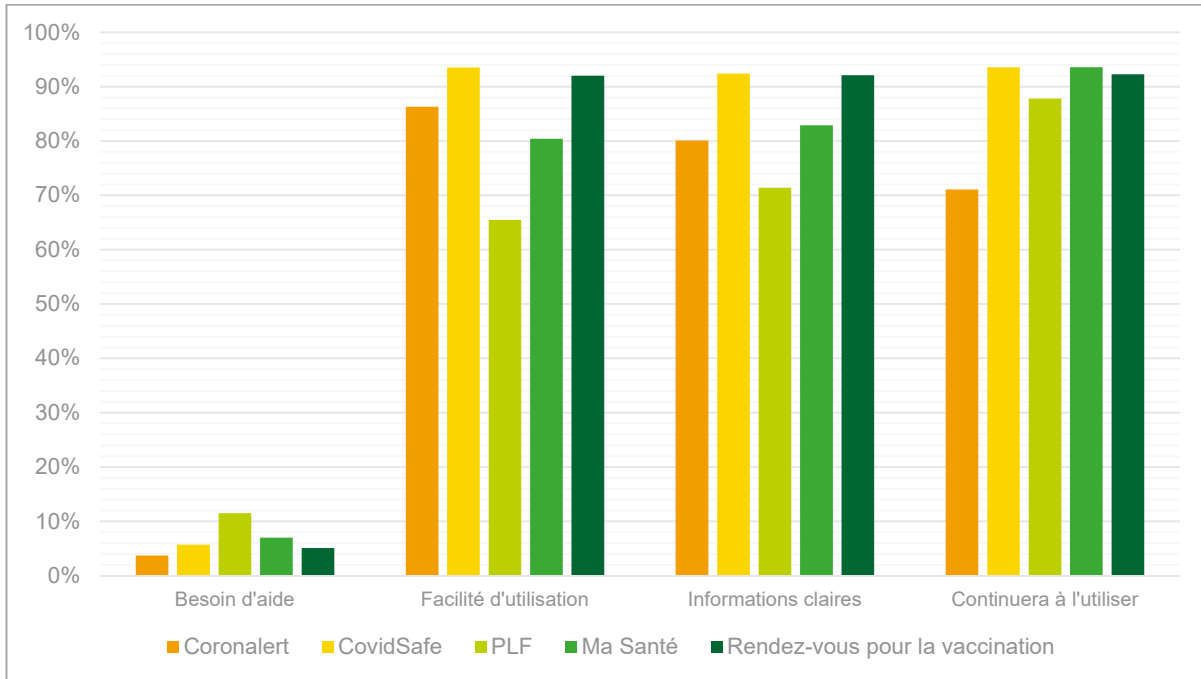
- Seulement 5% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé la plateforme de rendez-vous de vaccination ont indiqué avoir eu besoin de l'aide de quelqu'un pour l'utiliser (Figure 20). Les jeunes adultes de 18 à 29 ans (10%) sont significativement plus susceptibles que ceux âgés de 30 à 49 ans (4%) d'indiquer qu'ils ont eu besoin de l'aide de quelqu'un pour utiliser cette plateforme. Les personnes moins instruites (6%) sont significativement plus susceptibles d'indiquer qu'elles ont besoin d'aide que les personnes plus instruites (4%).
- 92% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé la plateforme de rendez-vous de vaccination la trouvent facile à utiliser (Figure 20). Il n'y a pas de différences significatives selon le sexe, l'âge et le niveau d'éducation.
- 92% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé la plateforme de rendez-vous de vaccination estiment que les informations fournies par cette plateforme sont claires (Figure 20). Les femmes (93%) sont significativement plus susceptibles que les hommes (91%) d'indiquer que les informations de cette plateforme sont claires.
- 92% des personnes de 18 ans et plus ayant utilisé la plateforme de rendez-vous de vaccination disent qu'elles continueront à l'utiliser (Figure 20). Par rapport aux personnes de 30 à 49 ans (92%), les jeunes adultes de 18 à 29 ans (83%) sont significativement moins susceptibles de continuer à utiliser cette plateforme de prise de rendez-vous et les personnes âgées de 50 ans et plus (95%) sont quant à elles significativement plus susceptibles de continuer à l'utiliser. Les personnes les plus éduquées (93%) sont significativement plus susceptibles de continuer à utiliser cette plateforme de prise de rendez-vous pour la vaccination que les personnes les moins éduquées (92%).

**Figure 19 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) ayant utilisé les plateformes numériques suivantes pendant la pandémie de COVID-19, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**





**Figure 20 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) selon l'expérience qu'elles ont eu à utiliser les plateformes numériques suivantes, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 7. Littératie en santé digitale et littératie vaccinale

### 7.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Le niveau de littératie en santé digitale est plus élevé parmi les personnes d'âge moyen et les personnes ayant un diplôme d'études supérieures.
- L'utilisation des applications ou plateformes numériques de santé recommandées par les autorités augmente avec le niveau de littératie en santé digitale.
- Le respect des mesures préventives en vigueur augmente avec le niveau de littératie en santé digitale.
- Le niveau de littératie vaccinal augmente avec l'âge et avec le niveau d'éducation.
- Le niveau de littératie vaccinal n'est pas associé significativement avec le fait d'être ou non vacciné contre le COVID-19.
- Un niveau de littératie vaccinal élevé est par contre associé à un avis plus favorable sur les vaccins contre le COVID-19 et sur l'approbation de l'obligation vaccinale par les employeurs.

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. Ce concept comprend différentes composantes, et ici nous examinerons deux composantes : la littératie en santé digitale et la littératie vaccinale.

### 7.2. LITTÉRATIE EN SANTÉ DIGITALE

Dans le contexte de la pandémie du COVID-19, il y a une surabondance d'informations qui circulent sur le coronavirus, y compris des informations en ligne. De plus, la disponibilité des ressources numériques liées à la santé s'est accrue, et les autorités ont encouragé les citoyens à utiliser ces ressources, comme par exemple, la prise de rendez-vous en ligne ou les téléconsultations. Dans ce contexte, il est important d'examiner les compétences en santé digitale de la population.

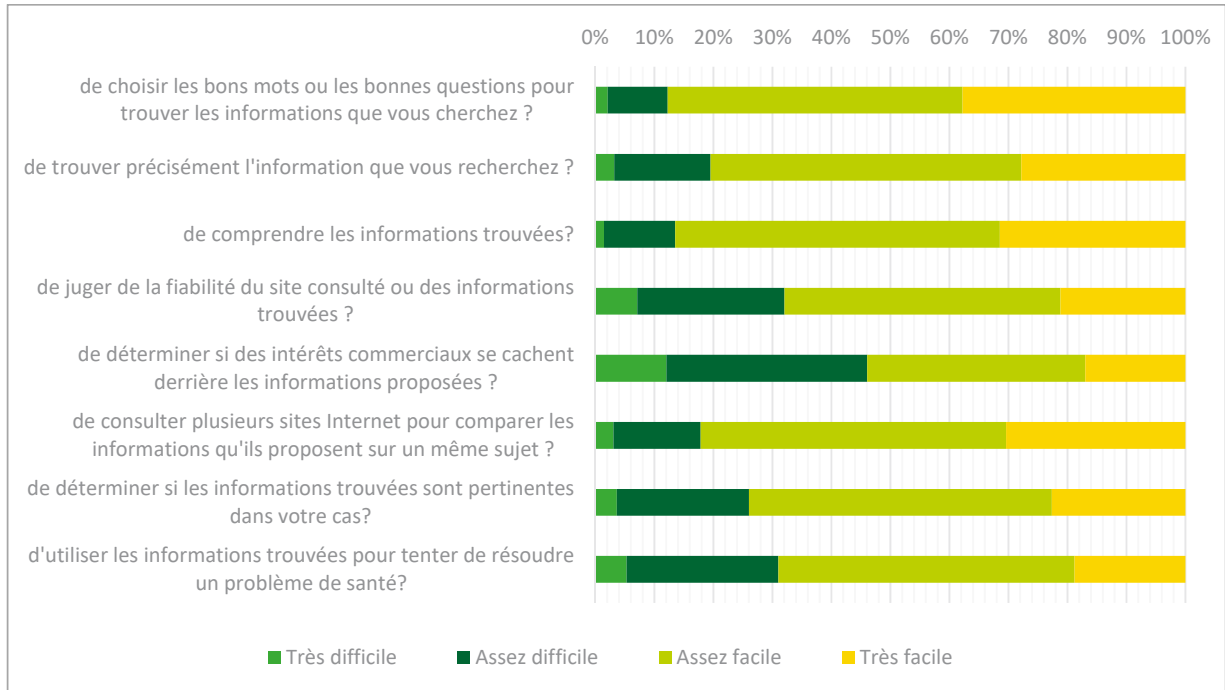
Pour mesurer la littératie en santé digitale, nous avons utilisé le questionnaire de l'enquête européenne sur la littératie en matière de santé, élaboré par le consortium international M-POHL<sup>3</sup>. Ce dernier évalue le degré de difficulté de 8 items (voir Figure 21) sur une échelle à 4 points allant de très facile à très difficile. Pour chaque item, nous avons créé un indicateur qui différencie entre les réponses « très facile », « assez facile » d'une part, et les réponses « assez difficile » et « très difficile » d'autre part. Nous avons ensuite calculé la somme des réponses faciles obtenues pour chaque individu, 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 digitale plus élevé. Sur base de ce score, nous avons créé trois catégories de littératie en santé digitale : niveau faible, niveau intermédiaire, niveau élevé.

Il n'est pas surprenant dans une enquête en ligne de trouver qu'une proportion assez importante de la population perçoit les différents items comme étant faciles. Par contre, on identifie plus de difficulté pour certains items : 26% des personnes estiment qu'il est difficile de déterminer si les informations trouvées en ligne sont pertinentes dans leur cas, 31% estiment qu'il est difficile d'utiliser les informations trouvées pour tenter de résoudre un problème de santé, 32% estiment qu'il est difficile de juger de la fiabilité du site consulté ou des informations trouvées, et 46% estiment qu'il est difficile de déterminer si des intérêts commerciaux se cachent derrière les informations proposées (Figure 21).

---

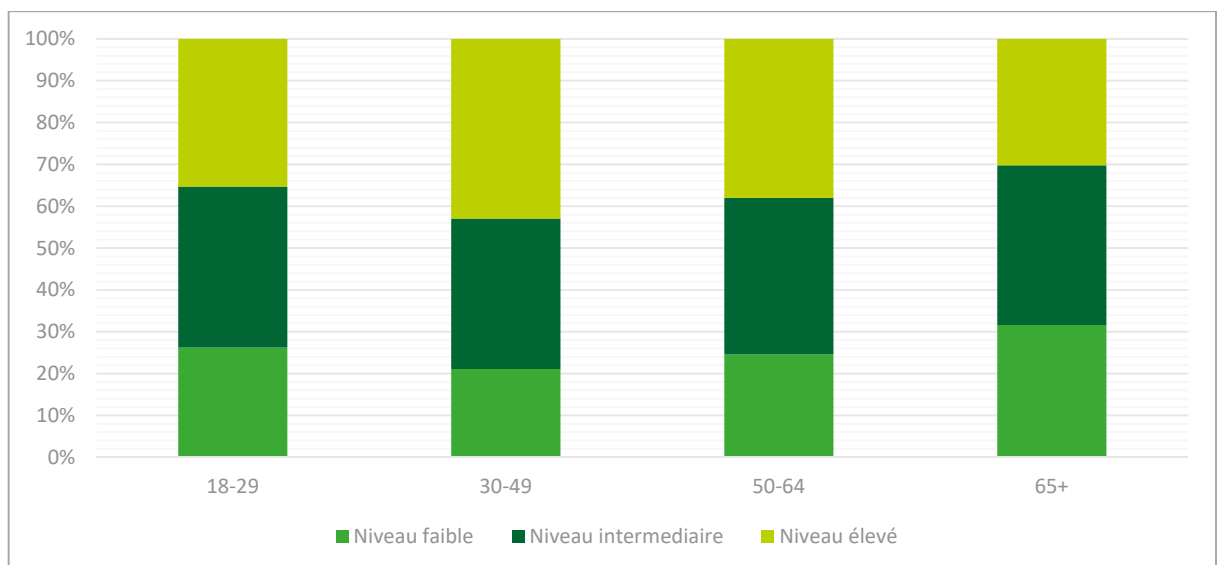
<sup>3</sup> [https://m-pohl.net/HLS19\\_Project](https://m-pohl.net/HLS19_Project)

**Figure 21 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon le degré de facilité ou difficulté par rapport aux 8 items de littératie en santé digitale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**

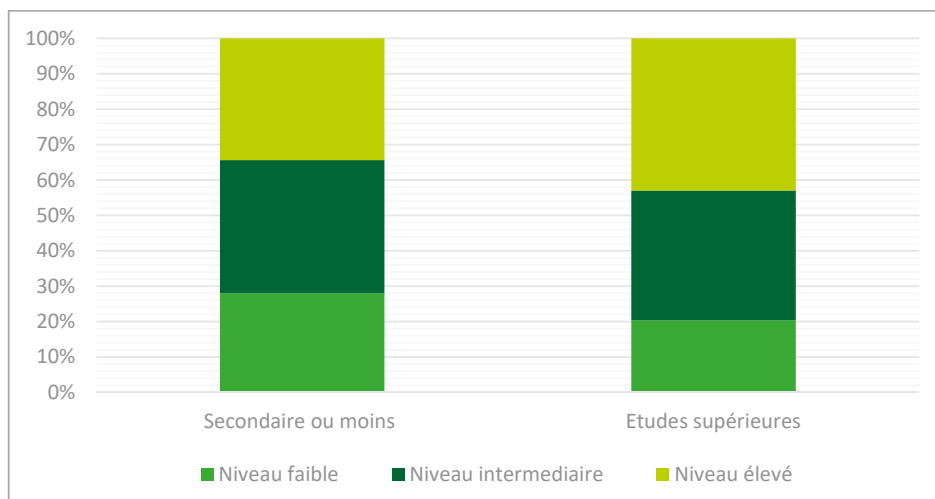


Comme pour la littératie en santé (voir le rapport de la quatrième enquête de santé COVID-19), la littératie en santé digitale est associée avec des facteurs sociodémographiques. Le niveau de littératie en santé digitale varie selon l'âge (Figure 22) : 43% des personnes âgées de 30 à 49 ans ont un niveau de littératie élevé contre 30% des personnes âgées de 65 ans et plus. Le niveau de littératie en santé digitale augmente avec le niveau d'instruction (Figure 23) : 34% des personnes ayant tout au plus un diplôme d'études secondaires ont un niveau de littératie élevé contre 43% des personnes ayant un diplôme d'études supérieures.

**Figure 22 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de littératie en santé digitale, par âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



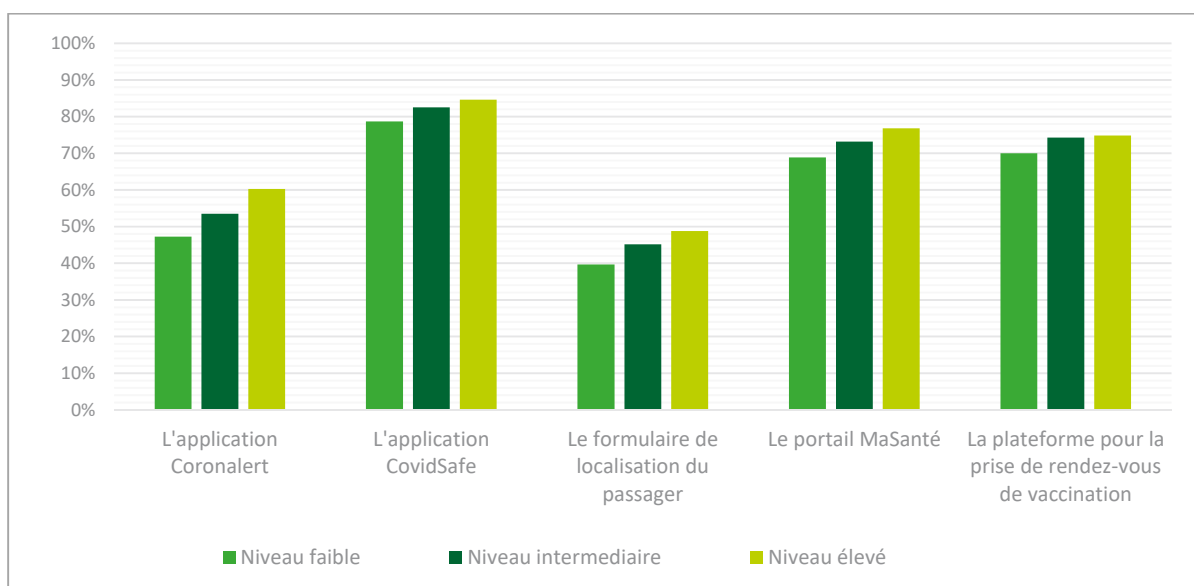
**Figure 23 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de littératie en santé digitale, par niveau d'éducation, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



### 7.3. LITTÉRATIE EN SANTÉ DIGITALE ET COMPORTEMENTS

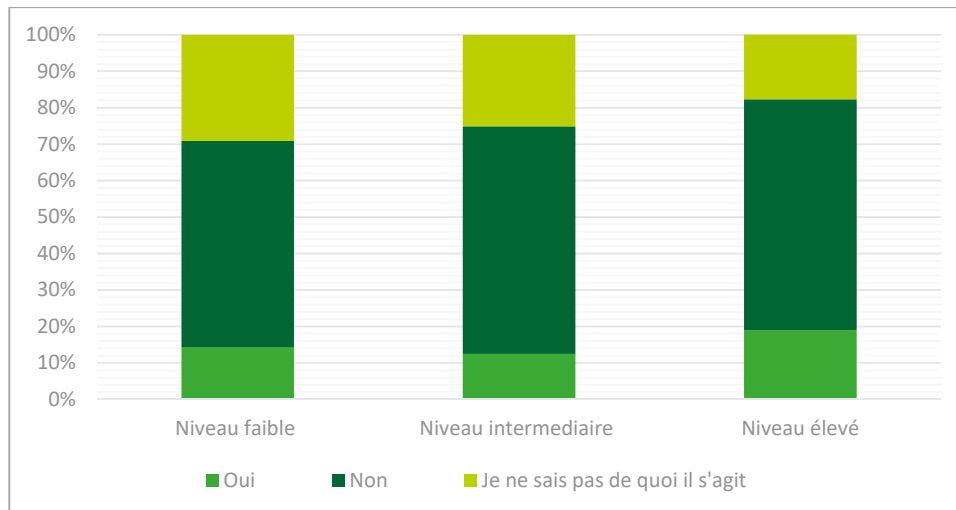
La littératie en santé digitale peut avoir un impact sur l'utilisation des plateformes numériques de santé et sur le respect des mesures préventives mises en place pour freiner la propagation du coronavirus. La Figure 24 montre que l'utilisation des applications ou plateformes numériques de santé recommandées par les autorités augmente avec le niveau de littératie en santé digitale. Pour l'utilisation de l'application Coronalert, par exemple, il y a une différence de 12 points de pourcentage entre le niveau élevé et le niveau faible de littératie ; cette différence n'est que de 5 points de pourcentage pour la plateforme de prise de rendez-vous de vaccination en ligne. Ces associations restent statistiquement significatives même après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

**Figure 24 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui ont utilisé l'une des applications ou plateformes numériques de santé recommandées par les autorités pendant la pandémie de COVID-19, selon le niveau de littératie en santé digitale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**

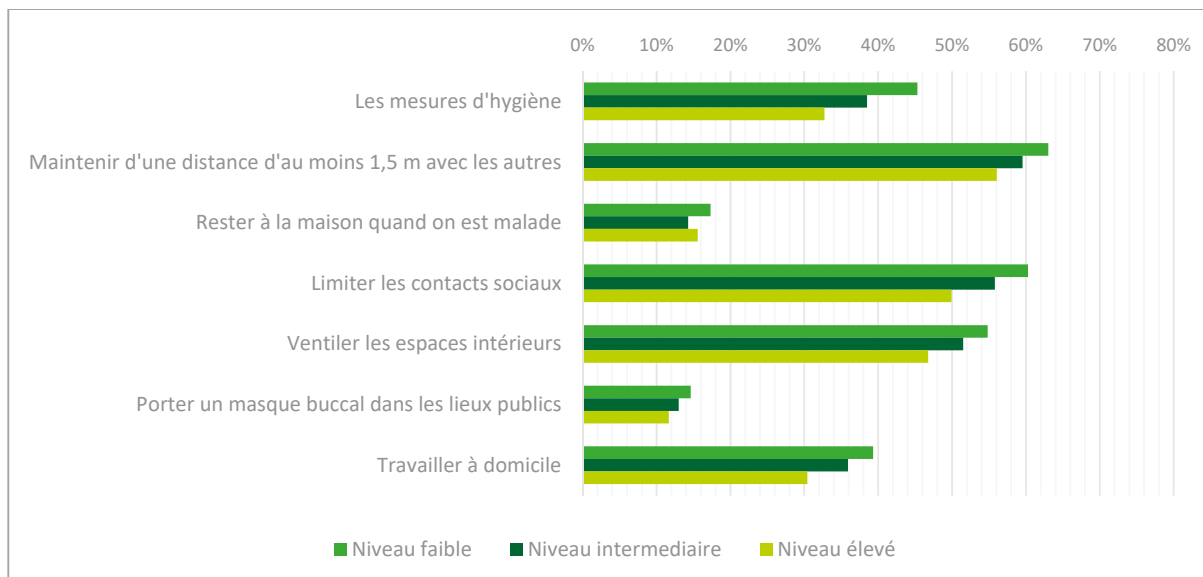


On retrouve le même pattern si l'on considère la proportion de personnes qui rapporte avoir utilisé au cours des 2 dernières semaines le questionnaire en ligne fourni par les autorités belges pour évaluer l'utilité d'un test COVID-19. En d'autres termes, la connaissance et l'utilisation de ce questionnaire augmente au fur à mesure que la littératie en santé digitale augmente : 29% des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé digitale ne savent pas de quoi il s'agit contre 18% des personnes ayant un niveau élevé ; 14% des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé digitale ont utilisé ce questionnaire contre 19% des personnes ayant un niveau élevé. Cette association reste statistiquement significative même après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

**Figure 25 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon leur connaissance et utilisation, au cours des 2 dernières semaines, du questionnaire en ligne fourni par les autorités belges pour évaluer l'utilité d'un test COVID-19, par niveau de littératie en santé digitale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



**Figure 26 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent ne pas respecter strictement les mesures en vigueur, selon le niveau de littératie en santé, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



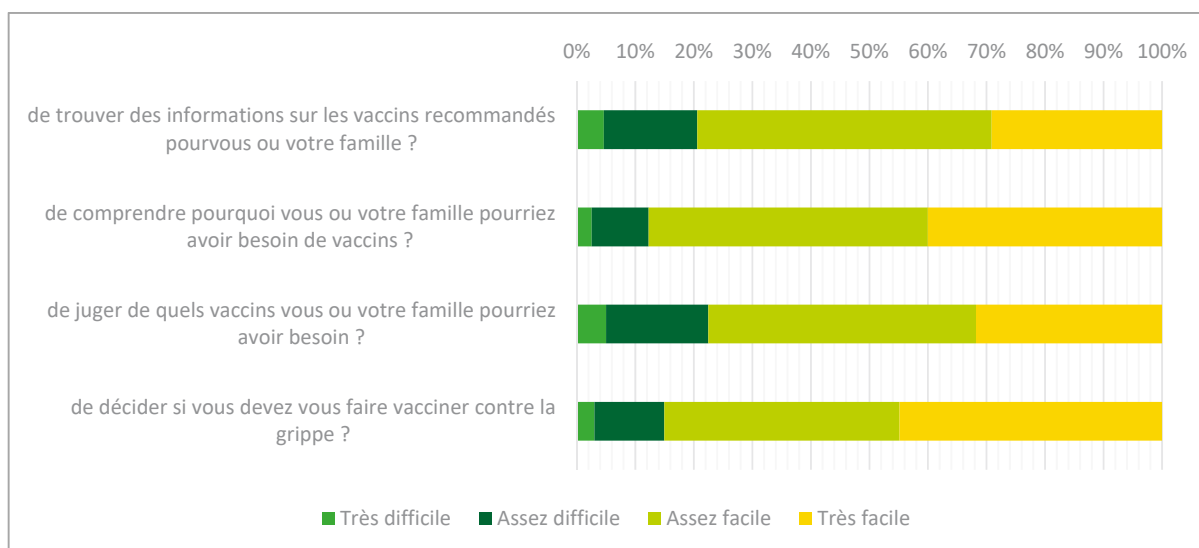
De même, la littératie en santé digitale est associée au respect des mesures en vigueur ; ainsi, le non-respect des mesures augmente au fur à mesure que la littératie en santé digitale diminue (Figure 26). Par exemple, 45% des personnes ayant un faible niveau de littératie rapportent ne pas avoir respecté strictement les mesures d'hygiène au cours des 2 dernières semaines contre 33% des personnes ayant un niveau élevé. Les différences entre niveaux de littératie sont moindres en ce qui concerne le port du masque buccal et le fait de rester à la maison en cas de maladie. Ces associations restent statistiquement significatives même après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

#### 7.4. LITTÉRATIE VACCINALE

Dans le contexte de la crise du COVID-19, où la question de la vaccination est devenue primordiale, il nous semble opportun d'examiner la littératie vaccinale. Le concept de « littératie vaccinale » considère la littératie en santé du point de vue des connaissances et attitudes vis-à-vis des vaccins pour mieux comprendre les déterminants du taux de couverture vaccinale. Le concept de « littératie vaccinale » est proposé comme une approche pour améliorer la couverture vaccinale de la population.

Pour mesurer la littératie en santé vaccinale, nous avons également utilisé le questionnaire de l'enquête européenne sur la littératie en matière de santé, élaboré par le consortium international M-POHL<sup>4</sup>. Ce dernier évalue le degré de difficulté de 4 items (voir figure 27) sur une échelle à 4 points allant de très facile à très difficile. Pour chaque item, nous avons créé un indicateur qui différencie entre les réponses « très facile », « assez facile » d'une part, et les réponses « assez difficile » et « très difficile » d'autre part. Nous avons ensuite calculé la somme des réponses faciles obtenues pour chaque individu, 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 vaccinale plus élevé. Sur base de ce score, nous avons créé trois catégories de littératie vaccinale : niveau faible, niveau intermédiaire, niveau élevé.

**Figure 27 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon le degré de facilité ou difficulté par rapport aux 4 items de littératie vaccinale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**

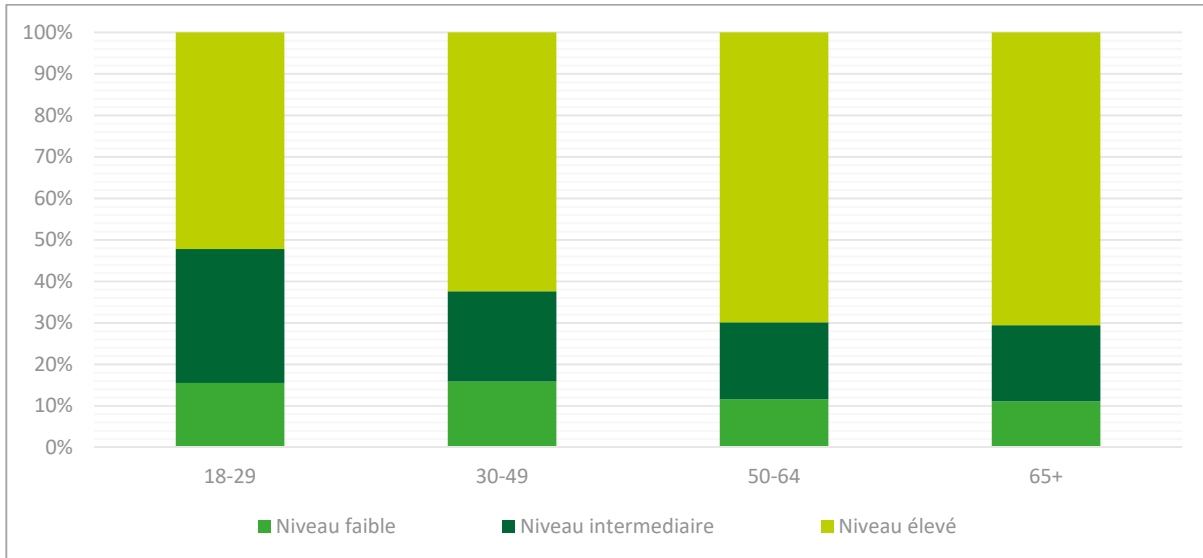


Une proportion assez importante de la population perçoit les différents items comme étant faciles. Deux items semblent moins faciles que les autres : en effet, 21% des personnes estiment qu'il est difficile de trouver des informations sur les vaccins recommandés pour eux ou leur famille, 22,5% des personnes trouvent difficile de juger quels sont les vaccins dont ils pourraient avoir besoin pour eux-mêmes ou leur famille (Figure 27).

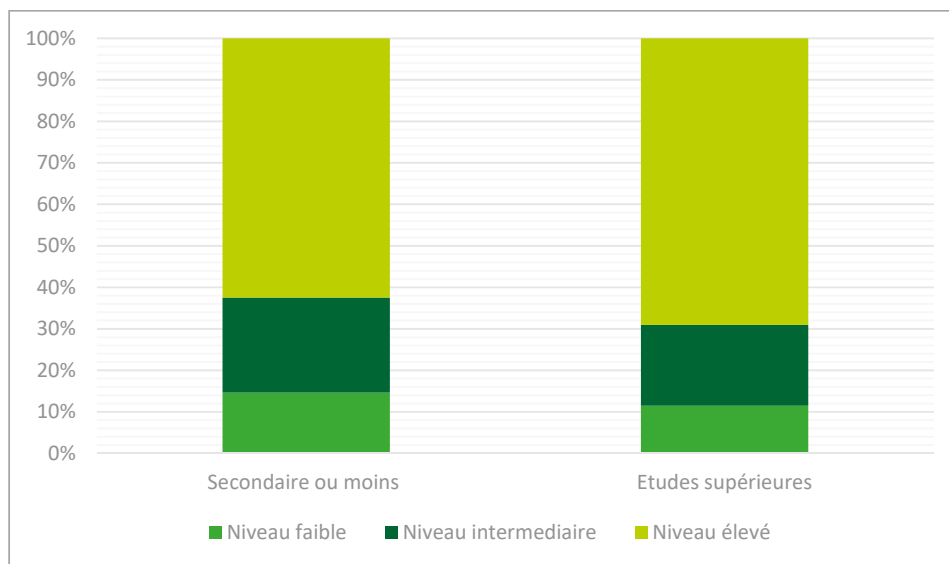
<sup>4</sup> [https://m-pohl.net/HLS19\\_Project](https://m-pohl.net/HLS19_Project)

La littératie en santé vaccinale est associée avec des facteurs sociodémographiques. Le niveau de littératie augmente l'âge (Figure 28) : 52% des personnes âgées de 18 à 29 ans ont un niveau de littératie élevé contre 71% des personnes âgées de 65 ans et plus. De même, le niveau de littératie vaccinale augmente avec le niveau d'instruction (Figure 29) : 62,5% des personnes ayant tout au plus un diplôme d'études secondaires ont un niveau de littératie élevé contre 69% des personnes ayant un diplôme d'études supérieures.

**Figure 28 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de littératie vaccinale, par âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



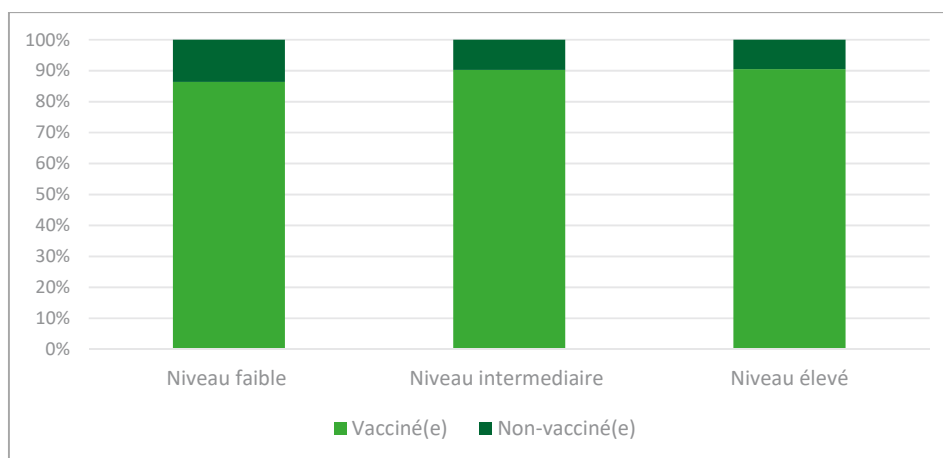
**Figure 29 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de littératie vaccinale, par niveau d'éducation, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 7.5. LITTÉRATIE VACCINALE ET COMPORTEMENTS

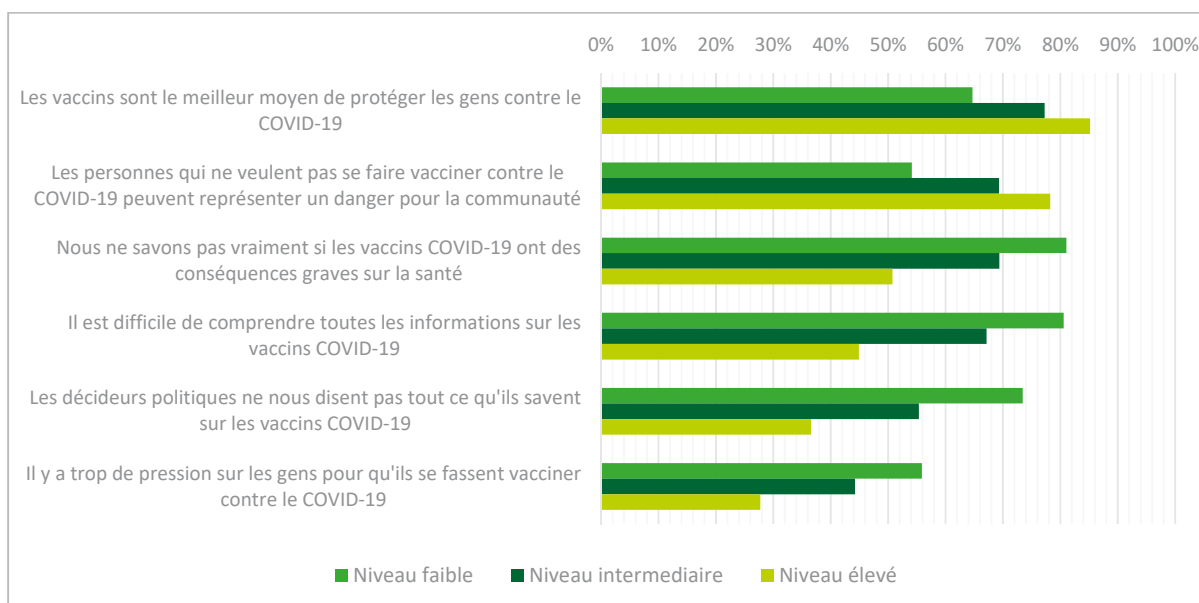
On s'attendrait à ce que le niveau de littératie vaccinale soit associé au fait d'être ou non vacciné(e), mais ce n'est pas le cas. Parmi les personnes ayant un faible niveau de littératie, 14% sont non-vaccinées contre 9% à 10% des personnes ayant un niveau plus élevé (Figure 30). Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative.

**Figure 30 | Distribution (%) des personnes (18 ans et plus) selon leur statut vaccinal, par niveau de littératie vaccinale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



On trouve par contre une différence importante selon le niveau de littératie vaccinale en ce qui concerne les opinions sur les vaccins (Figures 30 et 31). Par exemple, 85% des personnes ayant un niveau de littératie vaccinale élevé sont (tout à fait) d'accord avec l'affirmation que les vaccins sont le meilleur moyen de protéger contre le COVID-19 pour 65% des personnes qui ont un faible niveau de littératie. Ces associations restent statistiquement significatives même après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

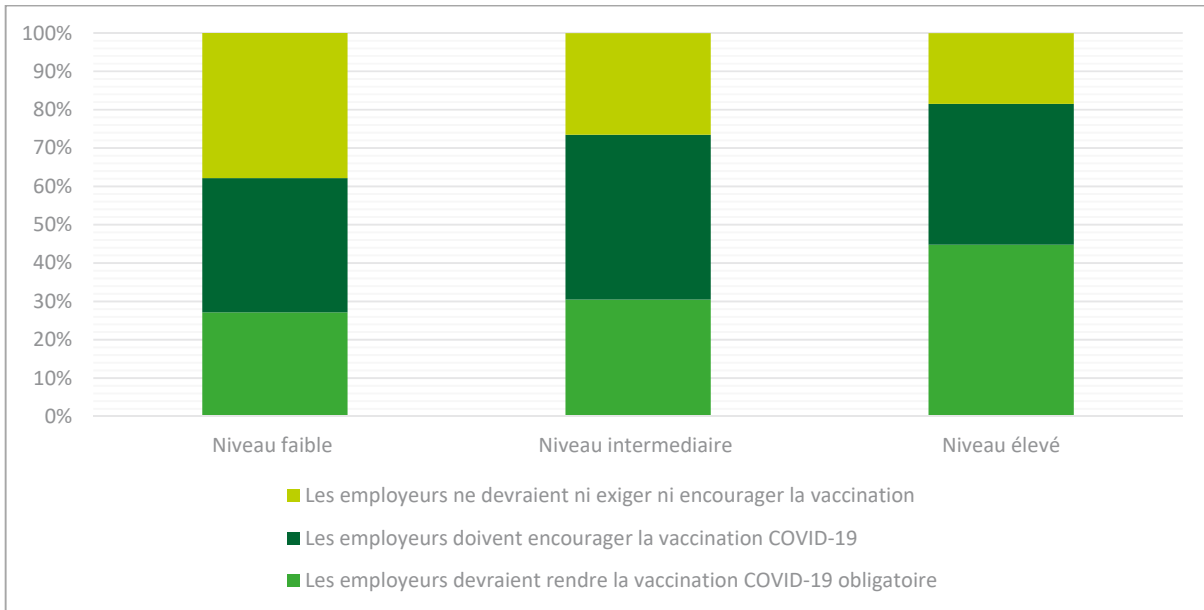
**Figure 31 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui sont d'accord ou tout à fait d'accord avec les affirmations ci-dessous concernant les vaccins COVID-19, selon le niveau de littératie vaccinale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**





Les personnes ayant un niveau de littératie vaccinale élevé ont plus tendance à être d'accord avec l'affirmation que les employeurs devraient rendre la vaccination contre le COVID-19 obligatoire : 45% des personnes ayant un niveau élevé contre 27% des personnes ayant un faible niveau. Cette association reste statistiquement significative même après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction (Figure 32).

**Figure 32 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur avis quant à la position de l'employeur envers l'obligation vaccinale, selon le niveau de littératie vaccinale, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



## 8. Santé sociale

Ce module est repris dans chacune des enquêtes de santé COVID-19. Cela nous permet d'étudier l'évolution de la santé sociale tout au long de la crise du coronavirus.

### 8.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 51% des personnes âgées de 18 ans et plus sont insatisfaites de leurs contacts sociaux.
- 37% des personnes âgées de 18 ans et plus ne se sentent pas suffisamment soutenues par leur entourage.
- 28% des personnes âgées de 18 ans et plus souffrent d'un sentiment de grande solitude

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

Lors de cette 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, 51% des personnes âgées de 18 ans et plus ont déclaré être insatisfaites de leurs contacts sociaux<sup>5</sup>. Il s'agit d'une forte augmentation par rapport à la 8<sup>e</sup> enquête réalisée en octobre 2021 (soit 19%). L'évolution de cet indicateur au cours de la crise varie en fonction des mesures de restrictions sociales mises en place pour éviter la propagation du virus. Au moment de cette 9<sup>e</sup> enquête (décembre 2021), les règles concernant le télétravail, l'Horeca et les loisirs organisés ont notamment été renforcées par rapport à la 8<sup>e</sup> enquête COVID-19. En outre, il était recommandé de limiter les contacts dans la sphère privée. Les taux actuels liés à l'insatisfaction sociale sont tout de même meilleurs que ceux de décembre 2020 (63%) lorsque le pays était en confinement. À des fins de comparaison, en « temps normal » le pourcentage de personnes insatisfaites de leurs contacts sociaux est de 9% au sein de la population âgée de 18 ans et plus (enquête de santé 2018).

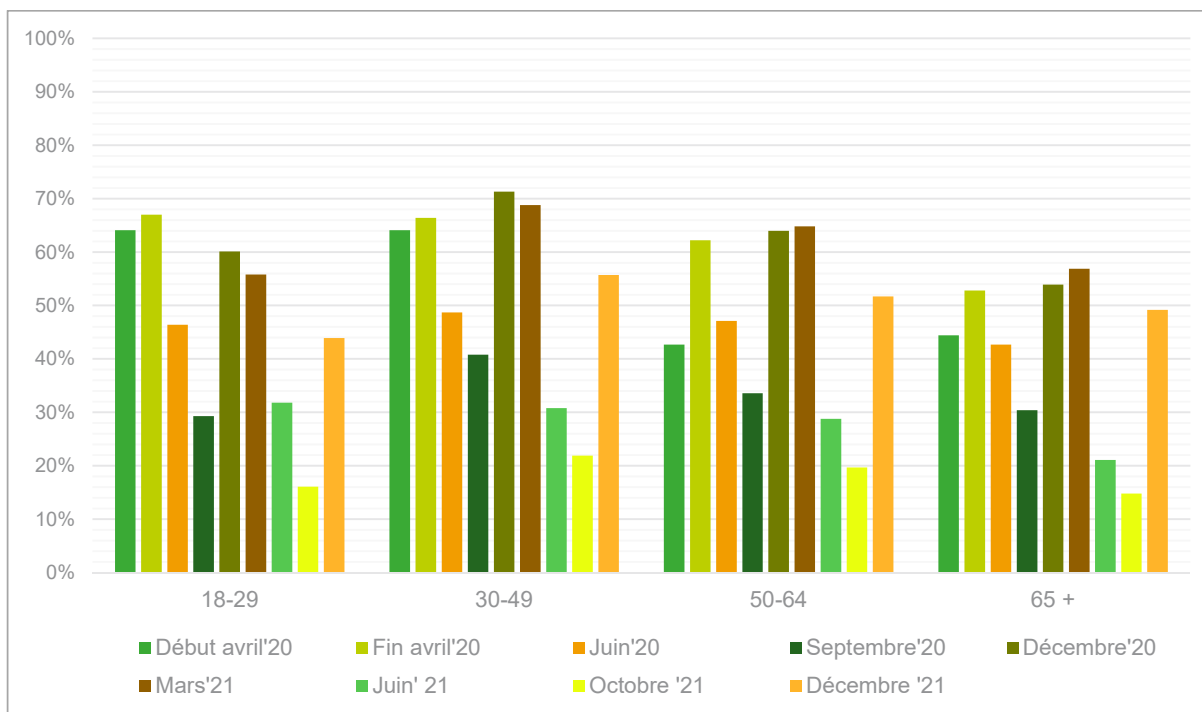
Les résultats concernant l'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux par sexe et par âge se résument comme suit :

- Les femmes indiquent plus souvent qu'elles sont insatisfaites de leurs contacts sociaux que les hommes (53% versus 49%).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, l'insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux a fortement augmenté par rapport à la 8<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 (chez les hommes : de 20% à 49% ; chez les femmes : de 18% à 53%).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux dans les différents groupes d'âge est présentée dans la Figure 33. Les personnes de 30 à 49 ans indiquent le plus souvent qu'elles sont insatisfaites de leurs contacts sociaux (56%) ; la différence par rapport aux autres groupes d'âge est statistiquement significative. Les personnes âgées de 50 à 64 ans sont également bien plus nombreuses à être insatisfaites de leurs contacts sociaux que les jeunes de 18 à 29 ans (52% contre 44%).
- L'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux a augmenté dans chaque groupe d'âge par rapport à l'enquête précédente (Figure 33). Toutefois, c'est dans la tranche la plus jeune (18-29 ans) que cette augmentation est la moins importante : 32% d'insatisfaits en juin, 16% en octobre et 44% en décembre 2021.

---

<sup>5</sup> Indicateur basé la question « Comment avez-vous trouvé vos contacts sociaux au cours des deux dernières semaines? (Très satisfaisants / Assez satisfaisants / Assez insatisfaisants / Très insatisfaisants) ».

**Figure 33 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) insatisfaites de leurs contacts sociaux, par âge, enquêtes de santé Covid-19, Belgique 2020-21**



En outre, les résultats de cette 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 montrent que l'insatisfaction à l'égard des contacts sociaux varie de manière significative en fonction des caractéristiques du milieu, même après ajustement pour l'âge et le sexe :

- Les personnes en couple avec des enfants et les personnes vivant seules avec des enfants sont les plus nombreuses à rapporter une insatisfaction vis-à-vis de leurs contacts sociaux (57% dans chaque groupe). La différence avec les personnes en couple sans enfants (48%) est statistiquement significative.
- Les personnes en invalidité sont davantage insatisfaites de leurs contacts sociaux (61%) que les personnes ayant un emploi rémunéré (52%) ou retraitées (50%).

### 8.3. QUALITÉ DU SOUTIEN SOCIAL

Les résultats de cette 9<sup>e</sup> enquête COVID-19 montrent que 37% des personnes âgées de 18 ans et plus se sentent peu soutenues par leur entourage<sup>6</sup>. Ce pourcentage a augmenté depuis l'enquête précédente (27% en octobre 2021). En temps « normal », seulement 16% de la population de 18 ans et plus se sentent peu soutenues par son entourage (chiffres de l'enquête de santé de 2018).

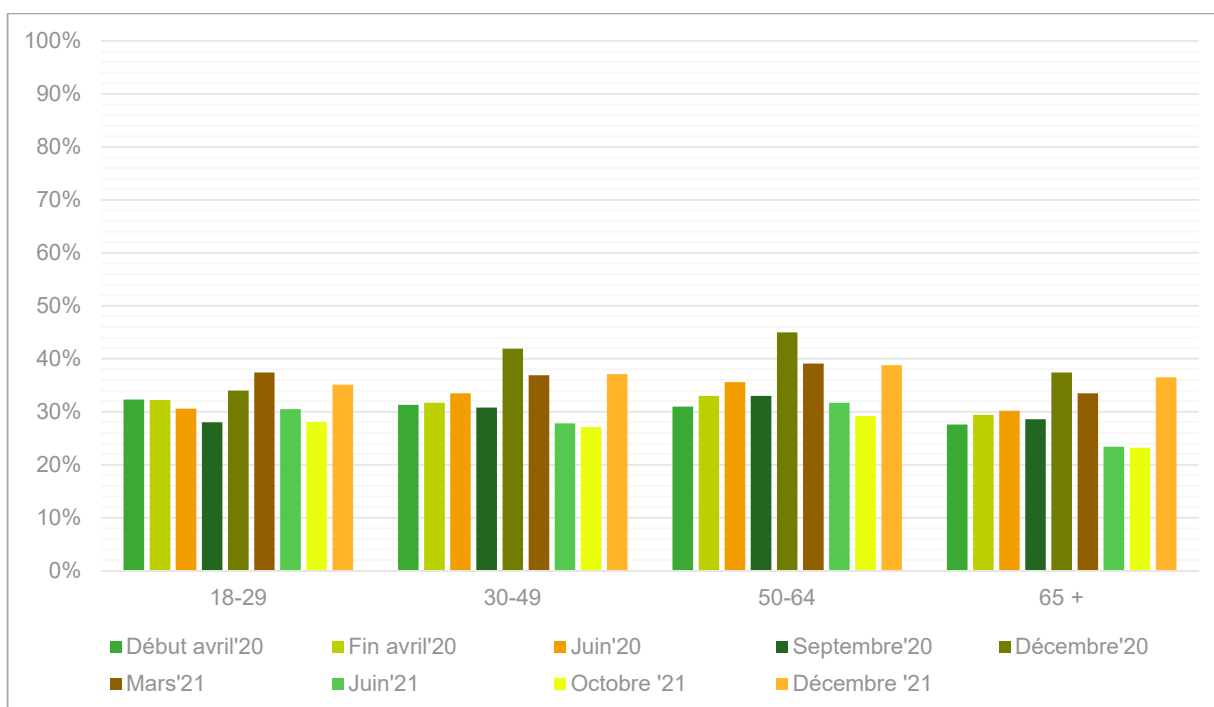
Les résultats concernant la qualité perçue du soutien social selon le sexe et l'âge montrent que :

- Les hommes et les femmes rapportent dans les mêmes proportions (37% chacun) avoir peu de soutien social de leur entourage.

<sup>6</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 ?

- La proportion qui rapporte un faible soutien social a augmenté par rapport à la 8<sup>e</sup> enquête, tant chez les hommes (de 27,5% à 37%) que chez les femmes (de 26% à 37%).
- On n'observe pas de différence dans la qualité du soutien social en fonction de l'âge dans cette 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19.
- La part de personnes ayant un faible soutien social a augmenté dans chaque groupe d'âge par rapport à la 8<sup>e</sup> enquête de santé (Figure 2). Cette augmentation est toutefois plus prononcée chez les aînés (65 ans et plus), passant de 23% en juin et octobre 2021 à 36,5% en décembre 2021.

**Figure 34 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) rapportant un faible soutien social, par âge, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**



Les résultats de la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 mettent en évidence des différences significatives (après ajustement pour le sexe et l'âge) dans la qualité perçue du soutien social en fonction de certaines caractéristiques socio-économiques :

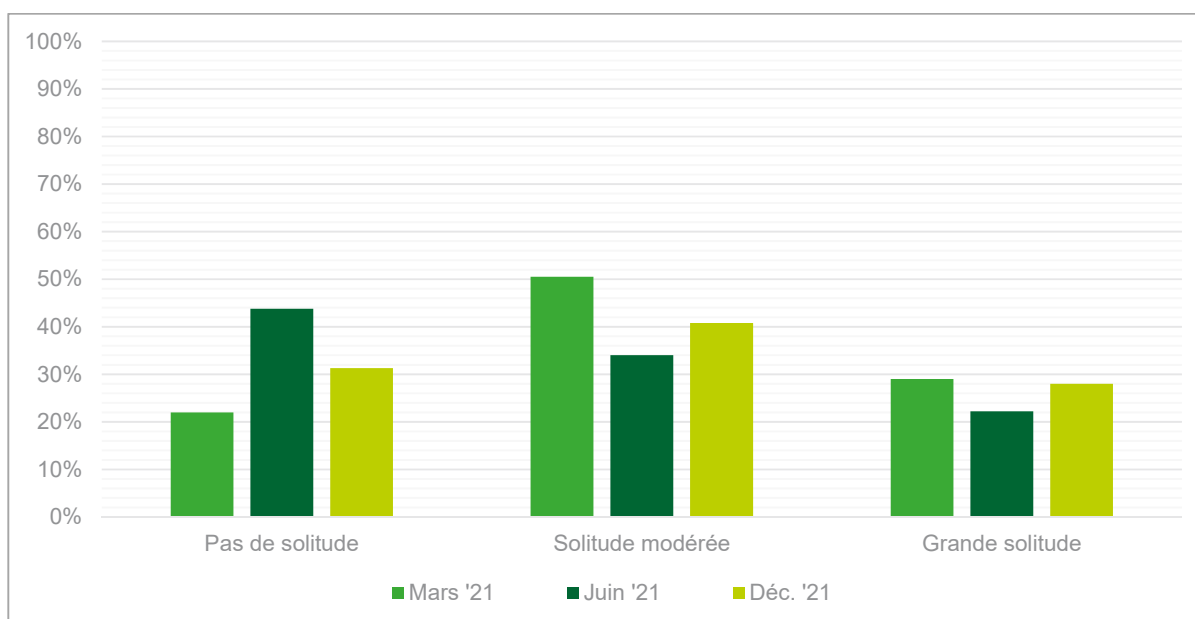
- Les personnes vivant seules ou seules avec des enfant(s) se sentent moins bien soutenues par leur entourage (respectivement 44% et 48%) que les personnes vivant en couple avec ou sans enfants (respectivement 35% et 24%). La différence entre les personnes vivant seules avec des enfants (48%) et les personnes vivant avec autrui (36%) est également significative.
- Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire ont plus souvent le sentiment d'être peu soutenues par leur entourage (41%) que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (30%).
- Les personnes vivant en Wallonie indiquent plus souvent que celles résidant en Flandre avoir un faible soutien de leur entourage (42% versus 34%).
- Les personnes ayant un emploi rémunéré sont celles qui indiquent le moins souvent un faible niveau de soutien social (34%). La différence est statistiquement significative par rapport aux personnes en invalidité (55%), au chômage (54%) ou à la retraite (37%). La différence entre les personnes en invalidité ou au chômage et celles qui sont à la retraite est également statistiquement significative.

## 8.4. SENTIMENT DE SOLITUDE

Le sentiment de solitude est un indicateur important d'un défaut de bien-être social. Il est le résultat d'une évaluation personnelle de ses relations existantes par rapport à ses propres souhaits et attentes en matière de relations sociales. Le sentiment de solitude est principalement lié à une mauvaise qualité des relations sociales, mais il peut également émaner d'un manque de contacts sociaux. Dans les enquêtes de santé COVID-19, le sentiment de solitude a été mesuré à l'aide de l'échelle de solitude de De Jong Gierveld<sup>7</sup>.

Les résultats de cette 9<sup>e</sup> enquête révèlent que 31% des personnes âgées de 18 ans et plus ne souffrent pas de solitude, alors que 41% ont un sentiment de solitude modéré et 28% se sentent très seules. Les chiffres se sont aggravés par rapport à la 7<sup>e</sup> enquête en mars 2021, où 44% ne souffrait pas de solitude, 34% en souffrait modérément et 22% en souffrait beaucoup (Figure 35). Le nombre de personnes souffrant de grande solitude rejoint les chiffres obtenus lors de la 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 de mars 2021 (29%).

**Figure 35 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) selon le niveau de solitude ressenti, par enquête, Enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021**



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

- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir un sentiment de grande solitude : 30% d'entre elles ne souffrent pas de solitude, 40% en souffrent modérément et 29,5% en souffrent beaucoup. En comparaison, les chiffres parmi les hommes sont respectivement de 32%, 41% et 26%.
- Les chiffres concernant le sentiment de solitude se sont dégradés par rapport à la 7<sup>e</sup> enquête réalisée en juin 2021, tant chez les hommes que chez les femmes. On trouve en décembre une plus grande proportion de personnes se sentant très seules et moins de personnes qui ne souffrent pas de solitude.
- On ne trouve pas de différence dans le sentiment de solitude en fonction de l'âge.

<sup>7</sup> Six affirmations étaient incluses dans l'enquête et les répondants devaient indiquer dans quelle mesure elles s'appliquaient à eux: "Je ressens un vide autour de moi"; "Il y a suffisamment de personnes sur lesquelles je peux compter en cas de problème"; "J'ai beaucoup de personnes sur lesquelles je peux compter complètement"; "Il y a suffisamment de personnes dont je me proche"; "Les gens qui m'entourent me manquent" et "Je me sens souvent abandonné". Une personne est classée comme « très seule » si elle répond à 5 ou 6 affirmations avec une indication de solitude, et comme « modérément seule » si elle répond à 2,3 ou 4 affirmations.

- Le sentiment de solitude s'est aggravé dans tous les groupes d'âge par rapport à la 7<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, mais la différence est plus prononcée chez les aînés de 65 ans et plus. En décembre 2021, ils sont 34% à ne pas souffrir de solitude, 41% à en souffrir modérément et 26% à en souffrir beaucoup ; en juin 21, ces chiffres étaient respectivement de 51%, 33% et 17%.

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

- Le sentiment de grande solitude est plus fréquent parmi les personnes vivant seules (36%) ou seules avec des enfant(s) (39%) que parmi les personnes vivant en couple avec ou sans enfants (respectivement 25,5% et 23%) ou celles vivant avec les parents ou d'autres personnes (29%).
- Les personnes vivant seules avec ou sans enfants indiquent le moins ne pas souffrir de solitude (26% et 25% respectivement), tandis que les personnes vivant en couple avec ou sans enfants sont les plus nombreuses à indiquer ne pas souffrir de solitude (33% et 36% respectivement).
- Le sentiment de solitude et le niveau d'éducation sont liés : les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire souffrent davantage de grande solitude que celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (31% contre 23%). Elles indiquent également moins souvent ne pas ressentir de solitude (29% contre 36%).
- Les personnes en invalidité ou au chômage souffrent davantage d'un sentiment de grande solitude (48% et 40% respectivement) que les personnes ayant un emploi rémunéré et les retraités (26% chacun). La proportion de personnes qui ne souffrent pas de solitude est également la plus faible parmi les personnes en invalidité et au chômage (16% et 27% respectivement).

## 9. Santé mentale

### 9.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- L'évolution de l'indice de « satisfaction de vie » montre que la part des individus insatisfaits a fortement augmenté en fin d'année, passant de 14% début octobre à 34% fin décembre 2021. Les jeunes de 18 à 29 ans sont les plus nombreux à estimer que leur vie est peu satisfaisante (37%).
- En décembre 2021, 21% de la population adulte était affectée par un trouble dépressif et 24% par un trouble anxieux. Ces prévalences sont plus élevées que lors des enquêtes précédentes.
- La fréquence des troubles anxieux et dépressifs varie selon l'âge et le sexe. Ils sont plus courants parmi les jeunes adultes de 18 à 29 ans (36,5% et 33% respectivement) et leur fréquence diminue dans chaque groupe d'âge pour atteindre 12,5% et 11,5% chez les 65 ans et plus. Par ailleurs, les femmes sont significativement plus nombreuses à manifester de l'anxiété (28%) que les hommes (20%).
- Les jeunes femmes de 18 à 29 ans sont de loin les plus touchées par la symptomatologie anxieuse (46%) et dépressive (36%).
- La fatigue pandémique a été mesurée pour la première fois en décembre 2021. Ce qui semble avant tout accabler la population est de trop entendre parler du COVID-19 et notamment l'omniprésence des discussions à ce sujet dans les médias (journaux, radio, télévision). Malgré cela, beaucoup suivent de près les annonces faites par le gouvernement à propos du COVID. La fatigue liée à la pandémie touche davantage les moins de 50 ans, les moins éduqués et les familles monoparentales.

#### Conclusion

Lors de la dernière période estivale, quand la couverture vaccinale de la population était satisfaisante, que la circulation du coronavirus était ralentie et que les mesures préventives étaient moins strictes, les résultats en termes de bien-être et satisfaction de vie se sont révélés meilleurs que durant l'hiver 2020. En décembre 2021, force est de constater que les indicateurs de santé mentale sont à nouveau dans le rouge, suivant ainsi la hausse des contaminations et le renforcement des mesures mises en place pour freiner la flambée de cas.

Comme observé dans chacune des enquêtes précédentes, les jeunes adultes et les femmes sont les plus vulnérables face aux difficultés engendrées par la crise sanitaire. Par ailleurs, on constate également une persévérance des inégalités sociales en santé mentale, mises à jour dans nos enquêtes depuis le début de l'épidémie : l'éducation, le statut professionnel, la composition du ménage, sont des facteurs de risque (ou de protection) face aux difficultés supplémentaires engendrées par la crise.

### 9.2. INTRODUCTION

Les enquêtes de Sciensano contribuent au monitoring du bien-être psychologique de la population depuis le début de la crise sanitaire, en jugeant différentes dimensions de la santé mentale susceptibles d'être impactées. À chaque nouvelle collecte de données, il est fait état de l'évolution des indicateurs au cours du temps, notamment pour ce qui concerne la satisfaction à l'égard de sa vie ainsi que la prévalence de l'anxiété et de la dépression. Lors de cette neuvième édition de l'enquête, nous avons abordé pour la première fois la question de la « fatigue pandémique », un syndrome décrit par l'Organisation mondiale de la Santé pour qualifier une forme de découragement et de démobilitation qui apparaît progressivement en réaction à la pandémie, à l'infodémie et aux restrictions mises en place pour ralentir les contaminations. Cette lassitude eu égard à la crise sanitaire peut se muer en une opposition ou un refus de respecter les mesures de prévention et, sur le long terme, peut conduire à une dégradation de la santé mentale. Il nous a paru important d'inclure l'indicateur de « fatigue pandémique » alors que nous sommes sous l'influence du coronavirus depuis vingt-et-un mois en décembre. Dans ce rapport d'enquête nous abordons successivement les indicateurs de suivi de la satisfaction de vie, du trouble de l'anxiété et de la dépression, ainsi que la fatigue ressentie par la population face au prolongement de la crise.

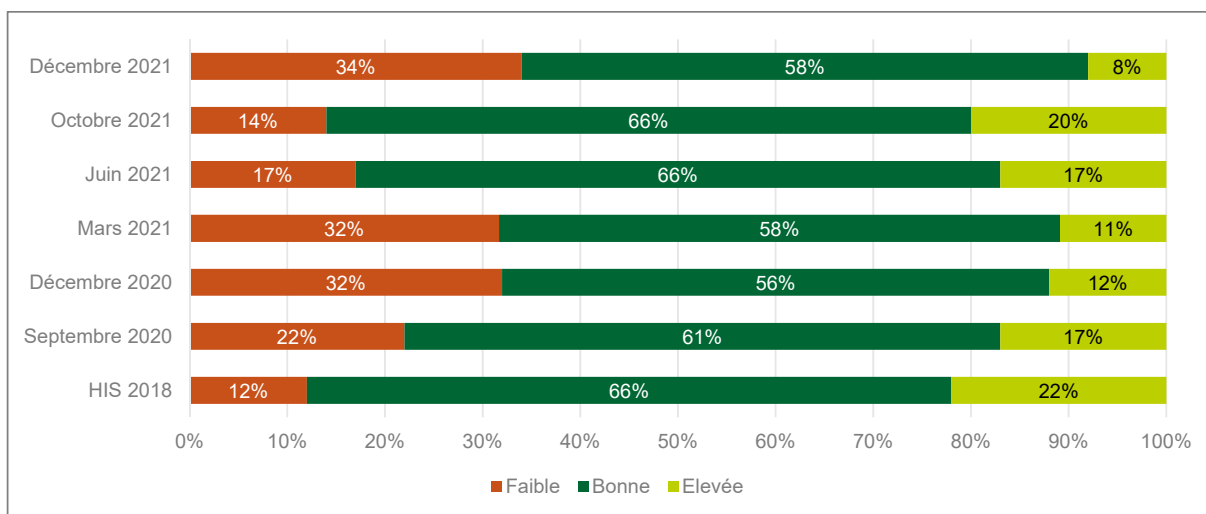
### 9.3. SATISFACTION DE VIE

L'indicateur de satisfaction de vie fait référence à un jugement personnel ou une appréciation vis-à-vis de sa propre existence, et représente une mesure fiable du bien-être subjectif. La satisfaction de vie est estimée sur une échelle de Cantril à 11 points, allant de « 0 = pas du tout satisfait(e) » à « 10 = entièrement satisfait(e) ». Elle peut donner lieu à deux indicateurs, où le premier reflète une moyenne et le second distingue trois niveaux de satisfaction, que l'on qualifie de « faible » (0 à 5), « bonne » (6 à 8) et « élevée » (9 et 10). L'échelle de satisfaction de vie est présente dans les six dernières enquêtes de santé COVID-19.

Il ressort des résultats de décembre 2021 :

- Le score moyen de satisfaction de vie atteint à peine 5,9 (sur 10) au sein de la population âgée de 18 ans et plus, ce qui représente une baisse substantielle par rapport à octobre 2021 (7,2). Cette valeur est même inférieure à celle obtenue au mois de mars 2021 (6,1) au plus fort de la crise. La satisfaction de vie est en moyenne moins élevée parmi les femmes (5,8), parmi les jeunes adultes (5,6 chez les 18-29 ans et 5,7 chez les 30-49 ans pour une valeur de 6,4 chez les 65 ans ou plus), parmi les personnes vivant seules (5,6) ou seules avec enfants (5,2), ainsi que parmi celles ayant tout au plus un niveau d'éducation de l'enseignement secondaire (5,8).
- La Figure 36 présente le pourcentage de personnes classées par niveau de satisfaction de vie, et ce, dans chacune des six enquêtes COVID-19 et dans l'enquête de santé nationale (HIS 2018). On remarque d'emblée une forte augmentation du nombre relatif de personnes qui s'estiment insatisfaites de leur existence (34% en décembre 2021 pour seulement 14% en octobre 2021), un chiffre encore plus élevé qu'en décembre 2020 (32%) et mars 2021 (32%). La proportion de personnes qui ont une satisfaction élevée de leur vie (8%) est, quant à elle, au plus bas depuis que cet indicateur est pris en compte dans les enquêtes de santé COVID-19.

**Figure 36 | Distribution des personnes (18 ans et plus) selon leur niveau de satisfaction (faible, bonne, élevée) à l'égard de la vie, par enquête, HIS 2018 et enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**



- Les femmes sont plus nombreuses à être insatisfaites de leur vie (36%) que les hommes (32%).
- En décembre 2021, 37% des jeunes de 18 à 29 ans ont indiqué être insatisfaites de leur vie (contre 19% en octobre 2021). La proportion d'insatisfaites tend à baisser en fonction de l'âge, mais elle concerne tout de même encore 29% des personnes de 65 ans et plus (contre 8% en octobre).
- La différence intergénérationnelle est plus marquée pour ce qui concerne la proportion de personnes qui s'estiment très satisfaites de leur existence : elle est environ trois fois moindre parmi les jeunes (4% des 18-29 ans) que parmi les aînés (13% des 65 ans et plus).



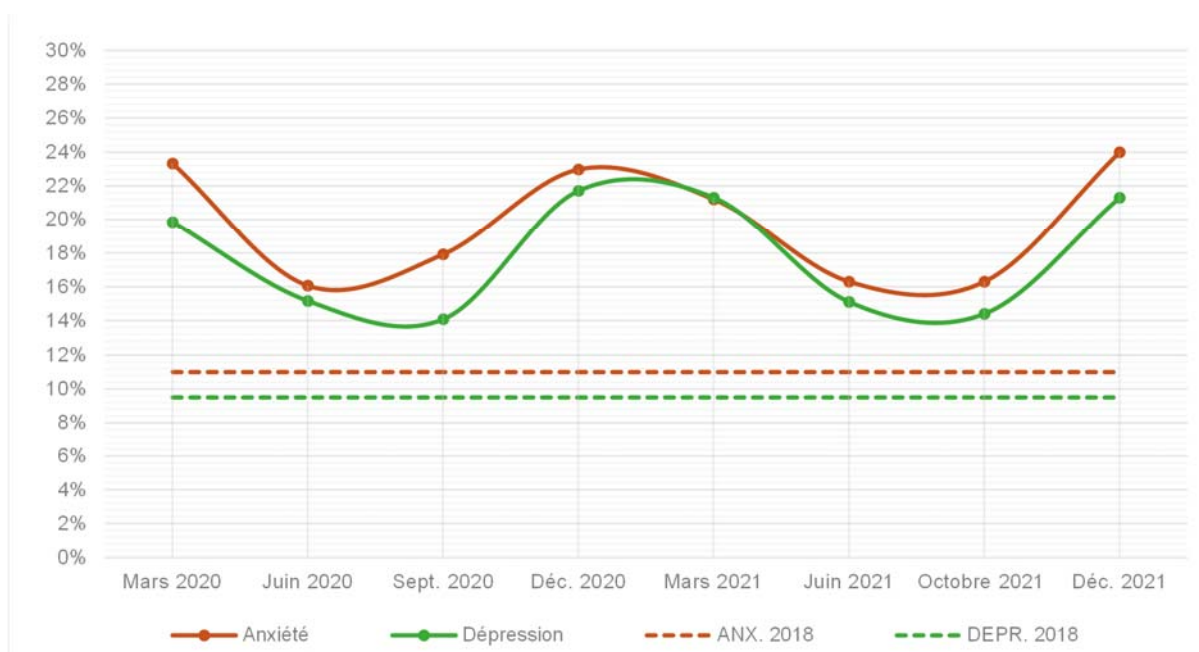
- Les personnes vivant en couple sans enfants sont celles qui ont les meilleurs résultats en terme de satisfaction : 11% ont une satisfaction élevée pour 28% d'insatisfaits. En comparaison, 6% des personnes vivant seules avec enfant(s) se disent très satisfaites de leur vie pour 47% peu satisfaites.

## 9.4. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

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

- La première enquête de santé COVID-19 (mars 2020) avait mis en exergue une prévalence très élevée des troubles anxieux (23%) et dépressifs (20%) au sein de la population adulte, soit environ deux fois celles obtenues en 2018, avant la crise du coronavirus (respectivement 11% et 9,5% ; Figure 37).
- Comme le montre la Figure 37, les prévalences des troubles anxieux et dépressifs fluctuent au rythme des vagues de contaminations et des mesures restrictives mises en place pour freiner la propagation du coronavirus. En décembre 2021, la proportion de personnes avec des symptômes anxieux (24%) ou dépressifs (21%) atteint un de ses plus hauts niveaux depuis le début de la crise sanitaire.

**Figure 37 | Évolution du pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui présentent un trouble anxieux ou un trouble dépressif, par enquête de santé COVID-19 et par rapport à la HIS 2018, Belgique 2020-21**



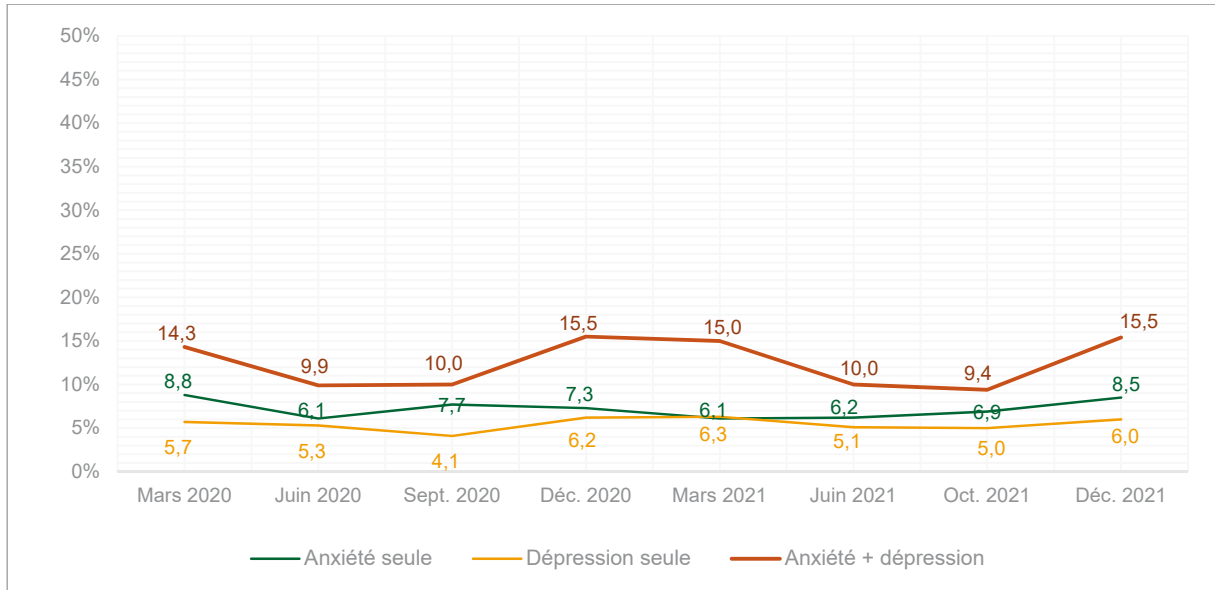
- La dépression et l'anxiété coexistent souvent chez un même individu. Cette comorbidité concerne 15,5% des personnes en décembre 2021. Par ailleurs, 8,5% souffrent d'anxiété sans dépression et 6% souffrent de dépression sans anxiété. Cela veut dire qu'au total 30% des personnes de 18 ans et plus sont affectées par au moins un de ces deux troubles. Pour information, lors des enquêtes de juin et octobre 2021, le pourcentage de personnes affectées par un de ces troubles (ou les deux) était de 21%. Il est intéressant

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

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

de constater (Figure 38) que la proportion d'individus qui présentent une comorbidité varie davantage au gré de la situation de crise que la proportion des personnes avec un seul trouble avéré.

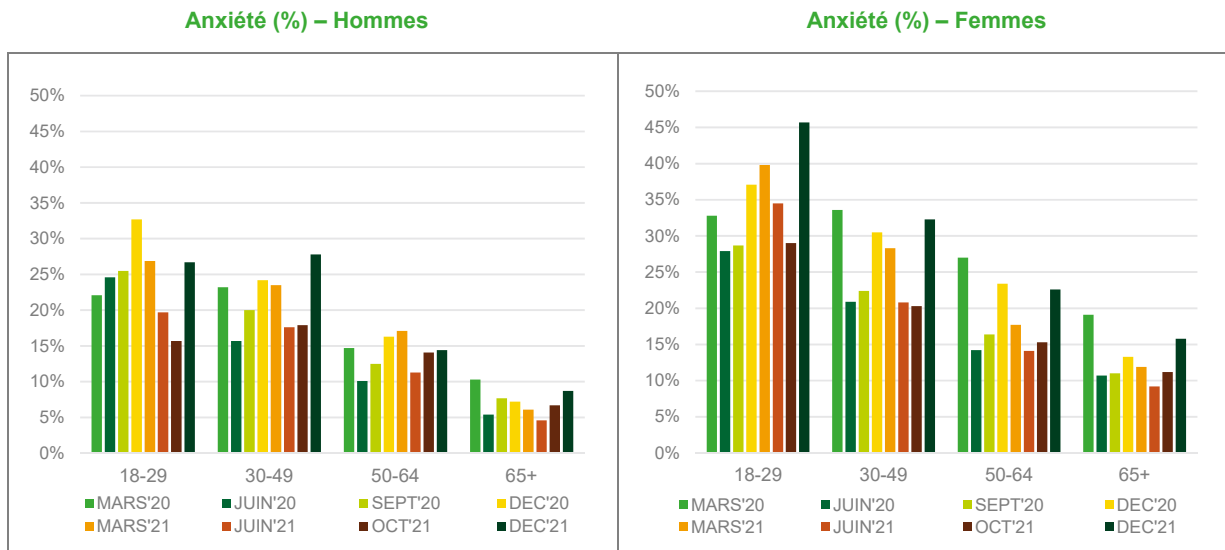
**Figure 38 | Pourcentage des personnes (18 ans et plus) qui présentent un trouble anxieux et/ou un trouble dépressif, par enquête de santé COVID-19, Belgique 2020-21**



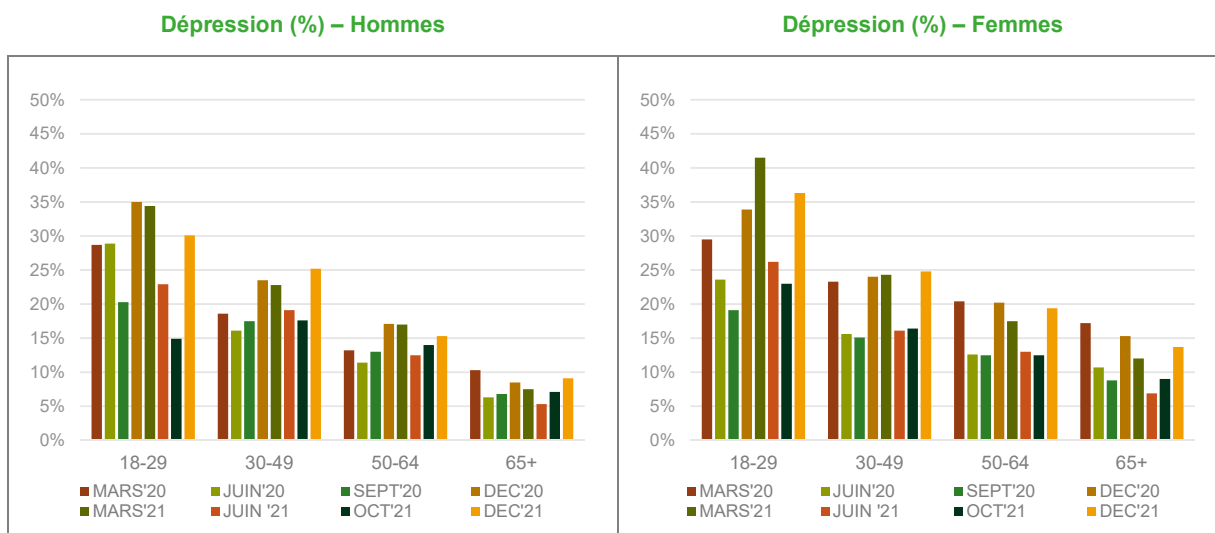
Les analyses du mois de décembre 2021 montrent en outre que :

- Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à éprouver des troubles de l'anxiété (28% > 20%) et la différence est significative après ajustement pour l'âge. Elles sont aussi plus nombreuses que les hommes à souffrir d'un trouble dépressif (23% > 20%), mais la différence n'est cette fois pas significative, même après ajustement pour l'âge.

**Figure 39 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles de l'anxiété, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**

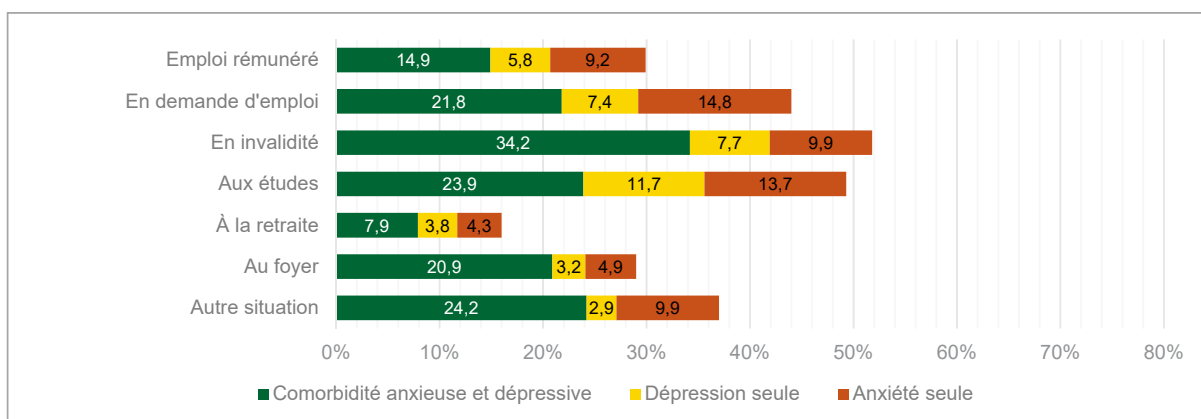


**Figure 40 | Pourcentage d'hommes et de femmes (18 ans et plus) qui présentent des troubles dépressifs, par âge et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**



- Un gradient significatif en fonction de l'âge ressort dans la prévalence des troubles anxieux et dépressifs. Dans les deux cas, les jeunes (18-29 ans) sont trois fois plus nombreux que leurs aînés (65+ ans) à être affectés : 36,5% versus 12,5% respectivement pour l'anxiété et 33% versus 11,5% pour la dépression.
- La Figure 39 révèle à quel point les jeunes femmes de 18 à 29 ans sont touchées par la crise, puisque quasiment une sur deux manifeste des signes d'anxiété, soit 46% d'entre elles. Un peu plus d'une jeune femme sur trois (36%) présente des symptômes d'une dépression (Figure 40). Par ailleurs, l'anxiété ou la dépression touche entre 27% et 30% des jeunes hommes de 18 à 29 ans (Figures 39 et 40).
- Après ajustement pour l'âge et le sexe, les résultats révèlent encore une fois que par rapport aux personnes vivant en couple (17% d'anxieux), les personnes les plus vulnérables du point de vue de l'anxiété sont celles vivant seules (23%) ou seules avec enfant(s) (32%). Et le même constat vaut pour la dépression, dont la prévalence varie selon la composition du ménage : 14% parmi les personnes vivant en couple, 24% parmi les personnes isolées et 32% dans les ménages monoparentaux.
- Le niveau d'éducation est facteur déterminant pour la santé mentale, même après ajustement pour l'âge et le sexe. Ainsi l'anxiété et la dépression est plus fréquente chez les personnes peu scolarisées (26% et 23% respectivement) que chez les personnes ayant fait des études supérieures (21% et 17%).

**Figure 41 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui présentent des troubles anxieux et/ou dépressifs, par statut socio-professionnel, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2021**



- Le lien entre la situation socio-professionnelle et les troubles de la santé mentale est illustré dans la Figure 41. Il ressort des analyses que, par rapport aux personnes ayant un emploi rémunéré, le risque de souffrir d'un trouble anxieux et/ou dépressif est significativement plus élevé parmi les personnes en demande d'emploi (chômage), en invalidité ou aux études, et ce, même après ajustement pour l'âge et le sexe. Les personnes pensionnées ont, elles, un risque moins élevé de présenter ce type de trouble.

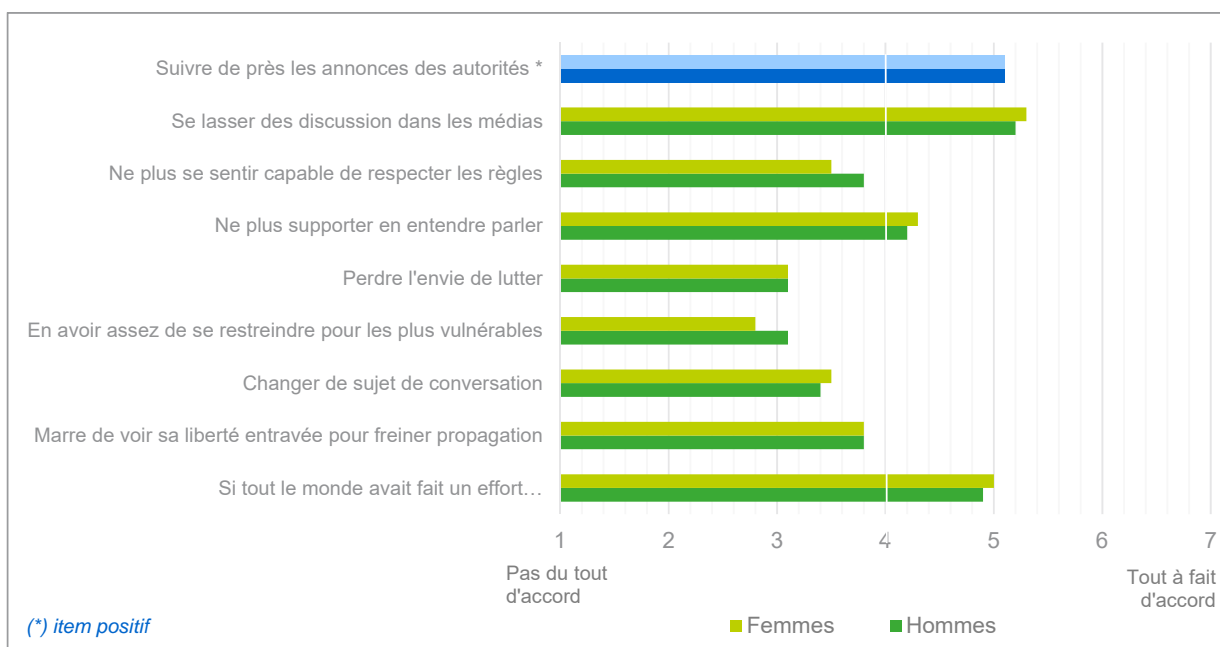
## 9.5. FATIGUE PANDÉMIQUE

La fatigue pandémique a été mesurée à partir de 9 items, par rapport auxquels les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils adhéraient à ces affirmations sur une échelle à 7 points (allant de 1 = « pas du tout d'accord » à 7 = « tout à fait d'accord ») :

- Je suis de près les annonces du gouvernement et des autorités sanitaires concernant le COVID-19.
- Je suis lassé(e) par toutes les discussions sur le COVID-19 à la télévision, dans les journaux, à la radio, etc.
- Je ne me sens plus capable de respecter toutes les règles et les recommandations relatives au COVID-19.
- Je ne supporte plus d'entendre parler du COVID-19.
- Je perds l'envie de lutter contre le COVID-19.
- J'en ai assez de me restreindre pour sauver les personnes les plus vulnérables au COVID-19.
- Lorsque des amis ou des membres de ma famille parlent du COVID-19, j'essaie de changer de sujet car je ne veux plus en parler.
- J'en ai marre de voir ma liberté entravée sous prétexte d'empêcher la propagation du COVID-19.
- Si tout le monde avait fait des efforts et suivi les règles depuis le début, nous n'en serions pas là aujourd'hui.

Les items n°2 à n°7 font partie d'un instrument validé appelé « *Pandemic Fatigue Scale* » (PFS). Le score de fatigue pandémique correspond à la moyenne des valeurs attribuées à ces 6 items, arrondie à l'unité la plus proche. Le score moyen varie donc de 1 à 7, où plus il est élevé, plus la lassitude face à la pandémie est grande. Nous rapportons en premier lieu des résultats pour chacune des propositions de la liste. Dans un deuxième temps, nous aborderons les analyses en fonction du score moyen de fatigue pandémique sur base du PFS.

**Figure 42 | Degré d'accord (de 1 à 7) avec les affirmations de la liste, en moyenne, parmi les femmes et parmi les hommes, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**

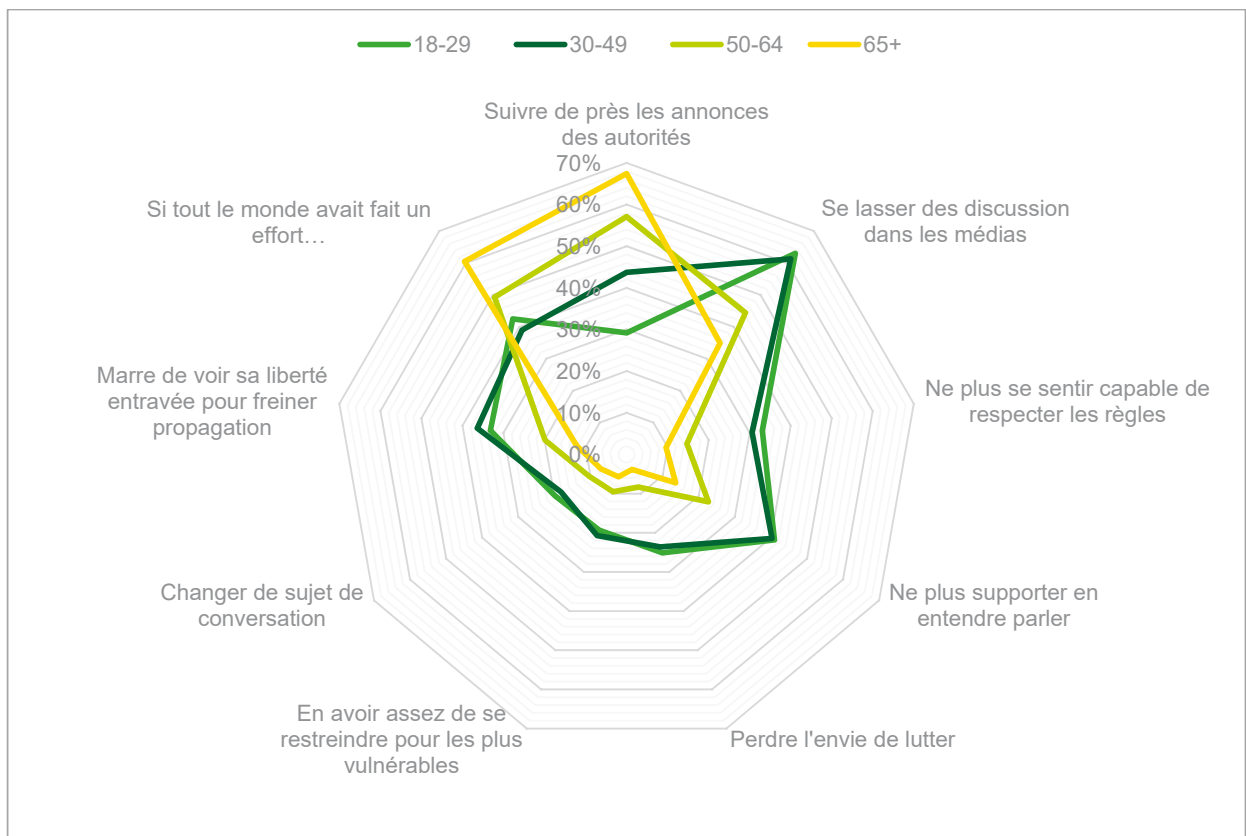


Trois observations émergent de la Figure 42 :

- Tout d'abord, autant les hommes que les femmes indiquent être attentifs aux annonces du gouvernement et des autorités sanitaires concernant le COVID-19, du moins était-ce le cas en décembre 2021.
- À côté de cela, la population paraît fatiguée d'entendre parler de la pandémie et se lasse de l'omniprésence des discours autour du COVID-19 dans les médias. Elle tend à penser, en outre, que si tout le monde avait fait des efforts et suivi les règles depuis le début de la pandémie, la situation ne serait pas telle qu'elle est.
- Enfin, il y a peu de différences genrées concernant l'adhésion aux affirmations énoncées dans la liste, si ce n'est que par rapport aux femmes, les hommes semblent moins disposés à suivre les règles et les recommandations de prévention et ils paraissent moins enclins à accepter les restrictions pour protéger les plus vulnérables. Les femmes sont, elles, davantage agacées d'entendre parler sans cesse du COVID que les hommes. Pour ces trois items, les différences de scores entre les hommes et les femmes sont significatives après ajustement pour l'âge.

Pour une analyse par groupes d'âge, nous avons opté de présenter le pourcentage de personnes ayant indiqué qu'elles étaient « 6= d'accord » ou « 7= tout à fait d'accord » avec les propositions de la liste.

**Figure 43 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui sont (tout à fait) d'accord avec les affirmations de la liste, par âge, 9e enquête de santé COVID-19, Belgique 2021**



Le diagramme en radar (Figure 43) révèle plusieurs tendances :

- La crise sanitaire provoque un pattern de réactions similaires dans les groupes d'âge de 18-29 ans et de 30-49 ans, qui se différencie du pattern de réactions des deux groupes d'âge au-delà de 50 ans.

- De manière globale, on remarque que les moins de 50 ans ont plus de mal que leurs aînés à supporter les aléas de la crise sanitaire et semblent davantage se lasser des informations et restrictions qui y sont liées.
- Le bruit médiatique autour du COVID et le fait de trop en entendre parler devient problématique dans tous les groupes d'âge : ainsi un peu plus de 60% des 18-49 ans et 35 à 45% des 50+ ans attestent qu'ils se lassent des discussions autour du COVID dans les médias, et environ 40% des adultes de moins de 50 ans ne supportent plus d'en entendre parler.
- Les quatre groupes d'âge se distinguent clairement en ce qui concerne l'attention dévolue aux annonces des autorités au sujet de la crise : seuls 29% des jeunes de 18 à 29 ans disent y prêter attention, une proportion qui augmente avec les groupes d'âge pour atteindre 67% des aînés de 65 ans et plus.
- En outre, 50 à 60% des personnes au-delà de 50 ans sont enclins à penser que la situation actuelle est en partie imputable à la négligence de certains à respecter les règles et recommandations pour freiner la propagation du virus.

Les résultats liés à l'échelle de fatigue pandémique (PFS - 6 items) corroborent ces tendances et montrent en quelques différences en fonction du statut socioéconomique des personnes. Nous les rapportons ci-dessous.

- La valeur moyenne liée à la fatigue pandémique ne varie pas en fonction du genre : elle est de 3,9 chez les hommes et 3,8 chez les femmes. Cependant, 18% des hommes ont un score PFS élevé (6 ou 7) pour 14% des femmes, et cette différence s'avère significative après ajustement pour l'âge.
- Il n'y a pas de différence entre les groupes d'âge de 18-29 et 30-49 ans pour ce qui a trait à la fatigue pandémique, avec une valeur moyenne de 4,3 et près de 25% ayant un score PFS élevé dans ces deux groupes.
- Les personnes sont moins fatiguées par cette crise sanitaire en prenant de l'âge, et les différences entre les groupes sont statistiquement significatives : les 50-64 ans présentent une valeur moyenne de fatigue pandémique s'élevant à 3,5 et 10% d'entre eux ont un score FPS élevé, tandis que dans le groupe des aînés (65+ ans), les résultats sont respectivement de 3,2 et 5%.
- Il n'y a pas de différence majeure au regard de la fatigue pandémique en fonction du niveau d'éducation, le score moyen étant de 3,9 chez les personnes ayant ou non suivi un enseignement supérieur. Celles dont le niveau d'éducation est plus faible sont 17% à avoir un score PFS élevé, pour 15% des personnes diplômées du supérieur. La différence est cependant significative après ajustement pour l'âge et le sexe.
- Les personnes ayant un emploi ou étant aux études manifestent un fatigue plus importante vis-à-vis de la pandémie (4,2 en moyenne dans chaque cas) que les personnes dans d'autres situations socio-professionnelles (3,9 maximum), les différences étant significatives. Cela se reflète également dans le pourcentage de personnes avec un score PFS élevé : 21 à 23% parmi les travailleurs et étudiants, 16-17% parmi les personnes sans emploi ou en invalidité, et 5,5% des personnes retraitées, mais les différences ne sont pas significatives dans les analyses ajustées pour l'âge et le sexe.
- Enfin, la fatigue pandémique se fait davantage ressentir chez les personnes vivant avec des enfants ou vivant avec autrui (4,2 en moyenne dans chaque groupe) que chez les personnes isolées ou en couple (3,5 en moyenne dans ces groupes). La différence entre ces moyennes est statistiquement significative. De la même façon, 20 à 25% des personnes vivant dans des ménages parentaux ou colocalitaires présentent un score PFS élevé, pour 11% de celles vivant dans les ménages isolés ou de couples. Après ajustement pour l'âge et le sexe, les ménages monoparentaux sont les seuls à se distinguer de manière significative par rapport aux types de ménages moins affectés par la fatigue pandémique.

## 10. Impact de la crise dans différents domaines de la vie

### 10.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Lorsque les mesures visant à freiner la pandémie se resserrent, on constate une augmentation du nombre de personnes de 18 ans et plus qui rapportent un impact négatif de la crise dans divers domaines de leur vie. Cela ressort clairement des enquêtes menées en mars 2021 et décembre 2021.
- La proportion de personnes pour qui la crise a un impact négatif dans les domaines du travail ou des études, de la vie familiale et de la vie sociale en décembre 2021 est revenue au même niveau qu'en mars 2021. En ce qui concerne les revenus et le domaine de la santé ou les soins, la proportion de personnes ayant rapporté un impact négatif en décembre a même dépassé celle de mars 2021.
- En octobre 2021, le nombre de personnes ayant subi un impact négatif de la crise était à son plus bas niveau dans la plupart des domaines de vie, mais les taux ont fortement augmenté en décembre 2021.
- En décembre 2021, les trois domaines de vie où la crise sanitaire a eu le plus souvent un impact négatif sont la vie sociale (86%), les loisirs (80%) et les voyages ou vacances (75%). Ces pourcentages élevés pourraient être liés à l'introduction du coronapass (Covid Safe Ticket (CST)).
- En décembre 2021, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes à ressentir un impact négatif de la crise dans les domaines de la santé ou des soins, des habitudes alimentaires et des perspectives d'avenir.
- Deux groupes d'âge sont davantage impactés par la crise du coronavirus dans les domaines de vie suivants :
  - ✓ Tout d'abord les jeunes adultes de 18 à 29 ans. Ils sont plus nombreux à percevoir les effets négatifs de la crise dans les domaines du travail ou des études, des revenus, de la santé ou des soins, de l'activité physique et des habitudes alimentaires.
  - ✓ Les personnes âgées de 30 à 49 ans sont, quant à elles, plus susceptibles de percevoir un impact négatif dans les domaines suivants : la vie familiale, le poids corporel, les activités de loisirs, les voyages ou vacances et les perspectives d'avenir.
- En ce qui concerne la composition du ménage, deux groupes subissent plus souvent un impact négatif dans certains domaines de leur vie :
  - ✓ Les personnes vivant seules avec enfant(s) ressentent davantage les effets négatifs de la crise au niveau des revenus, de la vie familiale, de la santé ou des soins, de l'activité physique, des habitudes alimentaires et du poids corporel (ces trois derniers domaines sont liés : moins d'activité physique et une mauvaise alimentation peuvent entraîner une augmentation du poids corporel) ;
  - ✓ Les personnes vivant en couple avec enfant(s) sont plus souvent impactées dans les domaines du travail ou des études, de la vie familiale et des voyages ou vacances.
- Les différences en fonction du niveau d'éducation sont les suivantes :
  - ✓ Les personnes ayant fait des études supérieures sont plus nombreuses à rapporter un impact négatif de la crise sur le travail ou les études, la vie familiale, la vie sociale, les activités de loisirs et les voyages ou vacances.
  - ✓ Les personnes moins éduquées rapportent plus souvent un impact négatif de la crise au niveau de leurs revenus, et de la santé ou des soins.

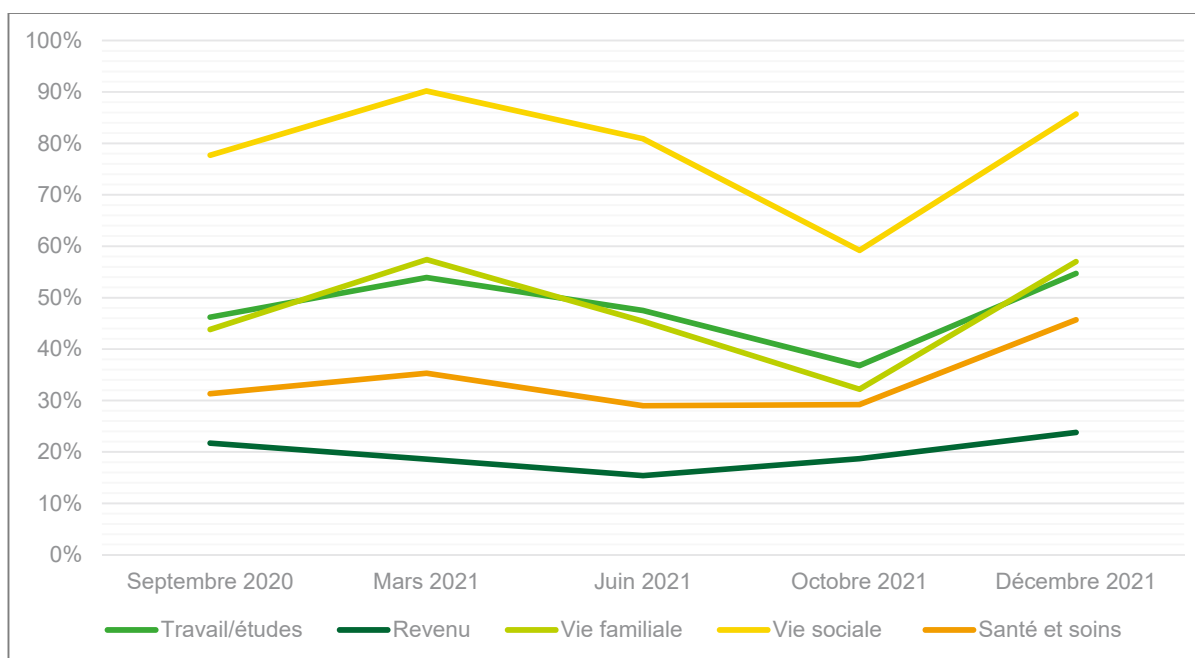
## 10.2. INTRODUCTION

La crise du coronavirus et les mesures prises pour contenir sa propagation ont des implications importantes pour notre vie quotidienne. En septembre 2020, soit 6 mois après le début de la crise, nous avons examiné l'impact (négatif, nul ou positif) que la crise pouvait avoir sur différents domaines de vie des répondants. Nous avons répété cette question dans les enquêtes de mars, juin, octobre et décembre 2021. Il est important d'indiquer que l'enquête de décembre 2021 a été réalisée après le durcissement des mesures dû à la flambée de cas au début du mois de novembre : obligation du télétravail là où c'était possible, généralisation du port du masque, recours au 'coronapass' dans l'Horeca et les centres sportifs et limitation des contacts sociaux.

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

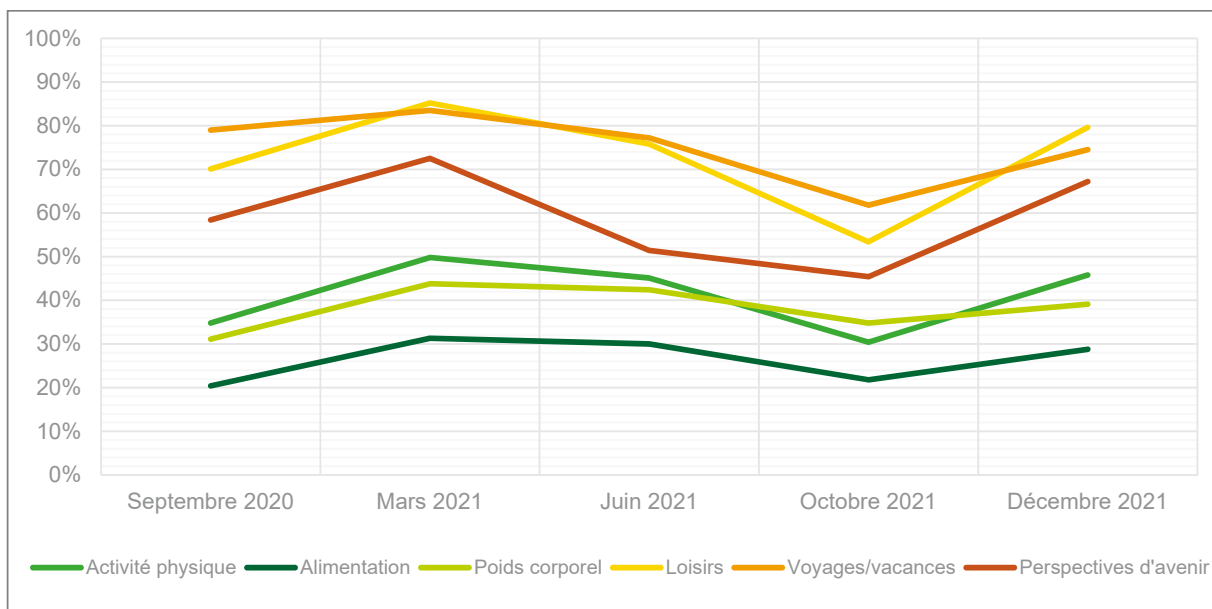
## 10.3. RÉSULTATS PAR DOMAINE DE VIE

**Figure 44 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) qui rapportent un impact négatif de la crise du coronavirus dans les domaines de vie suivants, par domaine (1 à 5) et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**





**Figure 45 | Pourcentage de personnes (18 ans et plus) rapportant un impact négatif de la crise dans les domaines de vie suivants, par domaine (6 à 11) et par enquête, enquêtes de santé COVID-19, Belgique 2020-21**



### 10.3.1. Travail ou études

- En décembre 2021, 55% des personnes de 18 ans et plus ont déclaré que la crise du coronavirus a eu un impact négatif sur leur travail ou leurs études, 34% disent qu'elle n'a eu aucun impact dans ce domaine et 11% qu'elle a eu un impact positif.
- La proportion de personnes de 18 ans et plus qui rapportent un impact négatif de la crise sur leur travail ou études est significativement plus élevée en décembre 2021 (55%) qu'en septembre 2020 (46%), juin 2021 (48%) et octobre 2021 (37%), mais retrouve le niveau de mars 2021 (54%) (Figure 44).
- En décembre 2021, l'impact négatif de la crise sur le travail ou les études était le plus courant parmi les jeunes adultes de 18 à 29 ans (75%) et cette proportion diminue avec l'âge (66% chez les 30-49 ans, 49% chez les 50-64 ans et 23% chez les plus de 65 ans - ce qui est significativement différent du groupe d'âge le plus jeune). Le faible pourcentage dans le groupe des plus âgés est probablement dû au fait qu'ils sont souvent à la retraite.
- En outre, les personnes vivant en couple avec enfant(s) (63%) étaient significativement plus susceptibles de subir un impact négatif de la crise sur leur travail ou leurs études que les personnes vivant en couple sans enfants (41%).
- Les personnes les plus éduquées (61%) étaient également plus susceptibles d'indiquer un impact négatif sur leur travail ou leurs études que les moins éduquées (51%).

### 10.3.2. Revenus

- En décembre 2021, 24% des personnes de 18 ans et plus attestent d'un impact négatif de la crise sur leurs revenus, alors que 70% ne subissent aucun impact et 6% indiquent un impact positif.
- Malheureusement, le pourcentage de personnes ayant subi un impact négatif de la crise sur leurs revenus a augmenté en décembre 2021 (24%) par rapport aux enquêtes précédentes (22% en septembre 2020, 19% en mars 2021, 15% en juin 2021 et 19% en octobre 2021), des différences significatives (Figure 44).
- En décembre 2021, la proportion de jeunes adultes de 18 à 29 ans (28%) indiquant un impact négatif de la crise sur leurs revenus était nettement plus élevée que celle des 65 ans et plus (19%).

- En outre, les personnes vivant seules avec enfant(s) (31%) étaient significativement plus susceptibles de subir un impact négatif sur leurs revenus que celles vivant en couple sans enfants (19%).
- Les personnes les moins éduquées (27%) étaient également plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leurs revenus que les plus éduquées (18%).

### 10.3.3. Vie domestique ou familiale

- En décembre 2021, 57% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur vie domestique ou familiale, 32% rapportent qu'elle n'a pas eu d'impact et 11% indiquent un impact positif sur leur vie domestique ou familiale.
- La proportion de personnes pour qui la crise a eu des effets négatifs sur la vie domestique ou familiale est plus élevée en décembre 2021 (57%) qu'en septembre 2020 (44%), juin 2021 (45%) et octobre 2021 (32%), retrouvant le niveau de mars 2021 (57%) (Figure 44).
- Les personnes âgées de 30 à 49 ans sont significativement plus susceptibles d'indiquer que la crise a eu un impact négatif sur la vie domestique ou familiale (61%) que les jeunes adultes de 18 à 29 ans (53%).
- Ensuite, les personnes vivant en couple avec enfant(s) (62%) et les personnes vivant seules avec enfant(s) (65%) étaient significativement plus susceptibles de subir un impact négatif de la crise sur leur vie domestique ou familiale que les personnes vivant en couple sans enfants (54%).
- Les personnes les plus éduquées (61%) étaient également plus susceptibles de subir un impact négatif que les moins éduquées (55%).

### 10.3.4. Vie sociale

- La crise sanitaire a toujours un impact négatif sur la vie sociale de nombreuses personnes (86%) en décembre 2021, alors que seuls 9% estiment que la crise n'a eu aucun impact sur leur vie sociale et 5% y voient un impact positif.
- La proportion de personnes ayant subi un impact négatif de la crise sur leur vie sociale en décembre 2021 (86%) est significativement plus élevée qu'en septembre 2020 (78%), juin 2021 (81%) et octobre 2021 (59%) (Figure 44).
- Les personnes ayant fait des études supérieures subissent plus souvent un impact négatif de la crise sur leur vie sociale (91%) que celles moins éduquées (83%).

### 10.3.5. Santé ou soins de santé

- En décembre 2021, 46% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur santé ou leurs soins, 49% ne subissent aucun impact et 5% indiquent un impact positif.
- Le proportion de personnes de 18 ans et plus ayant subi un impact négatif de la crise sur leur santé ou leurs soins en décembre 2021 (46%) est nettement plus élevée qu'en septembre 2020 (31%), mars 2021 (35%), juin 2021 (29%) et octobre 2021 (29%) (Figure 44).
- En décembre 2021, les femmes (47%) étaient significativement plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leur santé ou leurs soins que les hommes (44%).
- Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (46%), ceux âgés de 65 ans et plus (38%) sont beaucoup moins susceptibles de déclarer un impact négatif de la crise sur leur santé ou leurs soins.
- En outre, les personnes vivant seules avec enfant(s) (56%) sont plus susceptibles de déclarer un impact négatif de la crise sur leur santé ou leurs soins que celles vivant en couple sans enfant (42%).
- Les personnes les moins éduquées (47%) étaient également plus susceptibles d'indiquer un impact négatif que les plus éduquées (44%).

### 10.3.6. Activité physique

- En décembre 2021, 46% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leur activité physique, 42% déclarent qu'elle n'a eu aucun impact à ce niveau et 12% indiquent un impact positif sur leur activité physique.
- La proportion de personnes ayant subi un impact négatif de la crise sur leur activité physique en décembre 2021 (46%) est significativement plus faible qu'en mars 2021 (50%), mais significativement plus élevée qu'en septembre 2020 (35%) et octobre 2021 (30%), et retrouvant le niveau de juin 2021 (45%) (Figure 45).
- L'enquête de décembre 2021 montre que les jeunes adultes de 18 à 29 ans (54%) sont toujours plus susceptibles de ressentir un impact négatif de la crise sur leur activité physique que les personnes des autres groupes d'âge (49% des 30-49 ans, 42% des 50-64 ans et 39% des 65 ans et plus).
- En outre, les personnes vivant seules avec enfant(s) (50%) étaient significativement plus susceptibles de subir un impact négatif sur leur activité physique que celles vivant en couple sans enfant (40%).

### 10.3.7. Habitudes alimentaires

- En décembre 2021, 29% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires, 61% ne perçoivent aucun impact et 10% rapportent un impact positif sur leurs habitudes alimentaires.
- La proportion de personnes ayant subi un impact négatif de la crise sur leurs habitudes alimentaires est significativement plus faible en décembre 2021 (29%) qu'en mars 2021 (31%), mais significativement plus élevée qu'en septembre 2020 (20%) et octobre 2021 (21%), retrouvant le même niveau qu'en juin 2021 (30%) (Figure 45).
- En décembre 2021, les femmes (30%) étaient significativement plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leurs habitudes alimentaires que les hommes (27%).
- Les jeunes adultes de 18 à 29 ans (36%) sont plus susceptibles de subir un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires que les personnes de 50 à 64 ans (26%) et que celles âgées de 65 ans et plus (16%).
- Enfin, les personnes vivant seules avec enfant(s) (40%) étaient plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leurs habitudes alimentaires que celles vivant en couple sans enfants (21%).

### 10.3.8. Poids corporel

- En décembre 2021, 39% des personnes de 18 ans et plus subissent un impact négatif de la crise sur leur poids corporel, 53% n'indiquent aucun impact, et 8% indiquent un impact positif sur leur poids corporel.
- La proportion de personnes de 18 ans et plus ayant subi un impact négatif de la crise sur leur poids corporel en décembre 2021 (39%) est significativement plus faible qu'en mars 2021 (44%) et juin 2021 (42%), mais significativement plus élevée qu'en septembre 2020 (31%) et octobre 2021 (35%) (Figure 45).
- En décembre 2021, les jeunes adultes de 18 à 29 ans (40%) étaient significativement moins susceptibles de subir un impact négatif de la crise sur leur poids corporel que ceux âgés de 30 à 49 ans (46%), mais significativement plus susceptibles que ceux de 65 ans et plus (28%).
- En outre, les personnes vivant seules avec enfant(s) (46%) sont significativement plus susceptibles d'indiquer que la crise a eu un impact négatif sur leur poids corporel que celles vivant en couple sans enfants (34%).

### 10.3.9. Activités de loisir

- En décembre 2021, 80% des personnes de 18 ans et plus ont déclaré un impact négatif de la crise sur leurs activités de loisirs, pour 15% elle n'a eu aucun impact et pour 5% elle a eu un impact positif sur leurs activités de loisirs.
- La proportion de personnes de 18 ans et plus ayant subi un impact négatif de la crise sur leurs activités de loisirs est significativement plus élevée en décembre 2021 (80%) qu'en septembre 2020 (70%), juin 2021 (76%) et certainement par rapport à octobre 2021 (53%), mais toujours significativement plus faible qu'en mars 2021 (85%) (Figure 45).
- Par rapport aux jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans (79%), les personnes de 30 à 49 ans (84%) sont plus susceptibles de subir un impact négatif de la crise sur leurs activités de loisirs en décembre 2021.
- Les personnes plus éduquées sont plus nombreuses à percevoir un impact négatif de la crise sur leurs activités de loisirs que les personnes moins éduquées (86% contre 76%).

### 10.3.10. Voyages et vacances

- En décembre 2021, 75% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs voyages ou vacances, 22% ne perçoivent aucun impact, et 3% rapportent un impact positif de la crise sur leurs voyages ou vacances.
- La proportion de personnes pour qui la crise a un impact négatif sur les voyages ou vacances a diminué de manière significative en décembre 2021 (74%) par rapport à septembre 2020 (79%), mars 2021 (84%) et juin 2021 (77%), mais elle est significativement plus élevée qu'en octobre 2021 (62%) (Figure 45).
- Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (74%), les personnes de 30 à 49 ans (78%) sont plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leurs voyages ou vacances, et les personnes de 65 ans et plus (70%) sont quant à elles moins susceptibles de l'indiquer.
- Par rapport aux personnes vivant en couple sans enfants (76%), les célibataires (67%) sont moins nombreux à indiquer que la crise a eu un impact négatif sur leurs voyages ou vacances, et les personnes vivant en couple avec enfant(s) (79%) sont plus nombreuses à l'indiquer.
- De même, les personnes plus éduquées ressentent plus un effet négatif de la crise sur les voyages ou vacances (84%) que celles moins éduquées (70%).

### 10.3.11. Perspectives d'avenir

- En décembre 2021, 67% des personnes de 18 ans et plus indiquent que la crise a eu un impact négatif sur leurs perspectives d'avenir, 28% ne perçoivent aucun impact, et 5% indiquent un impact positif de la crise sur leurs perspectives d'avenir.
- La proportion de personnes ayant subi un impact négatif de la crise du coronavirus sur leurs perspectives d'avenir est significativement plus élevée en décembre 2021 (67%) qu'en septembre 2020 (58%), juin 2021 (51%) et octobre 2021 (45%), mais toujours significativement plus faible qu'en mars 2021 (72%) (Figure 45).
- En décembre 2021, les femmes (69%) sont plus susceptibles que les hommes (66%) de subir un impact négatif de la crise sur leurs perspectives d'avenir.
- Par rapport aux jeunes adultes de 18 à 29 ans (67%), les personnes de 30 à 49 ans (70%) sont significativement plus susceptibles d'indiquer un impact négatif de la crise sur leurs perspectives d'avenir. Les personnes de 65 ans et plus (64%) sont significativement moins susceptibles de le faire.

## 11. Méthodologie

La collecte de données dans le cadre de la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 a été réalisée entre le 13 et le 23 décembre 2021. L'enquête, développée avec le logiciel LimeSurvey, s'adresse aux adultes (de 18 ans et plus) vivant en Belgique. Étant une enquête en ligne, les personnes n'ayant pas de connexion Internet sont malheureusement exclues de la participation. L'enquête et le lien pour y accéder ont été annoncés via le site web de Sciensano et d'autres organisations (mutuelles, collectifs de quartiers,...), ainsi que dans la presse et sur les médias sociaux. A côté de cela, un recrutement par courriel a démarré suivant le principe « boule de neige » : il était demandé aux premiers contacts de retransmettre l'invitation à participer à l'enquête à leur famille, amis et connaissances, et ainsi de suite. En outre, les participants aux précédentes enquêtes de santé COVID-19 qui avaient exprimé leur volonté de participer à une enquête ultérieure (et avaient donné leur adresse électronique à cette fin) étaient recontactés par courrier électronique pour cette 6<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19. Enfin, des efforts ont été déployés pour atteindre un plus grand nombre de jeunes participants (18-25 ans), et ce, tant auprès des répondants afin qu'ils relayent l'invitation aux jeunes de leur entourage, que via des « story » postés sur Twitter, TikTok ou autre. Des contacts ont également été pris avec des universités, hautes écoles, académies, clubs sportifs et mouvements de jeunesse afin de faire passer le message parmi les jeunes de ces institutions.

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

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

Au total 23.354 personnes ont répondu à l'enquête, c'est-à-dire qu'elles ont au minimum fourni des informations sur leur âge, leur sexe et le code postal de leur résidence.

Le Tableau 1 donne un aperçu du nombre et de la proportion de personnes âgées de 18 ans et plus qui résident dans les trois Régions de Belgique (sur la base des données de Statbel, situation au 01/01/2019) en comparaison aux proportions de participants à la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19 selon leur région de résidence (déterminée à partir de la question relative à leur code postal).

**Tableau 1 | Comparaison de la composition de la population et de la composition de l'échantillon de la 9<sup>e</sup> enquête santé COVID-19, par région, Belgique 2021**

	Nombre d'habitants (18+)(%)	Nombre de participants (18+)(%)
Région flamande	5.311.613 (58,2)	14.523 (65,0)
Région bruxelloise	932.366 (10,2)	1.943 (8,7)
Région wallonne	2.882.040 (31,6)	5.879 (26,3)
Belgique	9.126.019 (100)	22.354 (100)

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

**Tableau 2 | Composition de l'échantillon de la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, par sexe et groupe d'âge, Belgique 2021**

	Nombre d'hommes (%)	Nombre de femmes (%)	Nombre total (%)
18 à 24 ans	386 (4,7)	642 (4,5)	1 028 (4,6)
25 à 34 ans	627 (7,7)	1 677 (11,8)	2 304 (10,3)
35 à 44 ans	1 118 (13,7)	2 988 (21,1)	4 106 (18,4)
45 à 54 ans	1 505 (18,4)	3 104 (21,9)	4 609 (20,6)
55 à 64 ans	1 960 (24)	3 248 (22,9)	5 208 (23,3)
65+ ans	2 563 (31,4)	2 536 (17,9)	5 099 (22,8)
<b>Total</b>	<b>8 159 (36,5)</b>	<b>14 195 (63,5)</b>	<b>22 354 (100)</b>

Plus de femmes (63,5%) que d'hommes (36,5%) ont participé à l'enquête, elles y sont donc surreprésentées (dans la population, la distribution est de 51% de femmes et 49% d'hommes). La distribution par âge parmi les participants diffère également de celle de la population : le groupe d'âge le plus jeune (18 à 24 ans) est notamment sous-représenté dans l'enquête (4,6% dans l'échantillon pour 12,5% dans la population) (Tableau 2).

**Tableau 3 | Composition de l'échantillon de la 9<sup>e</sup> enquête de santé COVID-19, par niveau d'éducation, Belgique 2021**

	Population (15+)(%)(*)	Nombre de participants (18+)(%)
Secondaire supérieur ou moins	6.302.716 (67,1)	6 156 (28,3)
Enseignement supérieur	3.084.424 (22,9)	15 612 (71,7)
<b>Total</b>	<b>9.387.140 (100)</b>	<b>6 156 (28,3)</b>

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

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

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

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

Les analyses du présent rapport introduisent trois changements méthodologiques par rapport aux résultats préliminaires publiés dans le rapport de la 1<sup>re</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 8 premières enquêtes de santé Covid-19 de Sciensano peuvent être consultés en ligne :**

- Huitième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/82 Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/hqy9-m065>
- Septième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/51. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ht7a-8923>
- Sixième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/30. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/j877-kf56>
- Cinquième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/96. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/xcx-d-7784>
- Quatrième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/80. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>
- Troisième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/54. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/xkg3-xz50>
- Deuxième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/52. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/rkna-ee65>
- Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/50. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>

## CONTACT

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

### POUR PLUS D'INFORMATIONS

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

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

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2022/14.440/3