

SANTÉ MENTALE

Enquête de santé 2023-2024

Octobre 2025

LYDIA GISLE • CAMILLE DUVEAU • LIZE HERMANS

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

- le personnel de Statbel pour l'organisation du travail de terrain.
- les enquêteurs de Statbel pour la prise de contact et la collecte des données.
- les personnes qui ont volontairement donné de leur temps pour participer à l'enquête.
- Ledia Jani et de Laïla Boulbayem de Sciensano pour leur support logistique et administratif.

L'enquête est réalisée à l'initiative de :



Avec la collaboration de :



Merci de citer cette publication comme suit :

Gisle L, Duveau C, Hermans L. Enquête de santé 2023-2024 : Santé mentale. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2025. Numéro de rapport : D/2025.14.440/103. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

RÉSUMÉ

L'Enquête de santé 2023-2024 offre un aperçu de la santé mentale des personnes âgées de 15 ans et plus en Belgique. Elle mesure le bien-être subjectif à travers la satisfaction de vie, la vitalité, la qualité du sommeil, le bien-être psychologique et l'optimisme. Elle évalue également certains troubles de la santé mentale : l'anxiété, la dépression, les troubles du comportement alimentaire, et les pensées et tentatives suicidaires. Enfin, elle aborde le recours aux soins par le biais de l'usage des médicaments psychotropes sous prescription et le type d'accompagnement professionnel sollicité.

Les résultats suivants concernent la population âgée de 15 ans et plus :

Le bien-être subjectif

- Environ deux tiers de la population se dit relativement satisfaite de son existence (65%), et un quart déclare être très satisfaite (24%). Sur une échelle de 0 à 10, le score moyen de satisfaction atteint 7,5, plaçant la Belgique parmi les pays où elle est la plus élevée.
- En 2023-24, six personnes sur dix (63%) jouissent d'une santé psychologique favorable et huit sur dix (78%) se montrent optimistes pour leur avenir.
- Toutefois, quelques fragilités nuancent ce tableau : une personne sur dix est peu à très peu satisfaite de sa vie (11%), plus d'une personne sur cinq se montre pessimiste face à son avenir (22%) et autant souffre de détresse psychologique sévère (22%), avec des signes de stress et de tension, d'humeur dépressive et de sommeil perturbé en raison de soucis.
- Seulement la moitié de la population estime bénéficier d'un sommeil de qualité, et à peine une personne sur neuf (12%) atteint un niveau de vitalité optimal nécessaire pour se sentir en forme au quotidien.
- Les femmes, les adultes d'âge actif et les personnes moins diplômées ou à revenus modestes rapportent des niveaux plus faibles de satisfaction de vie, de vitalité et de sommeil de qualité. Ces inégalités sociales ne sont malheureusement pas nouvelles.
- Les indicateurs du bien-être subjectif sont généralement meilleurs en Région flamande, mais certaines disparités régionales s'atténuent en raison d'une hausse de la détresse psychique et une baisse de vitalité dans la région. La Wallonie se distingue par un faible niveau de vitalité, un sommeil perturbé, et un regard pessimiste de la population sur leur avenir.

Ainsi, bien que la satisfaction de vie soit élevée en Belgique, le bien-être de la population est soumis à une pression croissante, se traduisant ici par la dégradation d'une série d'indicateurs subjectifs tangibles. Cette évolution pourrait témoigner d'un sentiment de fragilité collectif dans un contexte socio-économique et sociétal plus incertain. Cela souligne la nécessité d'accorder une place centrale au bien-être mental, non seulement dans les politiques de santé, mais également dans les politiques en matière d'éducation, d'emploi, d'aide aux familles et de cohésion sociale. Son intégration dans l'ensemble des politiques publiques est le gage d'une société saine, solidaire et productive.

Les troubles mentaux

- La santé mentale reste un défi majeur : près d'une personne sur six (17,8%) présente un trouble anxieux, dépressif ou une combinaison des deux, une hausse notable par rapport à 2018 (14,4%).
- En une vingtaine d'années, la proportion de personnes souffrant de troubles anxieux est passée de 6,1% à 12,8%, et les troubles dépressifs ont augmenté de 8,0% à 12,7%.
- En outre, 7,8% des personnes de 15 ans et plus sont affectées par un trouble du comportement alimentaire de type anorexie-boulimie et 9,7% font l'expérience d'épisodes d'hyperphagie. Les troubles du comportement alimentaire, eux, sont restés stables.
- En 2023-2024, 5,5% de la population a eu des pensées suicidaires, en légère hausse (4,3%). Les tentatives de suicide ont aussi augmenté par rapport à 2018, passant de 2 à 6 personnes pour mille sur les 12 mois précédents.
- Des inégalités sociales persistent dans la répartition des troubles mentaux : les femmes ainsi que les personnes moins scolarisées et celles à faibles revenus sont plus nombreuses à souffrir de troubles du comportement alimentaire, de troubles anxieux et de troubles dépressifs. Cependant, autant d'hommes que de femmes ont pensé au suicide et ont fait une tentative dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.
- Les jeunes de 15 à 24 ans sont particulièrement à risque pour la santé mentale : près d'un sur quatre présente un trouble anxieux et/ou dépressif (23,1%), et ils sont aussi les plus concernés par les troubles du comportement alimentaire (15,8%) et les comportements suicidaires (1,8%).
- Quels que soient les troubles de la santé mentale envisagés, la Flandre se trouve en meilleure posture, mais la tendance dans la région est à la hausse depuis 2018. Par exemple, les troubles dépressifs ont augmenté de 6% à 11% depuis 2018, et les taux de tentatives de suicide sont les plus élevés du pays, estimés à 7 pour mille.

Ces chiffres témoignent de la prévalence élevée et durable des troubles mentaux en Belgique. Il mettent en évidence la nécessité de renforcer la prévention, ainsi que d'assurer la disponibilité et un accès équitable à des services de soutien psychologique.

La prise en charge des troubles de la santé mentale

- Au total, 14,1% de la population (16,8% de femmes et 11,1% d'hommes) déclare avoir eu recours à un professionnel de la santé pour des difficultés liées à la santé mentale dans les 12 mois précédents.
- L'usage de médicaments à effet sédatif, tels que les somnifères, les tranquillisants et les anxiolytiques, concerne une proportion similaire de la population en 2018 (12,3%) et en 2023-2024 (12,4%). Cette stabilité marque la fin de la tendance à la baisse observée entre 2008 (14,3%) et 2018 (12,3%).
- La consommation d'antidépresseurs, en revanche, est en augmentation, passant de 7,6% d'utilisateurs en 2013 et en 2018 à 9,1% en 2023-24.
- Au total, 16,4% de la population utilise l'un ou l'autre de ces deux types de médicaments et 5,1% les consomment en même temps, ce qui peut présenter des risques.
- Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont moins nombreuses à prendre des sédatifs et des antidépresseurs.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
TABLE DES MATIÈRES	5
INTRODUCTION	8
STRUCTURE DU RAPPORT	9
RÉSUMÉ DES MÉTHODES	10
PREMIÈRE PARTIE : BIEN-ÊTRE SUBJECTIF	11
1. Satisfaction de vie	12
1.1. Moyenne et prévalence	13
1.2. Évolution	14
1.3. Différences démographiques.....	14
1.4. Différences socio-économiques	15
1.5. Analyses complémentaires.....	16
2. Vitalité	19
2.1. Moyenne et prévalence	19
2.2. Évolution	20
2.3. Différences démographiques.....	21
2.4. Différences socio-économiques	22
3. Qualité du sommeil	22
3.1. Moyenne et prévalence	23
3.2. Différences démographiques.....	23
3.3. Différences socio-économiques	24
3.4. Analyses complémentaires.....	25
4. Bien-être psychique	25
4.1. Moyenne et prévalence	27
4.2. Évolution	27
4.3. Différences démographiques.....	29
4.4. Différences socio-économiques	31
4.5. Analyses complémentaires.....	31
5. Optimisme	32
5.1. Prévalence.....	32
5.2. Évolution	32
5.3. Différences démographiques.....	33
5.4. Différences socio-économiques	34
5.5. Analyses complémentaires.....	35
CONCLUSION 1^e PARTIE	36
TABLEAUX DE SYNTHÈSE	37

DEUXIÈME PARTIE : TROUBLES MENTAUX.....	39
RÉSULTATS	40
1. Trouble anxieux	40
1.1. Prévalence.....	41
1.2. Évolution	41
1.3. Différences démographiques.....	42
1.4. Différences socio-économiques	43
2. Troubles dépressifs.....	44
2.1. Prévalence	45
2.2. Évolution	45
2.3. Différences démographiques.....	46
2.4. Différences socio-économiques	47
2.5. Comorbidité anxiété – dépression	48
3. Troubles du comportement alimentaire	49
3.1. Prévalence	50
3.2. Évolution	50
3.3. Différences démographiques.....	50
3.4. Différences socio-économiques	52
3.5. Comorbidité TCA - anxiété/dépression.....	52
4. Idéation suicidaire	52
4.1. Prévalence.....	52
4.2. Évolution	53
4.3. Différences démographiques.....	54
4.4. Différences socio-économiques	54
5. Tentative de suicide	55
5.1. Prévalence	55
5.2. Évolution	56
5.3. Différences démographiques.....	57
5.4. Différences socio-économiques	58
5.5. Associations avec les troubles mentaux.....	58
6. Usage de médicaments psychotropes	59
6.1. Prévalence	60
6.2. Évolution	60
6.3. Différences démographiques.....	61
6.4. Différences socio-économiques	63
6.5. Lien avec les troubles mentaux	64
7. Accompagnement professionnel.....	66
7.1. Prévalence.....	66
7.2. Différences démographiques.....	67
7.3. Différences socio-économiques	67
7.4. Professionnels de santé sollicités.....	68
CONCLUSION 2^e PARTIE	70
TABLEAUX DE SYNTHÈSE.....	71

Abréviations

A/B	Anorexie/Boulimie
BEDS-7	Binge Eating Disorders Screener – 7 items
CIDI-10	Composite International Diagnostic Interview – version 10
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth edition
EHIS	European Health Interview Survey
GAD-7	Generalised Anxiety Disorders - 7 items
GHQ-12	General Health Questionnaire - 12 items
HIS	Health Interview Survey (Enquête de santé)
n.s	Non significatif après ajustement pour l'âge et/ou le sexe
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OR	Odds ratio
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - 9 items
SF-36	Short Form (36 items) health survey
TCA	Trouble du comportement alimentaire

Lexique

Anhédonie	Incapacité à ressentir du plaisir, un intérêt ou de la satisfaction pour des activités qui étaient auparavant agréables, comme les loisirs, les interactions sociales ou la nourriture.
------------------	---

Remarque

La forme masculine est privilégiée dans le texte pour en faciliter la lecture. Elle n'a pas vocation de discrimination ou de stigmatisation. Par exemple, les termes « consommateur » ou « utilisateur » font concerner toutes les personnes, quel que soit leur identité de genre.

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) inscrit la santé mentale dans une vision holistique de la santé. En 1948, elle définit la santé en comme « un état de bien-être physique, mental et social complet, et pas seulement comme l'absence de maladies et d'infirmités ». Le bien-être mental inclut les dimensions émotionnelle, cognitive, comportementale et sociale du fonctionnement humain et participe directement à la qualité de vie des individus. Il n'existe pas de définition universelle de la santé mentale : sa représentation dépend de normes socioculturelles et change au gré des avancées scientifiques et des théories qui la façonnent.

Dans l'approche de l'OMS, la santé mentale ne représente donc pas simplement l'absence de troubles mentaux, mais relève d'un état psychologique permettant de profiter pleinement de la vie, de réaliser son potentiel, de surmonter le stress du quotidien et les difficultés normales de l'existence, ainsi que de s'adapter aux situations sur lesquelles on n'a pas de contrôle. Être en bonne santé mentale repose sur une capacité dynamique à maintenir ou à rétablir un équilibre entre les différents aspects de la vie et les contraintes de l'environnement.

L'état de bien-être peut parfois être mis à mal, entraînant des perturbations plus ou moins importantes du fonctionnement psychologique. Des difficultés peuvent apparaître lorsque les exigences d'une situation dépassent les ressources et les capacités individuelles pour y faire face. Cela se traduit par une détresse émotionnelle, une tension accrue, des troubles du sommeil et des modifications du fonctionnement social. Ce mal-être psychologique est généralement réactionnel et transitoire, pouvant toucher n'importe qui, à n'importe quel moment de la vie, sans forcément évoluer vers des troubles mentaux plus graves.

Les troubles mentaux sont, quant à eux, plus sévères ou chroniques. Ils se caractérisent par un ensemble spécifique de symptômes qui altèrent la régulation des émotions, le fonctionnement cognitif et le comportement de l'individu, provoquant des déficiences ou des incapacités significatives qui s'accompagnent souvent d'un sentiment de détresse profond. Les troubles mentaux sont cliniquement identifiables, comme par exemple les troubles anxieux, la dépression, la schizophrénie ou les troubles bipolaires, et sont décrits dans des manuels de psychiatrie dont les plus connus sont la « Classification Internationale des Maladies » (CIM-11) de l'OMS (1), et le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-V) de la American Psychiatric Association (2).

Les causes à l'origine des troubles mentaux sont multiples. Elles reposent sur une interaction entre les composantes génétiques, biologiques, développementales et psychosociales de l'individu avec des déterminants liés à son mode de vie et à son environnement. L'importance relative des facteurs étiologiques varie d'un trouble mental à l'autre et d'une personne à l'autre, en fonction de la situation. En outre, les personnes qui sont ou ont été exposées à des conditions de vie difficiles - comme la pauvreté, la violence, le handicap, les discriminations et les inégalités - sont fragilisées et plus vulnérables à des décompensations psychologiques (3).

Les affections mentales dans leur ensemble ont des répercussions considérables. Au-delà d'une souffrance émotionnelle, elles affectent la santé physique et sociale des personnes. Ainsi, certains états psychologiques et troubles mentaux sont associés à des altérations physiologiques qui augmentent la vulnérabilité à des maladies, notamment cardio-vasculaires et infectieuses. Par ailleurs, les personnes touchées par ces troubles adoptent souvent des comportements à risque, tels qu'une consommation excessive d'alcool, de tabac ou de stupéfiants, ce qui peut accroître leur isolement social et entraîner un absentéisme marqué au travail. Enfin, dans les formes sévères, ces troubles peuvent mener à des conduites autodestructrices, impliquant la toxicomanie, la violence et le suicide. Les troubles de la santé mentale ont donc également un impact sur l'entourage de la personne et la société. L'OMS estime qu'en 2019, une personne sur huit dans le monde présentait un trouble mental, quel qu'il soit. Les affections les plus courantes étaient les troubles anxieux et les troubles dépressifs (3). Avec la pandémie de COVID-19, le nombre de personnes souffrant de ces troubles a sensiblement augmenté en 2020. Selon les premières estimations mondiales, il s'agirait d'une hausse de respectivement 26% et 28% en l'espace d'une année seulement (3). Les données collectées en Belgique entre 2020 et 2022 confirment cette tendance (4).

STRUCTURE DU RAPPORT

Conceptualisation - opérationnalisation

La conception historique et duale de la santé mentale perçue comme l'absence de troubles mentaux a fait place à un modèle holistique basé sur deux axes : celui du continuum entre l'absence et la présence d'une pathologie mentale et celui, de nature eudémonique, d'une graduation entre un état de bien-être et de mal-être psycho-émotionnel. Ce dernier s'aligne avec une perspective de santé publique qui promeut le bien-être psychologique comme ressource essentielle pour le bon fonctionnement individuel, social et sociétal (5).

L'opérationnalisation de la santé mentale repose donc sur trois piliers fondamentaux, à savoir :

- La santé mentale positive, qui fait référence à un état de bien-être psychologique et d'épanouissement personnel, à un sentiment de bonheur et de satisfaction à l'égard de sa vie, à une énergie fondamentale, ainsi qu'à des caractéristiques de personnalité positives telles que l'optimisme, l'estime de soi, la résilience et le sentiment de contrôle.
- La détresse émotionnelle, qui indique un certain mal-être psychique, la présence diffuse de symptômes anxieux et dépressifs qui ont un impact sur le fonctionnement habituel, sans forcément s'identifier à un trouble mental. Il peut s'agir d'une réaction adaptative normale et transitoire à des difficultés existentielles ou des situations de vie éprouvantes. Si cet état de souffrance psychique devient plus intense ou perdure, il peut toutefois constituer l'indicateur d'un problème mental plus sévère et nécessiter un accompagnement professionnel.
- Les troubles mentaux, qui se caractérisent par la présence de symptômes relativement sévères formant des classes diagnostiques distinctes et nécessitant des interventions thérapeutiques ciblées. Leur durée est variable et ils peuvent être plus ou moins handicapants. Il s'agit, par exemple, de troubles psychotiques, de troubles dépressifs, de troubles anxieux ou de troubles de la personnalité et du comportement.

L'enquête de santé n'a pas vocation de mesurer toutes les dimensions de la santé mentale, ni de prétendre poser le diagnostic de troubles mentaux. Tout au plus cherche-t-elle à ébaucher un état des lieux de différentes composantes de la santé mentale au sein de la population générale, avec les moyens et les instruments à sa disposition dans le cadre plus vaste d'une enquête dévolue à la santé globale et aux comportements de santé.

Présentation des résultats

Les éléments recueillis dans l'enquête de santé 2023-2024 permettent de structurer les données en trois parties. Les deux premières portent sur des indicateurs de santé mentale au sein de la population adulte (de 15 ans et plus). La troisième partie est consacrée aux difficultés psychosociales chez les enfants et adolescents âgés de 2 à 18 ans.

1. La première partie aborde l'aspect du bien-être subjectif dans sa dimension positive, opérationnalisé par des indicateurs de satisfaction de vie, de vitalité, de qualité du sommeil, de bien-être et d'optimisme.
2. La deuxième partie porte sur les troubles mentaux les plus courants, à savoir le trouble anxieux généralisé, les troubles dépressifs, les troubles du comportement alimentaire, ainsi que l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide. Elle inclut deux thématiques liées aux soins de santé mentale : d'une part, l'usage de sédatifs et d'antidépresseurs, et d'autre part, le recours au soutien d'un professionnel de la santé.
3. La troisième partie concerne les troubles émotionnels, comportementaux et relationnels chez les enfants et adolescents âgés de 2 à 18 ans. Cette partie fait l'objet d'un rapport indépendant.

RÉSUMÉ DES MÉTHODES

La méthodologie complète de l'enquête de santé 2023-2024 est disponible sur : www.enquetesante.be.

L'enquête de santé 2023-2024, la septième d'une série, a été commanditée par la Conférence interministérielle "Santé Publique" et réalisée par Sciensano, en collaboration avec Statbel pour le travail de terrain. Elle se distingue par une approche horizontale, qui permet de collecter simultanément des données sur la santé, les modes de vie, les soins de santé et les caractéristiques socio-économiques et environnementales. Cette approche offre une vision intégrée de l'état de santé de la population et de ses besoins. La répétition régulière de l'enquête permet d'en suivre l'évolution dans le temps.

Échantillonnage

L'enquête s'adresse à toutes les personnes résidant en Belgique, indépendamment de leur nationalité, leur âge ou leur statut juridique. Le Registre national, la base de sondage la plus complète du pays, a servi de source pour la sélection des participants. Dès lors, les personnes non inscrites dans ce registre, comme les sans-abri ou les personnes sans domicile légal, n'ont pas pu être prises en compte.

L'enquête a été menée dans une sélection de villes et de communes. Dans chaque commune, des ménages ont été tirés au sort et invités à participer. Si le ménage comptait entre un et quatre membres, tous étaient sollicités pour l'enquête ; si le ménage était plus grand, seuls quatre membres étaient sélectionnés, dont la personne de référence et son/sa partenaire. Les ménages refusant de participer étaient remplacés par un autre ménage aux caractéristiques similaires. Dans les ménages ayant accepté de prendre part à l'enquête, chaque participant a donné un consentement éclairé par écrit, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Structure de l'enquête

L'enquête se compose de trois parties :

- Un questionnaire au niveau du ménage, par entretien oral, qui aborde la composition du ménage, les revenus, les dépenses de santé, les caractéristiques du logement, etc.
- Un questionnaire individuel, par entretien oral, qui porte sur les maladies chroniques, les limitations fonctionnelles et incapacités, la consommation de soins, etc.
- Un questionnaire à remplir soi-même par écrit, destiné aux personnes de 15 ans et plus, qui inclut des sujets plus sensibles tels que la santé mentale, la consommation d'alcool, la dépendance aux jeux, etc.

Collecte des données

- Période : 2023-2024 (2 ans). En raison de circonstances exceptionnelles, notamment une forte pénurie d'enquêteurs, la collecte des données initialement prévue au cours de toute l'année 2023 a dû être prolongée d'un an, jusqu'au 31 décembre 2024.
- Participation : 3.709 ménages ont pris part à l'enquête sur les 15.951 ménages invités à participer. Cela a conduit à 7.001 participants individuels en face-à-face. Parmi ceux-ci, 1.303 ne devaient pas répondre au questionnaire écrit auto-administré, 772 auraient dû y répondre mais ne l'ont pas fait, et 4.926 ont répondu.

Pondération et représentativité

Les résultats ont été pondérés pour refléter fidèlement la population en Belgique, en tenant compte de paramètres tels que la probabilité de sélection au sein du ménage et la distribution de l'échantillon selon le sexe, l'âge, la taille du ménage, la province, et le niveau d'éducation. Cela permet de calibrer au plus près l'échantillon des participants sur la population réelle, en prenant comme référence celle du 1^{er} janvier 2024.

PREMIÈRE PARTIE

BIEN-ÊTRE SUBJECTIF

RÉSULTATS

L'enquête de santé s'intéresse à la santé mentale positive et au bien-être subjectif de la population depuis ses débuts, intégrant de nouveaux indicateurs au fil des éditions pour affiner son évaluation. L'enquête de 2023-2024 a collecté des données sur la satisfaction de vie, la vitalité, la qualité du sommeil, le bien-être psychique et l'optimisme. Ces dimensions sont mesurées à l'aide d'instruments placés dans le questionnaire auto-administré destiné aux répondants âgés de 15 ans et plus. Les analyses visent à jauger les changements au cours du temps et à identifier les groupes les plus à risque d'éprouver des difficultés dans ces domaines. Les analyses comparatives sont standardisées selon l'âge et/ou le sexe, et considèrent un seuil de signification statistique de $p \leq 0,05$.

Ce rapport présente les indicateurs principaux du bien-être subjectif. Pour une vision exhaustive des indicateurs existants, le lecteur est invité à consulter les données mises à sa disposition sur notre site, soit :

- L'ensemble des tableaux reprenant les résultats bruts et standardisés, ventilés par sexe, âge, éducation et année d'enquête, pour la Belgique et groupés par Région : www.enquetesante.be.
- L'outil d'analyses en ligne (HISIA) permettant de créer des tableaux et des figures personnalisables à partir des indicateurs d'intérêt : <https://healthinformation.sciensano.be/shiny/hisia/>.

1. Satisfaction de vie

La satisfaction de vie évoque le jugement que l'on porte sur la qualité et le déroulement de sa vie dans son ensemble, indépendamment d'événements ponctuels ou d'états émotionnels momentanés. Elle résulte de la comparaison entre sa vie actuelle et la vie que l'on voudrait avoir selon ses valeurs et ses idéaux personnels. Le degré de satisfaction éprouvé dépendant de la mesure dans laquelle les vies réelle et idéale sont proches ou distantes. La satisfaction de vie n'est pas statique, elle fluctue au fil du temps au gré des étapes et contextes de vie, suivant les modifications des attentes et des aspirations, et selon les habiletés et compétences qui permettent de les réaliser (5). Une politique de bien-être axée sur la promotion d'une satisfaction existentielle élevée contribue à renforcer la résilience, à améliorer la cohésion sociale et à prévenir les troubles mentaux. Il s'agit donc d'une composante clé du bien-être subjectif.

Question

L'enquête de santé mesure la satisfaction à l'aide d'une question unique et directe. Celle-ci est recommandée pour évaluer le bien-être global comme composante de la santé mentale positive (6). Elle est estimée sur une échelle de Cantril à 11 points, allant de 0 (« pas du tout satisfait(e) ») à 10 (« totalement satisfait(e) »).

VT.01 Quel degré de satisfaction éprouvez-vous actuellement à l'égard de votre vie ?

Utilisez cette échelle de 0 à 10, où 0 signifie "pas du tout satisfait(e)" et 10 signifie "totalement satisfait(e)"

– – – – – – – – – – –

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas du tout satisfait(e)
totalement satisfait(e)

Indicateurs

Deux indicateurs sont créés à partir de cette question :

- **VT01_1** est le score moyen de satisfaction de vie au sein de la population âgée de 15 ans et plus.
- **VT01_2** est la catégorisation du score de satisfaction permettant d'obtenir le pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant une faible satisfaction (de 0 à 5), une satisfaction intermédiaire (6 à 8) ou une satisfaction élevée (9 ou 10) à l'égard de la vie.

1.1. Moyenne et prévalence

La satisfaction à l'égard de la vie est de 7,5 sur 10 en moyenne parmi les personnes de 15 ans et plus. Il s'agit d'une satisfaction que l'on pourrait qualifier de « relativement bonne » dans son ensemble.

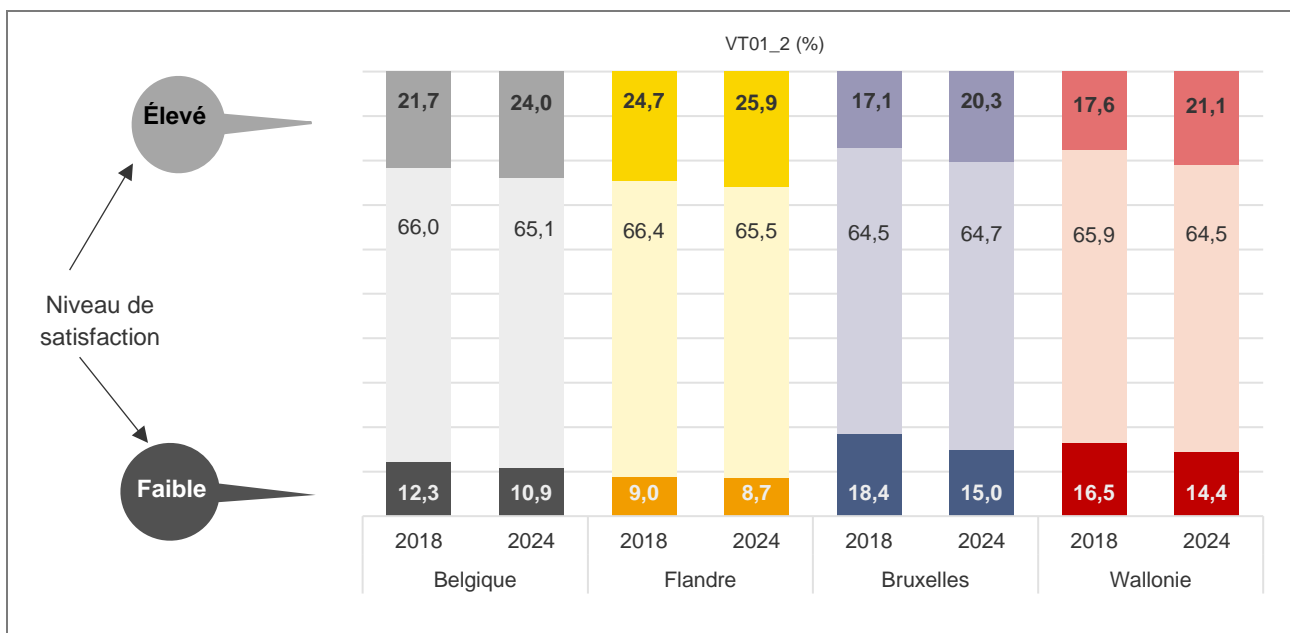
Pourtant, plus d'une personne sur dix (10,9%) est peu satisfaite de son existence (score < 5), une majorité (65,1%) est moyennement satisfaite (score 6-8) et 24,0% se dit très satisfaite à l'égard de sa vie (score > 8).

1.1.1. Spécificités régionales

Le niveau de satisfaction est en moyenne plus élevé en Flandre (7,6) qu'à Bruxelles (7,2 ; $p < 0,001$) et en Wallonie (7,3 ; $p < 0,001$), même après ajustement pour l'âge et le sexe.

En Région flamande, un plus grand nombre relatif de personnes se disent très satisfaites de leur vie (25,9%) par rapport aux Régions bruxelloise (20,3%) et wallonne (21,1%). La Région flamande se distingue surtout par un taux plus faible de personnes peu satisfaites de leur existence (8,7%) par rapport à la Région Bruxelloise (15,0%) et wallonne (14,4%). Les différences entre les Régions sont significatives après ajustement.

Figure 1 • Distribution (%) de la population de 15 ans et plus selon leur niveau de satisfaction de vie (faible, intermédiaire et élevée), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



1.2. Évolution

En moyenne, la satisfaction de vie en Belgique a augmenté d'un dixième de point entre 2018 (7,4) et 2023-24 (7,5), ce qui est statistiquement significatif après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,03$).

Cette augmentation se traduit aussi par un plus grand nombre de personnes ayant une satisfaction de vie élevée (21,7% en 2018 pour 24,0% en 2023-24), et moins de personnes jugeant leur vie comme peu satisfaisante en 2023-24 (10,9%) par rapport à 2018 (12,3%). Les différences par année d'enquête sont significatives après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,02$).

1.2.1. Spécificités régionales

En Flandre, le niveau moyen de satisfaction est resté stable par rapport à 2018 (7,6 les deux années). Le niveau a augmenté de deux dixièmes de point à Bruxelles (de 7,0 à 7,2 ; n.s) et en Wallonie (de 7,1 à 7,3 ; n.s) sans pour autant atteindre la satisfaction éprouvée dans la population flamande.

En Région flamande, la distribution de la population par niveau de satisfaction de vie n'a pas évolué entre 2018 et 2023-24 (n.s) (Fig.1) .

En Région bruxelloise, le pourcentage ayant une faible satisfaction de vie a diminué (18,4% en 2018 à 15,0% en 2023-24) et celui ayant une satisfaction de vie élevée a augmenté (de 17,1% à 21,3%) ($p=0,046$).

On observe également cette tendance en Région wallonne : la proportion de personnes peu satisfaites de leur vie est passée de 16,5% en 2018 à 14,4% en 2023-24, et la proportion de celles qui sont très satisfaites est passée de 17,6% à 21,1% ($p=0,064$) (Fig.1). Cette évolution n'est donc pas statistiquement significative.

1.3. Différences démographiques

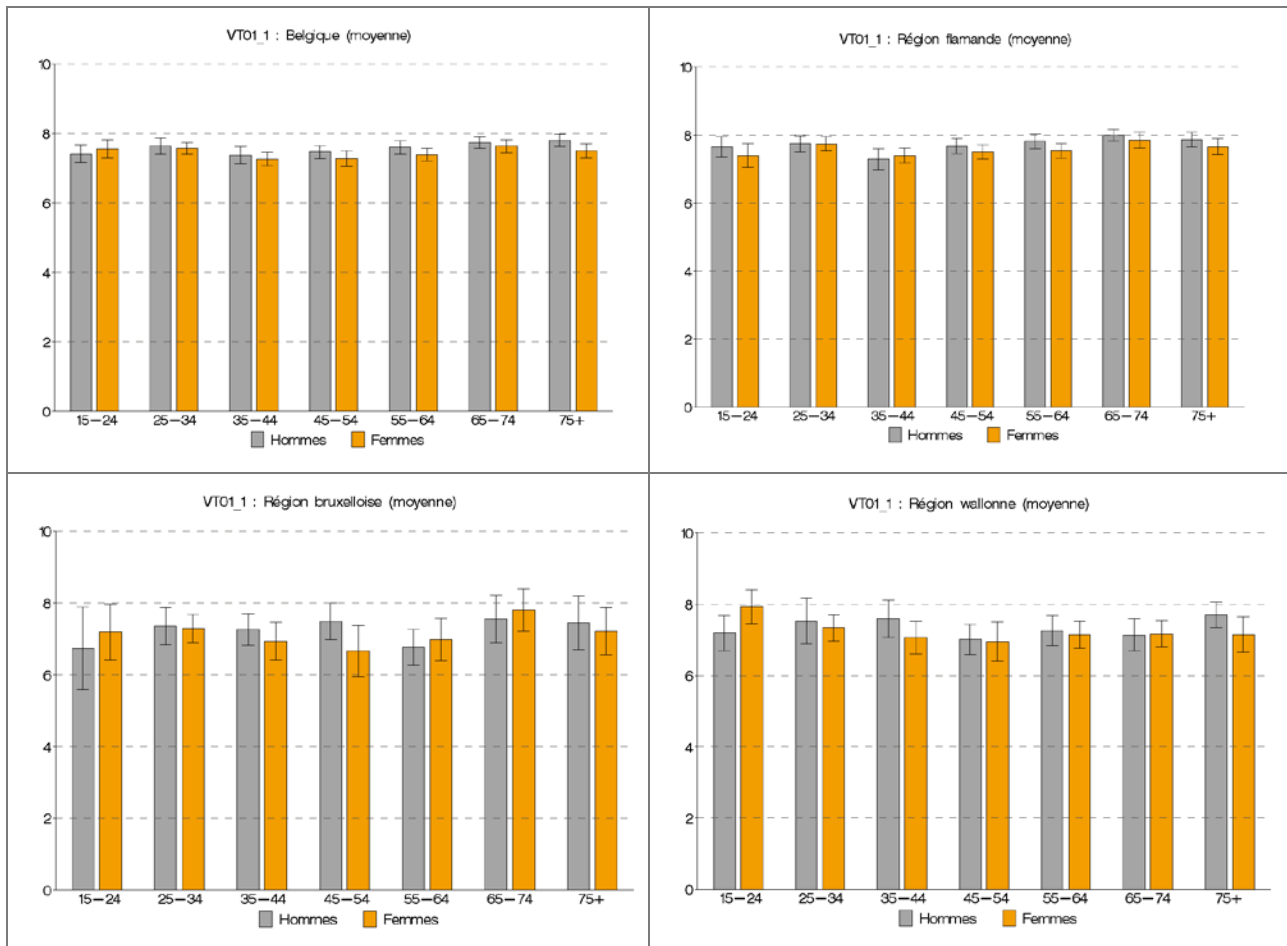
Les hommes sont en moyenne plus satisfaits de leur vie que les femmes (7,6 > 7,4 ; $p<0,001$). De même, plus d'hommes (25,5%) que de femmes (22,6%) ont une satisfaction de vie élevée. À l'inverse, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être peu satisfaites de leur existence (11,7% > 10,0%) ($p=0,02$).

Le niveau de satisfaction à l'égard de sa vie varie entre 7,3 et 7,7 en moyenne selon les groupes d'âge (Fig.2). Les différences sont significatives entre le groupe d'âge de 35-44 ans (7,3) et les groupes d'âge de 25-34 ans (7,6), 65-74 ans (7,7) et 75 ans et plus (7,6).

Les personnes de 25-34 ans et de 65-74 ans sont les moins nombreuses à être peu satisfaites de leur vie (6,6% et 8,5% respectivement).

La proportion de personnes qui sont très satisfaites de leur vie augmente à partir de 55-64 ans (25,6%) pour atteindre 26,6% à 75 ans et plus.

Figure 2 • Satisfaction de vie moyenne au sein de la population de 15 ans et plus, par âge et sexe par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



1.4. Différences socio-économiques

Le statut social influence la satisfaction à l'égard de l'existence. Le score moyen de satisfaction augmente avec le niveau d'études accomplies, passant de 7,2 chez les personnes les moins diplômées à 7,4 (n.s) chez celles diplômées de l'enseignement secondaire, et à 7,6 ($p=0,009$) chez celles diplômées de l'enseignement supérieur. Le gradient social est également significatif dans les analyses par classes de satisfaction. Ainsi, les personnes peu satisfaites de leur vie représentent 18,3% des personnes les moins diplômées, 12,1% ($p=0,005$) des diplômées du secondaire et 7,9% du supérieur ($p=0,015$). La proportion de personnes très satisfaites de leur vie augmente avec le niveau d'éducation : 21,7%, 23,5% et 25,0% respectivement.

1.4.1. Spécificités régionales

Les inégalités sociales en matière de satisfaction de vie sont observées dans les trois régions du pays.

En Flandre, la différence se situe principalement entre les personnes sans diplôme du secondaire (7,4) et celles ayant le diplôme du secondaire (7,6) ou du supérieur (7,7 ; $p<0,002$). La proportion de personnes peu satisfaites est nettement plus élevée parmi les moins diplômées (15,7%) que parmi les diplômées du secondaire (7,0%) ou du supérieur (8,6%). En revanche, la part de personnes très satisfaites est stable, autour

de 26% quel que soit le niveau d'instruction (26,9% chez les moins instruites contre 26,1% chez les plus instruites).

À Bruxelles et en Wallonie, le clivage se situe à un autre niveau. La satisfaction de vie est plus faible chez les personnes qui n'ont pas accédé à l'enseignement supérieur. À Bruxelles, le score moyen est de 6,7 à 6,8 pour les non-diplômées et les diplômées du secondaire, contre 7,5 ($p=0,015$) pour les diplômées de l'enseignement supérieur. En Wallonie, les scores suivent la même tendance (7,0 à 7,1 (n.s) contre 7,5 ; $p=0,006$).

Les écarts se traduisent également dans les proportions : à Bruxelles, environ un quart des personnes sans diplôme supérieur (23,6%–24,2%) se disent peu satisfaites, contre seulement 8,5% des diplômées du supérieur. À l'inverse, les diplômées du supérieur sont davantage représentées parmi les très satisfaites (23,5% contre 15,8%–16,0%).

En Wallonie, on observe un gradient éducatif plus progressif dans la part des personnes peu satisfaites : 21,0% parmi les moins diplômées, 16,9% chez les diplômés du secondaire et 10,1% chez les diplômés du supérieur. En revanche, un clivage réapparaît lorsqu'on considère les personnes très satisfaites : 15,6% chez les moins instruits contre 21,9% et 22,9% respectivement chez les diplômés du secondaire et de l'enseignement supérieur.

On peut retenir ici que la satisfaction de vie varie selon le niveau d'éducation dans toutes les régions du pays. Les personnes moins instruites, en particulier celles sans diplôme du secondaire en Flandre et celles sans diplôme supérieur à Bruxelles et en Wallonie, se déclarent nettement plus souvent peu satisfaites de leur vie que les groupes plus instruits.

1.5. Analyses complémentaires

Revenus du ménage

La figure 3 illustre le lien étroit entre le niveau économique et la satisfaction de vie. Au niveau national, la satisfaction à l'égard de la vie est plus faible auprès des 40% de la population avec les revenus les plus bas (7,1 et 7,3 en moyenne) par rapport aux 60% de personnes ayant des revenus plus élevés (> 7,6).

Figure 3 • Score moyen de satisfaction de vie au sein de la population de 15 ans et plus, en fonction des revenus équivalents du ménage classés par quintiles, Enquête de santé 2023-2024, Belgique

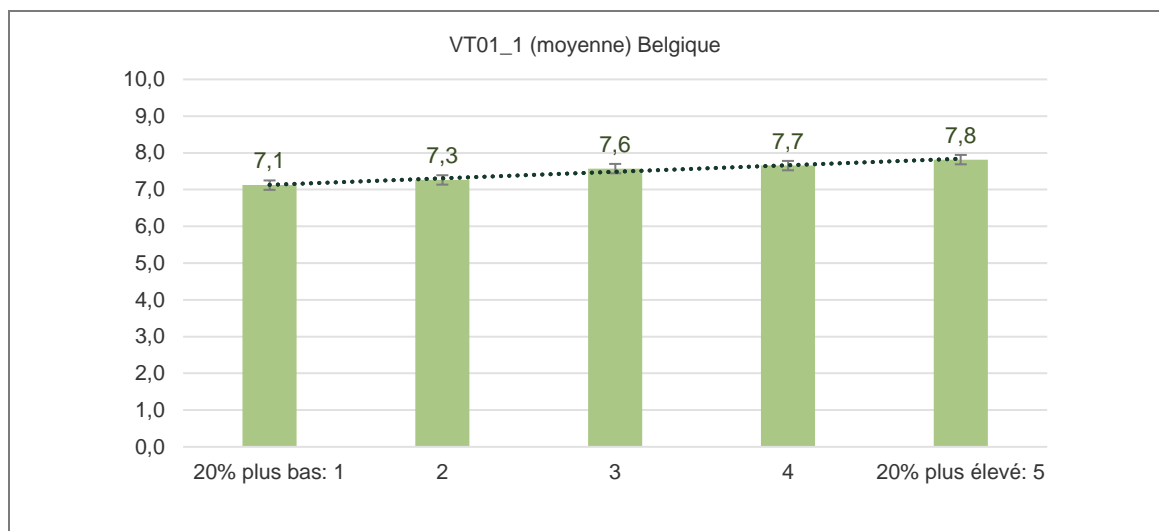
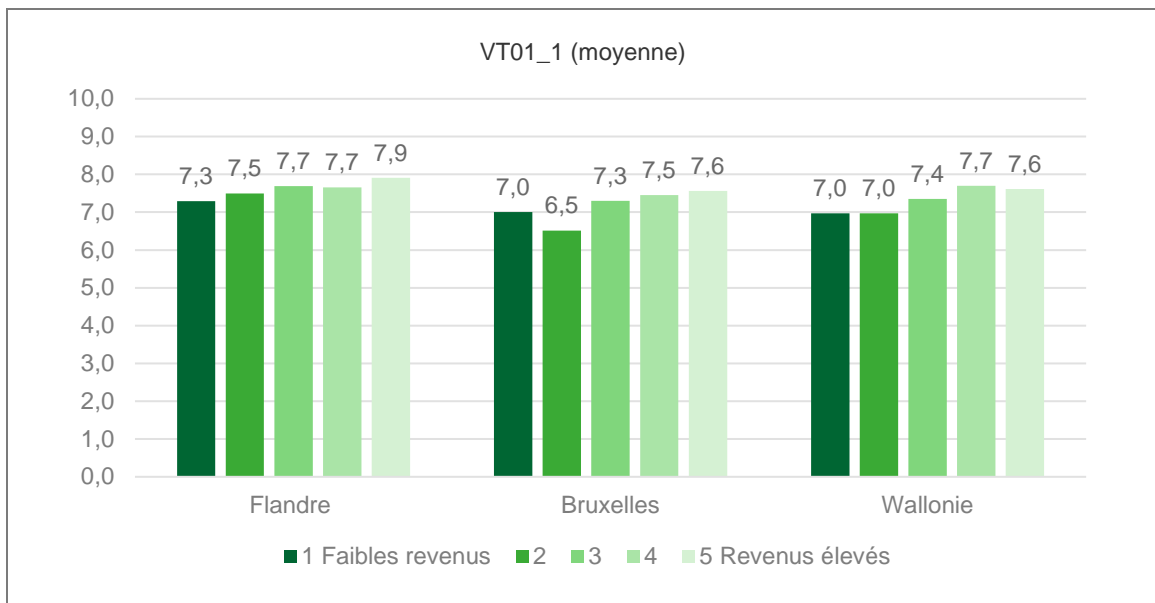


Figure 4 • Score moyen de satisfaction de vie au sein de la population de 15 ans et plus, en fonction des revenus équivalents du ménage classés par quintiles, par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Les différences dans la satisfaction de vie en fonction des niveaux de revenus sont visibles dans les trois régions du pays (Fig.4). Globalement, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie augmente avec les revenus des ménages.

Il convient de noter que les quintiles de revenus, c'est-à-dire le classement de la population en cinq groupes égaux de 20 %, allant des revenus les plus faibles aux plus élevés, sont calculés à l'échelle de la Belgique. Dès lors, ils ne se répartissent pas de manière uniforme entre les différentes régions du pays.

- En Flandre, les personnes ayant les revenus les plus faibles (classées dans le 1^e quintile national) sont sous-représentées (14,5%) tandis que celles disposant de revenus plus élevés (4^e quintile national) sont sur-représentées (25,8%).
- À Bruxelles, les personnes ayant les revenus les plus faibles (1^e quintile national) sont proportionnellement plus nombreuses (36,1%), alors que celles du 2^e au 4^e quintiles nationaux (revenus plus élevés) sont sous-représentées (13,3% à 15,0%).
- En Wallonie, les personnes aux revenus les plus faibles sont sur-représentées en Wallonie (25,5% pour le 1^e quintile et 24,2% pour le 2^e), tandis que celles appartenant au quintile de revenus les plus élevés sont sous-représentées (13,6% du 5^e quintile national).

Les résultats mettent en évidence des différences entre la Région flamande et les deux autres régions du pays (Fig.4). En Flandre, les personnes appartenant au quintile de revenus les plus faibles présentent une satisfaction de vie moyenne plus élevée (7,3 au 1^{er} quintile) que celles des deux quintiles inférieurs à Bruxelles et en Wallonie ($\leq 7,0$).

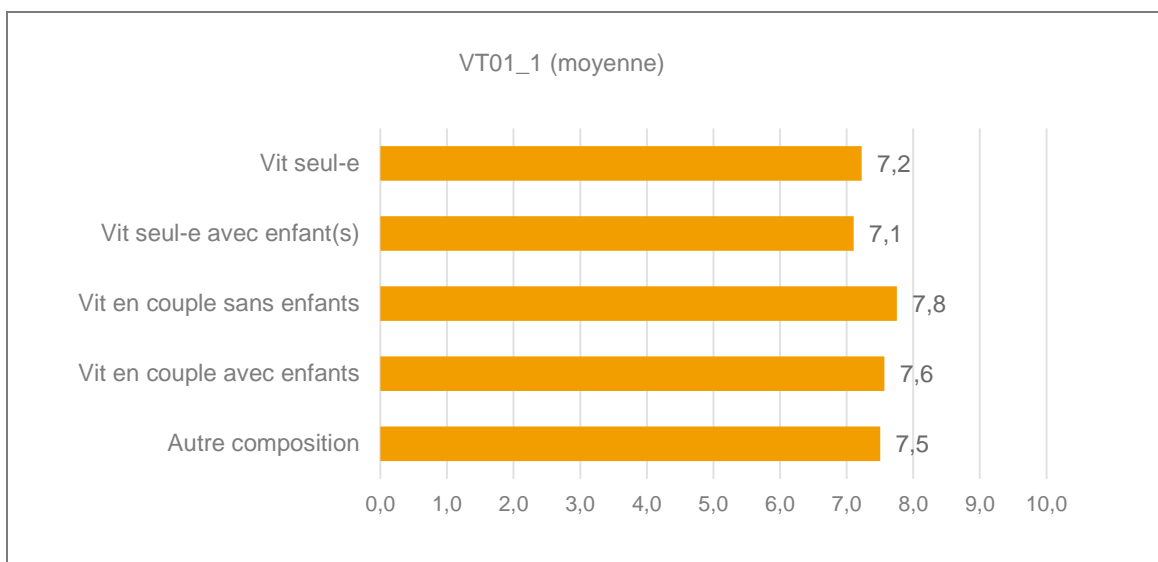
De même, la satisfaction moyenne observée dans les groupes aux revenus les plus élevés à Bruxelles et en Wallonie (7,6 au 5^e quintile) reste inférieure à celle enregistrée dans les groupes de revenus moyens en Flandre (7,7 aux 3^e et 4^e quintiles).

Ces résultats montrent que le niveau de revenus, bien qu'étroitement lié à la satisfaction de vie, n'en constitue pas le seul déterminant. En effet, à revenus comparables, la satisfaction de vie demeure plus élevée en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie, ce qui suggère que d'autres facteurs, tels que l'environnement de vie, la qualité des services ou la cohésion sociale, contribuent aussi au bien-être de la population.

Composition du ménage et quartier

À côté de potentiels facteurs d'influence macro-environnementaux, nous avons mené des analyses impliquant des données sur les milieux de vie directs des personnes, à savoir, la composition du ménage et le quartier d'habitation. La figure 5 montre qu'en moyenne, la satisfaction de vie est moins élevée chez les adultes vivant seuls ou seuls avec leur(s) enfant(s) par rapport aux personnes vivant en couple (avec ou sans enfants) ou vivant avec d'autres personnes (+0,4 à +0,5). Les analyses statistiques montrent que la satisfaction de vie varie significativement selon la composition du ménage ($p < 0,001$), même en tenant compte de l'âge, du sexe et du revenu. Lorsque l'indicateur est recodé en trois catégories (faible, intermédiaire, élevée), on observe la même tendance : les adultes vivant en couple ont plus souvent une satisfaction élevée (24,2% et 28,5%, respectivement avec et sans enfants) alors que ceux vivant dans un ménage isolé ou monoparental sont moins susceptibles de déclarer un haut niveau de satisfaction (18,9% et 17,4% respectivement). Le quartier d'habitation (ville, banlieue, petite urbanisation, village) n'a pas d'influence probante sur satisfaction de vie dans les analyses qui tiennent compte de l'âge, du sexe, de la composition et des revenus du ménage.

Figure 5 • Satisfaction de vie moyenne de la population de 15 ans et plus selon la composition du ménage, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



2. Vitalité

La vitalité renvoie au sentiment d'énergie et de dynamisme ressenti au quotidien. Elle reflète la capacité à se mobiliser, à accomplir ses activités, à maintenir sa motivation et à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Il s'agit d'un aspect du bien-être subjectif étroitement lié à la santé physique et mentale. Lorsque le niveau de vitalité est faible, tout devient plus pénible ; lorsqu'il est durablement épuisé, cela peut mener à un état d'épuisement ou à un burn-out.

Questions

L'enquête de santé utilise l'échelle de vitalité (VT) du SF-36 dans le questionnaire auto-administré depuis 2004.

VT.02 Au cours de <u>ces dernières semaines</u> , dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e)...					
Une croix par ligne	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	En permanence
01. dynamique ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
02. débordant(e) d'énergie ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
03. épuisé(e), à bout ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
04. fatigué(e) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Indicateurs

- **VT02_1** est le score moyen de vitalité au sein de la population âgée de 15 ans et plus. Il est construit à partir des 4 items de l'échelle en inversant les notes des 2 premiers items (1=5, 2=4, 4=2, 5=1) afin qu'elles aient toutes une polarité positive, et en les ramenant à des valeurs de 0 à 4. Il s'agit ensuite de calculer la moyenne des notes obtenues pour chaque individu. Cette moyenne est alors convertie à un score sur une échelle de 0 à 100, où les valeurs plus élevées correspondent à une vitalité plus grande.
- **VT02_2** offre une approche dichotomique (deux catégories) à partir du score individuel de vitalité rapporté à la moyenne de la population (9). Ainsi, les personnes ayant un score d'une déviation standard au-dessus de la moyenne globale (soit ici supérieur à 78/100) sont considérées comme ayant un niveau de vitalité « optimal ».

2.1. Moyenne et prévalence

En 2023-24, le score moyen de vitalité est de 58,2 (sur une échelle allant de 0 à 100) au sein de la population âgée de 15 ans et plus, et le pourcentage de personnes ayant un niveau optimal est de 11,7%.

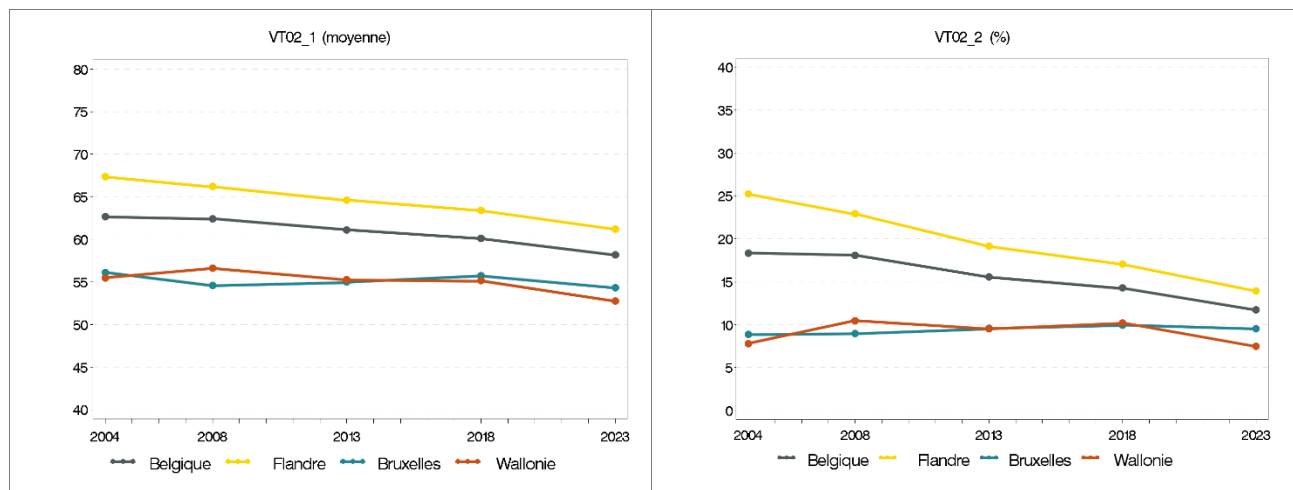
2.1.1. Spécificités régionales

Le score moyen de vitalité est plus élevé en Flandre (61,2) qu'à Bruxelles (54,3) et en Wallonie (52,8), et la différence entre la Flandre et ces deux régions est significative ($p < 0,001$). Le pourcentage de personnes avec un niveau optimal de vitalité est presque deux fois plus élevé en Flandre (13,9%) qu'en Wallonie (7,5%). Le pourcentage à Bruxelles se situe entre ces deux valeurs (9,5%) et les différences avec les autres régions ne sont pas significatives après ajustement pour l'âge et le sexe.

2.2. Évolution

Le score moyen de vitalité diminue en Belgique depuis sa première évaluation en 2004, lorsqu'il était à 62,6 (Fig.6:1). Deux différences statistiquement significatives ont marqué cette baisse par le passé : entre 2008 (62,4) et 2013 (61,1), et entre 2013 (61,1) et 2018 (60,1). Le score de vitalité diminue encore en 2023-24 (58,2), et la différence avec 2018 (60,1) est significative après ajustement pour l'âge et le sexe ($p < 0,001$).

Figure 6 • Score moyen de vitalité (VT02_1) et pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un niveau de vitalité optimal (VT02_2), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Le pourcentage de personnes avec un niveau de vitalité optimal suit la même tendance (Fig.6:2) : partant d'un peu plus de 18% en 2004 et 2008, il n'était plus que de 14,3% en 2018 et 11,7% en 2023-24. La différence entre 2018 et 2023-24 est significative, même après ajustement.

2.2.1. Spécificités régionales

Le score moyen de vitalité reste toujours plus élevé en Flandre, mais c'est dans cette région que l'on observe la plus forte baisse (de 67,4 en 2004 à 61,2 ; $p < 0,001$) soit 6,2 points en 20 ans, dont 2,2 entre 2018 et 2023-24) (Fig.6:1). De plus, le pourcentage de personnes avec un niveau optimal a presque diminué de moitié depuis 2004, passant de 25,2% à 13,9% en 2023-24 (Fig.6:2). La différence avec 2018 (17,0% ; $p = 0,004$) et avec chacune des années antérieures est significative ($p < 0,001$) après ajustement.

En Région bruxelloise, le score moyen de vitalité est resté stable autour de 55,2 au cours des vingt dernières années, évoluant sans grande amplitude (entre 54,6 et 56,1, n.s). Le pourcentage de bruxellois ayant un niveau de vitalité optimal n'a que peu changé en 2023-24 (9,5%) par rapport aux années précédentes (autour de 9,4% en moyenne), et les différences ne sont pas significatives après ajustement.

En Région Wallonne, le score de vitalité de la population est au plus bas en 2023-24 (52,8 ; $p < 0,001$), alors qu'il avait été relativement stable jusque-là (55,6 en moyenne entre 2004 et 2018, oscillant entre 56,6 et 55,1 ; n.s). Le pourcentage de Wallons avec un niveau de vitalité optimal est aussi particulièrement bas (7,5%), et diffère ainsi significativement des taux de 2008 (10,5% ; $p = 0,01$) et 2018 (10,2% ; $p = 0,05$).

2.3. Différences démographiques

En moyenne, les hommes présentent un score de vitalité supérieur à celui des femmes (60,4 > 56,1 ; $p < 0,001$) et ils sont aussi plus nombreux qu'elles à jouir d'un niveau de vitalité optimal (14,4% > 9,1%, $p < 0,001$).

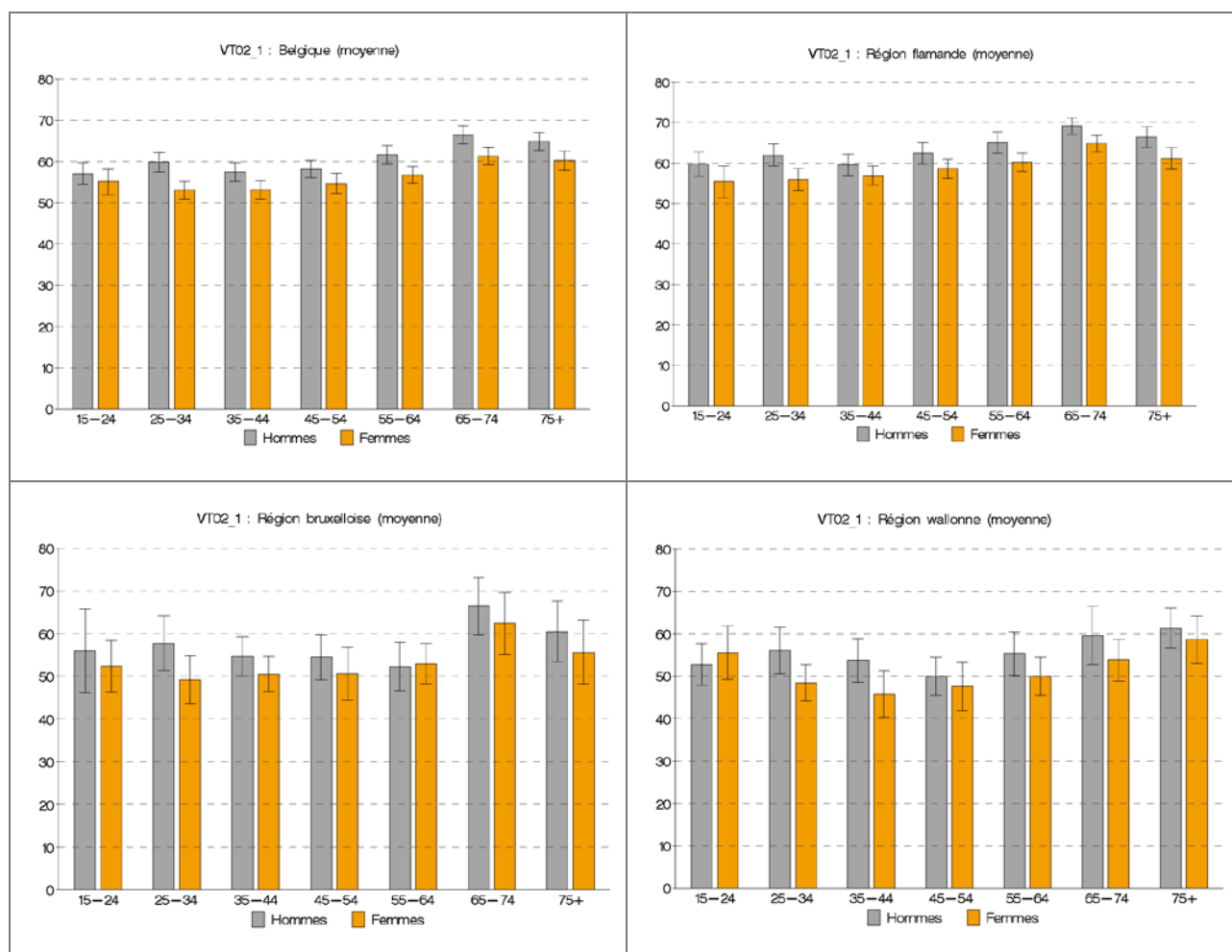
Sans distinction de sexe, le score moyen de vitalité varie entre 55,3 et 56,4 en moyenne dans les groupes d'âge de 15-24 ans à 45-54 ans (différences n.s) et augmente de manière significative dans les groupes d'âge de 65-74 ans (63,8) et 75 ans et plus (62,3). Cette distribution par âge apparaît tant chez les hommes que chez les femmes (Fig.7).

2.3.1. Spécificités régionales

En Région flamande comme en Région wallonne, les différences par sexe sont significatives pour chacun des deux indicateurs de vitalité, et ce même après ajustement pour l'âge.

En Région bruxelloise, la différence du score moyen de vitalité entre les hommes (56,4) et les femmes (52,4) est significative après ajustement pour l'âge ($p = 0,02$). En revanche, le pourcentage d'hommes et le pourcentage de femmes avec un niveau de vitalité optimal (respectivement 11,7% et 7,6%) n'est pas significativement différent, probablement dû aux marges d'incertitude assez larges.

Figure 7 • Score moyen de vitalité dans la population de 15 ans et plus, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



2.4. Différences socio-économiques

On observe un gradient social au niveau du score moyen de vitalité. Ainsi, plus le diplôme obtenu est élevé, plus le score de vitalité l'est aussi. Celui-ci passe de 56,3 chez les moins diplômés à 59,3 chez les diplômés de l'enseignement supérieur ($p < 0,001$). En revanche, la proportion des personnes ayant un niveau de vitalité optimal ne diffère pas de manière statistiquement significative en fonction du niveau d'éducation (13,5% chez les moins diplômés et 11,5% chez les plus diplômés).

2.4.1. Spécificités régionales

Une association entre le score moyen de vitalité et le niveau d'éducation est observée en Région flamande (de 59,9 à 61,9 ; $p < 0,001$) et bruxelloise (de 50,6 à 56,6 ; $p = 0,03$), mais pas en région wallonne (de 52,2 à 53,7 ; n.s).

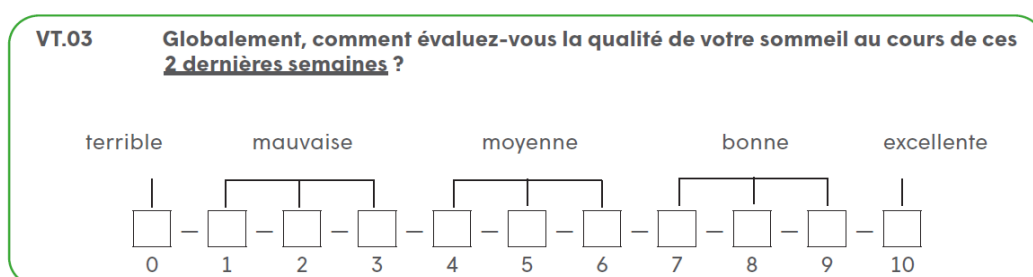
On ne trouve pas d'association entre le niveau d'éducation et la proportion de personnes ayant un niveau de vitalité optimal, quelle que soit la région considérée.

3. Qualité du sommeil

Le sommeil joue un rôle crucial pour la santé physique et le bien-être mental (7). Bien dormir est essentiel au rétablissement et au bon fonctionnement du corps et de l'esprit durant les heures d'éveil. De plus, une bonne qualité de sommeil est associée à une meilleure santé mentale, tandis qu'un sommeil perturbé accroît le risque de symptômes d'anxiété, de stress ou de dépression. Selon une méta-analyse d'essais randomisés (8), certaines interventions visant à améliorer la qualité du sommeil ont montré des effets positifs significatifs sur la santé mentale. Il est donc important non seulement de dormir suffisamment longtemps, mais aussi de bénéficier d'un sommeil de bonne qualité pour se sentir reposé et maintenir un bon équilibre psychologique.

Question

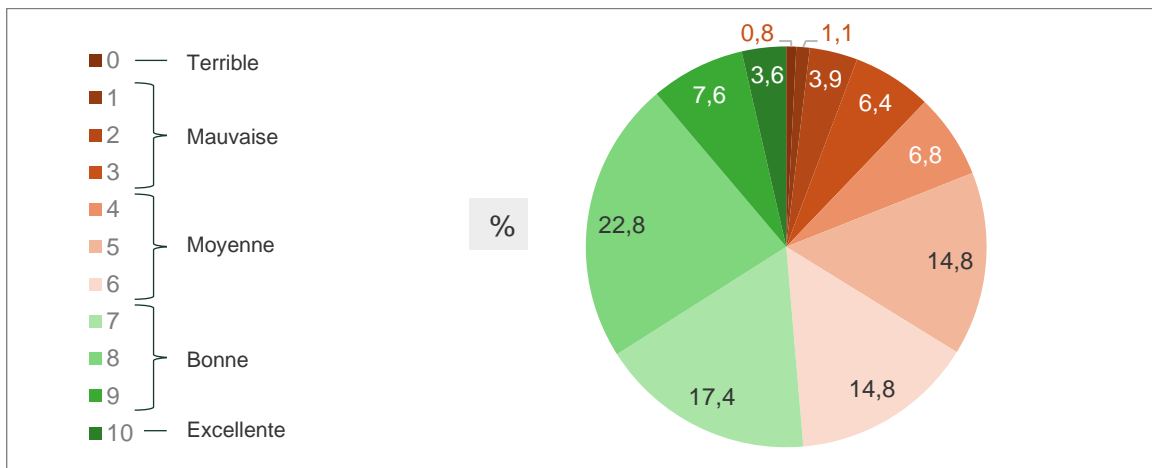
L'enquête de santé a introduit pour la première fois en 2023-24 une question sur la qualité du sommeil des participants de 15 ans et plus. Il s'agit d'une question unique ayant des qualités psychométriques comparables à des questionnaires plus longs et détaillés (9). La qualité du sommeil est évaluée sur une échelle bidirectionnelle à 11 points allant de 0 = terrible à 10 = excellente, ayant trois ancrages lexicaux intermédiaires :



Indicateurs

- **VT03_1** reflète le score moyen de qualité du sommeil (de 0 à 10) dans la population âgée de 15 ans et plus. Il correspond à la qualité estimée par chaque individu au cours des deux dernières semaines. Plus la valeur est élevée, meilleure est la qualité du sommeil.
- **VT03_2** représente le pourcentage de personnes de 15 ans et plus estimant avoir une bonne à excellente qualité de sommeil (score de 7 ou plus). Il s'agit de la prévalence, sur deux semaines, d'un sommeil de bonne qualité.

Figure 8 • Distribution (%) de la population de 15 ans et plus selon le score attribué à la qualité de son sommeil (VT03_1 : de 0 = terrible à 10 = excellente), Enquête de santé 2023-24, Belgique



3.1. Moyenne et prévalence

En 2023-24, la qualité du sommeil en Belgique est estimée à 6,3 sur 10 en moyenne, ce qui correspond à une qualité « moyenne-supérieure ». Par ailleurs, un peu plus de la moitié de la population (51,4%) estime qu'elle a un sommeil de bonne qualité, avec un score entre 7 et 10 (en vert dans la figure 7).

3.1.1. Spécificités régionales

Le sommeil est de meilleure qualité en Région flamande (6,5 en moyenne) qu'en Région bruxelloise (6,1) et wallonne (5,8) ($p > 0,001$). Ce résultat est aussi obtenu en termes de proportionnalité : en Région flamande, 55,5% des résidents ont une bonne qualité de sommeil, pour 49,2% ($p = 0,04$) en Région bruxelloise et seulement 43,1% ($p < 0,001$) en Région wallonne.

3.2. Différences démographiques

Les hommes ont un meilleur sommeil que les femmes (score moyen de 6,4 > 6,2 ; $p = 0,002$) et sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à l'estimer de bonne qualité (53,6% > 49,2% ; $p = 0,006$).

La qualité du sommeil est meilleure à partir de 65 ans ($\geq 6,5$; $p < 0,001$), où 56,2% des personnes de 65-74 ans et 57,5% des personnes de 75 ans et plus estiment que leur sommeil est de bonne qualité. Les jeunes adultes de 25 à 34 ans (6,3 et 55,4%) sont également privilégiés au niveau de la qualité du sommeil, par rapport aux jeunes de 15-24 ans (6,1 et 46,6% ; $p = 0,03$), dont moins de la moitié estiment avoir un sommeil de bonne qualité.

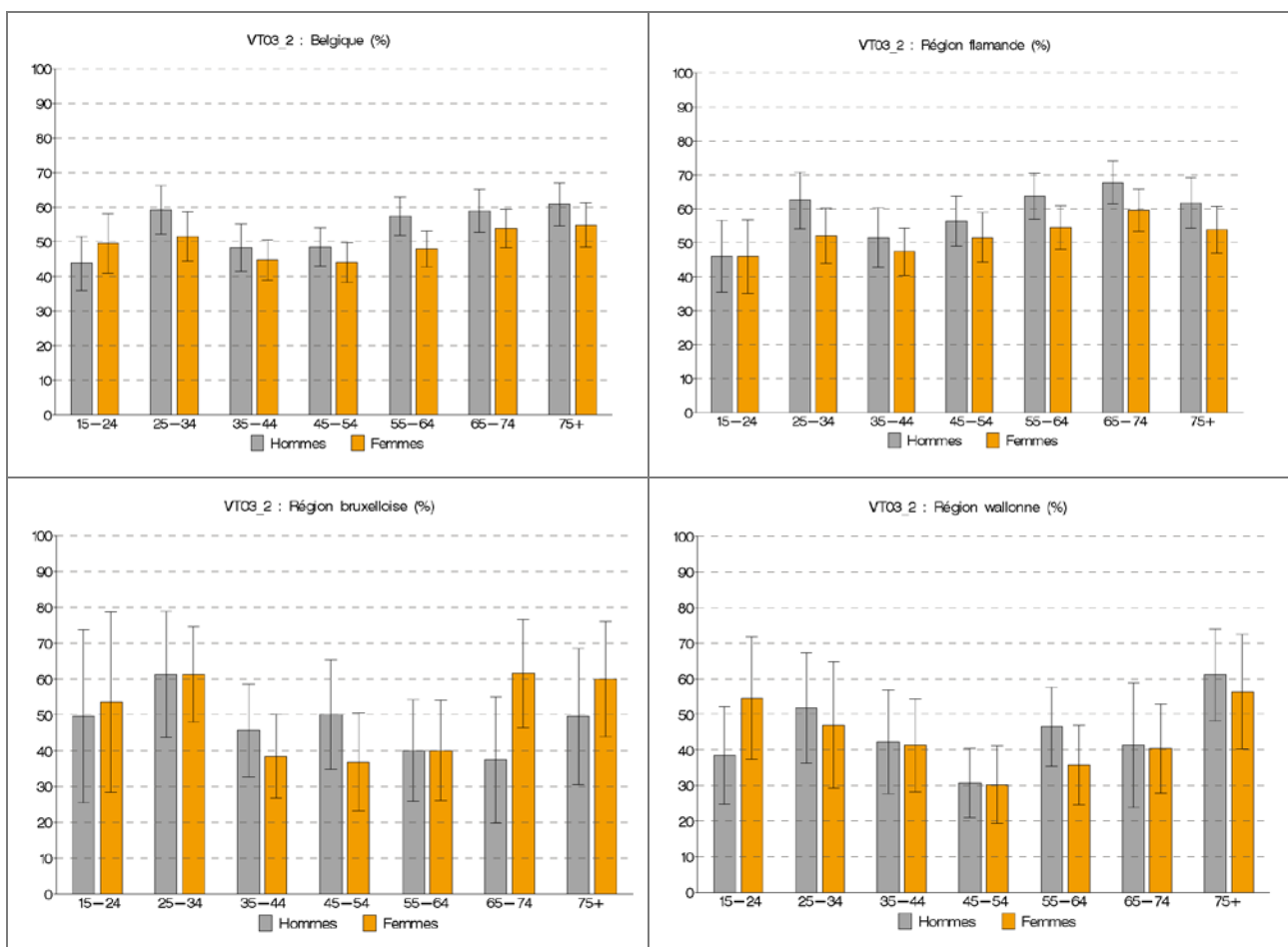
3.2.1. Spécificités régionales

La différence de la qualité du sommeil entre les hommes et les femmes observé au niveau national provient essentiellement d'une différence par sexe marquée en Région flamande (6,6 > 6,3 ; $p < 0,001$). Aussi, 58,8% des hommes ont un bon sommeil contre 52,4% des femmes ($p = 0,001$) en Flandre. Indépendamment du sexe, les jeunes de 15 à 24 ans sont les moins nombreux (46,0%) à rapporter un sommeil de bonne qualité, tandis que la proportion ayant un bon sommeil est au plus haut entre 55-64 ans (59,1% ; $p = 0,01$), 65-74 ans (63,5% ; $p < 0,001$) et 75 ans et plus (57,3% ; $p = 0,03$).

En Région bruxelloise, il n’y a aucune différence par sexe au niveau de la qualité du sommeil : le score moyen y est de 6,1 pour les deux (n.s) et 49,3% des hommes pour 49,1% des femmes rapportent un sommeil de bonne qualité (n.s). À Bruxelles, les jeunes adultes de 25 à 34 ans sont les plus nombreux à estimer avoir un bon sommeil (61,2%), un chiffre qui contraste de manière significative ($p < 0,03$) avec ceux des groupes d’âge entre 35 à 64 ans. Parmi les séniors (65 ans et plus), les femmes sont plus nombreuses que les hommes à estimer avoir un bon sommeil (environ 60% d’entre elles et moins de 50% des hommes de 65+ ans) (Fig.9).

En Région wallonne : ni le score moyen, ni la proportion ayant un bon sommeil n’est significativement différent entre les hommes (respectivement 5,9/10 et 43,7%) et les femmes (5,8/10 et 42,6%) (n.s). En ce qui concerne l’âge, les personnes de 45 à 54 ans sont particulièrement peu nombreuses à avoir un sommeil de bonne qualité (30,5%), un contraste significatif avec les deux catégories d’âge les plus jeunes (46,2% des 15-24 ans ; $p = 0,03$ et 49,3% des 25-34 ans ; $p = 0,008$) et celle des personnes les plus âgées (58,3% des 75 ans et plus ; $p < 0,001$) (Fig.9).

Figure 9 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus estimant avoir un sommeil de bonne qualité, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



3.3. Différences socio-économiques

Les personnes ayant un diplôme de l’enseignement supérieur ont une qualité de sommeil plus favorable (6,4 en moyenne) que les personnes n’ayant pas fait d’études supérieures (6,2), et la différence est significative après ajustement pour l’âge et le sexe ($p = 0,003$). La distribution des personnes ayant un sommeil de bonne

qualité par niveau d'éducation confirme ce résultat : 53,3% dorment bien parmi les diplômés du supérieur, pour 48,6% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire ($p=0,009$) et 50,2% de celles sans ce diplôme ($p=0,03$).

La qualité du sommeil est aussi associée aux revenus du ménage (divisés en quintiles). Par rapport aux personnes ayant les revenus les plus faibles (1^{er} quintile), celles du 3^e quintile (revenus plus élevés) ont une meilleure qualité de sommeil (+0,3 ; $p=0,025$) ainsi que celles des deux quintiles de revenus les plus hauts (+0,65 et +0,67 ; $p>0,001$). Dans une analyse comprenant les revenus et l'éducation, seul le niveau de revenus reste associé à la qualité du sommeil ($p<0,001$) après ajustement pour l'âge et le sexe.

3.3.1. Spécificités régionales

Dans les régions, le score moyen de qualité du sommeil n'est pas lié au niveau d'éducation (différences n.s après ajustement pour l'âge et le sexe).

En Région flamande, une différence significative existe entre les diplômés de l'enseignement supérieur et de l'enseignement secondaire pour ce qui est de la proportion des bon dormeurs (57,1% > 52,3% ; $p=0,03$). Ces différences ne sont pas observées dans les Régions bruxelloise et wallonne.

L'association entre le niveau de revenus et la qualité du sommeil est significative en Région flamande ($p=0,012$) mais pas dans les deux autres régions.

3.4. Analyses complémentaires

La relation entre la qualité du sommeil et le score moyen de vitalité a été examiné.

- L'analyse de corrélation de Pearson indique un coefficient de $r = 0,50$ ($p < 0,001$), suggérant une association forte entre ces deux indicateurs.
- Dans un modèle de régression multivarié intégrant le sexe, l'âge, la qualité du sommeil et le niveau de revenus, seuls la qualité du sommeil et les revenus demeurent significativement associés au score de vitalité ($p<0,001$). Ces résultats montrent que la qualité du sommeil constitue un déterminant majeur du niveau d'énergie, indépendamment de l'âge et du sexe. Le revenu apparaît également comme un facteur associé ($p=0,012$), ce qui suggère que les conditions matérielles de vie influencent aussi le niveau de vitalité ressentie, à qualité de sommeil égale.

Ces constats mènent à des pistes d'action en santé publique : promouvoir de bonnes habitudes de sommeil et réduire les inégalités matérielles pour contribuer à renforcer la vitalité et le bien-être de la population.

4. Bien-être psychique

Le bien-être psychique renvoie à un état de santé mentale positif qui englobe à la fois un équilibre émotionnel, une capacité à faire face aux difficultés de la vie quotidienne et le sentiment de disposer de ressources personnelles et sociales suffisantes. Dans le cadre de l'enquête de santé, le bien-être psychique est évalué à l'aide du questionnaire « General Health Questionnaire » (GHQ-12) (10,11), un instrument largement utilisé en santé publique pour dépister les symptômes de détresse psychologique et appréhender globalement l'état de santé mentale dans la population. La version à 12 items permet d'apprécier la notion de bien-être –versus– mal-être ou détresse, sans présomption trouble psychologique précis.

Questions

Le GHQ-12 comprend 12 items évaluant l'état *actuel* du répondant par rapport à ce que serait son état *habituel* (normes personnelles). Ces items représentent des symptômes qui seraient communs à tous les troubles mentaux. Ces symptômes sont rapportés sur des échelles à 4 points qui varient selon les items et qui saisissent l'ampleur d'un changement éventuel. La référence temporelle les situe dans le présent (« ces dernières semaines »).

« Ces dernières semaines... »

- WB.01 Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?
- WB.02 Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?
- WB.03 Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?
- WB.04 Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?
- WB.05 Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou stressé(e) ?
- WB.06 Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?
- WB.07 Avez-vous été capable d'apprécier (de tirer satisfaction de) vos activités quotidiennes normales ?
- WB.08 Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?
- WB.09 Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?
- WB.10 Avez-vous perdu confiance en vous-même ?
- WB.11 Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?
- WB.12 Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?

Voici deux exemples d'échelles de réponses :

1. *Pas du tout* ; 2. *Pas plus que d'habitude* ; 3. *Un peu plus que d'habitude* ; 4. *Beaucoup plus que d'habitude*.

1. *Plus que d'habitude* ; 2. *Comme d'habitude* ; 3. *Moins que d'habitude* ; 4. *Beaucoup moins que d'habitude*.

Indicateurs

Plusieurs indicateurs sont dérivés de ce questionnaire :

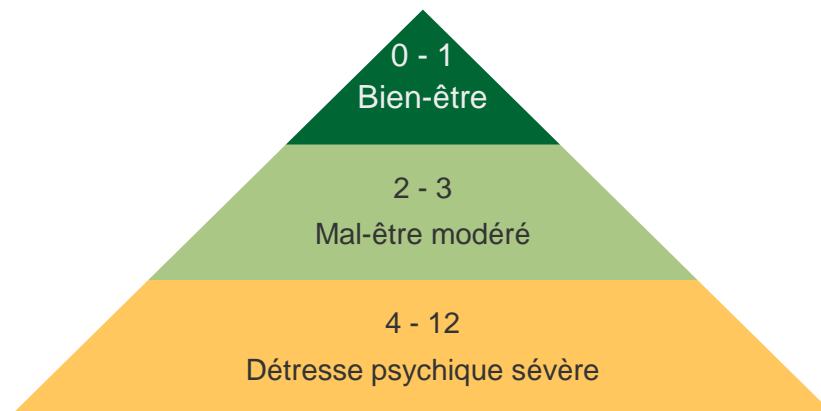
- **WB_1** renvoie au score moyen de bien-être (ou mal-être) psychique dans la population âgée de 15 ans et plus. Ce score est calculé à partir d'une notation bimodale des items où les réponses codées [1-2-3-4] sont d'abord transformées en notes [0-0-1-1]. L'addition des notes de ces 12 items donne un score total compris entre 0 et 12, où un score plus élevé indique un degré de difficultés psychologiques plus important. En effet, chaque unité (1-12) représente un symptôme dont l'intensité est ressentie par le répondant comme plus prononcée qu'à l'habitude.

Dans une perspective catégorielle, les indicateurs suivants proposent un classement à partir de notes-seuil qui délimitent le « bien-être » 1°) du « mal-être modéré » et 2°) de la « détresse psychique sévère » (Fig.10).

- **WB_2B** renvoie à la proportion de personnes ayant une bonne santé psychique. Le seuil de « 1 // 2 » est appliqué à WB_1 (score 0 à 12) pour définir l'état de bien-être psychique (= ici score de 0 ou 1).
- **WB_2** correspond à la proportion de personnes avec au minimum un mal-être psychique (soit un score de 2 ou plus). Ce seuil était souvent utilisé dans les études de population générale (7;8). Il est reproduit dans les tableaux et la base de données HISIA, mais il n'est pas détaillé dans ce rapport.
- **WB_3** estime la proportion de personnes qui présentent une détresse psychique sévère. La détresse sévère est considérée à partir du seuil de « 3 // 4 » et correspond donc à un score allant de 4 à 12.

- **WB_3B** représente le score GHQ en 3 catégories : [0-1] pour qualifier le bien-être psychique ; [2-3] pour le niveau de mal-être modéré ; et [4-12] pour une détresse psychique plus sévère. La figure 10 en donne une illustration.

Figure 10 • Catégorisation du score au GHQ-12 pour l'indicateur WB_3B, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



4.1. Moyenne et prévalence

En 2023-24, le score moyen au GHQ dans la population âgée de 15 ans et plus est de 2,0 sur 12.

La prévalence du bien-être psychique (score 0-1) est estimée à 62,5%, tandis que 15,7% de la population présentent un mal-être modéré (score 2-3), et 21,9% présentent des signes d'une détresse psychique sévère (score \geq 4).

4.1.1. Spécificités régionales

Les résultats apparaissent plus favorables en Région flamande. Le score moyen au GHQ y est de 1,9 contre 2,3 en Région bruxelloise et 2,2 en Région wallonne. De plus, la prévalence du bien-être psychique est significativement plus élevée chez les résidents de Flandre (64,9%) que chez ceux de Bruxelles (58,0 % ; $p=0,04$) et de Wallonie (58,5% ; $p=0,004$).

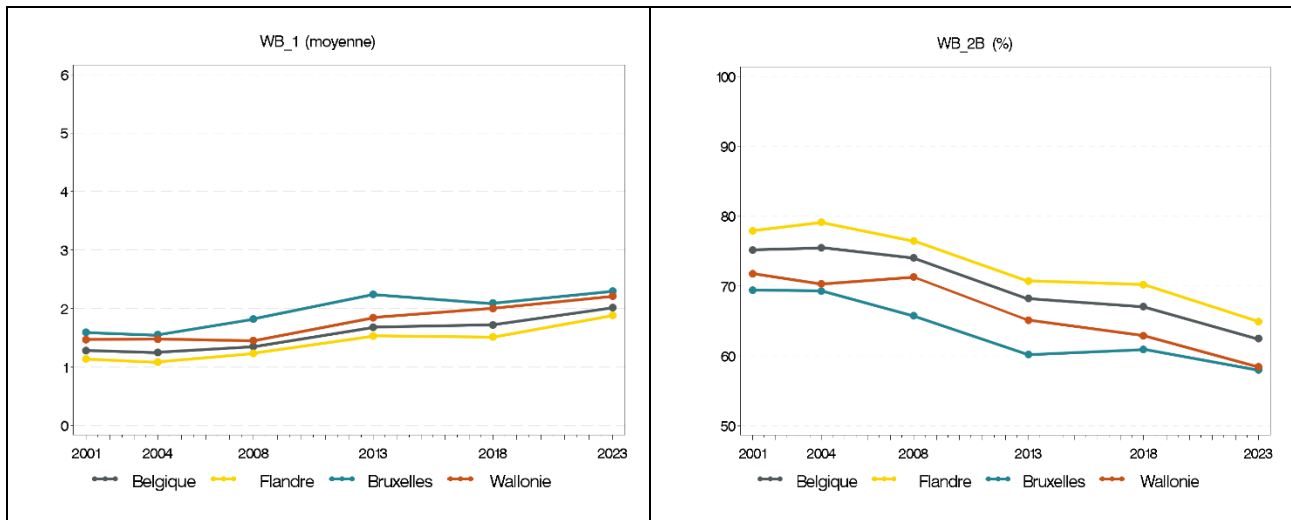
Enfin, la proportion de personnes présentant une détresse psychique sévère est moins élevée en Région flamande (20,3%) qu'en Région wallonne (24,7% ; $p=0,003$). À Bruxelles, cette proportion atteint 23,9%, mais elle ne diffère pas de manière significative de celles observées dans les deux autres régions après ajustement pour l'âge et le sexe.

4.2. Évolution

Le score moyen de bien-être évolue par paliers, indiquant une dégradation au cours du temps (Fig.11:1). Il était plus favorable entre 2001 et 2008 (1,3) avant de se détériorer en 2013 et 2018 (1,7), puis à nouveau en 2023-24 (2,0). Les différences sont significatives après ajustement pour l'âge et le sexe.

Les résultats en termes de prévalence confirment cette tendance (Fig.11:2). Entre 2001 et 2008, la prévalence du bien-être psychique concernait environ trois quarts de la population (74,0% à 75,5% selon l'année). Cette proportion a chuté à environ deux tiers en 2013 et 2018 (67,0% à 68,2%), puis à 62,5% en 2023-24. En d'autres termes, plus d'une personne sur trois (37,5%) ne dispose plus, au cours de cette période, de la pleine capacité mentale pour faire face aux exigences du quotidien, telles que gérer le stress ou prendre des décisions éclairées.

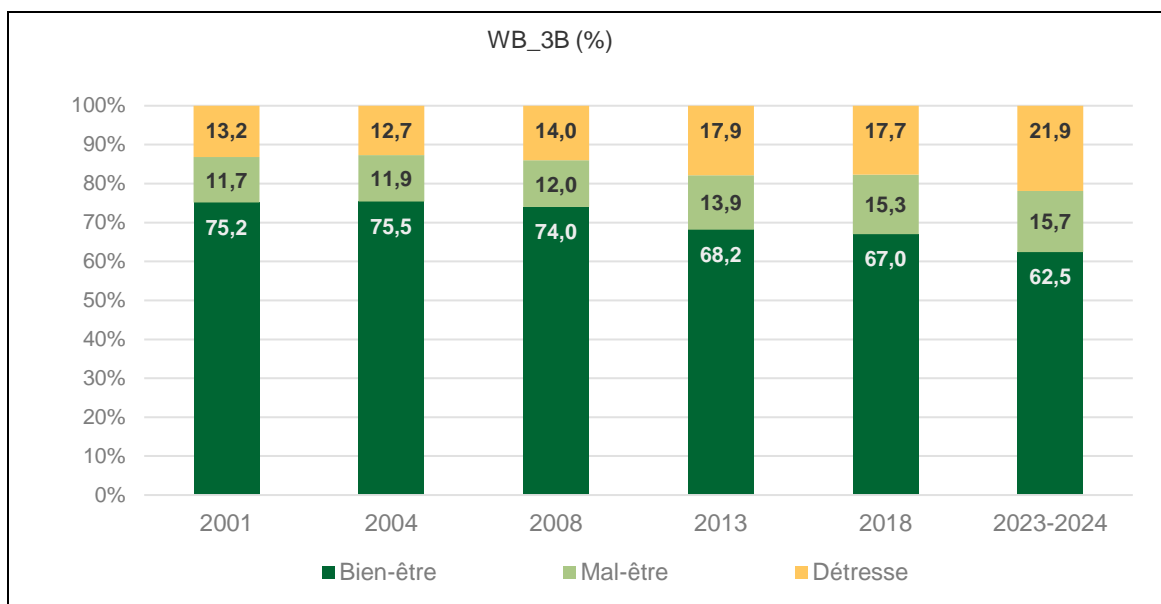
Figure 11 • 1) Score moyen de bien-être (WB_1) dans la population de 15 ans et plus et 2) prévalence du bien-être psychique (WB_2B), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



La figure 12 met en évidence l'évolution relative de la prévalence du mal-être et de la détresse psychique au cours des vingt dernières années. La progression la plus marquée concerne la détresse psychique sévère, dont la fréquence a augmenté de 66% en vingt ans, contre une augmentation de 34% pour le mal-être modéré.

L'évolution se déroule en deux paliers, le premier observé entre 2008 et 2013 : la proportion de personnes en détresse psychique sévère est passée de 14,0% à 17,9% (+4 points). La deuxième augmentation a lieu entre 2018 et 2023-24 : de 17,7% à 21,9% (+4,2 points) (Fig.12). Ces hausses significatives coïncident avec deux périodes de crise majeure : la récession économique de 2008 et la période postpandémique. On note par ailleurs l'absence de phase de récupération entre ces deux périodes, la prévalence étant restée stable entre 2013 et 2018.

Figure 12 • Distribution de la population de 15 ans et plus selon les niveaux de bien-être psychique, par année, Enquête de santé 2023-24, Belgique

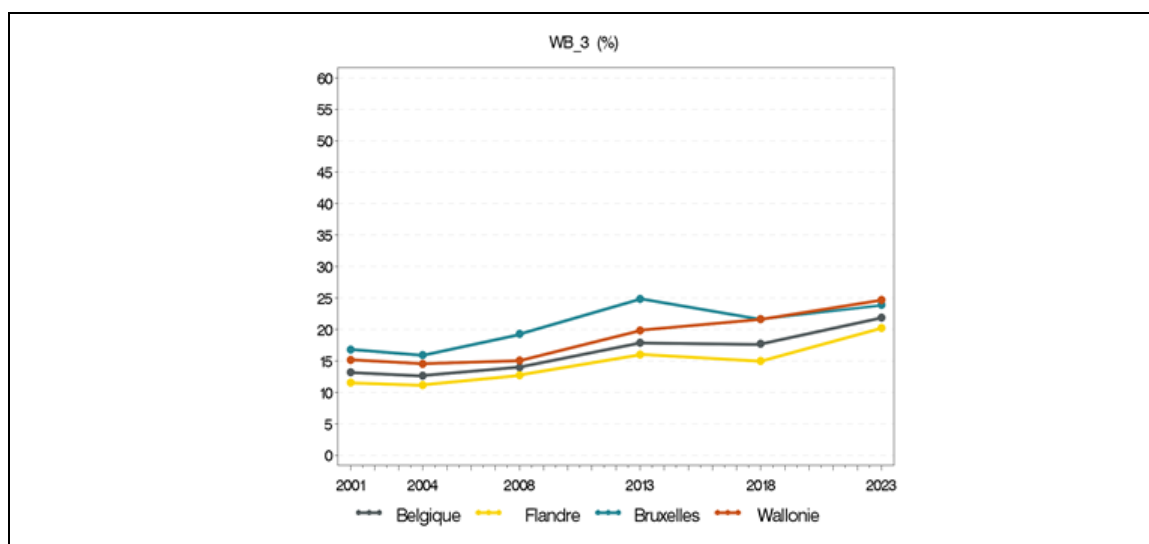


4.2.1. Spécificités régionales

La dégradation du bien-être de la population est observée dans les trois régions du pays (Fig.11:2). La proportion de personnes qui manifestent une détresse psychique sévère augmente elle aussi dans les trois régions (Fig.13).

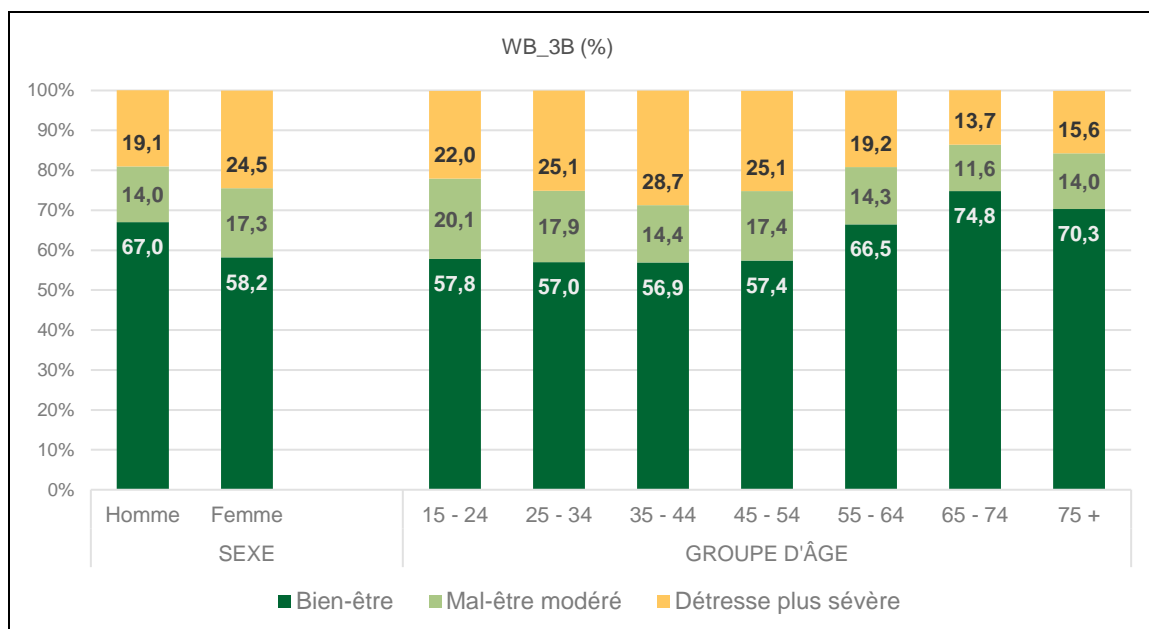
Dans tous les cas, les résultats restent plus favorables en Région flamande par rapport aux Régions bruxelloise et wallonne. Les différences entre la Flandre et les deux autres régions sont significatives, tandis que les différences entre Bruxelles et la Wallonie ne le sont pas, après ajustement pour l'âge et le sexe.

Figure 13 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui éprouve une détresse psychique sévère, par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



4.3. Différences démographiques

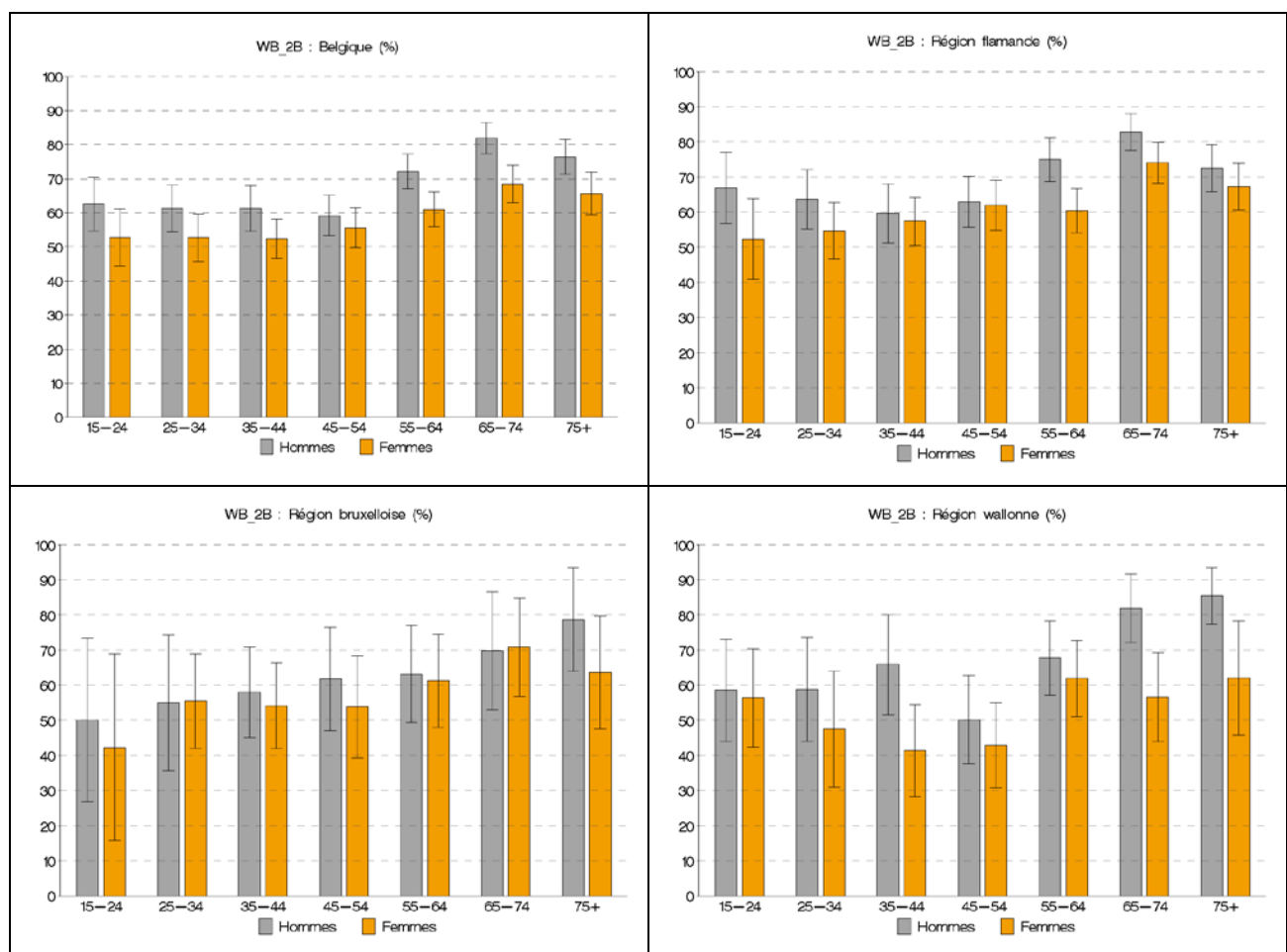
Figure 14 • Distribution de la population de 15 ans et plus selon leur état de santé psychique, par sexe et par âge, Enquête de santé 2023-24, Belgique



En moyenne, les hommes présentent un meilleur score de bien-être que les femmes (1,8 contre 2,3 ; $p < 0,001$). De même, la prévalence du bien-être psychique est plus élevée chez les hommes (67,0%) que chez les femmes (58,2%) (Fig.14). Cette écart entre sexes se retrouve dans toutes les classes d'âge (Fig.15). En outre, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à éprouver un mal-être modéré (17,3% contre 14,0%) ainsi qu'une détresse psychique sévère (24,5% contre 19,1%) (Fig.14).

L'âge joue aussi un rôle déterminant. La prévalence du bien-être psychique est plus faible chez les adultes de 15 à 54 ans (environ 57%), que dans les tranches d'âge supérieures, atteignant 66,5% entre 55 et 64 ans et 74,8% entre 65 et 74 ans (Fig.14). La prévalence de la détresse psychique sévère suit une distribution en cloche : elle s'élève à 22,0% chez les 15-24 ans, atteint un maximum de 28,7% chez les 35-44 ans, puis diminue progressivement pour s'établir à 13,7% chez les 65-74 ans (Fig.14).

Figure 15 • Prévalence du bien-être psychique dans la population de 15 ans et plus, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



4.3.1. Spécificités régionales

En Flandre, les résultats sont très proches de ceux observés au niveau national (Fig.14).

À Bruxelles, la prévalence du bien-être psychique chez les hommes (59,8%) et chez les femmes (56,3%) n'est pas statistiquement différente après ajustement pour l'âge. Concernant l'âge, la prévalence du bien-être psychique chez les 15-24 ans reste inférieure à 50% et est particulièrement faible chez les jeunes femmes (42,4%) (Fig.15). Le nombre de jeunes interrogés à Bruxelles étant toutefois assez limité, ce résultat devrait être confirmé par des recherches plus ciblées.

En Wallonie, les différences entre hommes et femmes en matière de bien-être psychique sont faibles chez les 15-24 ans (Fig.15). Elles deviennent toutefois significatives en faveur des hommes à 35-44 ans et partir de 65 ans. La prévalence du bien-être psychique chez les femmes wallonnes est inférieure à 50% entre 25 et 54 ans. Cette faible prévalence, observée chez les femmes de 25 à 54 ans et de 65 à 74 ans, contraste fortement avec la situation relevée dans les deux autres régions (Fig.15).

4.4. Différences socio-économiques

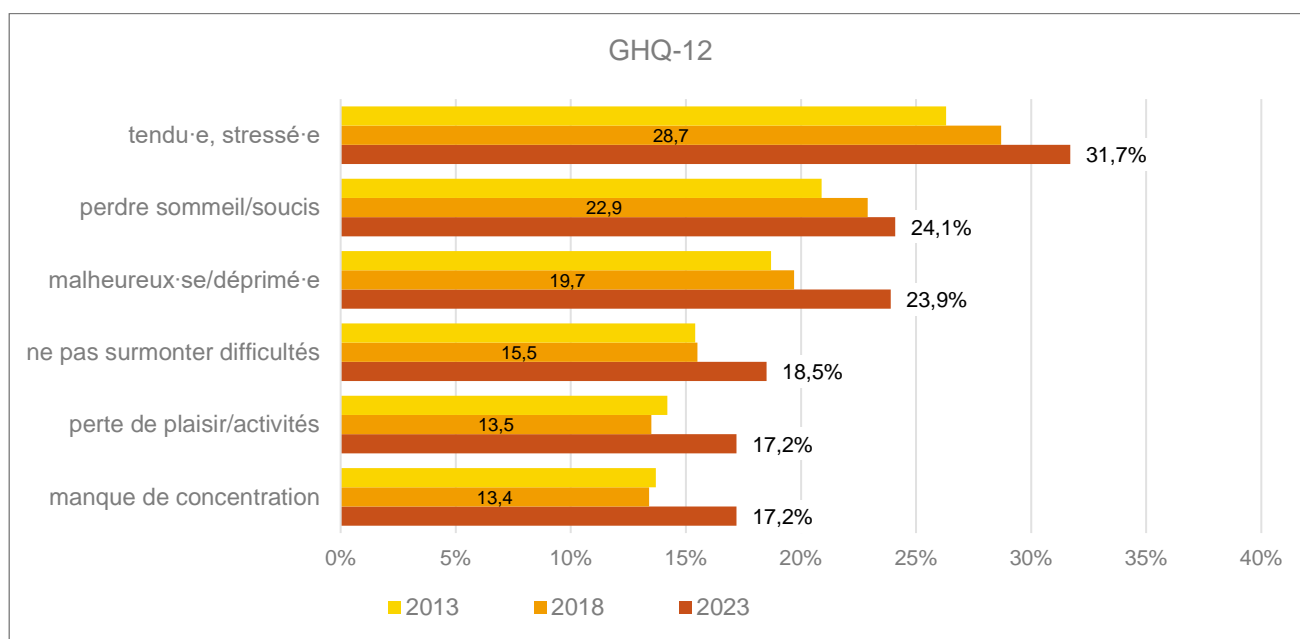
Le bien-être psychique ne semble pas lié au niveau d'éducation : le score moyen varie peu (entre 2,0 et 2,1) et l'indicateur catégoriel du niveau de bien-être ne montre pas non plus de différences significatives.

Ces résultats se confirment au niveau régional : les résultats comparatifs par niveau d'éducation ne montrent aucune association significative après ajustement pour l'âge et le sexe (n.s).

4.5. Analyses complémentaires

La figure 16 présente les symptômes les plus fréquemment rapportés sur l'échelle du GHQ-12 en 2023-24, en comparaison avec 2013 et 2018. La sensation d'être constamment tendu ou stressé est le symptôme le plus fréquemment rapporté (31,7% en 2023-24 > 28,7% en 2018). Viennent ensuite le sommeil perturbé par les soucis (24,1% > 22,9%), le sentiment d'être malheureux ou déprimé (23,9% > 19,7%), la difficulté à surmonter ses problèmes (18,5% > 15,5%), le manque de concentration (17,2% > 13,4%) et la perte de plaisir pour ses activités (17,2% > 13,5%).

Figure 16 • Distribution de la population de 15 ans et plus selon les symptômes les plus souvent rapportés dans le GHQ-12, par année, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



La prévalence de ces six symptômes augmente depuis 2013-2018, la plus forte progression concernant le sentiment d'être malheureux et déprimé (+4,2 points). Cette combinaison spécifique de symptômes semble suggérer que la population éprouve davantage de difficultés à gérer les défis de la vie, possiblement en lien avec une charge de problèmes croissante et/ou avec des ressources personnelles, sociales et économiques plus limitées pour y faire face.

5. Optimisme

L'optimisme concerne les attentes positives que l'on a vis-à-vis de son avenir personnel. Il renvoie à la capacité à entrevoir l'avenir de manière positive, à garder espoir face aux difficultés, et à croire en la possibilité de changements favorables. Il dépend de nombreux facteurs tels que l'estime de soi, le réseau de soutien social, les conditions de vie et d'environnement. L'optimisme est souvent associé à une meilleure résilience, une motivation accrue à entreprendre, une plus grande satisfaction de vie et une meilleure santé globale (12).

Question

L'enquête de santé a évalué l'optimisme en 2018 et en 2023-2024 en ajoutant un 13^e item à ceux du « General Health Questionnaire » (GHQ-12), sans que cet item ne soit pris en compte dans le calcul du score de bien-être (basé sur les 12 précédents). L'item concernant l'optimisme est formulé comme suit :

WB.13 : Ces dernières semaines... « étiez-vous optimiste pour votre avenir ? » et les modalités de réponses :
1. Plus que d'habitude ; 2. Comme d'habitude ; 3. Un peu moins que d'habitude ; 4. Beaucoup moins que d'habitude.

Indicateur

- **WB_4** dichotomise la note attribuée à la réponse (1 à 4) au seuil 2 / 3 pour représenter la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui sont optimistes vis-à-vis de leur avenir (1-2) – versus – celles qui le sont moins (3-4).

5.1. Prévalence

La majorité de la population âgée de 15 ans et plus reste optimiste quant à son avenir (78,2%), dont 11,4% se déclarent « plus » optimistes que d'habitude. À l'inverse, 21,8% se sentent moins optimistes, dont 4,2% le sont « beaucoup moins » que d'habitude (Fig.17).

5.1.1. Spécificités régionales

En Flandre et à Bruxelles, la proportion de personnes optimistes pour leur avenir (respectivement 79,8% et 80,4%) est supérieure à celle observée en Wallonie (74,3% ; $p=0,002$ et $p=0,02$). Les Bruxellois sont aussi proportionnellement plus nombreux à se déclarer « plus » optimistes que d'habitude (17,4%) que les habitants des deux autres régions (10,7% et 10,9% ; $p<0,02$) (Fig.17).

5.2. Évolution

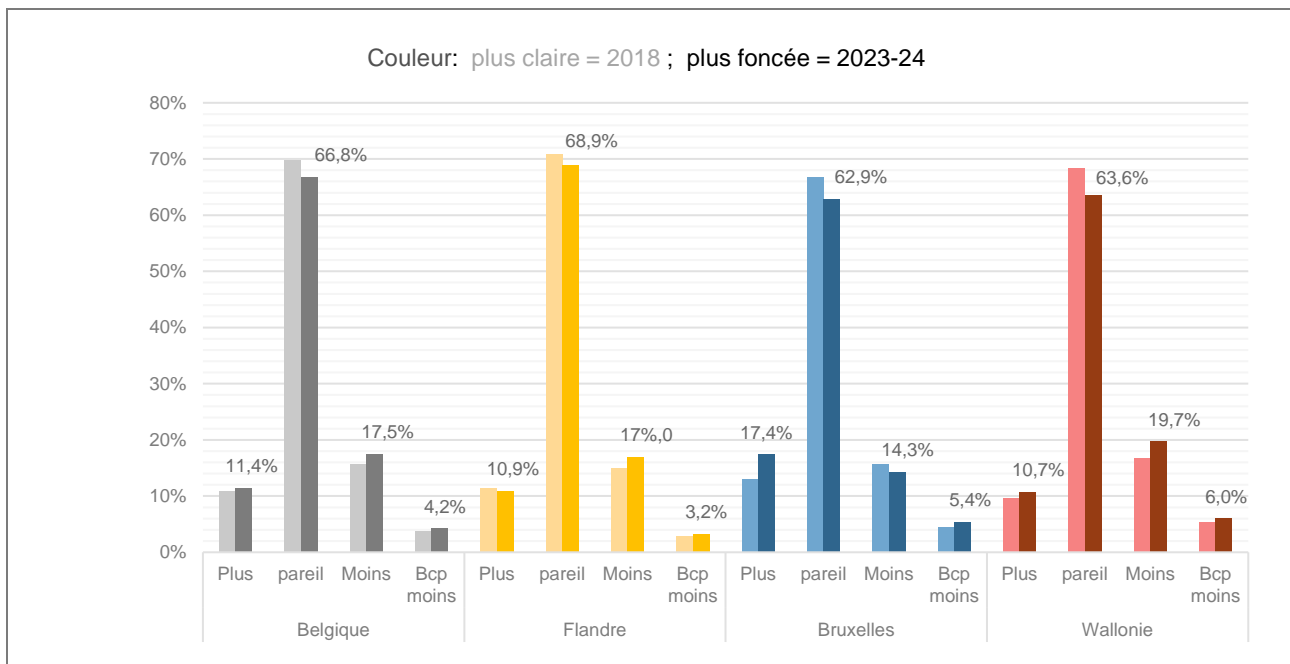
La part de personnes se déclarant optimistes pour leur avenir a légèrement diminué, passant de 80,6% en 2018 à 78,2% en 2023-24 ($p=0,01$). De ces personnes, la proportion qui sont « plus » optimistes qu'à leur habitude est restée stable (10,9% de la population en 2018 et 11,4% en 2023-24, n.s).

5.2.1. Spécificités régionales

Entre 2018 et 2023-24, l'optimisme à l'égard de l'avenir a légèrement diminué en Flandre (82,2% > 79,8% ; $p=0,05$) et en Wallonie (77,9% > 74,3% ; $p=0,06$), tandis qu'il est resté stable à Bruxelles (79,8% - 80,4%, n.s).

En revanche, la proportion de Bruxellois se déclarant « plus » optimistes que d'habitude a progressé de 13,0% à 17,4% ($p=0,03$).

Figure 17 • Distribution (%) de la population de 15 ans et plus selon le niveau d'optimisme à l'égard de son avenir personnel, par année, en Belgique et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



5.3. Différences démographiques

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se déclarer optimistes pour leur avenir (81,2% > 75,3%), une différence qui reste significative après ajustement pour l'âge ($p < 0,001$).

La proportion de personnes optimistes diminue progressivement lorsque l'âge augmente (Fig.18), passant de 83,8% chez les 15-24 ans à 75,2% chez les 45-54 ans ($p = 0,006$). L'optimisme augmente ensuite à 65-74 ans (79,8%), avant de baisser au-delà de 74 ans (72,2% ; $p < 0,001$). L'âge affecte particulièrement la part de personnes « plus » optimistes que d'habitude : 23,8% des plus jeunes le sont, contre 3,3% des aînés ($p < 0,001$).

5.3.1. Spécificités régionales

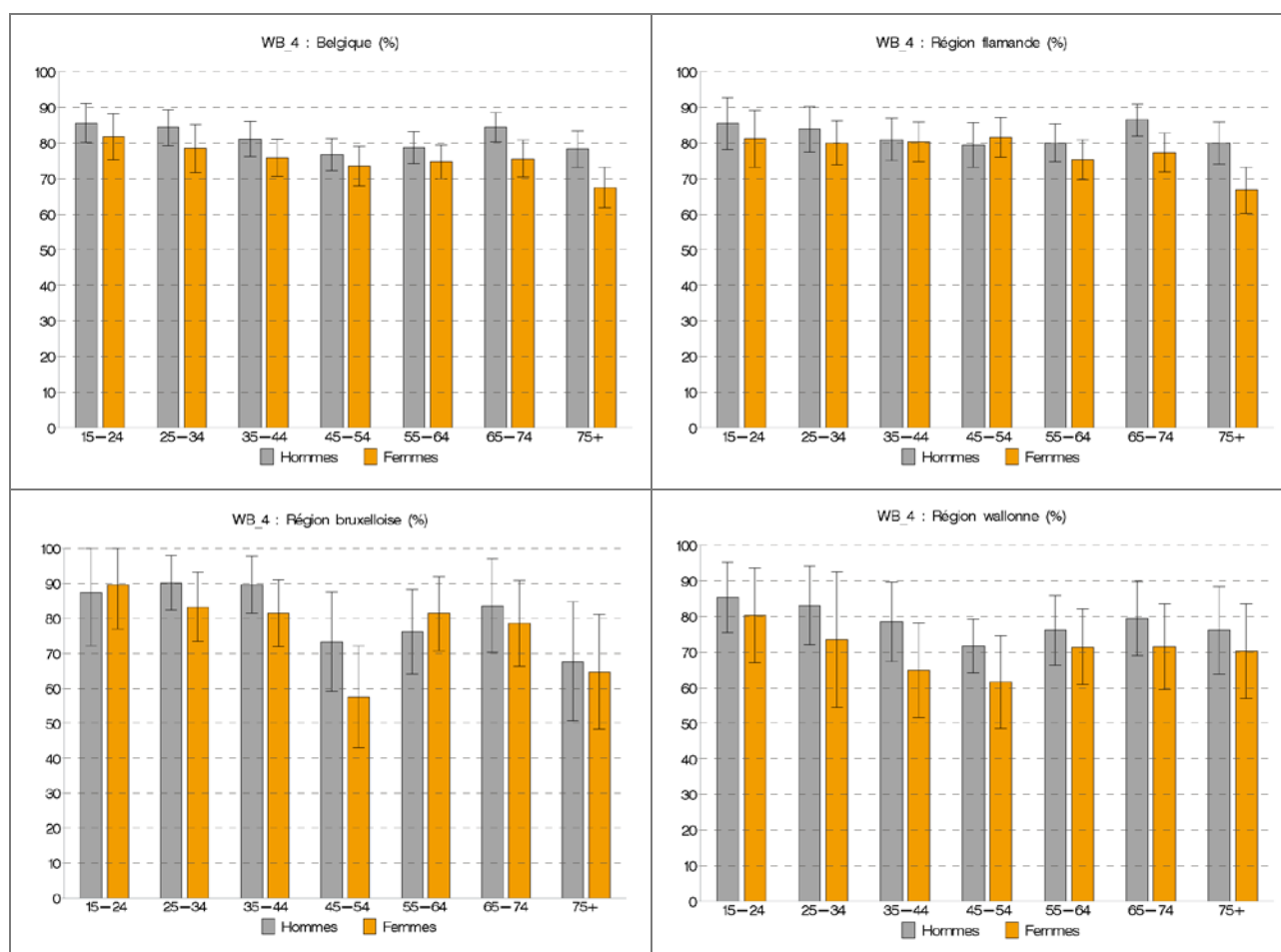
L'optimisme pour l'avenir est globalement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes dans toutes les régions, bien que la différence à Bruxelles ne soit plus significative après ajustement pour l'âge.

En Région flamande, la proportion d'hommes optimistes est stable entre 15 et 74 ans (n.s), et ne descend sous les 80% qu'à 45-54 ans (79,5%, n.s). La proportion de femmes optimistes tourne autour de 80% entre 15 et 54 ans, baisse entre 55 et 74 ans (75,4% et 77,3%, n.s) et diminue de manière significative à partir de 75 ans (66,8% ; $p = 0,02$) (Fig.18).

En Région bruxelloise, près de neuf jeunes femmes sur dix de 15-24 ans sont optimistes (89,7%). Les hommes restent optimistes plus longtemps, entre 87,3% et 90,3% entre 25 et 44 ans (Fig.18). La proportion d'optimistes est plus faible à 45-54 ans (73,3% des hommes et 57,5% des femmes) et à partir de 75 ans (67,7% et 64,7% respectivement).

En Région wallonne, la proportion des personnes optimistes pour leur avenir baisse progressivement de 15-24 ans à 45-54 ans, tant chez les hommes (85,4% > 71,8%) que chez les femmes (80,3% > 61,6%) avant de remonter ensuite à environ 71% des femmes de 55 ans et plus, et 76,2%-79,5% des hommes (Fig.18).

Figure 18 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui indiquent être optimistes pour leur avenir, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



5.4. Différences socio-économiques

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur se déclarent plus souvent optimistes pour leur avenir (79,8%) que celles titulaires d'un diplôme secondaire (76,3%) ou sans ce diplôme (76,7%). Cependant, ces différences disparaissent après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,053$ et n.s., respectivement).

En revanche, les personnes diplômées du supérieur sont proportionnellement moins nombreuses à se sentir « beaucoup moins » optimistes que d'habitude (3,1%) que celles diplômées du secondaire (6,4% ; $p=0,005$) ou sans diplôme secondaire (5,1% ; $p=0,008$).

5.4.1. Spécificités régionales

En Région flamande, la proportion de personnes se sentant « beaucoup moins » optimistes diffère significativement entre les plus diplômées (2,4%) et les moins diplômées (5,6%), même après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,006$).

À Bruxelles, la proportion de personnes « beaucoup moins » optimistes varie également selon le niveau d'éducation : 3,4% chez les plus diplômées contre 9,9% chez les diplômées du secondaire ($p=0,007$). Paradoxalement, le fait d'être « plus » optimiste que d'habitude est plus fréquent chez les personnes diplômées

du secondaire (23,8%) et sans diplôme (19,4%) que chez les diplômées du supérieur (13,9%), mais ces différences ne sont pas significatives après ajustement pour l'âge et le sexe.

En Région wallonne, la proportion de personnes se déclarant « plus » optimistes est plus élevée chez les diplômés du secondaire (14,8%) que chez les non-diplômés (9,3%) ou les diplômés du supérieur (8,7%), mais là encore, ces différences ne sont pas significatives après ajustement pour l'âge et le sexe.

En résumé, le niveau d'éducation influence surtout la proportion de personnes se sentant « beaucoup moins » optimistes quant à leur avenir, tandis que l'optimisme général et le fait d'être « plus » optimiste ne diffèrent pas de manière significative après ajustement.

5.5. Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires ont été réalisées en fonction des revenus des ménages pour la population de Belgique dans son ensemble, afin de vérifier si un lien plus systématique existait avec l'optimisme.

Les analyses complémentaires selon le niveau de revenus des ménages mettent en évidence des différences significatives dans l'évolution perçue de l'optimisme. Après ajustement pour l'âge et le sexe, la proportion de personnes se déclarant « plus optimistes que d'habitude » est significativement plus élevée dans les quintiles de revenus les plus faibles (16,8%) que dans les quintiles supérieurs (8,8% et 10,5% dans les 4^e et 5^e quintiles ; $p < 0,001$ et $p = 0,004$ respectivement). Toutefois, la proportion indiquant être « beaucoup moins optimistes que d'habitude » est significativement plus élevée dans les trois quintiles de revenus inférieurs (entre 4,7% et 5,7%) que dans le quintile des plus hauts revenus (2,6%).

Ces résultats suggèrent que les personnes disposant de revenus plus élevés présentent une plus grande stabilité dans leur niveau d'optimisme, étant moins susceptibles d'exprimer à la fois des hausses marquées comme des baisses prononcées. En revanche, les ménages à faibles revenus apparaissent plus polarisés, avec une proportion plus importante déclarant un regain d'optimisme, mais également davantage de pessimisme marqué.

CONCLUSION 1^e PARTIE

Les résultats relatifs aux indicateurs du bien-être subjectif dressent un tableau contrasté :

- Du côté positif, environ deux tiers de la population se déclarent moyennement satisfaits de leur existence et un quart se disent très satisfaits. Six personnes sur dix sont en bonne santé psychologique et huit sur dix se montrent optimistes quant à leur avenir.
- En revanche, les points négatifs suivants méritent une certaine attention : seule la moitié de la population estime bénéficier d'un sommeil de qualité et à peine une personne sur neuf atteint un niveau de vitalité optimal. En outre, près d'une personne sur dix se dit (très) peu satisfaite de sa vie, une sur cinq présente une détresse psychique sévère et une proportion équivalente est pessimiste face à son avenir.

Evolution :

- À l'exception d'une légère hausse de la satisfaction de vie moyenne depuis 2018, les indicateurs du bien-être subjectif se détériorent. Le niveau moyen de bien-être psychologique recule, tandis que le mal-être psychique et la détresse sévère touchent une proportion croissante de la population. Les citoyens paraissent également plus épuisés, comme en témoigne la baisse de la vitalité moyenne et la diminution du nombre de personnes bénéficiant d'un niveau optimal de vitalité en 2023-24. Enfin, l'optimisme à l'égard de l'avenir est lui aussi en légère diminution entre 2018 et 2023-24.

Comparaisons probantes :

- Comparées aux hommes, les femmes se déclarent en moyenne moins satisfaites de leur vie, disposent de moins de vitalité malgré une qualité de sommeil similaire, présentent un niveau de bien-être psychique plus faible et se montrent moins optimistes quant à leur avenir.
- Les indicateurs de satisfaction de vie, de vitalité, de qualité du sommeil, de bien-être psychologique et d'optimisme sont globalement moins favorables chez les personnes en âge actif, en particulier entre 25 et 54 ans. Les estimations les plus positives sont observées dans la tranche des 65-74 ans.
- La satisfaction de vie, la qualité du sommeil et la vitalité varient selon le milieu socio-économique, avec des résultats moins favorables dans les ménages les moins scolarisés et aux revenus les plus faibles.
- Les disparités régionales persistent : la Flandre enregistre les niveaux les plus favorables pour tous les indicateurs de bien-être subjectif, tandis que la Wallonie, et dans une moindre mesure Bruxelles, présentent de moins bons résultats.

Points d'attention régionaux :

- En Flandre, la vitalité et la détresse psychique sévère ont connu une progression particulièrement défavorable entre 2018 et 2023-24.
- À Bruxelles, ces indicateurs n'ont pas beaucoup évolué entre 2018 et 2023-24, mais la situation était déjà défavorable antérieurement.
- En Wallonie, le manque de vitalité constitue une préoccupation depuis longtemps également, tandis que la faible qualité du sommeil est un nouvel aspect à prendre en considération. Par ailleurs, la détresse psychique sévère et le pessimisme vis-à-vis de l'avenir ont fortement augmenté depuis 2018.

TABLEAUX DE SYNTHÈSE

Tableau 1 • Évolution des indicateurs de bien-être subjectif en Belgique, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ... :						
est très satisfaite de sa vie					21,7	24,0
est peu satisfaite de sa vie					12,3	10,9
a une bonne qualité de sommeil						51,4
a un niveau de vitalité optimal		18,3	18,1	15,6	14,3	11,7
a un mal-être psychique modéré (GHQ 2-3)	11,7	11,9	12,0	13,9	15,3	15,7
a une détresse psychique sévère (GHQ 4+)	13,2	12,7	14,0	17,9	17,7	21,9
est plus optimiste quant à son avenir					10,9	11,4
est (beaucoup) moins optimiste pour son avenir					19,4	21,7
Moyenne au sein de la population de 15 ans et plus						
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,4	7,5
Qualité du sommeil (10 = la meilleure)						6,3
Vitalité (100 = le plus haut)		62,6	62,4	61,1	60,1	58,2
Score de bien-être (12 = le moins bon)	1,3	1,3	1,3	1,7	1,7	2,0

Tableau 2 • Évolution des indicateurs de bien-être subjectif en Flandre, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ... :						
est très satisfaite de sa vie					24,7	25,9
est peu satisfaite de sa vie					9,0	8,7
a une bonne qualité de sommeil						55,5
a un niveau de vitalité optimal		25,2	22,9	19,1	17,0	13,9
a un mal-être psychique modéré (GHQ 2-3)	10,6	9,7	10,8	13,3	14,8	14,8
a une détresse psychique sévère (GHQ 4+)	11,5	11,2	12,7	16,0	15,0	20,3
est plus optimiste quant à son avenir					11,4	10,9
est (beaucoup) moins optimiste pour son avenir					17,8	20,2
Moyenne au sein de la population de 15 ans et plus						
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,6	7,6
Qualité du sommeil (10 = la meilleure)						6,5
Vitalité (100 = le plus haut)		67,4	66,2	64,6	63,4	58,2
Score de bien-être (12 = le moins bon)	1,1	1,1	1,2	1,5	1,5	1,9

Tableau 3 • Évolution des indicateurs de bien-être subjectif à Bruxelles, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ... :						
est très satisfaite de sa vie					17,1	20,3
est peu satisfaite de sa vie					18,4	15,0
a une bonne qualité de sommeil						49,2
a un niveau de vitalité optimal		8,8	9,0	9,6	9,9	9,5
a un mal-être psychique modéré (GHQ 2-3)	13,8	14,8	15,0	14,9	17,4	18,1
a une détresse psychique sévère (GHQ 4+)	16,8	15,9	19,3	24,9	21,6	23,9
est plus optimiste quant à son avenir					13,0	17,4
est (beaucoup) moins optimiste pour son avenir					20,2	19,7
Moyenne au sein de la population de 15 ans et plus						
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,0	7,2
Qualité du sommeil (10 = la meilleure)						6,1
Vitalité (100 = le plus haut)		56,1	54,6	55,0	55,7	54,3
Score de bien-être (12 = le moins bon)	1,6	1,6	1,8	2,2	2,1	2,3

Tableau 4 • Évolution des indicateurs de bien-être subjectif en Wallonie, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ... :						
est très satisfaite de sa vie					17,6	21,1
est peu satisfaite de sa vie					16,5	14,4
a une bonne qualité de sommeil						43,1
a un niveau de vitalité optimal		7,8	10,5	9,5	10,2	9,5
a un mal-être psychique modéré (GHQ 2-3)	13,0	15,1	13,6	15,0	15,5	16,9
a une détresse psychique sévère (GHQ 4+)	15,2	14,6	15,1	19,9	21,6	24,7
est plus optimiste quant à son avenir					9,6	10,7
est (beaucoup) moins optimiste pour son avenir					22,0	25,7
Moyenne au sein de la population de 15 ans et plus						
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,1	7,3
Qualité du sommeil (10 = la meilleure)						5,8
Vitalité (100 = le plus haut)		55,5	56,6	55,2	55,1	52,8
Score de bien-être (12 = le moins bon)	1,5	1,5	1,5	1,8	2,0	2,2

DEUXIÈME PARTIE

TROUBLES MENTAUX

RÉSULTATS

Les troubles de la santé mentale abordés dans l'enquête de santé 2023-2024 concernent les pathologies les plus répandues dans la population non-institutionnalisée, à savoir les troubles anxieux et dépressifs. L'enquête de santé couvre en outre les troubles du comportement alimentaire et de l'image corporelle, ainsi que les pensées suicidaires et tentatives de suicide.

Les instruments utilisés pour évaluer ces troubles sont des questionnaires auto-administrés, basés sur des symptômes caractéristiques. Ils permettent d'estimer la probabilité qu'un individu ait un trouble donné selon la présence et l'intensité des symptômes rapportés. Validés et largement utilisés à l'échelle internationale, ces outils n'ont toutefois pas pour fonction de poser un « diagnostic » au sens strict, lequel demeure du ressort des cliniciens. Ils définissent plutôt des seuils permettant d'identifier des cas pathologiques probables. Pour faciliter la présentation des résultats, les termes « trouble anxieux », « troubles dépressif » et « troubles du comportement alimentaire » sont utilisés de manière opérationnelle, en référence à la définition de cas selon ces questionnaires de dépistage. Il s'agit de troubles possibles, non confirmés cliniquement.

1. Trouble anxieux

L'anxiété et la peur sont des réactions normales face à des situations perçues comme menaçantes. Leur intensité varie selon l'histoire individuelle et les expériences de chacun. L'anxiété est toutefois considérée comme pathologique lorsqu'elle est difficile à contrôler, qu'elle se manifeste de façon excessive ou persistante, et qu'elle dépasse la réponse 'attendue' à une situation réelle ou anticipée. Le trouble de l'anxiété s'accompagne souvent de symptômes somatiques (palpitations, tensions musculaires, agitation,...) et cognitifs (ruminations mentales, inquiétudes envahissantes, difficultés de concentration). Ces symptômes perturbent la vie quotidienne, sociale et professionnelle, entraînant une souffrance psychologique et une détérioration de la qualité de vie.

Questions

Le trouble anxieux dont il est question dans l'enquête correspond au « trouble anxieux généralisé » (ou « trouble de l'anxiété généralisée »). Il est mesuré à partir du Generalized Anxiety Disorder scale à 7 items (GAD-7) (13).

AD.01 Au cours des <u>2 dernières semaines</u> , avez-vous rencontré des difficultés telles que :				
<i>Une croix par ligne</i>	Non, pas du tout	Oui, plusieurs jours	Oui, plus de la moitié du temps	Oui, presque tous les jours
01. Vous sentir nerveux(se), anxieux(se) ou tendu(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
02. Ne pas pouvoir arrêter de vous inquiéter ou ne pas pouvoir contrôler vos inquiétudes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
03. Trop vous soucier à propos de différentes choses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
04. Avoir des difficultés à vous détendre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
05. Être si agité(e) qu'il vous est difficile de tenir en place	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
06. Être facilement contrarié(e) ou irritable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
07. Vous sentir effrayé(e), comme si quelque chose de terrible allait se produire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Indicateurs

Deux indicateurs sont construits à partir de cette échelle : la prévalence du trouble anxieux (AD_1) et un classement établissant la sévérité du trouble anxieux (AD_2).

- **AD_1** : Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble anxieux (seuil de 10 et plus au GAD-7). L'indicateur est calculé en faisant la somme des scores de chaque item basé sur une échelle de réponse ramenée aux valeurs [0-3] où 0 = « pas du tout » et 3 = « presque tous les jours ». Le score total compris entre 0 et 21 est dichotomisé à la valeur seuil de 10+ pour la définition de cas.
- **AD_2** : Distribution (%) de la population de 15 ans et plus selon la sévérité du trouble anxieux (critères du GAD-7). Quatre catégories de sévérité, basées sur le score total (cf. supra), sont créées comme suit : pas d'anxiété (0-4) ; faible anxiété (5-9) ; anxiété modérée (10-14) ; anxiété sévère (15-21).

Ce rapport décrit principalement l'indicateur de prévalence du trouble ; le lecteur intéressé par l'indicateur de sévérité trouvera l'information dans les tableaux : [Résultats de l'Enquête de Santé 2023-2024 | sciensano.be](#).

1.1. Prévalence

En 2023-24, 12,8% de la population âgée de 15 ans et plus manifeste un trouble anxieux, dont un tiers – soit 4,2% de la population – est affecté par une anxiété considérée comme sévère.

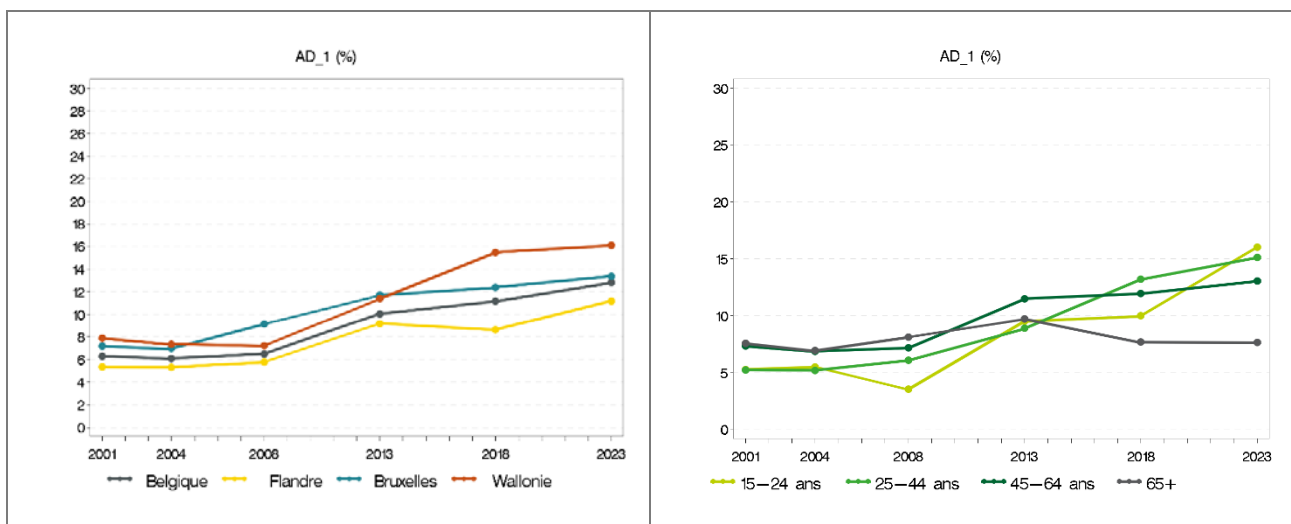
1.1.1. Spécificités régionales

La prévalence du trouble anxieux est plus élevée en Région wallonne (16,1%) qu'en Région Bruxelloise (13,4% ; n.s), et celle-ci est plus élevée qu'en Région flamande (11,2% ; n.s). La différence entre les régions flamande et wallonne est significative après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,002$).

1.2. Évolution

La proportion de personnes souffrant d'un trouble anxieux est significativement plus élevée en 2023-24 (12,8%) qu'elle ne l'était auparavant : 10,1% en 2013 ($p=0,03$) et 11,2% en 2018 ($p<0,001$). Elle est deux fois plus élevée qu'entre 2001 et 2008 (6,1% à 6,5% ; $p<0,001$) (Fig.19:1).

Figure 19 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble anxieux, 1) par région et par année, et 2) par âge et par année, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



La prévalence du trouble anxieux a plus fortement augmenté chez les jeunes de 15 à 24 ans (de 3,5% en 2008 à 16,0% en 2023-24) et les adultes de 25 à 44 ans (de 5,5% en 2008 à 14,0% en 2023-24), alors qu'elle fluctue beaucoup moins dans le temps chez les seniors de 65 ans et plus (autour de 7-8% depuis 2008) (Fig.19:2).

1.2.1. Spécificités régionales

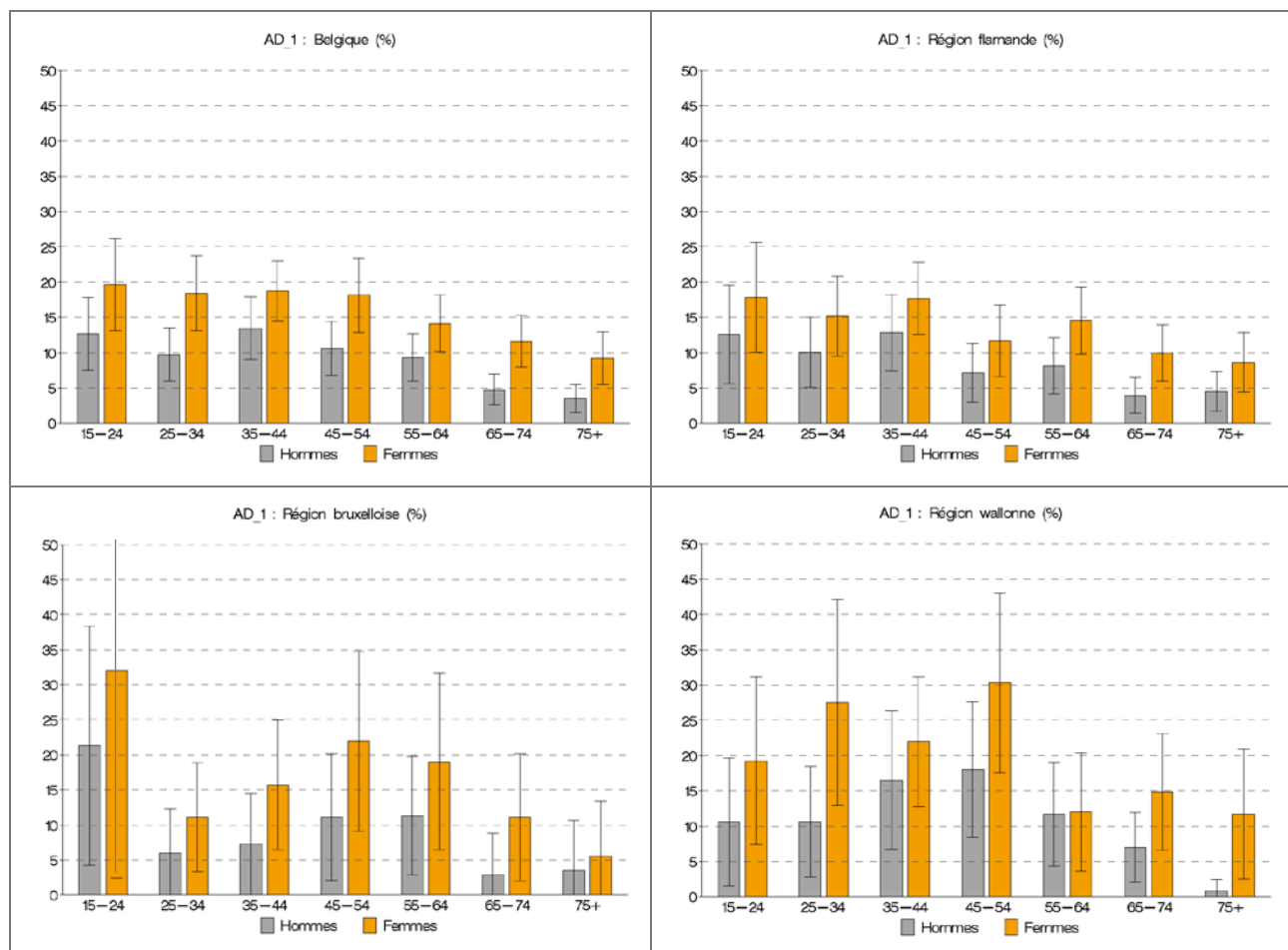
Le trouble anxieux a surtout augmenté en Région flamande, passant de 8,6% en 2018 à 11,2% en 2023-24 ($p=0,006$). En Région Bruxelloise et en Région wallonne, la progression entre 2018 et 2023-24 atteint au maximum un point de pourcentage (n.s). En Région wallonne, l'augmentation de la prévalence avait eu lieu antérieurement, c'est-à-dire entre 2008 et 2018 (Fig.19:1).

1.3. Différences démographiques

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir d'un trouble anxieux (15,9% > 9,6%) ($p<0,001$).

L'âge influence également l'anxiété, à la faveur des personnes âgées. Ainsi, la prévalence du trouble anxieux baisse à partir de 65 ans (8,4% chez les 65-74 ans et 6,7% chez les 75 ans et plus) comparé aux groupes d'âge entre 15 à 54 ans (de 14% à 16% environ) (Fig.20).

Figure 20 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble anxieux, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



1.3.1. Spécificités régionales

La distribution du trouble anxieux par âge et par sexe en Flandre est comparable à ce qui est observé au niveau national.

À Bruxelles, environ un jeune sur quatre (26,7% des 15-24 ans) souffre d'un trouble anxieux, mais la taille réduite de l'échantillon ne permet pas d'avancer une telle estimation avec certitude.

En Wallonie, les femmes âgées de 15 à 54 ans, ainsi que les hommes de 35 à 54 ans, présentent des prévalences supérieures à ceux des mêmes groupes d'âge et de sexe dans les deux autres régions du pays.

1.4. Différences socio-économiques

Un gradient social est observé dans la prévalence du trouble anxieux. Ainsi, 11,0% souffrent d'anxiété parmi les personnes diplômées de l'enseignement supérieur, 14,3% parmi celles diplômées du secondaire, et 16,3% parmi les personnes qui n'ont pas ces qualifications. On note aussi un gradient social au niveau de la sévérité du trouble anxieux.

1.4.1. Spécificités régionales

Le gradient social observé à l'échelle nationale existe également au sein de la Région Flamande.

À Bruxelles, les personnes titulaires du diplôme de l'enseignement secondaire sont les plus nombreuses à manifester un trouble anxieux (23,5%), une différence marquée avec celles diplômées de l'enseignement supérieur (8,9%).

En Wallonie, les différences par classe d'éducation pour le trouble anxieux s'estompent. En outre, la prévalence du trouble anxieux auprès des diplômés de l'enseignement supérieur est plus importante en Wallonie (15,0%) par rapport aux deux autres régions du pays (environ 9%).

2. Troubles dépressifs

Il existe différents types de troubles dépressifs, qui se distinguent par leur gravité, leur durée et leur évolution, et qui dépassent la réaction 'normale' et temporaire à des événements de la vie. Tous se caractérisent par un état de tristesse et de découragement, ainsi que par une perte de la capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt. Ils s'accompagnent souvent de symptômes cognitifs (ruminations, culpabilité) et physiques (fatigue, troubles de l'appétit) qui perturbent la vie quotidienne, sociale et professionnelle de la personne affectée.

La dépression dite « majeure » (ou « dépression caractérisée ») correspond à un épisode d'au moins deux semaines consécutives, marqué par une altération notable du fonctionnement, avec une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt marquée, associées à divers signaux tels qu'une diminution de l'énergie, une baisse de l'estime de soi, des troubles du sommeil, des variations de poids ou encore des pensées de mort. Elle se distingue de la « dysthymie » (ou trouble dépressif persistant), dont l'évolution est plutôt chronique et dont l'intensité des symptômes est généralement moindre.

Questions

Le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (14) est utilisé pour évaluer la présence de troubles dépressifs :

AD.01 Au cours des <u>2 dernières semaines</u> , avez-vous rencontré des difficultés telles que :				
<i>Une croix par ligne</i>	Non, pas du tout	Oui, plusieurs jours	Oui, plus de la moitié du temps	Oui, presque tous les jours
08. Éprouver peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
09. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Avoir du mal à vous endormir, à rester endormi(e), ou alors dormir trop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Vous sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Manquer d'appétit, ou au contraire, manger beaucoup trop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Avoir une mauvaise opinion de vous-même, considérer que vous avez échoué ou ne pas vous sentir à la hauteur de vos attentes ou celles de vos proches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Avoir du mal à vous concentrer sur certaines choses, comme lire le journal ou regarder la télévision	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Bouger ou parler si lentement que d'autres personnes pourraient l'avoir remarqué, ou au contraire, être si agité(e) et impatient(e) que vous bougiez beaucoup plus que d'habitude	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Penser que vous seriez mieux si vous n'étiez plus en vie ou songer à vous blesser ou vous faire mal d'une façon ou d'une autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Indicateurs

Quatre indicateurs sont calculés à partir des questions du PHQ-9. Tous ne sont pas rapportés en détail dans ce rapport, mais ils font partie de la base de données HISIA, accessible pour des analyses en ligne.

- AD_3** Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec une dépression majeure. La définition de cas repose sur un algorithme dans lequel cinq symptômes parmi les huit premiers (AD.01.08 à AD.01.15) sont présents à minima « plus de la moitié du temps » (≥ 3) et incluent impérativement un des deux premiers symptômes (items 08 ou 09 ≥ 3). Le dernier symptôme (item 16 : pensées de mort) est pris en compte dès qu'il est présent « plusieurs jours » (AD.01.16 ≥ 2).
- AD_4** Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec d'autres types de troubles dépressifs. La définition de cas exige que deux à quatre symptômes soient présents « plus de la moitié du temps » (≥ 3) dont impérativement un des deux premiers (08 ou 09). L'item 16 (pensées de mort) est pris en compte dès qu'il est présent « plusieurs jours » (AD.01.16 ≥ 2).
- AD_5** Distribution (%) de la population de 15 ans et plus selon la sévérité des symptômes dépressifs. L'indicateur est calculé en faisant la somme des notes d'items basées sur une échelle de réponses dont les valeurs initiales [1-4] sont préalablement ramenée aux valeurs [0-3]. Le score total varie donc entre 0 et 27. Le degré de sévérité est défini en catégorisant le score total : pas de dépression [0-4] ; faible dépression [5-9] ; dépression modérée [10-14] ; dépression modérément sévère [15-19] ; et dépression sévère [20-27].
- AD_6** Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble dépressif. L'indicateur inclut la dépression majeure et les autres types de dépression : il est positif si l'un des deux indicateurs AD_3 et/ou AD_4 est positif.

2.1. Prévalence

Environ une personne sur huit (12,7%) âgée de 15 ans et plus est atteinte d'un trouble dépressif en 2023-24. La dépression majeure concerne à elle seule 6,8% de la population, soit un peu plus de la moitié des cas de dépression, tous types confondus. En termes de sévérité de la symptomatologie, 4,9% de la population présente un tableau dépressif modérément sévère ou sévère.

2.1.1. Spécificités régionales

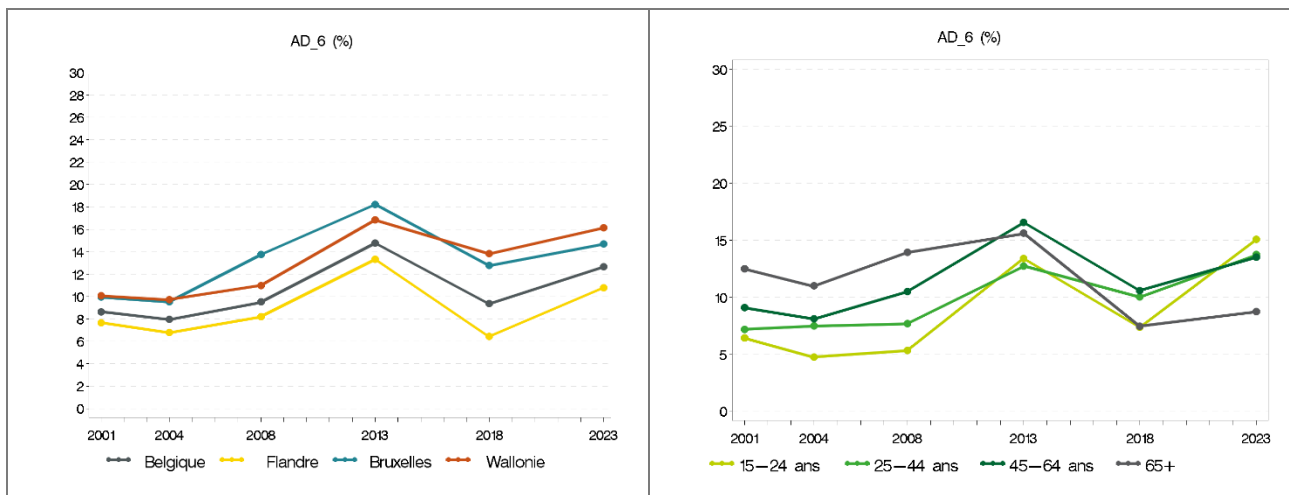
Les troubles dépressifs sont moins répandus en Région flamande (10,8%) qu'en Région Bruxelloise (14,7% ; $p=0,056$) et wallonne (16,1% ; $p=0,001$). Il en est de même pour la dépression majeure, dont la prévalence est de 5,6% en Région flamande pour 8,0% en Région bruxelloise (n.s) et 9,1% en Région wallonne ($p=0,004$).

2.2. Évolution

La prévalence des troubles dépressifs en 2023-24 (12,7%) a augmenté de manière significative par rapport à 2018 (9,4% ; $p<0,001$), mais elle n'atteint pas le pic exceptionnel de 2013 (14,8% ; $p=0,03$) (Fig.21:1). En ce qui concerne la dépression majeure, elle a été évaluée pour la première fois en 2018, à un taux de 4,8%. Celui-ci s'élève désormais à 6,8% en 2023-24, une différence significative, même après ajustement ($p<0,001$).

Les troubles dépressifs connaissent la plus forte croissance chez les jeunes de 15 à 24 ans, que ce soit depuis les vingt dernières années (6,4% en 2001) ou depuis la dernière enquête (7,4% en 2018) (Fig.21:2). Ils sont en effet plus de deux fois plus nombreux à souffrir de troubles dépressifs en 2023-24 (15,1% des 15-24 ans) qu'auparavant, exception faite de 2013 (13,4%).

Figure 21 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble dépressif, 1°) par région et par année, et 2°) par âge et par année, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



2.2.1. Spécificités régionales

La figure 21:1 montre, par rapport à 2018, une prévalence des troubles dépressifs en augmentation dans chacune des régions. Toutefois, la différence entre les deux années d'enquête n'est significative qu'en Région flamande (6,4% en 2018 à 10,8% en 2023-24 ; $p < 0,001$) après ajustement pour l'âge et le sexe.

À Bruxelles, la proportion de personnes souffrant de troubles dépressifs a augmenté entre 2018 (12,8%) et 2023-24 (14,7%), mais la différence n'est pas significative après ajustement pour l'âge et le sexe. Il en va de même en Wallonie, où la prévalence des troubles dépressifs est passée de 13,8% en 2018 à 16,1% (n.s).

2.3. Différences démographiques

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir de troubles dépressifs (respectivement 14,2% et 11,0% ; $p = 0,005$). La figure 22 indique au niveau national que la distribution des troubles dépressifs en fonction du sexe est la plus différenciée à l'extrémité de la courbe des âges, soit chez les seniors de 65 ans et plus. Quant à la prévalence de la dépression majeure, la différence entre les femmes (7,8%) et les hommes (5,7%) est également significative après ajustement pour l'âge ($p = 0,01$).

Sans distinction de sexe, la prévalence des troubles dépressifs est plus élevée à 15-24 ans (15,1%) mais la différence avec les adultes de 25 à 64 ans n'est pas significative (de 12,2% à 14,9%). En revanche, les seniors (65-74 ans) sont significativement moins nombreux (7,9%) à éprouver des troubles dépressifs par rapport aux personnes de 15 à 64 ans ($p = 0,01$ à $p < 0,001$). La dépression majeure touche 8,7% des 15-24 ans contre environ 4% des personnes de 65 ans et plus ($p \approx 0,04$).

2.3.1. Spécificités régionales

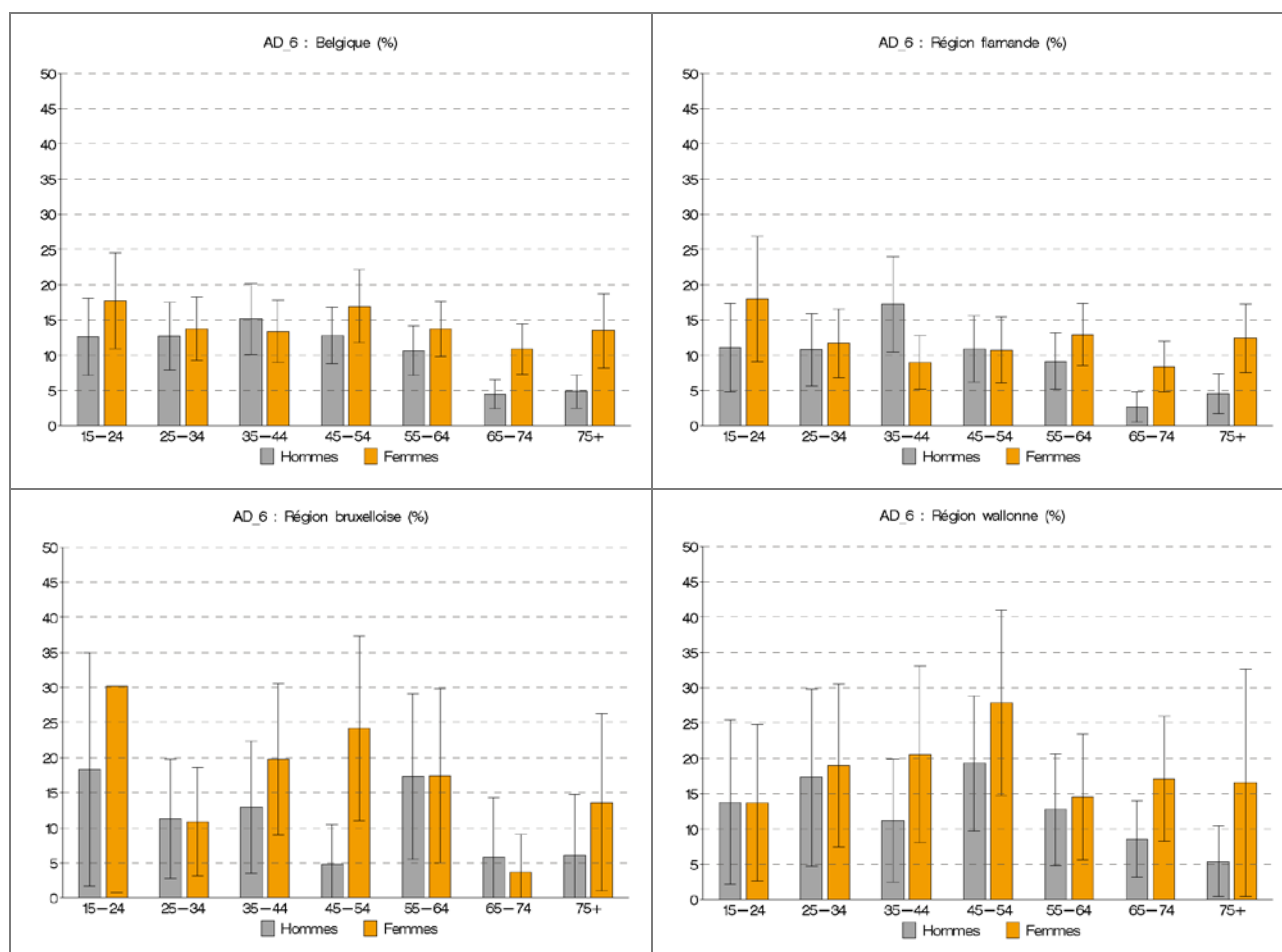
Les distributions par âge et sexe varient d'une région à l'autre du pays (Fig.22). En Flandre et à Bruxelles, la différence hommes-femmes pour les troubles dépressifs n'est pas significative (respectivement 9,9%-11,6% et 11,6%-17,6%) après ajustement pour l'âge. Notons que les intervalles de confiance autour des estimations à Bruxelles sont larges, ce qui explique que la différence ne soit pas statistiquement significative. En Wallonie, les femmes manifestent plus souvent un trouble dépressif (18,7%) que les hommes (13,3% ; $p = 0,04$).

Pour ce qui a trait à la dépression majeure, on n'observe pas de différence significative par sexe en Flandre (4,7%-6,4%, n.s) et en Wallonie (8,0%-10,0%, n.s) après ajustement pour l'âge. À Bruxelles, les femmes

sont en revanche significativement plus nombreuses que les hommes à souffrir de dépression majeure (10,9% > 4,9% ; $p=0,03$).

Sans distinction de sexe, en Flandre les troubles dépressifs sont les plus fréquents parmi les jeunes (14,4% des 15-24 ans) et les moins fréquents entre 65 et 74 ans (5,7%), une différence significative ($p<0,001$). C'est également le cas à Bruxelles (24,3% chez les 15-24 ans pour 4,6% chez les 65-74 ans ; $p=0,006$). Près d'une jeune fille sur trois serait dépressive à Bruxelles, mais l'estimation est peu certaine due au petit nombre qui constitue ce sous-échantillon. En Wallonie, les troubles dépressifs sont significativement plus fréquents chez les personnes de 45-54 ans (23,8%) que chez les personnes de 65-74 ans (13,4% ; $p=0,03$).

Figure 22 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble dépressif, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



2.4. Différences socio-économiques

Il existe un gradient socio-économique marqué au niveau de la distribution des troubles dépressifs, leur fréquence diminuant à mesure que le niveau éducatif augmente ($p<0,001$). La prévalence est de 18,5% parmi les moins diplômés et diminue à 15,2% chez les diplômés du secondaire ($p=0,01$) et de près de la moitié chez les diplômés du supérieur, soit à 9,5% ($p<0,001$). La dépression majeure, quant à elle, est plus fréquente parmi les personnes des deux classes d'éducation inférieures (9,4% des non-diplômés du secondaire et 8,8% des diplômés du secondaire, n.s) par rapport aux diplômés de l'enseignement supérieur (4,8% ; $p<0,001$).

2.4.1. Spécificités régionales

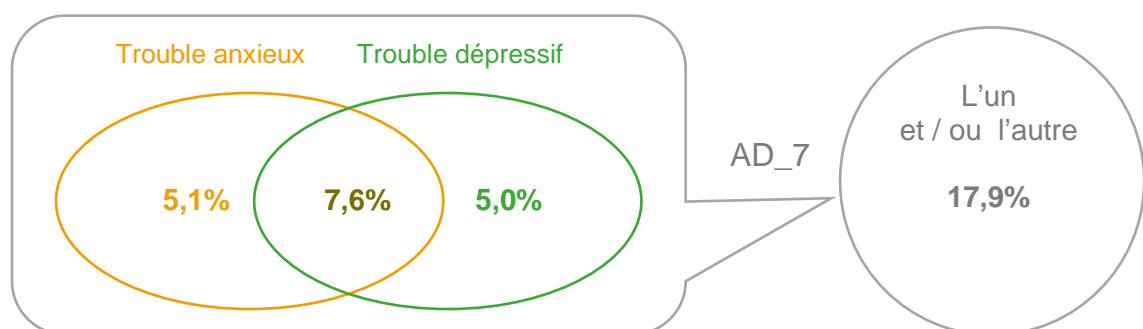
Le gradient dans la distribution des troubles dépressifs est également bien marqué au niveau de la Région flamande. La prévalence diminue avec l'élévation du niveau d'éducation : 15,1% > 12,6% (p=0,02) > 8,7% (p=0,004). Bien que moins « graduelle », des inégalités dans la fréquence des troubles dépressifs existent en Région bruxelloise entre les personnes ayant le diplôme d'études secondaires et celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (26,3% et 8,7% respectivement ; p<0,001). En Région wallonne, on observe une tendance graduelle de la fréquence des troubles dépressifs par niveau d'éducation : 23,7% > 18,3% (n.s) > 11,8% (p=0,02) respectivement, du plus bas au plus haut degré d'éducation.

2.5. Comorbidité anxiété – dépression

La comorbidité anxiété-dépression est fréquente et bien documentée (15). Leur coexistence tend à aggraver la sévérité des symptômes, à prolonger la durée des épisodes et à accroître le risque de complications, y compris les tentatives de suicide.

L'indicateur AD_7 présente le pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui souffre d'anxiété et/ou de dépression, tandis que l'indicateur AD_8 propose quatre catégories issues du croisement entre les indicateurs d'anxiété (AD_1, présence ou absence) et de dépression (AD_6, présence ou absence).

Figure 23 • Représentation du pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant un trouble de l'anxiété seul, un trouble dépressif seul et une combinaison des deux, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Prévalence

Le croisement des indicateurs révèle que 82,1% de la population est exempte d'anxiété et de dépression, 5,1% présente un trouble anxieux sans dépression, 5,0% souffre d'un trouble dépressif sans anxiété, et 7,6% présente une coexistence des deux. Il en résulte que 17,9% de la population est affecté par au moins un de ces troubles. C'est près de deux fois plus qu'en 2004 (9,7% ; p<0,001). Il s'agit aussi une augmentation significative par rapport à 2018 (14,4% ; p<0,001).

Différences démographiques

Une femme sur cinq (20,6%) et un homme sur sept (15,0%) souffre d'au moins un de ces troubles mentaux. La coexistence anxiété-dépression est aussi plus fréquente parmi les femmes (9,6%) que les hommes (5,6%). Cette comorbidité touche davantage de personnes entre 45 et 54 ans (10,1%) que celles plus jeunes (environ 8,0% entre 15 et 44 ans) et plus âgées (4,5% à 7,5% à partir de 55 ans).

Près d'un jeune sur quatre (23,1%) présente au moins un de ces deux troubles, une proportion qui baisse peu à peu en vieillissant, mais reste néanmoins élevée jusqu'à 55-64 ans (16,6%).

Différences socio-économiques

On observe un gradient social en ce qui concerne la présence de l'un ou l'autre trouble. Il est plus fréquent qu'un trouble soit présent chez les personnes non-diplômées du secondaire (23,0%) que chez celles ayant le diplôme du secondaire (20,3%) ou de l'enseignement supérieur (15,1%). Ce gradient se dessine également dans la distribution de la comorbidité anxio-dépressive. Plus fréquente chez les personnes non-diplômées du secondaire (12,0%), sa proportion baisse jusqu'à 5,5% chez les diplômés du supérieur.

3. Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) regroupent un ensemble de pathologies caractérisées par des perturbations persistantes du comportement alimentaire et une préoccupation excessive liée au poids ou à l'image corporelle. Les formes les plus connues sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie. Ces troubles apparaissent le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et touchent davantage les femmes. Ils sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiques, comme l'anxiété et la dépression, et augmentent le risque de comportements suicidaires.

Questions

Les questions liées au trouble du comportement alimentaire (TCA) sont adaptées du questionnaire à 5 items « SCOFF » (16), utilisé pour le dépistage de l'anorexie mentale et de la boulimie. Il correspond aux questions EB.01 à EB.05 dans la grille ci-dessous. La question EB.06 correspond au premier item-filtre du questionnaire « BEDS-7 » (17), un outil de screening pour l'hyperphagie. Cette question EB.06 est ajoutée pour la première fois dans l'enquête de santé 2023-2024.

<i>Une croix par ligne</i>		Oui	Non
EB.01	Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.02	Redoutez-vous de perdre le contrôle sur les quantités que vous mangez ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.03	Vous arrive-t-il de vous faire vomir parce que vous vous sentez mal "l'estomac plein" ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.04	Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.05	Vous dit-on que vous êtes trop mince, alors que vous pensez être trop gros(se) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
EB.06	Avez-vous des crises d'hyperphagie (c.à.d. manger beaucoup plus et plus vite que la plupart des gens en un temps similaire) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Indicateurs

- L'indicateur **EB_1** correspond au pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA) de type anorexie/boulimie (A/B), estimé à partir du SCOFF . Une personne est considérée comme présentant ce trouble lorsqu'au moins deux items du questionnaire sont positifs (EB.01 à EB.05).
- L'indicateur **EB06_1** mesure la proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui rapporte des épisodes d'hyperphagie, tels que décrits dans la question EB.06.

Il convient de souligner que ces indicateurs ne constituent pas un diagnostic et qu'ils peuvent conduire à une surestimation de la prévalence réelle de ces troubles.

3.1. Prévalence

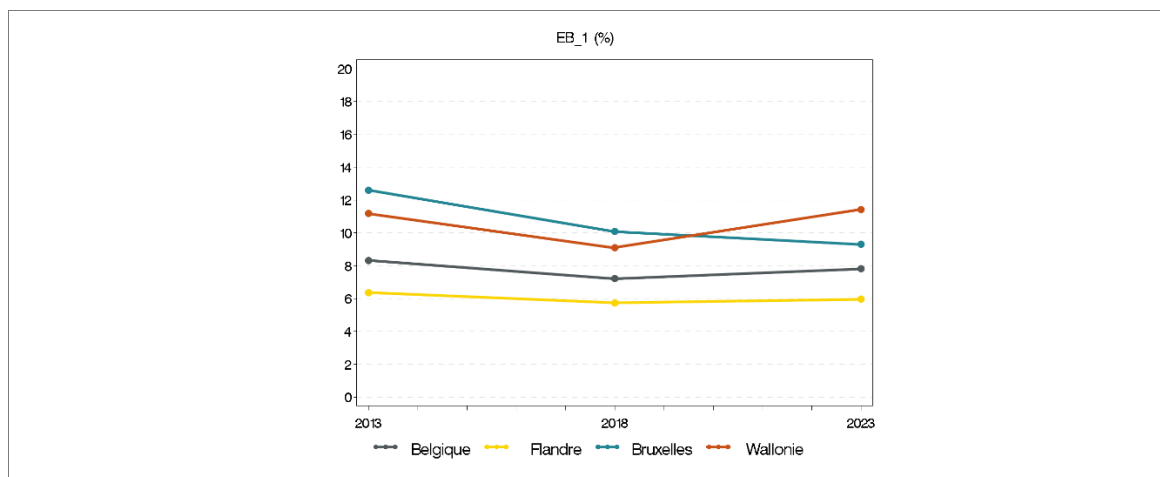
En 2023-24, 7,8% de la population âgée de 15 ans et plus présente un trouble du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie, tandis que 9,7% indique avoir des épisodes d'hyperphagie.

Le trouble du comportement alimentaire de type A/B est plus répandu dans les Régions bruxelloise (9,3%) et wallonne (11,4% ; n.s) qu'en Région flamande (6,0% ; p=0,04 et p<0,001 respectivement). L'hyperphagie est quant à elle plus souvent rapportée du côté de la Flandre (10,6%) et à Bruxelles (9,3% ; n.s) qu'en Wallonie (7,9%). Seule la différence entre la Wallonie et la Flandre est significative après ajustement pour l'âge et le sexe (p=0,001).

3.2. Évolution

Au niveau de la Belgique, la prévalence du trouble du comportement alimentaire de type A/B ne diffère pas de manière significative d'une année d'enquête à l'autre (Fig.24). Ce résultat est aussi celui observé en Flandre. En revanche, la stabilité nationale cache de légères différences régionales pour Bruxelles, où la tendance est à la baisse sur les dix dernières années (12,6% en 2013 à 9,3% en 2023-24 ; p=0,06), et pour la Wallonie, où la prévalence tend à remonter par rapport à 2018 (9,1% à 11,4% en 2023-24) mais n'atteint pas le seuil de significativité.

Figure 24 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie, par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



3.3. Différences démographiques

Les femmes sont plus nombreuses à présenter un trouble du comportement alimentaire de type A/B que les hommes (respectivement 9,9% et 5,7%) et cette différence est significative.

Ce trouble du comportement alimentaire concerne surtout les jeunes (13,2% des personnes de 15-24 ans). La proportion des personnes affectées diminue ensuite progressivement avec l'âge pour atteindre environ 3% chez les personnes de 65 ans et plus. Cette distribution en fonction de l'âge est surtout observée chez les femmes (Fig.25). L'écart hommes-femmes pour le trouble de type A/B est plus important parmi les jeunes et diminue avec l'âge.

Les hommes sont toutefois presque aussi nombreux que les femmes à rapporter des épisodes d'hyperphagie (9,4%<10,0% ; n.s). Ici aussi, les jeunes de 15-24 ans sont plus nombreux à faire l'expérience d'épisodes d'hyperphagie (15,8% d'entre eux), une proportion qui diminue avec l'âge (5,2% ou moins à partir de 65 ans).

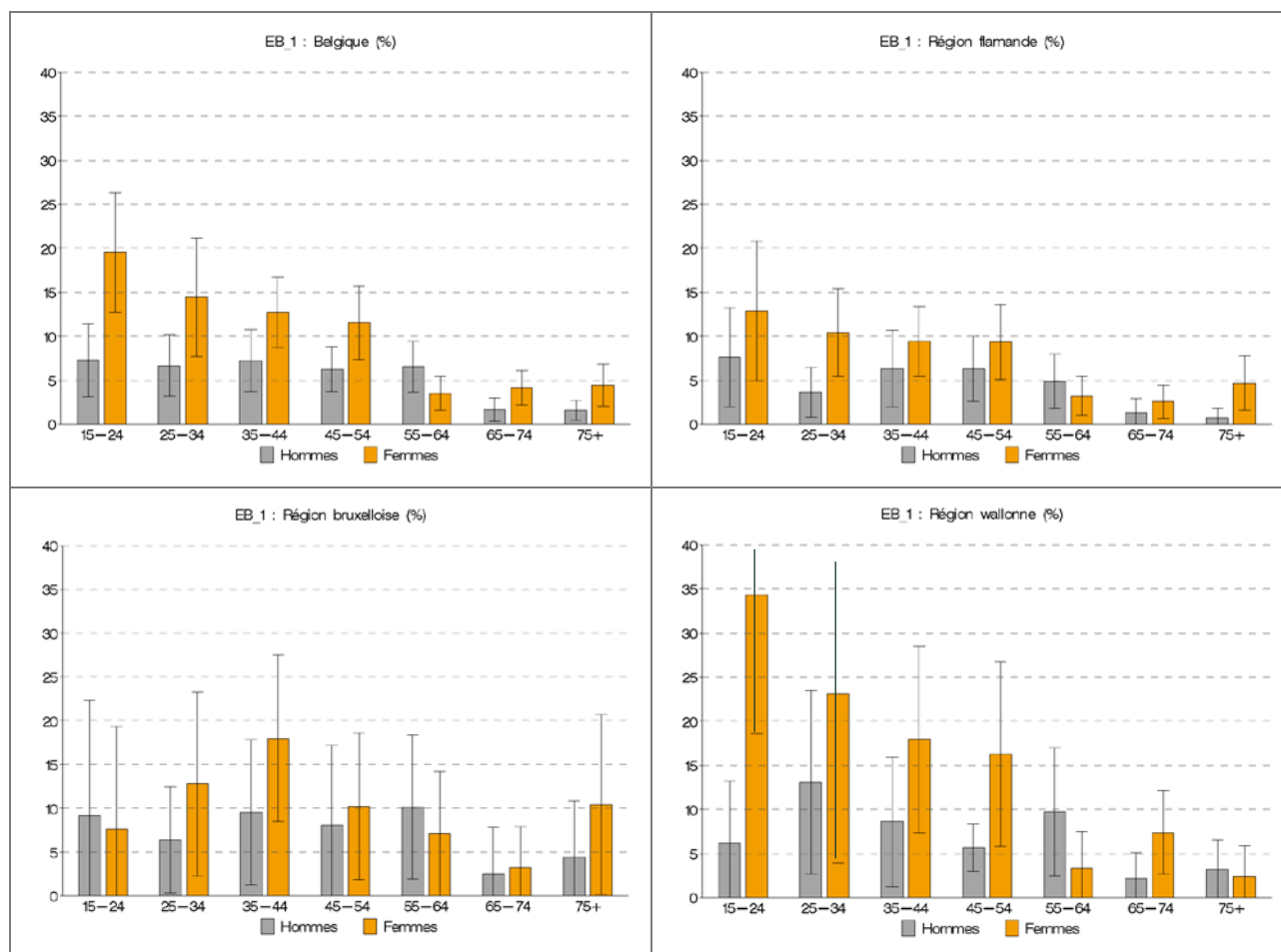
3.3.1. Spécificités régionales

La différence de prévalence du trouble du comportement alimentaire de type A/B entre les hommes et les femmes est observée dans chaque région du pays, mais elle n'est toutefois pas statistiquement significative en Région bruxelloise (7,7% – versus – 10,8% ; n.s). Le gradient par âge est présent en Région flamande et en Région wallonne, mais la distribution est plus atypique en Région Bruxelloise, où la prévalence du trouble culmine à 14,0% chez les 35-44 ans pour baisser ensuite à 2,9% chez les séniors de 65-74 ans, avec un rebond chez les aînés de 75 ans et plus (7,9%).

En Wallonie, le trouble du comportement alimentaire de type A/B est particulièrement répandu auprès des plus jeunes : 19,7% des 15-24 ans et 18,2% des 25-34 ans sont concernés, soit deux fois plus qu'à Bruxelles, par exemple. La figure 25 montre que ce sont surtout les jeunes femmes qui tirent les taux vers le haut, puisqu'elles seraient plus d'un tiers à souffrir de ces troubles entre 15 et 24 ans, et près d'un quart entre 25 et 34 ans. Même si les marges d'incertitude sont importantes, cela doit constituer un point d'attention pour les soignants de première ligne et les actions de prévention sanitaire de la région.

L'hyperphagie est plus commune chez les jeunes de 15 à 24 ans en Flandre, où elle concerne 18,7% d'entre eux, et 16,3% des 25-34 ans.

Figure 25 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus avec un trouble du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



3.4. Différences socio-économiques

La présence d'un trouble du comportement alimentaire de type A/B est généralement un peu plus fréquente chez les personnes titulaires d'un diplôme d'études secondaires, que ce soit au niveau national ou régional. Les différences ne sont toutefois pas significatives. La constatation est la même pour l'hyperphagie.

3.5. Comorbidité TCA - anxiété/dépression

Les personnes ayant un trouble du comportement alimentaire de type A/B souffrent plus souvent d'un trouble anxieux et/ou dépressif (47,6%) que celles ne présentant pas de trouble alimentaire (15,4% ; $p < 0,001$).

4. Idéation suicidaire

L'idéation suicidaire est souvent liée à la dépression - dont les symptômes en favorisent l'émergence -, ainsi qu'à d'autres pathologies mentales telles que l'anxiété, l'abus de substances, les troubles du comportement alimentaire ou les troubles de la personnalité. Les idées suicidaires sont des pensées récurrentes de mort ou de la volonté d'en finir, qui peuvent aller d'une simple envie de disparaître à la planification concrète d'un passage à l'acte. Elles émergent généralement lorsque la personne se sent accablée par des difficultés ou des souffrances qui lui semblent insurmontables. Elles sont fréquemment associées à des sentiments de désespoir, de perte de sens ou d'isolement social et traduisent un mal-être qu'il est essentiel de reconnaître.

Questions

Les deux questions concernant l'idéation suicidaire sont inspirées du questionnaire de l'OMS (SUPRE-MISS Community Survey) (18) et figurent dans l'auto-questionnaire destiné aux personnes de 15 ans et plus :

SU.01	Avez-vous déjà sérieusement pensé à mettre fin à votre vie ?
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non
SU.02	Avez-vous eu de telles pensées au cours des <u>12 derniers mois</u> ?
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non

Indicateurs

Deux indicateurs se rapportent aux idées suicidaires dans la population âgée de 15 ans et plus, selon que celles-ci soient apparues au cours de la vie (**SU01_1**) ou au cours des 12 derniers mois (**SU01_2**).

4.1. Prévalence

En 2023-24, 13,4% de la population âgée de 15 ans et plus a déjà sérieusement pensé au suicide au cours de sa vie, et pour 5,5%, ces pensées sont apparues au cours des 12 derniers mois (« pensées récentes »).

4.1.1. Spécificités régionales

En Flandre, 12,0% de la population, et à Bruxelles 12,5%, déclarent avoir déjà eu des pensées suicidaires. Toutefois, les pensées survenues au cours des 12 derniers mois sont rapportées moins fréquemment en Flandre (4,0%) qu'à Bruxelles (6,3%), une différence non significative après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,07$).

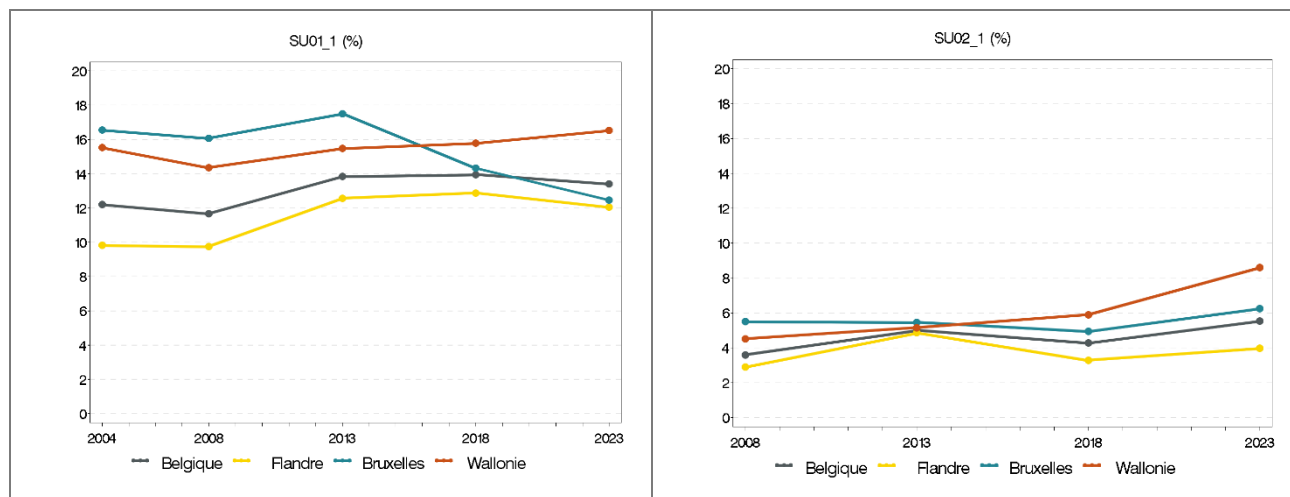
En Wallonie, la proportion de personnes ayant déjà pensé au suicide est plus élevée (16,5%) que dans les autres régions ($p<0,03$). La proportion de celles les ayant eues au cours des 12 derniers mois en Wallonie (8,6%) est significativement plus élevée qu'en Flandre (4,0% ; $p<0,001$) après ajustement.

4.2. Évolution

Le nombre relatif de personnes ayant déjà pensé au suicide au cours de leur vie reste relativement stable au niveau national depuis une dizaine d'années (13,8% en 2013 ; 13,9% en 2018 ; et 13,4% en 2023-24 ; n.s), mais elle reste plus élevée qu'en 2004 et 2008 (autour de 12% ; $p=0,02$) (Fig.26:1).

L'idéation suicidaire récente (12 derniers mois) est plus fréquente en 2023-24 (5,5%) qu'en 2018 (4,3% ; $p=0,02$) et qu'en 2008 (3,6% ; $p<0,001$) (Fig.26:2).

Figure 26 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant eu des pensées suicidaires 1) au cours de sa vie et 2) au cours des 12 derniers mois, par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



4.2.1. Spécificités régionales

La proportion de personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (Fig.26:1) reste relativement stable depuis ces dix dernières années en Flandre (entre 12,0% et 12,9% de 2013 à 2023-24, n.s) et en Wallonie (de 15,5% à 16,5%, n.s). À Bruxelles on observe une diminution du nombre relatif de personnes ayant déjà eu de telles pensées : de 17,5% en 2013 à 12,5% en 2023-24 ($p=0,015$). La différence avec 2018 (14,3%) n'est pas statistiquement significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

En Flandre, la prévalence des pensées suicidaires récentes (Fig.26:2) est passée de 3,3% en 2018 à 4,0% en 2023-24, sans différence significative après ajustement pour l'âge et le sexe. À Bruxelles, elle a évolué de 4,9% à 6,3% sur la même période, là encore sans différence significative. En Wallonie, on observe une augmentation significative de leur prévalence depuis 2008, bien que la comparaison directe entre 2018 (5,9%) et 2023-24 (8,6%) ne montre qu'une tendance à la significativité ($p=0,06$).

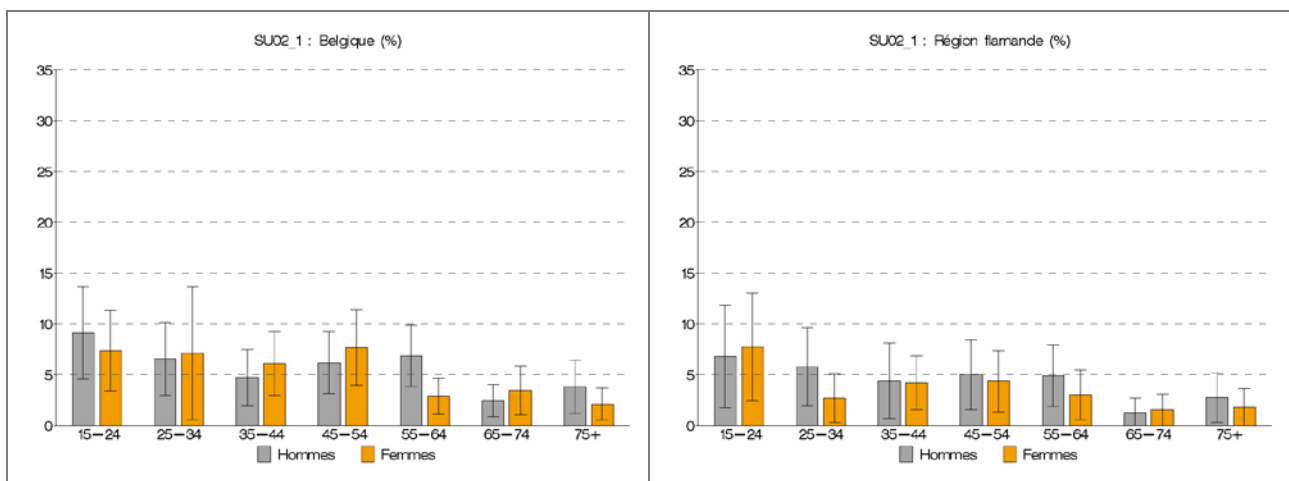
4.3. Différences démographiques

Il y a peu de différence entre la proportion de femmes et d'hommes qui ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie (respectivement 13,9% et 12,9% ; n.s). Les pensées récentes existent d'ailleurs tout autant chez les femmes (5,3%) que chez les hommes (5,8% ; n.s).

L'idéation suicidaire récente est plus fréquente parmi les jeunes de 15 à 24 ans (8,3%) et moins fréquente parmi les aînés (2,8% des 75 ans et plus). La différence se marque au point de vue statistique entre les jeunes et les groupes d'âge à partir de 55-64 ans (4,8% ; p=0,04) et plus.

La figure 27:1 montre la distribution des personnes avec des pensées suicidaires récentes par âge et par sexe. Les femmes ont plus souvent des pensées liées au suicide entre 15 et 54 ans (environ 6% à 7,5% d'entre elles) par rapport aux femmes de 55 ans et plus (environ 2% à 3%). Chez les hommes, les 15-24 ans ont plus souvent rapporté avoir récemment pensé au suicide (9,1%).

Figure 27 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, par sexe et par âge, 1) en Belgique et 2) en Flandre, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



4.3.1. Spécificités régionales

En Flandre, les hommes rapportent plus souvent avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois (4,5%) que les femmes (3,5% ; n.s) (Fig.27:2).

Les pensées suicidaires récentes sont plus fréquemment rapportées auprès des jeunes de 15 à 24 ans (7,2%), hommes et femmes confondus. Après cet âge, de telles pensées sont plus rares (autour de ou moins de 5% par tranche d'âge).

Pour Bruxelles et la Wallonie, les sous-groupes régionaux segmentés par sexe et tranches d'âge sont trop restreints pour avoir des estimations fiables pour ce qui concerne l'idéation suicidaire récente. Ils seraient donc peu représentatifs des populations bruxelloise et wallonne.

4.4. Différences socio-économiques

Des inégalités sociales sont observées pour la présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les individus les plus diplômés sont moins prompts à de telles pensées (3,8%) que ceux n'ayant pas de diplôme du secondaire (7,0% ; p<0,001) et ceux ayant le diplôme du secondaire (7,8% ; p<0,001).

On observe aussi un gradient économique. Les personnes ayant les plus hauts revenus ont moins souvent des idées suicidaires (2,3% dans le 5^e quintile, celui des revenus les plus élevés) que les personnes des quatre

catégories de revenus inférieures (entre 4,5% et 9,4%), et ces différences sont toutes significatives. Les personnes qui ont les revenus parmi les plus faibles sont significativement plus nombreuses (9,4% dans le 2^e quintile) que celles des autres catégories de revenus à penser au suicide (entre 2,3% et 5,9%).

4.4.1. Spécificités régionales

En Flandre, la présence d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois est inversement associée au niveau d'éducation, mais la différence de prévalence se marque surtout entre les personnes qui possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur (3,2%) ou non (4,8% ; $p=0,05$ et 5,6% ; $p=0,003$). À Bruxelles, les taux indiquent également ce clivage (4,9% versus 7,2% et 8,6%), mais le seuil de signification n'est pas atteint. En Wallonie, la différence de prévalence est significative entre les personnes ayant le diplôme d'études secondaires (13,8%) et le diplôme de l'enseignement supérieur (5,1% ; $p=0,001$).

5. Tentative de suicide

Les tentatives de suicide représentent une étape plus critique que l'idéation suicidaire, puisqu'elles traduisent un passage à l'acte concret, prémédité ou impulsif, visant à mettre fin à sa vie. Ces tentatives surviennent généralement dans un contexte de détresse psychologique intense ou de crise aiguë. Contrairement aux idées suicidaires, elles impliquent une mise en danger réelle et constituent l'un des facteurs de risque les plus importants d'un futur suicide abouti. Leur étude est donc essentielle pour renforcer les stratégies de prévention et d'accompagnement des personnes en souffrance.

Questions

Les deux questions concernant les tentatives de suicide sont inspirées du questionnaire de l'OMS (« SUPRE-MISS Community Survey ») (18) et figurent dans l'auto-questionnaire destiné aux personnes de 15 ans et plus :

SU.03	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non
SU.04	Avez-vous fait une tentative au cours de ces <u>12 derniers mois</u> ?
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non

Indicateurs

Deux indicateurs se réfèrent aux tentatives de suicide, suivant qu'elles aient eu lieu au cours de la vie (**SU03_1**) et au cours des 12 derniers mois (**SU04_1**). Ces deux indicateurs seront présentés autant que possible en ligne avec la structure classique de ce rapport, sauf dans le cas de trop petits nombres.

5.1. Prévalence

En Belgique, 4,5% de la population âgée de 15 ans et plus a tenté de se suicider au cours de son existence et 0,6% (six personnes pour mille) a tenté de le faire dans les 12 mois précédant l'enquête.

Par extrapolation à l'échelle de la population de Belgique âgée de 15 ans ou plus en 2023-2024, cela revient à environ 58.800 personnes ayant tenté de se suicider dans les 12 mois précédant l'enquête, ce qui équivaut à environ 160 tentatives par jour, un chiffre vertigineux. Si l'on rapporte ce chiffre au nombre de décès par

suicide en Belgique en 2022 (dernières statistiques disponibles), soit 1.751 suicides aboutis dans la population âgée de 15 ans et plus (ce qui équivaut à près de 5 suicidés par jour), le ratio est d'environ [33:1], autrement dit, 33 tentatives pour un suicide abouti. C'est plus qu'en 2018 [10:1] et 2013 [18:1].

5.1.1. Spécificités régionales

Le pourcentage de personnes ayant déjà tenté de mettre fin à leur vie est plus élevé en Région wallonne (6,4%) qu'en Région flamande (3,7% ; $p=0,009$) et qu'en Région bruxelloise (3,0% ; $p=0,005$). Concernant les tentatives récentes, elles sont plus fréquemment rapportées par les personnes vivant en Région flamande (0,7%) que par celles de la Région wallonne (0,4%), mais cette différence n'est plus significative après ajustement pour l'âge et le sexe.

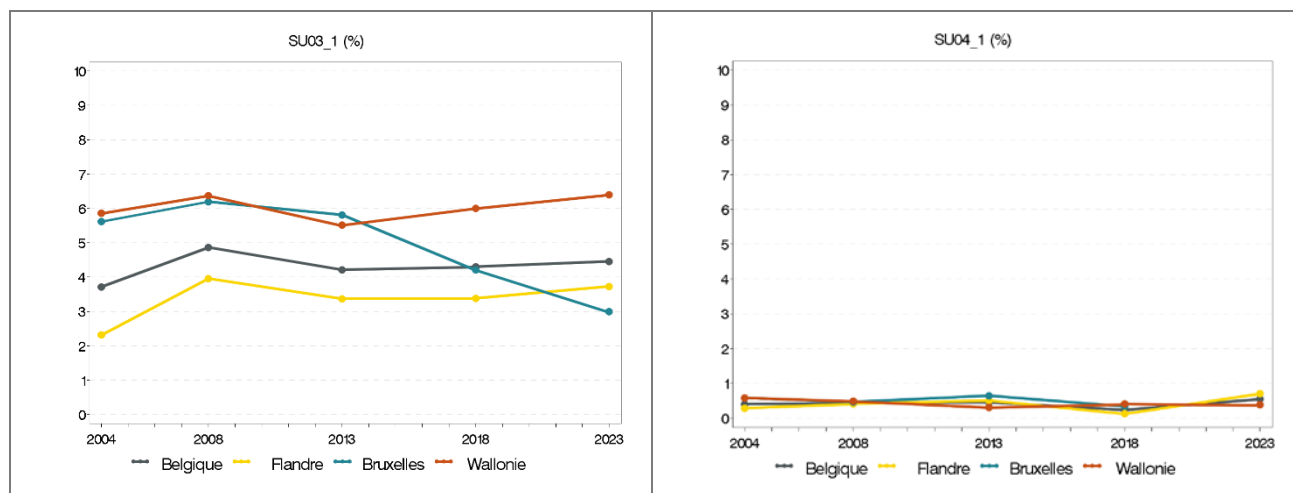
En Région bruxelloise, aucune tentative de suicide récente n'a été rapportée. Cette absence d'observations résulte vraisemblablement de la combinaison entre la taille réduite de l'échantillon bruxellois et la 'faible' fréquence du comportement (moins d'un pourcent), plutôt que d'une absence réelle de cas.

5.2. Évolution

La part de la population qui a déjà tenté de se suicider est relativement stable au cours du temps (Fig.28:1), se cantonnant entre 3,7% (en 2004) et maximum 4,9% (en 2008) selon les années d'enquête (n.s).

Les tentatives récentes (Fig.28:2), quant à elles, ne dépassent pas 0,5% jusqu'en 2013, baisse à 0,2% en 2018, mais remonte à 0,6% en 2023-24. Il s'agit du chiffre le plus haut depuis les premières mesures effectuées dans l'enquête. Cette hausse de la prévalence est significative après ajustement pour l'âge et le sexe ($p=0,01$). Les différences avec les années 2004 à 2013 ne le sont pas.

Figure 28 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider 1) au cours de sa vie et 2) au cours des 12 derniers mois, par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



5.2.1. Spécificités régionales

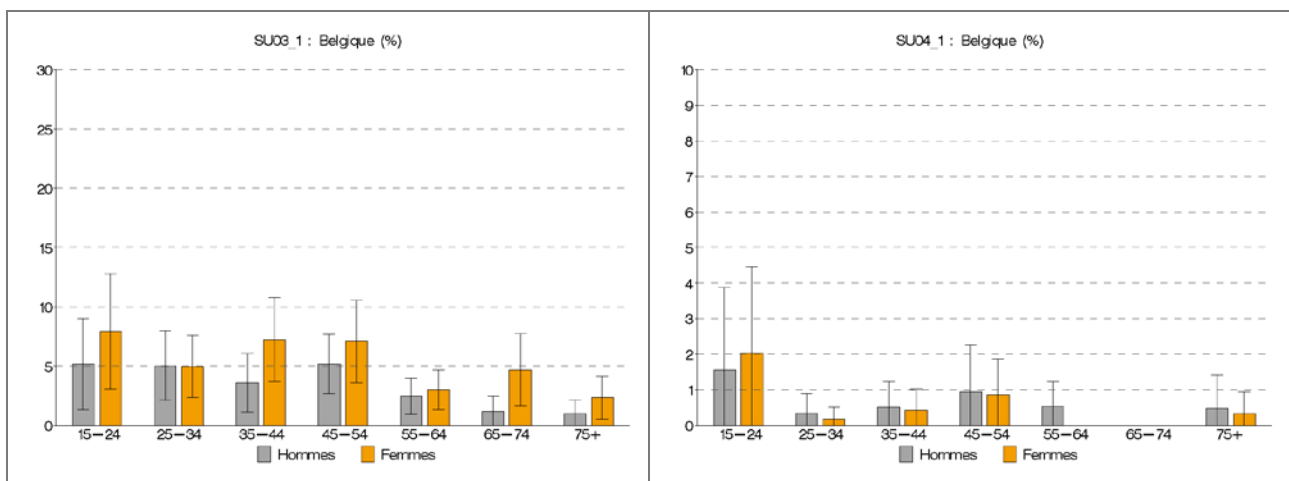
En région Flamande, la proportion de personnes ayant tenté de se suicider au cours de l'année écoulée (0,7%) a augmenté de manière significative par rapport à l'enquête de 2018 (0,1% ; $p<0,001$). Les résultats sont stables en Région wallonne (0,4% en 2018 et 2023-24 ; n.s). En Région bruxelloise, aucune tentative de suicide récente n'a été rapportée.

5.3. Différences démographiques

Il est établi de longue date que les tentatives de suicide et les décès par suicide présentent des profils opposés selon le sexe et l'âge. Ainsi, les femmes présentent un risque plus élevé de tentative de suicide, tandis que les hommes présentent un risque plus élevé de décès par suicide. De même, le risque de décès augmente avec l'âge, alors que la fréquence des tentatives tend à diminuer. En d'autres termes, les tentatives de suicide sont plus souvent fatales chez les hommes et chez les personnes âgées.

Les enquêtes précédentes ont montré que la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et les résultats de 2023-24 le confirment (Fig.29:1), puisque 5,3% de femmes et 3,5% d'hommes ont déjà tenté de suicider, une différence significative après ajustement ($p=0,01$). En revanche, les hommes sont aussi nombreux que les femmes à rapporter une tentative de suicide au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête (0,6% et 0,5%, n.s) (Fig.29:2).

Figure 29 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider 1) au cours de sa vie et 2) au cours des 12 derniers mois, par sexe et par âge, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Les tentatives de suicide récentes (Fig.29:2) sont plus fréquentes parmi les jeunes (1,8% des 15-24 ans) et les adultes d'âge moyen (0,9% des 45-54 ans), soit les mêmes groupes d'âge à risque accru qu'en 2018.

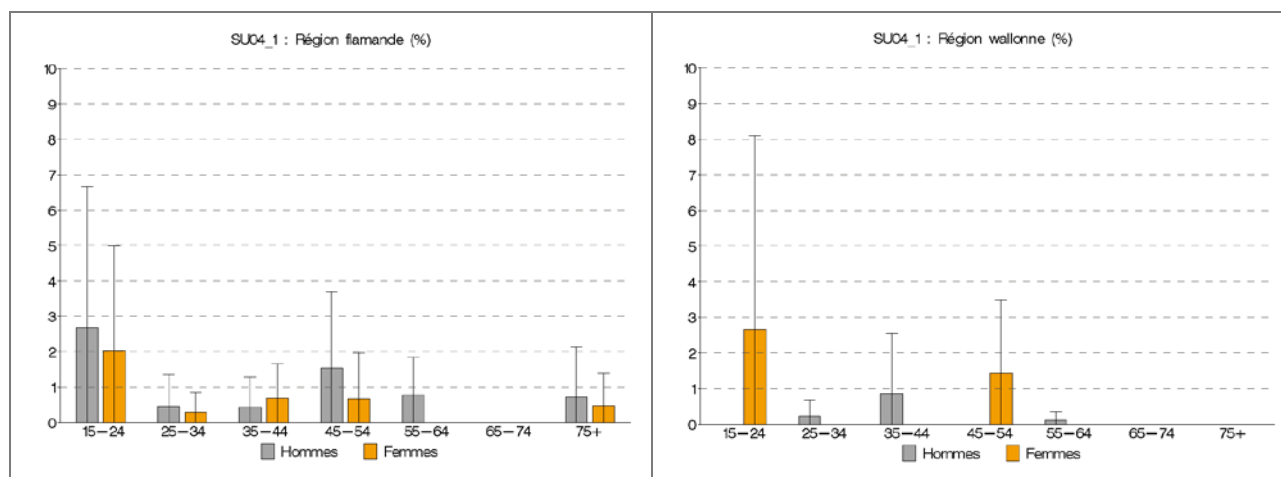
5.3.1. Spécificités régionales

En Flandre, autant d'hommes (3,7%) que de femmes (3,7% ; n.s) rapportent avoir déjà essayé de se suicider, alors qu'en Wallonie, la différence par sexe est très importante : 3,4% des hommes et 9,2% des femmes ont posé ce geste au cours de leur existence ($p=0,001$).

Il est difficile de se prononcer sur les chiffres obtenus par âge et par sexe pour les tentatives de suicide passées et récentes au niveau des régions à cause de la taille réduite des sous-échantillons et les grandes marges d'incertitude. On observe toutefois une prévalence élevée des tentatives de suicide récentes chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans en Flandre (2,4%) et en Wallonie (1,3%) (Fig.30:1et :2), prévalences d'une ampleur jamais atteinte auparavant. La figure 30:2 indique qu'en Wallonie, ce sont surtout les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui ont posé ce geste. Les personnes de 45 à 54 ans présentent également un risque accru de tentative récente, avec 1,1% en Flandre et 0,7% en Wallonie, confirmant une tendance déjà observée pour ce groupe en 2018.

Donc, bien que les estimations soient peu précises (grande marge d'incertitude), elles sont cohérentes avec les résultats de 2018 et peuvent orienter les professionnels de terrain et les décideurs à cibler plus spécifiquement ces groupes d'âge pour les actions de prévention et de soutien.

Figure 30 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, par sexe et par âge, 1) en Flandre et 2) en Wallonie, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



5.4. Différences socio-économiques

Les personnes ayant déjà tenté de se suicider sont davantage représentées dans les classes sociales les moins instruites (5,2% et 6,4% parmi celles avec et sans diplôme du secondaire) par rapport à la classe ayant une éducation supérieure (3,5%) ($p=0,02$ et $p<0,001$, après ajustement pour l'âge et le sexe).

Concernant les tentatives récentes, la tendance est la même, mais la différence n'est significative qu'entre les personnes avec un diplôme du secondaire (1,0% ont fait une tentative récente) et celles avec un diplôme de l'enseignement supérieur (0,3% ; $p=0,006$).

5.5. Associations avec les troubles mentaux

Tableau 5 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant eu des pensées ou comportements suicidaires au cours des 12 derniers mois, selon la présence troubles émotionnels, Enquête de santé 2023-2024, Belgique

	Pensées suicidaires	Tentatives de suicide
Ni anxiété ni dépression	1,8%	0,2%
Anxiété seule	12,5%	2,8%
Dépression seule	21,9%	0,9%
Anxiété et dépression	29,3%	2,5%
TCA* de type anorexie/boulimie (versus sans TCA de type A/B**)	20,3% (vs 4,3%)	4,0% (vs. 0,2%)
Hyperphagie (versus sans hyperphagie)	11,2% (vs 4,8%)	1,5% (vs. 0,4%)

* TCA : trouble du comportement alimentaire ; A/B : anorexie/boulimie

Alors que les références temporelles pour les symptômes anxieux et dépressifs (« au cours des deux dernières semaines ») et pour les comportements suicidaires (« au cours des 12 derniers mois) soient différentes, les résultats montrent une forte relation entre chacun des troubles, et à fortiori leur coexistence, avec les pensées et tentatives de suicide (Tableau 5).

Ces résultats confirment les attentes : l'absence de trouble anxieux et dépressif est associée à une moindre fréquence de pensées et de comportements suicidaires. Par ailleurs, les pensées suicidaires apparaissent plus fréquemment chez les personnes présentant un trouble dépressif que chez celles atteintes d'un trouble anxieux, et elles concernent encore davantage les personnes avec une comorbidité anxio-dépressive.

Les tentatives de suicide, quant à elles, sont plus souvent rapportées parmi les personnes ayant un trouble anxieux isolé ou combiné à une dépression, que parmi celles souffrant d'un trouble dépressif isolé.

Les troubles du comportement alimentaire (anorexie/boulimie et hyperphagie) sont également associés à une plus haute probabilité d'avoir des pensées et comportements suicidaires.

6. Usage de médicaments psychotropes

Cette section couvre deux types particuliers de médicaments psychotropes, à savoir les sédatifs (qui comprend les somnifères, calmants, tranquillisants et anxiolytiques) et les antidépresseurs. Dans la suite de cette section, le concept de « psychotropes » fait uniquement référence à ces deux sous-types. L'usage d'autres médicaments est traité dans un rapport indépendant, disponible sur le site de l'enquête dans la section intitulée « consommation des soins ».

L'usage de médicaments psychotropes constitue un indicateur important de la santé mentale de la population. Les sédatifs et antidépresseurs sont couramment prescrits pour soulager les troubles du sommeil, de l'anxiété ou de la dépression. Leur consommation reflète à la fois la prévalence de ces troubles et le recours aux soins de santé mentale. Ces traitements jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de certains troubles psychiques, mais leur usage peut aussi traduire un accès inégal à d'autres formes de soutien. L'analyse de leur consommation contribue à mieux comprendre les besoins en matière de prévention et de soins.

En 2023-24, les questions de l'enquête dévolues à l'usage de ces médicaments ont été placées dans le questionnaire papier auto-administré, ce qui n'était pas le cas dans les enquêtes précédentes, où elles étaient posées en face-à-face par l'intermédiaire de l'enquêteur. Ce changement peut affecter la manière de répondre à ces questions, il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des tendances évolutives.

Questions

DR.01	Au cours des <u>2 dernières semaines</u>, avez-vous pris des somnifères ou des anxiolytiques prescrits pour vous par un(e) médecin ?
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non

DR.02	Au cours des <u>2 dernières semaines</u>, avez-vous pris des antidépresseurs prescrits pour vous par un(e) médecin ?
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non

Indicateurs

Quatre indicateurs sont issus de ces questions, renvoyant au pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui ont rempli les conditions suivantes au cours des 2 dernières semaines :

- MH_1 : usage de sédatifs (somnifères, anxiolytiques) sous prescription médicale
- MH_2 : usage d'antidépresseurs sous prescription médicale
- MH_3 : usage d'au moins un de ces deux médicaments sous prescription médicale
- MH_4 : usage de ces deux types de médicaments conjointement sous prescription médicale

L'usage simultané de médicaments psychotropes comporte des risques dû à l'interaction potentiel des effets. Leur combinaison, parfois justifiée médicalement, doit être surveillée par un médecin et limitée dans le temps.

6.1. Prévalence

Au niveau national, 16,4% de la population de 15 ans et plus a consommé au moins un type de médicament psychotrope sur ordonnance dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête en 2023-24. La prise de **sédatifs** (somnifères, anxiolytiques) est plus répandue (12,4%) que celle des **antidépresseurs** (9,1%). Au total, 5,1% de la population prend ces deux types de médicaments à la fois.

6.1.1. Spécificités régionales

La consommation de **psychotropes** (sédatifs et/ou antidépresseurs) est plus élevée en Région wallonne (19,1%) qu'en Région flamande (15,3% ; $p=0,008$) et bruxelloise (14,9% ; n.s).

Plus spécifiquement, la consommation de **sédatifs** est plus élevée en Wallonie (14,6%) qu'en Flandre (11,6% ; $p=0,01$) et à Bruxelles (10,9% ; n.s). C'est aussi en Wallonie que l'on trouve le plus de personnes consommant des **antidépresseurs** (10,7%, contre 8,5% dans les deux autres régions), mais les différences ne sont pas significatives après ajustement pour l'âge et le sexe.

6.2. Évolution

Globalement, la consommation de médicaments psychotropes (sédatifs et/ou antidépresseurs) au sein de la population âgée de 15 ans et plus oscille entre 15,2% (2004) et 16,4% (2023-24) au cours des 20 dernières années, et la différence entre les années n'est pas significative après les ajustements.

L'usage de **sédatifs** diminue faiblement, passant de 14,3% en 2008 à 12,4% en 2023-24 ($p<0,001$), mais les chiffres de 2023-24 sont équivalents à ceux de la dernière enquête (12,3% en 2018 ; n.s). Le recours aux **antidépresseurs** a lui notablement augmenté en 2023-24, atteignant un taux de 9,1% au sein de la population, ce qui est significativement supérieur aux taux de toutes les années d'enquête précédentes (de 4,9% à 7,6%).

La consommation conjointe de sédatifs et d'antidépresseurs augmente lentement, passant de 4,0% en 2004 à 5,1% en 2023-24, soit un point de pourcentage en 20 ans.

6.2.1. Spécificités régionales

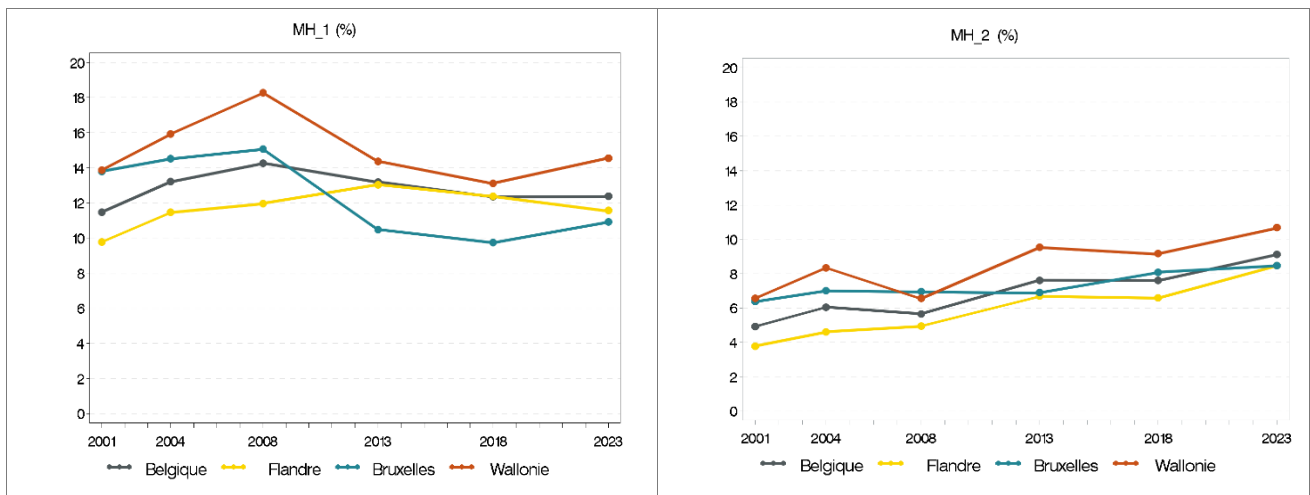
L'usage de **sédatifs** a diminué de manière significative dans les trois régions du pays, et ce même après ajustement pour l'âge et le sexe.

En Flandre, le pourcentage de personnes utilisant des **antidépresseurs** en 2023-24 n'a jamais été aussi élevé (8,5% ; significativement différent des autres années, allant de 3,8% à 6,7%).

À Bruxelles, l'usage d'antidépresseurs progresse graduellement entre 2001 (6,4%) et 2023-2024 (8,5%), et la différence entre ces deux années est statistiquement significative ($p=0,05$).

En Wallonie, la consommation d'antidépresseurs concerne environ une personne sur dix (10,7%), mais la différence n'est pas significative avec les chiffres des 10 dernières années (9,2% - 9,5%).

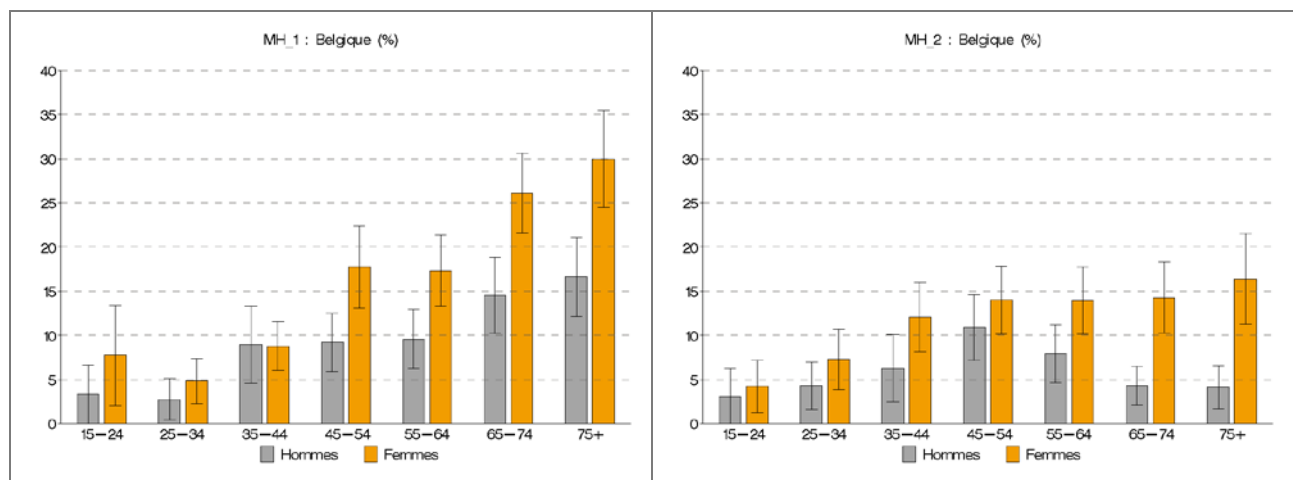
Figure 31 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui prend des sédatifs (MH_1) ou des antidépresseurs (MH_2) sous prescription, par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



6.3. Différences démographiques

Les femmes sont significativement plus nombreuses à utiliser ces médicaments psychotropes que les hommes (21,1% contre 11,4% ; $p<0,001$), qu'il s'agisse de **sédatifs** (15,7% contre 8,9%) ou d'**antidépresseurs** (11,9% contre 6,1%) (Fig.32).

Figure 32 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui prend des sédatifs (MH_1) ou des antidépresseurs (MH_2) sous prescription, par sexe et par âge, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



L'usage de **sédatifs** augmente avec l'âge, tant chez les femmes que chez les hommes. Globalement, 5,5% des jeunes de 15 à 24 ans ont pris un sédatif au cours des deux semaines précédant l'enquête, et cette proportion atteint 24,2% parmi les aînés de 75 ans et plus (Fig.32).

Sans distinction de genre, le recours aux **antidépresseurs** augmente en fonction de l'âge entre le groupe des 15-24 ans (3,6%) et celui des 45-54 ans (12,5%). À partir de ce groupe d'âge, la proportion de femmes qui en prennent se stabilise, avec une légère augmentation chez les aînées. Parmi les hommes, au contraire, le pourcentage qui utilise des antidépresseurs diminue par groupe d'âge à partir de 55 ans (Fig.32).

En 2023-24, 6,6% de femmes et 3,6% d'hommes consomment **à la fois** des sédatifs et des antidépresseurs. Ils sont 2,0 à 2,6% à faire un usage simultané de ces médicaments entre l'âge de 15 et 34 ans, ils sont deux fois plus nombreux entre 35 et 44 ans (4,8%) et trois fois plus nombreux après 45-54 ans (entre 6,2% et 7,2%). Or, la polyconsommation de psychotropes est dangereuse, car leur synergie peut augmenter le risque d'effets indésirables, de troubles cognitifs, d'accidents et de dépendance.

6.3.1. Spécificités régionales

Il n'y a pas de grandes différences entre les trois régions dans la distribution, selon le sexe et l'âge, des personnes faisant usage de sédatifs ou d'antidépresseurs.

En Flandre, la **polyconsommation** des psychotropes évolue par paliers. Elle est moins fréquente parmi les jeunes de 15 à 34 ans (autour de 2%) et augmente à partir de 35-44 ans (4,4%) pour atteindre 7,4% chez les personnes de 75 ans et plus.

À Bruxelles, il est plus rare que les jeunes soient polyconsommateurs : < 1% entre 15 et 34 ans. Les plus hauts taux de polyconsommateurs se notent à 55-64 ans (8,2%) et à 75 ans et plus (8,3%).

En Wallonie, la proportion de polyconsommateurs est déjà plus élevée dès 25-34 ans (5,2%) et atteint un pic à 45-54 ans (10,5%). Les personnes de 75 ans et plus (3,9%) sont ici moins nombreuses à utiliser ces médicaments conjointement que les personnes de cet âge dans les deux autres régions (7,4%-8,3%).

6.3.2. Évolution par groupe d'âge

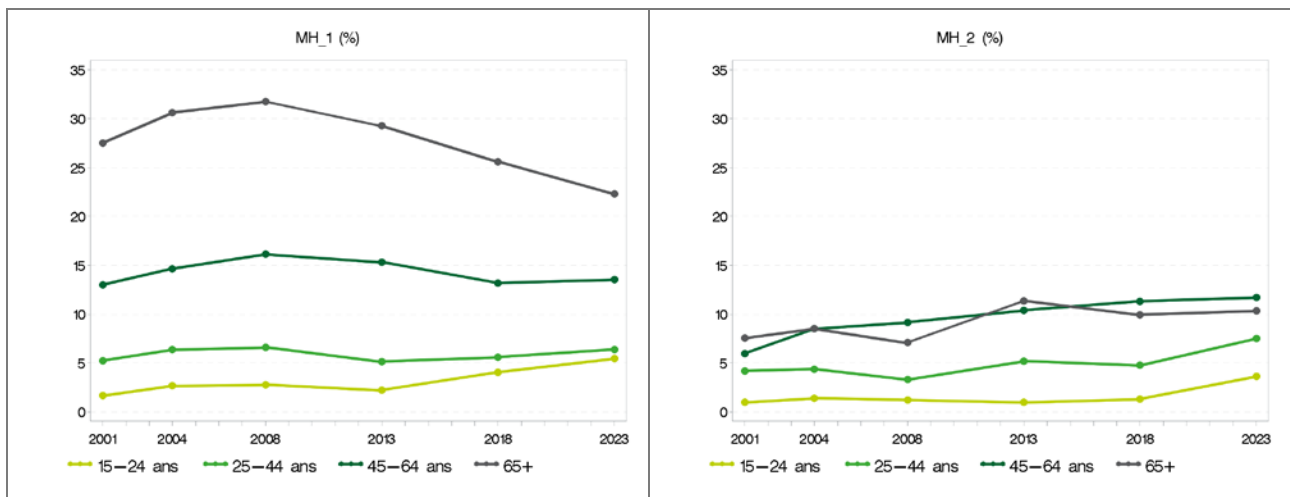
Le suivi, par groupes d'âge, de l'usage des **sédatifs** au fil du temps est important, car leur consommation comporte des risques accrus de chutes, de confusion et de dépendance chez les personnes âgées. De même, les **antidépresseurs** n'étant pas dépourvus d'effets indésirables ni de risques liés à l'âge, il est également utile de surveiller les évolutions, distinctives par âge, de leur consommation.

La figure 33:1 montre une diminution continue de l'usage de **sédatifs** dans le groupe des 65 ans et plus entre 2008 (31,7%) et 2023-24 (22,3% ; $p < 0,001$), même si ce groupe en reste le plus grand consommateur. Par ailleurs, il est préoccupant de constater que l'usage des sédatifs augmente chez les jeunes de 15 à 24 ans entre 2013 (2,2%), 2018 (4,1%) et 2023-24 (5,5%) (n.s).

Concernant les **antidépresseurs** (Fig.33:2), une augmentation de leur consommation est observée pour la première fois chez les jeunes de 15 à 24 ans (de 1,3% en 2018 à 3,6% en 2023-24; $p = 0,01$) ainsi que chez les adultes de 25 à 44 ans (de 4,8% à 7,5% ; $p = 0,02$). La fréquence est globalement plus élevée chez les 45 ans et plus, mais elle est relativement stable (n.s) depuis la dernière enquête : 11,3% à 11,7% entre 2018 et 2023-24 dans le groupe des 45-64 ans et 9,9% à 10,3% dans le groupe des séniors (65+).

La **polyconsommation** de médicaments psychotropes est restée relativement stable par groupes d'âge entre 2004 et 2018. Par après, on constate une tendance à la hausse de la polyconsommation parmi les jeunes de 15 à 24 ans (de 0,5% en 2018 à 2,0% en 2023-24 ; $p = 0,03$) et parmi les adultes de 25 à 44 ans (2,3% à 3,7% ; $p = 0,04$). Il conviendrait donc d'être vigilant concernant la polyconsommation au sein de ces groupes d'âge dans le futur.

Figure 33 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui prend des sédatifs (MH_1) ou des antidépresseurs (MH_2) sous prescription, par âge et par année, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



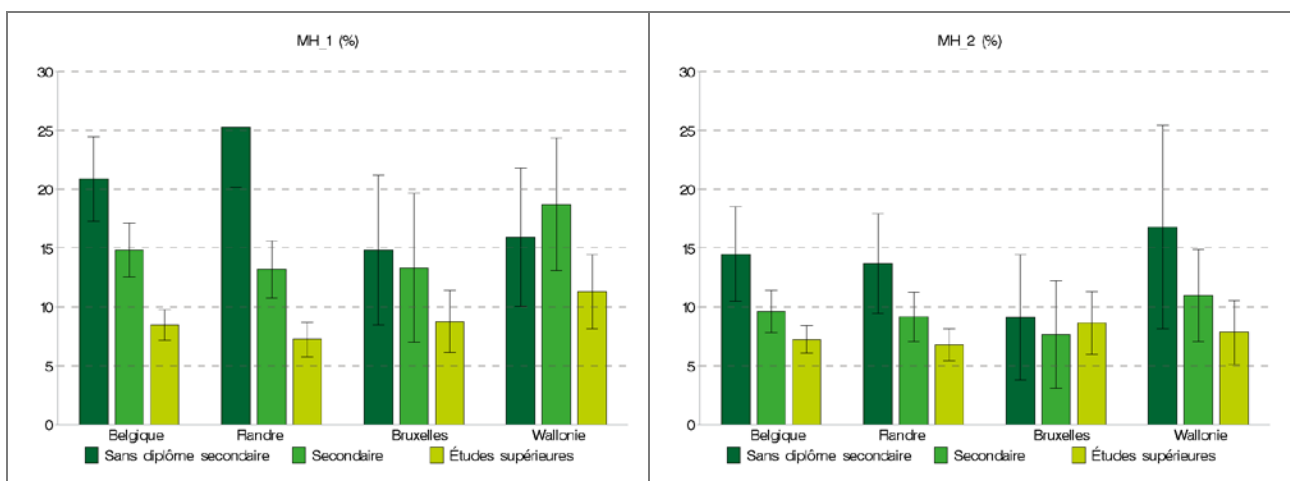
6.4. Différences socio-économiques

On observe un gradient social significatif dans l'usage des **sédatifs** : 8,5% en prennent parmi les diplômés du supérieur, 14,8% ($p < 0,001$) parmi les diplômés du secondaire et 20,9% ($p < 0,001$) parmi ceux qui n'ont pas ces diplômes.

Le gradient existe aussi, mais dans une moindre mesure, pour l'usage des **antidépresseurs** : son taux baisse à mesure que les niveau d'études augmente, soit : 14,5% \rightarrow 9,6% ($p = 0,03$) \rightarrow 7,2% ($p = 0,02$).

La **polyconsommation** est également inversement liée au niveau d'éducation : 3,0% chez les diplômés du supérieur, une proportion doublée parmi les diplômés du secondaire (6,5% ; $p < 0,001$) et triplée parmi celles qui n'ont pas ces diplômes (9,6% ; $p < 0,001$).

Figure 34 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus prenant des sédatifs (MH_1) ou antidépresseurs (MH_2) sur prescription, par niveau d'éducation et région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



6.4.1. Spécificités régionales

Pour les **sédatifs** (Fig.34:1), le gradient entre les trois niveaux d'éducation est très marqué en Flandre, allant de 7,2% chez les diplômés du supérieur à 25,3% chez les moins diplômés ($p<0,001$). À Bruxelles, le gradient social est moins prononcé, passant de 8,8% à 14,8%, ($p=0,03$). En Wallonie, ce gradient s'estompe : ce sont les diplômés du secondaire qui consomment le plus (18,7% contre 11,3% chez les diplômés du supérieur ; $p=0,007$).

Pour les **antidépresseurs** (Fig.34:2), en Flandre et en Wallonie, la proportion d'utilisateurs passe du simple au double entre le niveau d'éducation le plus élevé (6,8% et 7,9% respectivement) et le moins élevé (13,7% ; $p=0,001$ et 16,8% ; $p=0,02$). À Bruxelles, il n'y a pas de différence significative entre les niveaux d'éducation pour ce qui concerne l'usage des antidépresseurs.

Le gradient social est présent au regard de la **polyconsommation** de psychotropes dans chacune des trois régions du pays.

6.5. Lien avec les troubles mentaux

Les analyses suivantes mettent en relation le fait de prendre un médicament psychotrope et la présence d'un trouble de la santé mentale tel qu'évalué dans l'enquête de santé.

6.5.1. Sédatifs et troubles de la santé mentale

Les résultats montrent une association nette entre la prise de **sédatifs** et les troubles de la santé mentale. Ainsi, la consommation de sédatifs concerne 9,2% des personnes sans trouble anxieux ni dépressif, 16,5% de celles ayant un trouble anxieux seul, 19,6% de celles souffrant d'un trouble dépressif seul, et 35,7% des personnes présentant une comorbidité anxiodépressive (Fig.35).

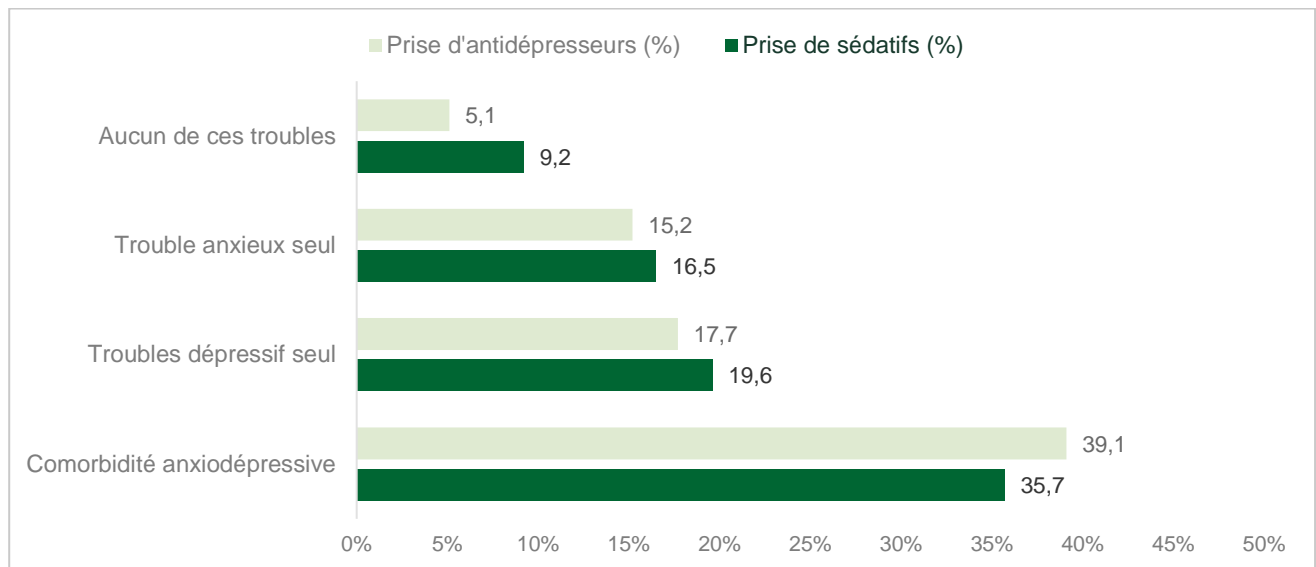
Après ajustement pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, les personnes souffrant de trouble anxieux seul ou de dépression seule ont une probabilité de deux à trois fois plus élevée de consommer des sédatifs ($p<0,001$), tandis que celles souffrant de troubles anxieux et dépressifs conjointement présentent une probabilité environ six fois plus élevée (OR = 6,3 ; $p<0,001$).

En outre, en contrôlant pour ces mêmes caractéristiques sociodémographiques ainsi que pour la présence de troubles anxieux et dépressifs, l'usage de sédatifs apparaît également associé à la présence d'un trouble du comportement alimentaire (OR = 1,7 ; $p=0,001$).

Enfin, les personnes ayant eu des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont proportionnellement plus nombreuses à consommer des sédatifs sous prescription (idéation : 30,6% versus 11,1% ; $p=0,001$; tentative : 45,5% versus 11,9% ; $p=0,02$), des différences qui demeurent significatives après ajustement pour les facteurs socio-démographiques ainsi que pour l'anxiété et la dépression.

Globalement, ces résultats suggèrent un usage des sédatifs conforme à une indication clinique. Toutefois, la forte association entre l'usage de sédatifs, la comorbidité anxiodépressive et les comportements suicidaires indique une vulnérabilité psychique importante chez les personnes concernées. Ceci souligne la nécessité d'un suivi médical attentif et d'un encadrement des prescriptions, à défaut d'un suivi par un spécialiste de la santé mentale.

Figure 35 • Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui utilise des sédatifs ou des antidépresseurs selon qu'elles souffrent ou non de troubles anxieux et/ou dépressifs, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



6.5.2. Antidépresseurs et troubles de la santé mentale

Des analyses similaires ont été réalisées pour la consommation **d'antidépresseurs**. Ainsi, 5,1% des personnes sans trouble anxieux ni dépressif déclarent consommer des antidépresseurs, contre 15,2% chez celles souffrant d'un trouble anxieux seul, 17,7% chez celles présentant une dépression seule, et 39,1% chez les personnes présentant une comorbidité anxiodépressive (Fig.35).

Après ajustement pour les facteurs sociodémographiques, la probabilité de consommer des antidépresseurs est environ trois fois plus élevée chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux (OR = 3,7 ; $p < 0,001$), quatre fois plus élevée chez celles présentant une dépression (OR = 4,3 ; $p < 0,001$), et douze fois plus élevée chez les personnes présentant à la fois des troubles anxieux et dépressif (OR = 12,1 ; $p < 0,001$) par rapport aux personnes ne présentant aucun de ces troubles.

Le trouble du comportement alimentaire est également associé à la consommation d'antidépresseurs : 14,9% des personnes qui présentent ce trouble en consomment, contre 8,0% de celles sans ces troubles. Cependant, lorsque l'on contrôle pour les facteurs sociodémographiques ainsi que pour les troubles anxieux et dépressif, cette association n'est plus significative, indiquant que l'effet observé passe principalement par la présence de troubles anxieux et/ou dépressif.

La consommation d'antidépresseurs est nettement plus élevée chez les personnes ayant des idées suicidaires (31,2%) ou ayant fait une tentative de suicide (54,1%) au cours des 12 derniers mois, par rapport à celles n'ayant pas eu ces pensées ou comportements (environ 8%). Après ajustement pour les facteurs socio-démographiques et pour l'anxiété et la dépression, les associations entre l'usage d'antidépresseurs et l'idéation suicidaire (OR = 2,8 ; $p < 0,001$) ou la tentative de suicide (OR = 6,8 ; $p = 0,004$) demeurent significatives.

La consommation d'antidépresseurs est donc majoritairement concentrée chez les personnes présentant des troubles anxieux, dépressifs ou suicidaires, reflétant un usage approprié aux besoins cliniques. Pour les personnes présentant une psychopathologie complexe, il est recommandé d'assurer un suivi ciblé, combinant un traitement médicamenteux et un accompagnement psychothérapeutique.

7. Accompagnement professionnel

L'enquête de 2023-2024 aborde le thème du recours à une aide professionnelle pour des besoins liés à la santé mentale au travers de deux questions :

Questions

AD.03 Avez-vous déjà eu recours à une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale, psychologique ou émotionnelle ?

1 Oui, au cours des 12 derniers mois

2 Oui, mais il y a plus de 12 mois

3 Non, jamais ⇒ Passez à SU.01 page 10

AD.04 Quel type d'aide ou de professionnel de la santé avez-vous sollicité pour les problèmes de santé mentale, psychologique ou émotionnelle ?

Plusieurs réponses possibles

1 Service d'aide spécialisée en ligne ou par téléphone (télé-accueil, SOS suicide...)

2 Médecin généraliste

3 Psychiatre

4 Psychologue ou psychothérapeute

5 Service de santé mentale (SSM) ou centre médico-psychologique (CMP)

6 Centre d'assistance ambulatoire

7 Centre d'accueil et d'aide résidentiel

8 Hôpital psychiatrique ou service psychiatrique d'un hôpital général

9 Autre professionnel, précisez : _____

10 Autre institution de soins, précisez : _____

Indicateurs

L'indicateur **AD03_1** donne un aperçu global du pourcentage de la population qui a déjà eu recours à une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale, avec trois catégories : « jamais », « il y a plus de 12 mois » (ou recours passé) et « au cours des 12 derniers mois » (ou recours récent). L'indicateur inclut donc toute la population âgée de 15 ans et plus, sans référence aux questions préalables servant au dépistage des troubles anxieux, dépressifs ou alimentaires.

7.1. Prévalence

Au total, 33,0% de la population déclare avoir déjà eu recours à un professionnel de la santé pour des difficultés liées à la santé mentale, dont 14,1% au cours des 12 derniers mois (recours récent) et 18,9% antérieurement, c'est-à-dire il y a plus de 12 mois (recours passé).

7.1.1. Spécificités régionales

La distribution observée en Flandre est similaire à celle rapportée au niveau national. En revanche, Bruxelles et la Wallonie se distinguent vis-à-vis du recours récent à une aide professionnelle : la proportion de personnes concernées est plus élevée à Bruxelles (19,1%) et plus faible en Wallonie (12,4%).

7.2. Différences démographiques

Les femmes ont plus souvent eu recours à une aide professionnelle pour des problèmes liés à la santé mentale que les hommes, tant par le passé (22,6% contre 15,1% ; $p < 0,001$) que lors des 12 derniers mois (16,8% contre 11,1% ; $p < 0,001$).

Les personnes âgées sont les plus nombreuses à n'avoir jamais eu recours à une aide professionnelle pour la santé mentale : c'est les cas pour 79,7% des 65-74 ans et 89,2% des 75 ans et plus. À l'inverse, le recours (passé et récent ensemble) est le plus fréquent parmi les personnes de 25 à 54 ans, avec des proportions variant de 40,3% à 44,0% selon le groupe d'âge. Enfin, 34,8% des plus jeunes (15-24 ans) déclarent s'être adressés à un professionnel pour des difficultés liées à la santé mentale : 19,4% par le passé et 15,4% au cours des 12 derniers mois.

7.2.1. Spécificités régionales

Le recours à une aide professionnelle est le moins fréquent en Région wallonne : 77,9% des hommes et 62,8% des femmes n'y ont jamais eu recours, contre 68,5% des hommes et 57,9% des femmes en Région bruxelloise. La différence entre hommes et femmes ayant un recours récent à une aide professionnelle est la moins marquée en Région bruxelloise (respectivement 18,1% et 20,0% ; n.s.).

En Région flamande, les personnes de 35 à 44 ans (47,3%) ont le plus recours à une aide professionnelle, et ce, principalement par le passé (27,2%). Le recours récent concerne davantage les personnes âgées de 15 à 44 ans (de 19,0% à 21,3%), puis diminue avec l'âge.

En Région bruxelloise, le recours récent est surtout observé parmi les 25 à 44 ans (environ 25%), tandis que 16,8% des jeunes de 15 à 24 ans déclarent y avoir eu recours au cours des 12 derniers mois.

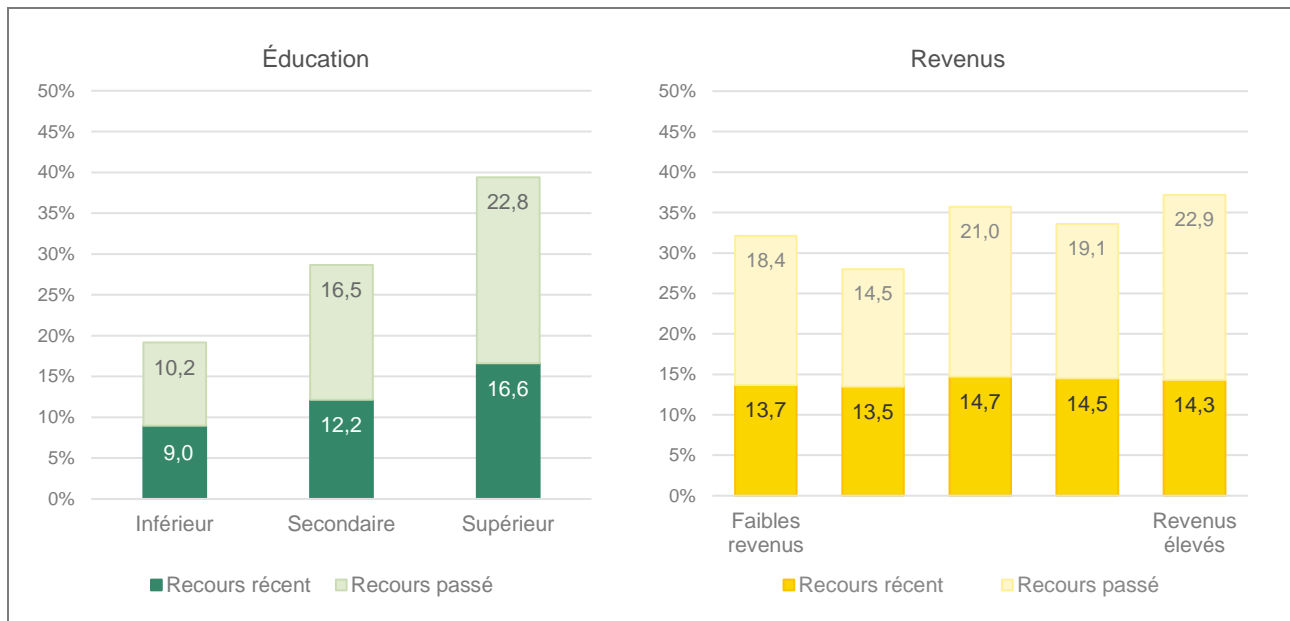
En Région wallonne, les personnes les plus souvent concernées par un recours passé ou récent sont celles âgées de 45 et 54 ans (43,5%), soit un âge plus avancé que dans les deux autres régions. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, seuls 8,9% déclarent avoir fait appel à une aide professionnelle pour des difficultés mentales.

7.3. Différences socio-économiques

On observe un gradient social marqué dans le recours à une aide professionnelle lié aux difficultés mentales. À peine 19,2% des personnes sans diplôme du secondaire y ont déjà fait appel, contre 28,7% parmi les diplômés du secondaire et 39,5% ($p < 0,001$) parmi les diplômés du supérieur. Ce gradient se retrouve tant pour le recours passé que pour celui plus récent (Fig.35).

En revanche, les différences selon le niveau de revenus apparaissent plus nuancées. Le recours passé à une aide professionnelle est légèrement moins fréquent dans les deux catégories de revenus les plus faibles (14,5% et 18,4%) que dans les catégories de revenus plus élevés (19,1% à 22,9%), sans former un gradient net et sans être significativement différent. On peut néanmoins constater qu'aucune différence n'est observée selon les revenus pour le recours récent, qui varie seulement entre 13,7% chez les personnes aux revenus les plus faibles à 14,3% chez celles aux revenus les plus élevés.

Figure 36 • Distribution (%) de la population de 15 ans et plus ayant eu recours à une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale, récemment ou par le passé, selon 1°) le niveau d'éducation et 2°) le niveau de revenus, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



En conclusion, le recours à une aide professionnelle en santé mentale reste socialement différencié, mais il semble davantage associé au niveau d'éducation qu'aux ressources économiques, du moins dans la période la plus récente. Cela pourrait suggérer que l'accès financier aux soins s'est amélioré ou que les inégalités encore observées sont davantage liées aux dimensions socio-culturelles et cognitives, telles que la littératie en santé, la perception des troubles mentaux ou la stigmatisation associée à la demande d'aide. Quoiqu'il en soit, ces constats, s'ils se confirment, soulignent l'importance de renforcer l'accessibilité financière aux soins de santé mentale et de soutenir les actions d'information et d'éducation à la santé mentale afin de favoriser un recours plus équitable aux services d'aide.

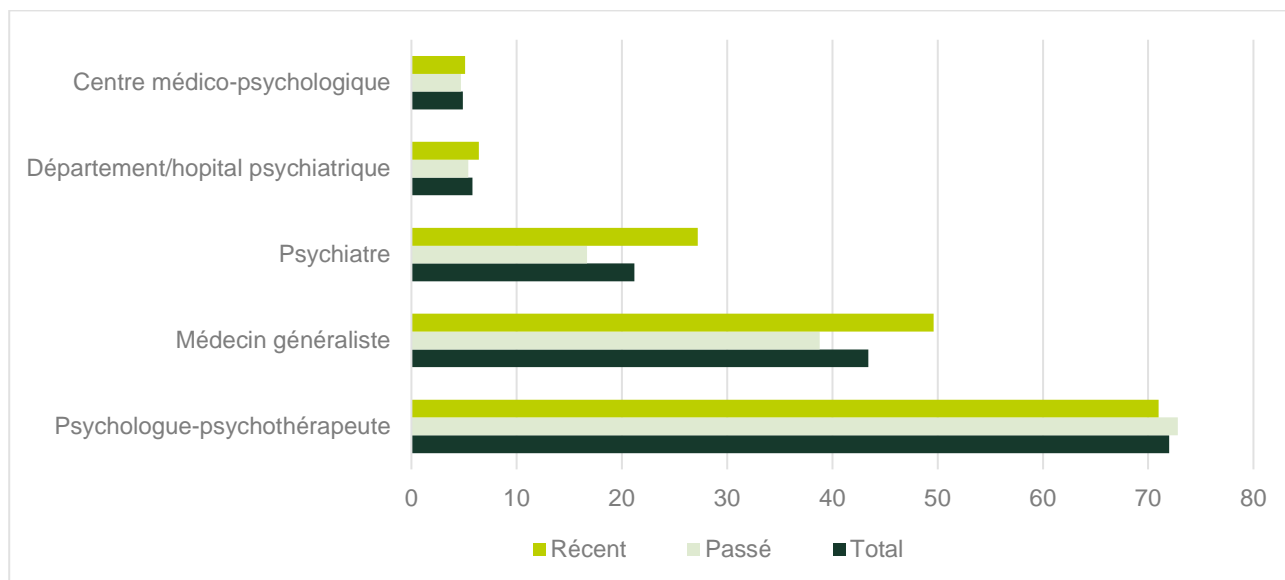
7.4. Professionnels de santé sollicités

Les analyses suivantes portent sur le type de professionnel ou le service sollicité pour les problèmes de santé mentale, à partir de la question AD.04 de l'enquête. Elles concernent les cinq catégories de prestataires les plus fréquemment mentionnées par les personnes ayant déclaré avoir eu recours à une aide professionnelle. Une distinction est faite selon la période à laquelle la personne a fait appel à une aide professionnelle.

Il convient de rappeler que la question AD.04 était à réponses multiples : une même personne pouvait donc mentionner plusieurs praticiens ou services au cours de son parcours de soins. Par ailleurs, la distinction entre recours « récent » (au cours des 12 derniers mois) et « passé » repose sur un classement a posteriori basé sur la question AD.03, et non sur une précision directe du répondant quant au moment de la consultation de chaque professionnel. Malgré cette limite, l'analyse permet de dégager des tendances générales quant à l'évolution des modes d'accès aux soins en santé mentale.

La figure 37 présente la distribution par type d'aide professionnelle sollicitée en lien avec la santé mentale. La grande majorité des personnes concernées (72,0%) se sont tournées vers un psychologue ou un psychothérapeute, tant pour les recours du passé que pour ceux des 12 derniers mois. Le médecin généraliste est une ressource importante pour 43,4% des personnes en quête de soutien, avec une proportion légèrement plus élevée pour les recours récents (49,6%) que pour les recours antérieurs (38,8%).

Figure 37 • Pourcentage des personnes de 15 ans et plus ayant eu recours à une aide pour des problèmes de santé mentale, par type de professionnel ou service de santé sollicité et par période, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Le psychiatre arrive en troisième position (21,2%), et son implication s'avère également plus fréquente au cours des 12 derniers mois (27,2%) que dans le passé (16,7%). Enfin, environ 5% des personnes se sont adressées à un centre médico-psychologique ou un service de santé mentale, et une proportion similaire (environ 5%) a été prise en charge dans un établissement psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'hôpital général. Ces pourcentages sont stables quelle que soit la période considérée.

CONCLUSION 2^e PARTIE

Prévalence générale et évolution

Les résultats de l'Enquête de santé 2023-2024 mettent en évidence une prévalence élevée et, pour plusieurs indicateurs, une augmentation des troubles de la santé mentale en Belgique. Près d'une personne sur six (17,9%) âgée de 15 ans et plus présente un trouble anxieux, dépressif ou une coexistence des deux, soit une progression notable par rapport à 2018 (14,4%).

Les troubles anxieux concernent 12,8% de la population et les troubles dépressifs 12,7%, tandis que la dépression majeure touche 6,8%. Ces niveaux figurent parmi les plus élevés depuis le début du suivi en 2001. La prévalence du trouble du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie se maintient autour de 8% au cours des 10 dernières années. Par ailleurs, l'idéation suicidaire récente touche 5,5% de la population, et les tentatives de suicide dans l'année écoulée concernent six personnes pour mille, toutes deux en augmentation.

Enfin, 14,1% des personnes de 15 ans et plus se sont adressées à un professionnel de la santé pour un problème lié à leur santé mentale. L'usage de médicaments psychotropes reste élevé – mais paraît souvent cliniquement justifié – avec 12,4% consommant des sédatifs (anxiolytiques, tranquillisants, somnifères) et 9,1% des antidépresseurs.

L'ensemble de ces indicateurs témoignent d'une charge importante et croissante des troubles mentaux au sein de la population âgée de 15 ans et plus, une tendance préoccupante en matière de santé mentale publique, mais également porteuse de conséquences dans d'autres domaines de la vie sociale et économique.

Différences selon le sexe, l'âge, le statut socio-économique et la région

Les analyses mettent en évidence des disparités notables selon les caractéristiques démographiques et le statut social des citoyens. Les femmes présentent plus fréquemment des troubles anxieux, dépressifs et du comportement alimentaire, tandis que les hommes rapportent des taux comparables à celles-ci concernant l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide récentes.

Les jeunes de 15 à 24 ans constituent un groupe particulièrement à risque : près d'un jeune sur quatre présente un trouble anxieux et/ou dépressif, et ils sont aussi les plus nombreux à rapporter des troubles du comportement alimentaire (anorexie/boulimie et hyperphagie) ainsi que des pensées et comportements suicidaires. Lié à cela, observe aussi une tendance à la hausse de la consommation de sédatifs et antidépresseurs chez les jeunes et jeunes adultes, ce qui pourrait en partie refléter une pénurie dans l'offre de soins alors que la demande de prise en charge augmente.

Les inégalités sociales sont marquées et persistent dans le temps, avec une prévalence des troubles mentaux systématiquement plus élevée parmi les personnes à faible niveau d'éducation ou de revenu. Sur le plan géographique, la Région wallonne affiche les taux les plus élevés pour la plupart des indicateurs de santé mentale, suivie de la Région de Bruxelles-Capitale. La Région flamande présente des valeurs inférieures à la moyenne nationale, bien que les tendances y soient également à la hausse.

Enjeux pour la prévention en santé mentale

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale, en ciblant en priorité les jeunes et les groupes socialement défavorisés. La consolidation de l'offre de soins psychologiques de première ligne, la sensibilisation et le renforcement de la littératie en santé mentale, l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des services, ainsi que l'intégration des

approches de santé mentale dans les milieux éducatifs et professionnels constituent des axes d'action essentiels.

La fréquence élevée de la comorbidité entre anxiété, dépression et troubles du comportement alimentaire, et leur association avec l'idéation et les tentatives suicidaires, plaident pour une approche multidisciplinaire et coordonnée des soins de santé, intégrant les services psychologiques et somatiques ainsi que des dispositifs sociaux. Enfin, la stabilité apparente de certains indicateurs globaux ne doit pas occulter la progression observée dans certains sous-groupes plus vulnérables, ni la charge croissante que représentent les troubles psychiques pour la santé publique en Belgique.

TABLEAUX DE SYNTHÈSE

Tableau 6 • Évolution des troubles mentaux (%) en Belgique, Enquête de santé 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a ... :					
un trouble d'anxiété généralisée	6,1	6,5	10,1	11,2	12,8
un trouble dépressif (majeur ou autre)	8,0	9,5	14,8	9,4	12,7
une dépression majeure	-	-	-	4,8	6,8
un trouble anxieux ou dépressif ou les deux	9,7	11,2	16,2	14,4	17,9
un trouble du comportement alimentaire (A/B)	-	-	8,3	7,2	7,8
un problème d'hyperphagie boulimique	-	-	-	-	9,7
déjà eu des pensées suicidaires	12,2	11,7	13,8	13,9	13,4
eu des pensées suicidaires les 12 derniers mois	-	3,6	5,0	4,3	5,5
déjà tenté de se suicider	3,7	4,9	4,2	4,3	4,5
tenté de se suicider les 12 derniers mois	0,4	0,4	0,5	0,2	0,6
consommé des sédatifs	13,2	14,3	13,2	12,3	12,4
consommé des antidépresseurs	6,0	5,7	7,6	7,6	9,1
eu recours à une aide professionnelle (< 12 mois)	-	-	-	-	14,1

Tableau 7 • Évolution des troubles mentaux (%) en Région flamande, Enquête de santé 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a ... :					
un trouble d'anxiété généralisée	5,3	5,8	9,2	8,6	11,2
un trouble dépressif (majeur ou autre)	6,8	8,2	13,3	6,4	10,8
une dépression majeure	-	-	-	3,2	5,6
un trouble anxieux ou dépressif ou les deux	8,4	9,6	14,8	11,0	15,5
un trouble du comportement alimentaire (A/B)	-	-	6,4	5,7	6,0
un problème d'hyperphagie boulimique	-	-	-	-	10,6
déjà eu des pensées suicidaires	9,8	9,8	12,6	12,9	12,0
eu des pensées suicidaires ces 12 derniers mois	-	2,9	4,9	3,3	4,0
déjà tenté de se suicider	2,3	4,0	3,4	3,4	3,7
tenté de se suicider ces 12 derniers mois	0,3	0,4	0,5	0,1	0,7
consomme des sédatifs	11,5	12,0	13,0	12,4	11,6
consomme des antidépresseurs	4,6	4,9	6,7	6,6	8,5
eu recours à une aide professionnelle (< 12 mois)	-	-	-	-	14,2

Tableau 8 • Évolution des troubles mentaux (%) en Région bruxelloise, Enquête de santé 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a ... :					
un trouble d'anxiété généralisée	7,0	9,1	11,7	12,4	13,4
un trouble dépressif (majeur ou autre)	9,5	13,8	18,2	12,8	14,7
une dépression majeure	-	-	-	6,2	8,0
un trouble anxieux ou dépressif ou les deux	11,5	15,8	19,8	17,3	18,7
un trouble du comportement alimentaire (A/B)	-	-	12,6	10,1	9,3
un problème d'hyperphagie boulimique	-	-	-	-	9,3
déjà eu des pensées suicidaires	16,6	16,1	17,5	14,3	12,5
eu des pensées suicidaires ces 12 derniers mois	-	5,5	5,5	4,9	6,3
déjà tenté de se suicider	5,6	6,2	5,8	4,2	3,0
tenté de se suicider ces 12 derniers mois	0,6	0,5	0,6	0,3	0,0
consomme des sédatifs	14,5	15,1	10,5	9,7	10,9
consomme des antidépresseurs	7,0	7,0	6,9	8,1	8,5
eu recours à une aide professionnelle (< 12 mois)	-	-	-	-	19,1

Tableau 9 • Évolution des troubles mentaux (%) en Région wallonne, Enquête de santé 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a ... :					
un trouble d'anxiété généralisée	7,3	7,2	11,4	15,5	16,1
un trouble dépressif (majeur ou autre)	9,7	11,0	16,8	13,8	16,1
une dépression majeure	-	-	-	7,4	9,1
un trouble anxieux ou dépressif ou les deux	11,6	13,0	18,3	19,8	22,8
un trouble du comportement alimentaire (A/B)	-	-	11,2	9,1	11,4
un problème d'hyperphagie boulimique	-	-	-	-	7,9
déjà eu des pensées suicidaires	15,5	14,4	15,5	15,8	16,5
eu des pensées suicidaires ces 12 derniers mois	-	4,5	5,1	5,9	8,6
déjà tenté de se suicider	5,9	6,4	5,5	6,0	6,4
tenté de se suicider ces 12 derniers mois	0,6	0,5	0,3	0,4	0,4
consomme des sédatifs	15,9	18,3	14,4	13,1	14,6
consomme des antidépresseurs	8,3	6,6	9,5	9,2	10,7
eu recours à une aide professionnelle (< 12 mois)	-	-	-	-	12,4

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
3. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. Sciensano. Coronavirus Covid-19: Situation épidémiologique. Série "Rapports enquêtes de santé publique". Enquête 1 (Avril 2020) à 10 (Avril 2022): <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>.
5. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé Mentale Au Québec*. 2017;42(1):125–45.
6. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. <https://www.oecd.org/en/publications/>
7. Ramar K, Malhotra RK, Carden KA, Martin JL, Abbasi -Feinberg Fariha, Aurora RN, et al. Sleep is essential to health: an American Academy of Sleep Medicine position statement. *J Clin Sleep Med*. 2021;17(10):2115–9.
8. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2021 Dec;60:101556.
9. Snyder E, Cai B, DeMuro C, Morrison MF, Ball W. A New Single-Item Sleep Quality Scale: Results of Psychometric Evaluation in Patients With Chronic Primary Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med*. 14(11):1849–57.
10. Goldberg DP, Williams P (1988). A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor nferNelson - References - Scientific Research Publishing.
11. Bettschart W, Bolognini M, Pariente P, Guelfi JD, Smith M. General Health Questionnaire: version française. In: *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Editions Médicales Pierre Fabre. 1997.
12. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev*. 2010 Nov;30(7):879–89.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092.
14. PubMed Central Link [Internet]. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268
15. Groen RN, Ryan O, Wigman JTW, Riese H, Penninx BWJH, Giltay EJ, et al. Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. *BMC Med*. 2020 Sep 29;18(1):308.
16. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. 1999 Dec 4 [cited 2025 Oct 5]; Available from: www.bmj.com/content/319/7223/1467
17. Herman BK, Deal LS, DiBenedetti DB, Nelson L, Fehnel SE, Brown TM. Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016;18(2).
18. WHO SUPRE-MISS Protocol. Available from: <https://www.guichetdusavoir.org/upload/mediatheque/document/post-2-1089379434.pdf>

CONTACT

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

À PROPOS DE SCIENSANO

Sciensano est un institut scientifique public et indépendant, engagé en faveur de la santé humaine, animale et environnementale.

Nous menons des recherches scientifiques et des activités de surveillance. Grâce à notre expertise en santé, nous apportons conseils, avis et services aux autorités et à différentes agences et organisations.

Sciensano accorde une grande importance au principe One Health, qui souligne les liens étroits existant entre la santé de l'homme, la santé de l'animal et leur environnement.

C'est pourquoi notre recherche adopte une approche interdisciplinaire qui intègre des perspectives variées.

Avec plus de 1000 collaborateurs et 120 ans d'expertise scientifique, Sciensano est un établissement de référence, actif dans de nombreux réseaux scientifiques internationaux.

PLUS D'INFOS

Enquête de santé :

www.enquetesante.be • HIS@sciensano.be

Sciensano :

Sciensano.be • info@sciensano.be

Rue Juliette Wytzman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11