

STATUT PONDÉRAL

Enquête de santé 2023-2024



SABINE DRIESKENS • RANA CHARAFEDDINE • CATHO BOONE

QUI NOUS SOMMES

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé. Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé.

Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement, selon le concept « One Health » ou « Une seule santé ».

Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous. Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Épidémiologie et santé publique - Information de santé

Enquêtes de santé

Juillet 2025 • Bruxelles • Belgique

STATUT PONDÉRAL

ENQUÊTE DE SANTÉ 2023 - 2024

Sabine Drieskens

•

Rana Charafeddine

•

Catho Boone

Personne de contact : Sabine Drieskens • T+32 2 642 50 25 • sabine.drieskens@sciensano.be

Merci de citer cette publication comme suit :

S. Drieskens, R. Charafeddine, C. Boone. Statut pondéral. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2025.
Numéro de rapport : D/2025.14.440/70. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

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

COMMANDITAIRES

L'enquête de santé est réalisée à l'initiative des pouvoirs publics belges :



EN COLLABORATION AVEC



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	6
RÉSULTATS	7
1. Indice de masse corporelle moyen dans la population adulte	7
1.1. Moyenne en Belgique	8
1.2. Évolution	8
1.3. Différences démographiques	9
1.4. Différences socio-économiques	10
2. Surpoids dans la population adulte	11
2.1. Prévalence en Belgique	11
2.2. Évolution	11
2.3. Différences démographiques	12
2.4. Différences socio-économiques	13
3. Obésité dans la population adulte	14
3.1. Prévalence en Belgique	14
3.2. Évolution	14
3.3. Différences démographiques	16
3.4. Différences socio-économiques	17
4. Insuffisance pondérale chez les adultes	18
4.1. Prévalence en Belgique	18
4.2. Évolution	18
4.3. Différences démographiques	19
4.4. Différences socio-économiques	20
5. Surpoids et obésité chez les jeunes	20
5.1. Prévalence en Belgique	20
5.2. Évolution	20
5.3. Différences démographiques	21
5.4. Différences socio-économiques	21
6. Attention portée au poids	21
6.1. Prévalence en Belgique	22
6.2. Différences démographiques	22
6.3. Différences socio-économiques	24
6.4. Attention au poids en fonction du statut pondéral	24
DISCUSSION	26
TABLEAUX DE SYNTHÈSE	31
RÉFÉRENCES	33

RÉSUMÉ

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure anthropométrique qui représente le rapport entre le poids et la taille d'une personne ($IMC = \text{kg/m}^2$). En raison de la simplicité de sa mesure et de son calcul, l'IMC est un outil précieux pour étudier le statut pondéral au niveau de la population. **L'IMC ne dit rien sur la beauté d'un corps, car chaque corps est unique et possède sa propre esthétique. Toutefois, il est établi qu'un poids plus sain peut contribuer à réduire le risque de maladies.** Le surpoids (IMC de 25 ou plus) et l'obésité (IMC de 30 ou plus) sont souvent associés à des pathologies telles les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certains types de cancer. De même, l'insuffisance pondérale (IMC < 18,5) est un facteur de risque pour un métabolisme perturbé.

Voici les principaux résultats de l'enquête de santé 2023-2024 :

ADULTES :

À partir de 18 ans, l'IMC est relativement stable, ce qui permet de définir des seuils absolus de l'insuffisance pondérale et du surpoids chez les adultes.

Surpoids (IMC ≥ 25) et obésité (IMC ≥ 30) :

- **Augmentation linéaire** de l'IMC moyen, de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population adulte depuis 2001 :
 - IMC moyen : de 25,0 en 2001 à 25,8 en 2023-2024.
 - Pourcentage d'adultes en surpoids : de 44,5 % en 2001 à 49,7 % en 2023-2024.
 - Pourcentage d'adultes en situation d'obésité : de 12,1 % en 2001 à 17,0 % en 2023-2024.
 - En outre, la proportion d'adultes en situation d'obésité souffrant d'obésité sévère (IMC ≥ 35) est passée de 21,5 % en 2001 à 26,5 % en 2023-2024.
- **Les hommes sont plus nombreux** que les femmes à être **en surpoids** :
 - L'IMC moyen est de 26,1 chez les hommes et de 25,5 chez les femmes.
 - 53,1 % des hommes sont en surpoids contre 46,4 % des femmes.
 - Toutefois, chez les femmes, la prévalence du surpoids a augmenté de manière linéaire depuis 2001 (38,8 %), tandis que chez les hommes, elle est restée stable depuis 2008.
 - Pour l'obésité, il n'y a pas de différences entre les sexes en Belgique et dans les Régions flamande et wallonne. Cependant, en région bruxelloise, les femmes (16,7 %) sont plus nombreuses que les hommes (10,4 %) à être en situation d'obésité.
- **Prévalence plus élevée chez les 55-64 ans** :
 - L'IMC moyen augmente de 23,1 chez les 18-24 ans à 27,0 chez les 55-64 ans, puis redescend à 25,8 chez les 75 ans et plus.
 - On retrouve la même tendance pour le surpoids et l'obésité : les taux passent respectivement de 24,3 % et 6,2 % chez les 18-24 ans à 61,2 % et 23,0 % chez les 55-64 ans, avant de redescendre à 50,6 % et 17,5 % chez les 75 ans et plus.
- **Prévalence plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation** :
 - L'IMC moyen, le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les personnes sans diplôme du secondaire (respectivement 26,8, 58,7 % et 23,7 %) ou avec au plus un diplôme du secondaire (26,3, 64,6 % et 19,8 %) que chez celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (25,1, 43,7 % et 13,1 %).
- L'IMC moyen, la prévalence du surpoids et de l'obésité sont plus élevés en Région wallonne (respectivement 26,1, 52,2 % et 19,0 %) qu'en Région bruxelloise (25,2, 44,4 % et 13,6 %), mais ne diffèrent pas significativement de ceux de la Région flamande.

Insuffisance pondérale (IMC < 18) :

- En 2023-2024, la prévalence de l'**insuffisance pondérale chez les adultes** était de 3,0 % et est restée **stable** depuis 2001.
- Elle touche davantage **de femmes** (4,2 %) que d'hommes (1,7 %).
- La prévalence la plus élevée se retrouve chez les plus jeunes : 8,0 % des **18-24 ans**.

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS :

Chez les individus de moins de 18 ans, l'IMC n'est pas encore stable. L'IMC des enfants et des adolescents (2 à 17 ans) évolue donc avec l'âge, et cette évolution diffère selon le sexe. C'est pourquoi, pour évaluer la **prévalence du surpoids et de l'obésité dans** cette tranche d'âge, on utilise des seuils spécifiques en fonction de l'âge et du sexe :

- En 2023-2024, 1 jeune sur 5 (19,4 %) était en surpoids, tandis que 4,8 % étaient en situation d'obésité. Ces taux sont **restés stables depuis 2001**.
- Aucune différence significative n'a été observée selon l'âge, le sexe ou la région.
- Il existe en revanche un lien avec le niveau d'éducation du ménage : la prévalence du surpoids est plus élevée chez les jeunes issus d'un ménage avec au moins un parent diplômé du secondaire (24,7 %) que chez les jeunes issus d'un ménage ayant au moins un parent diplômé de l'enseignement supérieur (16,7 %).

ATTENTION PORTÉE AU POIDS :

Dans cette enquête de santé, on a également interrogé les personnes âgées de 15 ans et plus sur l'attention qu'elles portent à leur poids, en leur demandant si elles essaient de maigrir, de maintenir leur poids stable, de prendre du poids, ou si elles ne se préoccupent pas de leur poids.

- Groupes qui **essaient plus souvent de maigrir** : les femmes, les personnes de moins de 65 ans et les personnes vivant en Région wallonne. Notons que les **adultes en situation d'obésité ou de pré-obésité ont respectivement 11 fois et 5 fois plus de chances** d'essayer de maigrir que ceux ayant un poids santé.
- Groupes qui essaient plus souvent de stabiliser leur poids : les personnes de 55 ans et plus, celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, les habitants de la Région bruxelloise, et les adultes ayant un poids santé.
- Groupes qui essaient plus souvent de prendre du poids : les hommes, les 15-24 ans et les adultes en insuffisance pondérale.
- Groupes qui se préoccupent moins souvent de leur poids : les hommes, les personnes âgées de 75 ans et plus, celles sans diplôme du secondaire, les personnes vivant en Régions bruxelloise ou wallonne, ainsi que les adultes en insuffisance pondérale ou avec un poids santé.

Les campagnes de prévention visant à modifier les comportements individuels ont eu peu d'effet sur la prévalence du surpoids et de l'obésité. **Bien qu'un mode de vie sain, comprenant une alimentation saine et de l'exercice physique, soit bénéfique pour tous, la responsabilité ne devrait pas reposer uniquement sur l'individu, mais davantage sur les facteurs sociétaux** tels que les aliments ultra-transformés bon marché, le grand nombre de points de vente autour des écoles, la publicité pour les aliments malsains et le manque de pistes cyclables sécurisées. Ces facteurs ont un impact important sur les choix personnels en matière de nutrition et d'activité physique. Pour lutter efficacement contre le surpoids et l'obésité, il est nécessaire de mettre en place une politique publique structurelle visant à modifier les comportements à risque.

ABRÉVIATIONS

CAPI	Computer Assisted Personal Interview
HBSC	Étude sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire
HIS	Enquête de santé
IMC	Indice de masse corporelle
OMS	Organisation mondiale de la santé (World Health Organization – WHO)
UE	Union européenne
UE-SILC	Enquête statistique de l'UE sur les revenus et les conditions de vie
VCP	Enquête sur la consommation alimentaire

INTRODUCTION

Le statut pondéral de la population en Belgique est évalué dans le cadre de l'enquête de santé (HIS) à l'aide de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Celui-ci est calculé à partir du poids et de la taille auto-déclarés par les participants, ou rapportés par un proche (proxy). L'IMC est une mesure anthropométrique qui représente le rapport entre le poids et la taille d'une personne ($IMC = \text{kg/m}^2$). En raison de la simplicité de sa mesure et de son calcul, l'IMC est un outil précieux pour étudier le statut pondéral à l'échelle de la population (1–5).

L'IMC est associé au risque de maladies et de mortalité liés à un excès de graisse corporelle. Le surpoids (IMC de 25 ou plus) et l'obésité (IMC de 30 ou plus) sont souvent associés à des pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certains types de cancer. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité ont un impact négatif sur les aspects psychosociaux, tels que la stigmatisation, la discrimination et la qualité de vie (3,5–9). L'insuffisance pondérale (IMC < 18,5) est également un facteur de risque pour des déséquilibres métaboliques qui, s'ils ne sont pas corrigés, peuvent éventuellement conduire à des affections graves, telles que des maladies cardiovasculaires, des troubles hormonaux, une immunité affaiblie ou encore des troubles du sommeil (10).

Chez les adultes (18 ans et plus), la classification de l'IMC est indépendante de l'âge et du sexe. En revanche, chez les enfants et les adolescents (2-17 ans), l'IMC est interprété en fonction de l'âge et du sexe, car la proportion de graisse corporelle varie avec l'âge et diffère entre les filles et les garçons (3,6,11). L'obésité pendant l'enfance et l'adolescence a des conséquences directes sur la santé et augmente le risque d'apparition précoce des problèmes de santé mentionnés ci-dessus. En outre, les enfants en situation d'obésité sont plus susceptibles de rester en surpoids à l'âge adulte (8).

L'IMC fait l'objet de critiques croissantes en tant qu'outil de mesure, car il ne reflète pas avec précision la proportion ni la répartition de la graisse corporelle. Par exemple, il ne tient pas compte de la circonférence abdominale, alors que l'accumulation de graisse abdominale est fortement associée à un risque accru de comorbidités. Par ailleurs, l'IMC ne distingue pas entre la masse grasse, la masse musculaire et la masse osseuse. Des facteurs tels que l'âge, le sexe et l'origine ethnique peuvent également influencer la relation entre l'IMC et la graisse corporelle. Par conséquent, l'IMC n'est pas recommandé comme outil de diagnostic clinique pour prédire l'évolution de la maladie au niveau individuel. D'autres mesures, telles que la circonférence abdominale, peuvent compléter l'IMC (2–6,12).

Il est important de rappeler que l'IMC ne dit rien de la beauté d'un corps, car chaque individu est unique et possède sa propre esthétique. Toutefois, un poids plus sain est associé à une diminution du risque de maladies. En outre, l'obésité est de plus en plus reconnue, notamment au cours de la dernière décennie, comme une maladie chronique. Il est donc erroné de penser qu'elle se résume à un simple mode de vie qu'il suffirait de modifier par la seule force de volonté (2,5,13).

À l'échelle mondiale, la prévalence du surpoids chez les adultes est passée de 25 % en 1990 à 43 % en 2022, tandis que celle de l'obésité a doublé, passant de 8 % à 16 %. Chez les enfants et les adolescents (5–19 ans), l'augmentation a été encore plus marquée : la prévalence du surpoids est passée de 8 % à 20 %, et celle de l'obésité de 2 % à 8 %, soit un quadruplement (7,8) . Dans la région européenne de l'OMS, près de 60 % des adultes et près d'un enfant sur trois sont en surpoids ou en situation d'obésité. Dans de nombreux pays à revenu élevé, les études ont montré que la prévalence de l'obésité infantile était plus élevée lorsque les parents ont un faible niveau d'éducation (14). De telles inégalités socio-économiques ont également été observées en Belgique, où une étude a révélé que ces disparités se sont accentuées entre 1997 et 2018 (15).

L'obésité est une maladie complexe et multifactorielle. Outre les facteurs génétiques et biologiques, qui jouent un rôle clé dans la régulation du poids, les facteurs démographiques, tels que l'âge et le sexe, et les facteurs environnementaux, tels que l'alimentation et l'exercice, peuvent également avoir

un impact. Par exemple, les transformations majeurs de l'environnement alimentaire et de l'environnement bâti ont sans doute contribué à l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité (5,9,16).

D'une part, on assiste à la montée d'un environnement obésogène, caractérisé par l'accessibilité et la promotion d'aliments ultra-transformés riches en énergie, ce qui entraîne une hausse de la consommation calorique. D'autre part, l'environnement urbain tend à décourager les formes d'activité physique accessibles, comme la marche, le vélo ou les loisirs actifs, favorisant ainsi un mode de vie sédentaire et une réduction de la dépense énergétique. Les populations en situation de vulnérabilité sociale sont particulièrement exposées à ces environnements malsains. Il est donc essentiel de mettre en œuvre des politiques structurelles afin de promouvoir des environnements alimentaires et bâtis plus favorables à la santé (1,8,9,17).

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.

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 à 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 comprend 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

En raison de circonstances exceptionnelles, notamment une forte pénurie d'enquêteurs, la collecte de données initialement prévue au cours de toute l'année 2023 a dû être prolongée d'un an, jusqu'au 31 décembre 2024. Au total, 15.951 ménages ont été invités à participer, dont 3.709 ont effectivement pris part à l'enquête. Cela a abouti à un total de 7.001 participants individuels.

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.

RÉSULTATS

Les tableaux de résultats (chiffres bruts et standardisés) des indicateurs relatifs au statut pondéral en Belgique et dans les régions sont disponibles sur notre site internet via le lien : <http://www.enquetesante.be>. Il est également possible de créer vos propres tableaux de résultats personnalisés à l'aide de l'outil en ligne " HISIA " via la rubrique " Mode de vie / Statut pondéral " : [HISIA | sciensano.be](http://sciensano.be).

Lorsque le texte fait référence à "significativement différent", cela signifie qu'un ajustement pour l'âge et/ou le sexe a été appliqué.

1. Indice de masse corporelle moyen dans la population adulte

Depuis la première enquête de santé en 1997, les questions relatives à la taille et au poids sont restées inchangées dans le questionnaire. En 2018, cependant, une question spécifique sur la grossesse a été ajoutée pour les femmes âgées de 15 à 50 ans. Ces questions font partie de l'entretien face-à-face et sont posées à toutes les personnes interrogées. Le programme CAPI guide l'enquêteur à travers le questionnaire afin que les bonnes questions soient posées aux personnes concernées. Un répondant par procuration (proxy) peut également répondre à ces questions.

Pour déterminer l'indice de masse corporelle (IMC), les questions suivantes sont posées :

- **NS01** "Quelle est votre taille, sans chaussures ? (... cm)"

Ensuite, la question suivante a été posée aux femmes âgées de 15 à 50 ans :

- **PREG** " Avant de m'indiquer votre poids, puis-je vous demander si vous êtes enceinte. Êtes-vous actuellement enceinte? (Oui/Non) ?"

Si la femme répond qu'elle est enceinte, on lui pose la question suivante :

- **NS02A** " Quel est votre poids, sans vêtements et sans chaussures avant votre grossesse ? (... kg)"

Pour tous les autres répondants, la question est :

- **NS02B** " Quel est votre poids, sans vêtements et sans chaussures ? (... kg)"

L'indicateur **NS_1**, "IMC moyen dans la population adulte âgée de 18 ans et plus", est calculé en divisant le poids (rapporté) en kilogrammes par la taille (rapporté) en mètres carrés (kg/m²). Les valeurs aberrantes (outliers) de l'IMC ont été exclues du calcul, y compris pour les années d'enquête précédentes. Cette méthode n'ayant pas été appliquée dans les rapports antérieurs, les chiffres figurant dans le présent rapport peuvent différer légèrement de ceux publiés auparavant.

Les catégories d'IMC sont basées sur l'impact de l'excès de graisse corporelle sur la morbidité et la mortalité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise les seuils suivants pour la classification de l'IMC chez les adultes, indépendamment de l'âge et du sexe (18) :

IMC	Statut pondéral
< 18,5	Insuffisance pondérale
18,5 - 24,9	Poids santé
25,0 - 29,9	Pré-obésité
30,0 - 34,9	Classe d'obésité I
35,0 - 39,9	Classe d'obésité II
≥ 40,0	Classe d'obésité III

1.1. MOYENNE EN BELGIQUE

En 2023-2024, l'IMC moyen de la population adulte âgée de 18 ans et plus en Belgique est de 25,8. Cette valeur dépasse la limite inférieure de la surcharge pondérale (25,0).

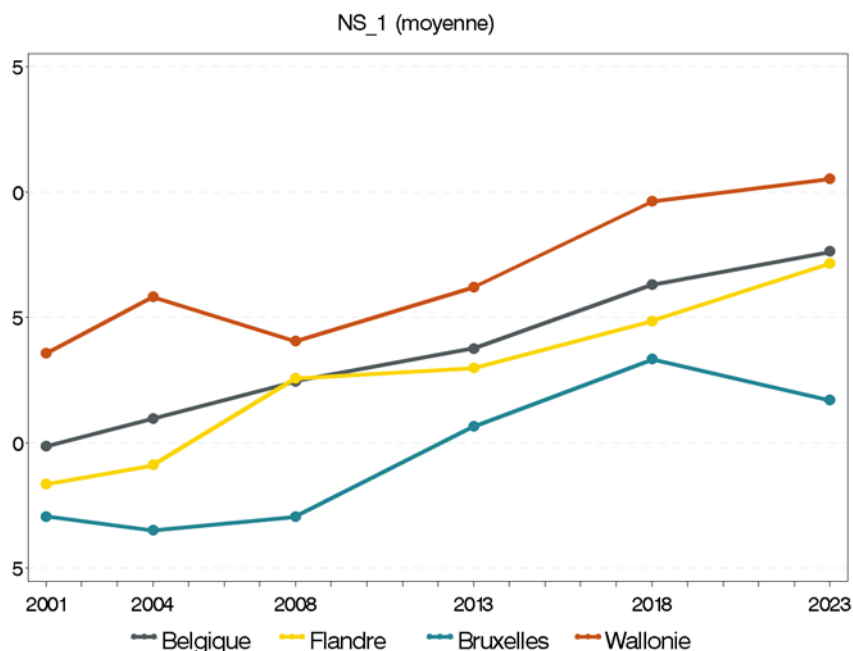
Différences régionales

L'IMC moyen est significativement plus élevé en Région wallonne (26,1) qu'en Région bruxelloise (25,2), mais ne diffère pas significativement de celui observé en Région flamande (25,7) (Figure 1).

1.2. ÉVOLUTION

Depuis 2001, l'IMC moyen de la population adulte a augmenté de manière significative et linéaire, passant de 25,0 à 25,8 en 2023-2024 (Figure 1).

Figure 1 • Indice de masse corporelle (IMC) moyen au sein de la population de 18 ans et plus, par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



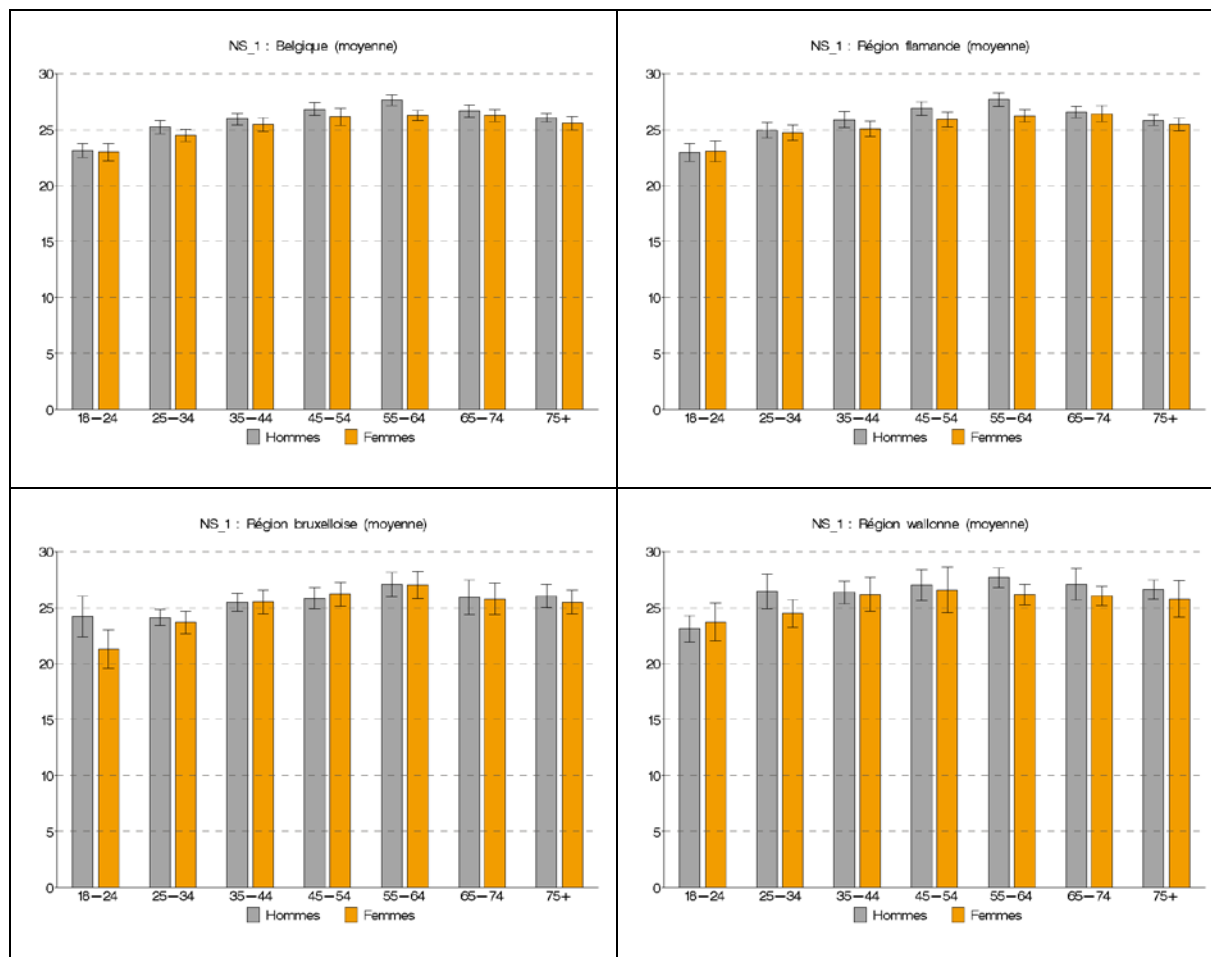
Différences régionales

- En Région flamande, l'IMC moyen a également augmenté de manière significative et linéaire, passant de 24,8 en 2001 à 25,7 en 2023-2024.
- En Région bruxelloise, la tendance est différente de celle observée au niveau national et dans les Régions flamande et wallonne. L'IMC moyen est resté stable entre 2001 et 2008 (24,7), avant d'augmenter significativement pour atteindre 25,3 en 2018. En 2023-2024, il reste quasiment inchangé (25,2).
- En Région wallonne, une augmentation linéaire significative est également observée, l'IMC moyen passant de 25,4 en 2001 à 26,1 en 2023-2024.

1.3. DIFFÉRENCES DÉMOGRAPHIQUES

L'IMC moyen est significativement plus élevé chez les hommes (26,1) que chez les femmes (25,5). De plus, l'IMC moyen augmente de manière significative avec l'âge, passant de 23,1 chez les 18-24 ans à 25,8 chez les 75 ans et plus, avec un pic observé dans le groupe des 55-64 ans (27,0). Dans ce groupe d'âge, la différence entre les hommes et les femmes est significative (Figure 2).

Figure 2 • Indice de masse corporelle (IMC) moyen au sein de la population de 18 ans et plus, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Différences régionales

Dans les régions flamande et wallonne, l'IMC moyen est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En région bruxelloise, par contre, cette différence n'est pas significative :

- Région flamande : 26,0 contre 25,4 ;
- Région de Bruxelles : 25,4 contre 24,9 ;
- Région wallonne : 26,4 contre 25,7.

Dans les trois régions, l'IMC moyen augmente également de manière significative avec l'âge, avec un pic dans le groupe des 55-64 ans :

- Région flamande : de 23,3 chez les 18-24 ans à 25,6 chez les 75 ans et plus. Les différences par rapport au groupe d'âge le plus jeune sont significatives à partir de 25 ans ;
- Région de Bruxelles : de 22,5 chez les 18-24 ans à 25,7 chez les 75 ans et plus. Les différences par rapport au groupe d'âge le plus jeune sont significatives à partir de 35 ans ;
- Région wallonne : de 23,4 chez les 18-24 ans à 26,1 chez les 75 ans et plus. Les différences par rapport au groupe d'âge le plus jeune sont significatives à partir de 25 ans.

1.4. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

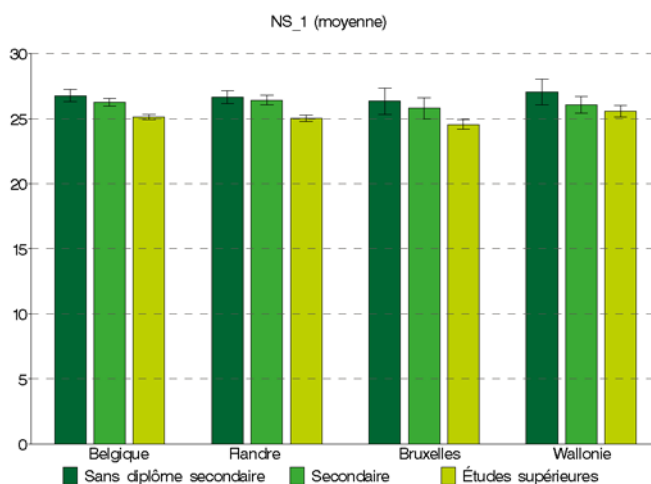
L'IMC moyen est significativement plus élevé chez les personnes n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires (26,8) ou chez les diplômées du secondaire (26,3) que chez les diplômées de l'enseignement supérieur (25,1) (Figure 3).

Différences régionales

Les différences socio-économiques liés à l'IMC moyen sont similaires en régions flamande et bruxelloise, tandis que celles observées en Région wallonne présentent un profil légèrement différent (figure 3) :

- en région flamande : l'IMC moyen est significativement plus élevé chez les personnes sans diplôme d'études secondaires (26,6) et chez les diplômées du secondaire (26,4), par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (25,0).
- en région bruxelloise : l'IMC moyen est significativement plus élevé chez les personnes sans diplôme d'études secondaires (26,4) et chez les diplômées du secondaire (25,8) par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (24,5).
- en Région wallonne : l'IMC moyen est significativement plus élevé chez les personnes sans diplôme d'études secondaires (27,0), comparé à celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (25,6).

Figure 3 • Indice de masse corporelle (IMC) moyen au sein de la population âgée de 18 ans et plus, par niveau d'éducation et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



2. Surpoids dans la population adulte

L'indicateur **NS_2** correspond à la distribution de la population adulte âgée de 18 ans et plus selon les catégories de IMC : insuffisance pondérale (IMC < 18,5), poids normal (18,5-24,9), préobésité (25,0-29,9), obésité I (30,0-34,9), obésité II (35,0-39,9) et obésité III (IMC ≥ 40). Cet indicateur n'apparaît que dans les tableaux.

L'indicateur **NS_3** est une version dichotomisée de l'indicateur NS_2. Il indique le pourcentage de la population adulte âgée de 18 ans et plus en situation de surpoids (IMC ≥ 25).

2.1. PRÉVALENCE EN BELGIQUE

En Belgique, près d'un adulte sur deux (49,7 %) est en surpoids.

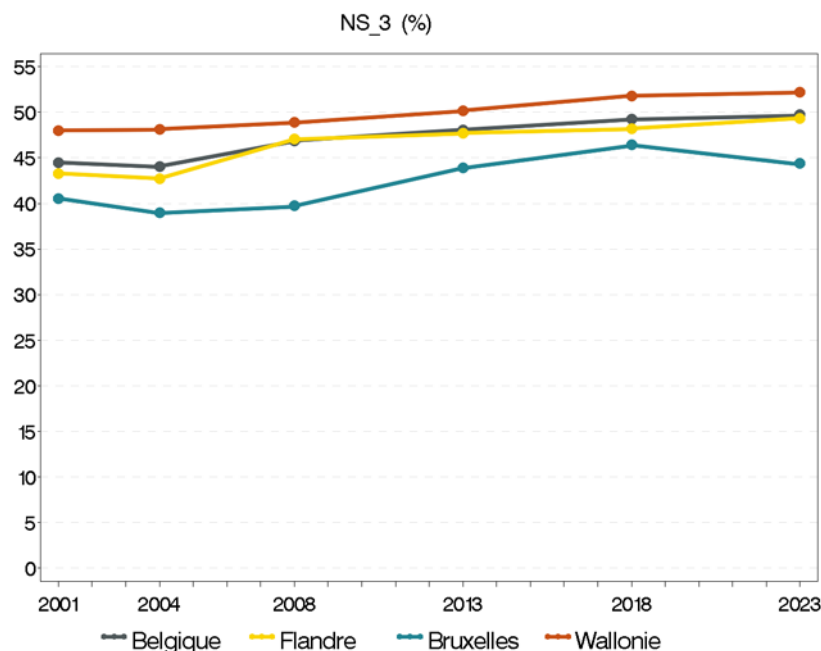
Différences régionales

La Région wallonne affiche une prévalence significativement plus élevée (52,2 %) que la Région bruxelloise (44,4 %). La Région flamande se situe entre les deux (49,4 %), sans différence significative par rapport aux autres régions (Figure 4).

2.2. ÉVOLUTION

Depuis 2001, la prévalence du surpoids chez les adultes a augmenté de manière significative et linéaire, passant de 44,5 % en 2001 à 49,7 % en 2023-2024 (Figure 4).

Figure 4 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation de surpoids (IMC ≥ 25), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Différences régionales

La tendance du surpoids chez les adultes observée dans les Régions flamande et wallonne correspond à celle constatée au niveau national, tandis qu'une évolution différente est observée en Région bruxelloise (Figure 4) :

- En Région flamande, la prévalence a augmenté de manière significative et linéaire, passant de 43,3 % en 2001 à 49,4 % en 2023-2024 ;

- En Région bruxelloise, la prévalence est restée stable entre 2001 (40,6 %) et 2004 (39,0 %), avant d'augmenter significativement pour atteindre 46,4 % en 2018. Depuis, elle est restée pratiquement constante (44,4 % en 2023-2024).
- En région wallonne, la prévalence du surpoids chez les adultes a augmenté de manière significative et linéaire, passant de 48,0 % en 2001 à 52,2 % en 2023-2024.

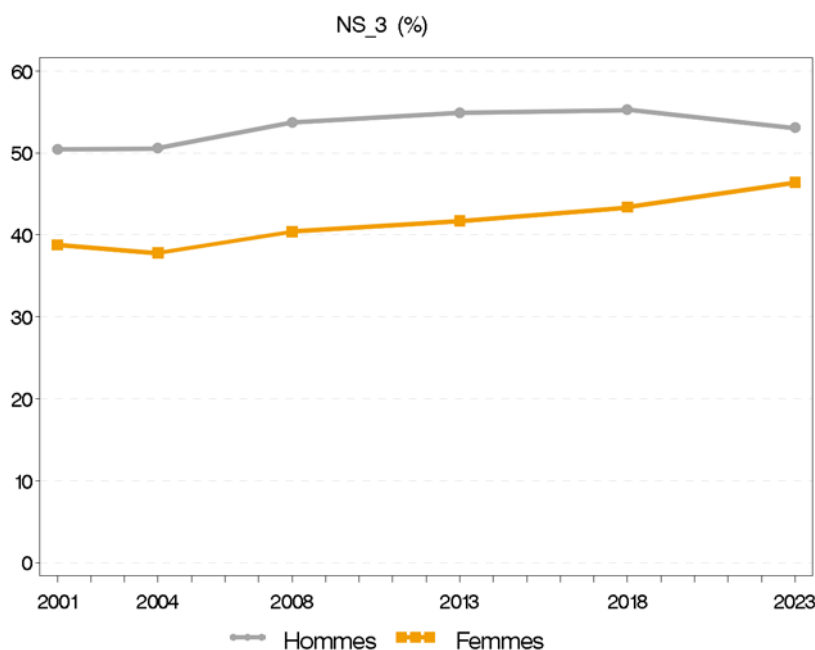
2.3. DIFFÉRENCES DÉMOGRAPHIQUES

L'évolution du surpoids diffère entre les hommes et les femmes (figure 5) :

- Hommes : après une stabilité entre 2001 (50,5 %) et 2004 (50,6 %), la prévalence a augmenté significativement en 2008 (53,7 %), puis est restée stable jusqu'en 2023-2024 (53,1 %).
- Femmes : la prévalence a augmenté de façon significative et linéaire, passant de 38,8 % à 46,4 % entre 2001 et 2023-2024.

À tout moment, la prévalence est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Figure 5).

Figure 5 • Pourcentage d'hommes et de femmes de 18 ans et plus en situation de surpoids (IMC ≥ 25), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



En outre, la prévalence de surpoids augmente avec l'âge : elle passe de 24,3 % des 18-24 ans à 61,2 % des 55-64 ans, avant de diminuer à 50,6 % chez les personnes de 75 ans et plus. Dans chaque groupe d'âge, la prévalence est significativement plus élevée que dans le groupe des 18-24 ans. Le pourcentage d'hommes en surpoids est plus élevé que celui des femmes pour tous les groupes d'âge, mais cette différence n'est significative que dans le groupe des 55-64 ans (Figure 6).

Différences régionales

Dans les Régions flamande et wallonne, la prévalence de la surcharge pondérale est également significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En revanche, en Région bruxelloise, cette différence entre les sexes n'est pas significative :

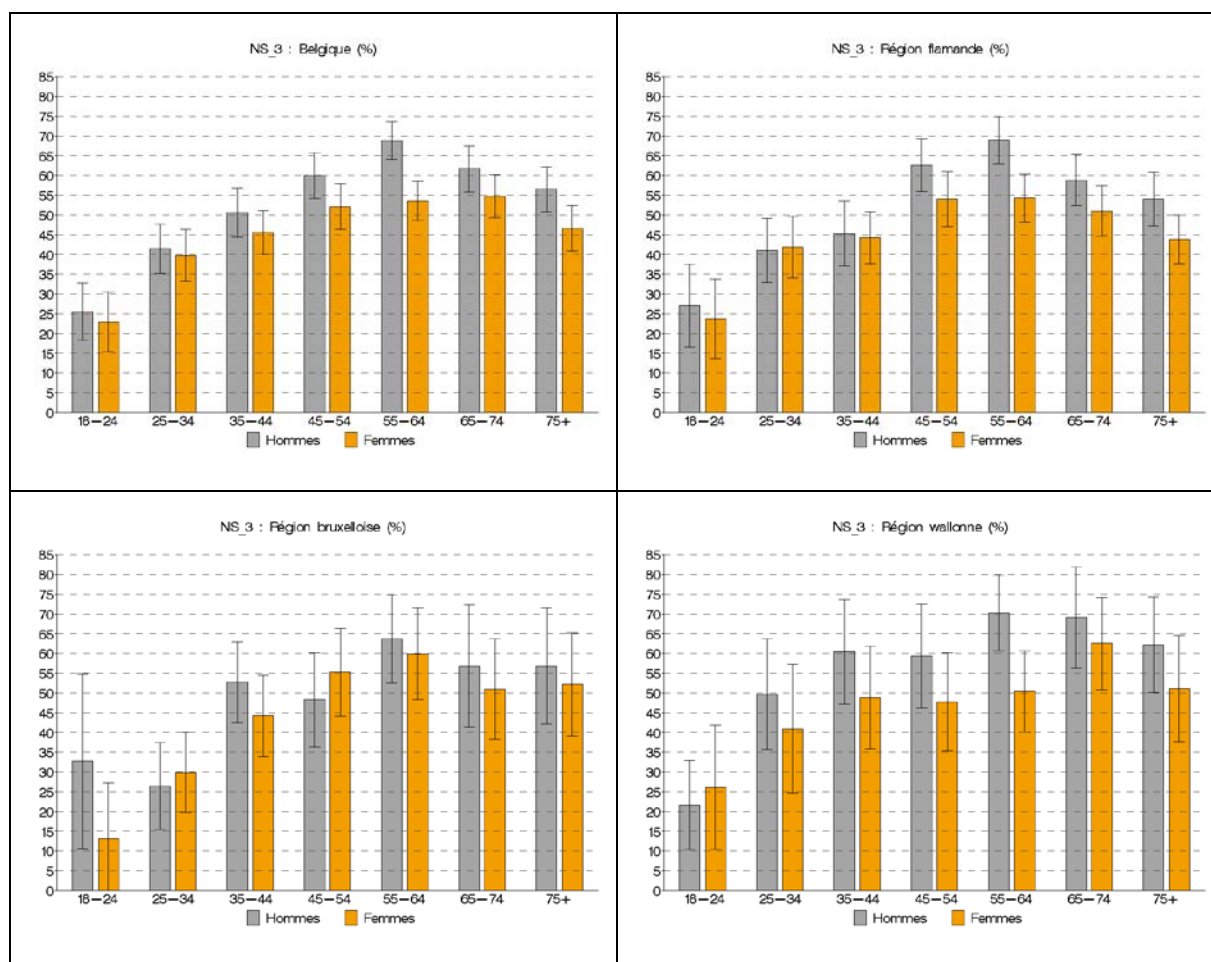
- Région flamande : 52,5 % contre 46,3 %
- Région bruxelloise : 46,4 % contre 42,4 %
- Région wallonne : 56,5 % contre 48,1 %

La prévalence du surpoids augmente également avec l'âge dans les trois régions :

- Région flamande : elle passe de 25,5 % chez les 18-24 ans à 61,6 % chez les 55-64 ans, avant de redescendre à 48,1 % chez les 75 ans et plus. Dans chaque groupe d'âge, la prévalence est significativement plus élevée que dans le groupe des 18-24 ans.
- Région de Bruxelles : de 21,0 % chez les 18-24 ans à 61,8 % chez les 55-64 ans, avant de diminuer à 54,1 % chez les 75 ans et plus. Les différences par rapport au groupe des 18-24 ans sont significatives à partir du groupe des 35-44 ans.
- Région wallonne : de 23,5 % chez les 18-24 ans à 65,4 % chez les 65-74 ans, avant de diminuer à 55,3 % chez les 75 ans et plus. Dans chaque groupe d'âge, la prévalence est significativement plus élevée que dans le groupe des 18-24 ans.

Comme au niveau national, les différences entre les sexes sont les plus marquées dans le groupe des 55-64 ans dans les Régions flamande et wallonne (Figure 6).

Figure 6 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation de surpoids (IMC ≥ 25), par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



2.4. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

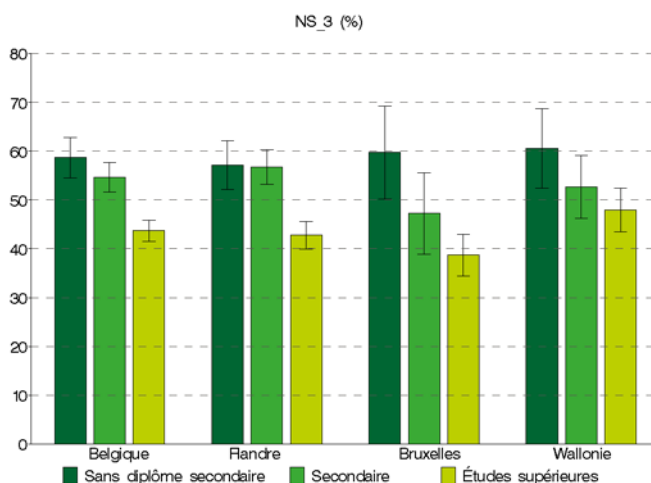
La prévalence du surpoids est significativement plus élevée chez les adultes n'ayant pas de diplôme secondaire (58,7 %) ou n'ayant qu'un diplôme secondaire (54,6 %) que chez les adultes diplômés de l'enseignement supérieur (43,7 %) (Figure 7).

Différences régionales

Les différences socio-économiques observées en Régions flamande et bruxelloise sont similaires à celles relevées au niveau national, tandis que la situation en Région wallonne présente quelques différences (Figure 7) :

- Région flamande : prévalence significativement plus élevée chez les adultes sans diplôme de l'enseignement secondaire (57,1 %) ou avec un diplôme de l'enseignement secondaire (56,7 %) que chez ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (42,8 %) ;
- Région de Bruxelles : prévalence significativement plus élevée chez les adultes sans diplôme secondaire (59,7 %) ou avec un diplôme secondaire (47,2 %) que chez ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (38,7 %) ;
- Région wallonne : la prévalence est significativement plus élevée uniquement chez les adultes sans diplôme de l'enseignement secondaire (60,6 %), comparés à ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (48,0 %).

Figure 7 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation de surpoids (IMC \geq 25), par niveau d'éducation et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



3. Obésité dans la population adulte

L'indicateur **NS_4** est une version dichotomisée de l'indicateur **NS_2**. Il indique le pourcentage de la population adulte âgée de 18 ans et plus en situation d'obésité (IMC \geq 30).

3.1. PRÉVALENCE EN BELGIQUE

En Belgique, 17,0 % de la population adulte âgée de 18 ans et plus est en situation d'obésité.

Différences régionales

La prévalence de l'obésité est significativement plus élevée en Région wallonne (19,0 %) qu'en Région bruxelloise (13,6 %). En Région flamande (16,6 %), la prévalence n'est pas significativement différente des autres régions (Figure 8).

3.2. ÉVOLUTION

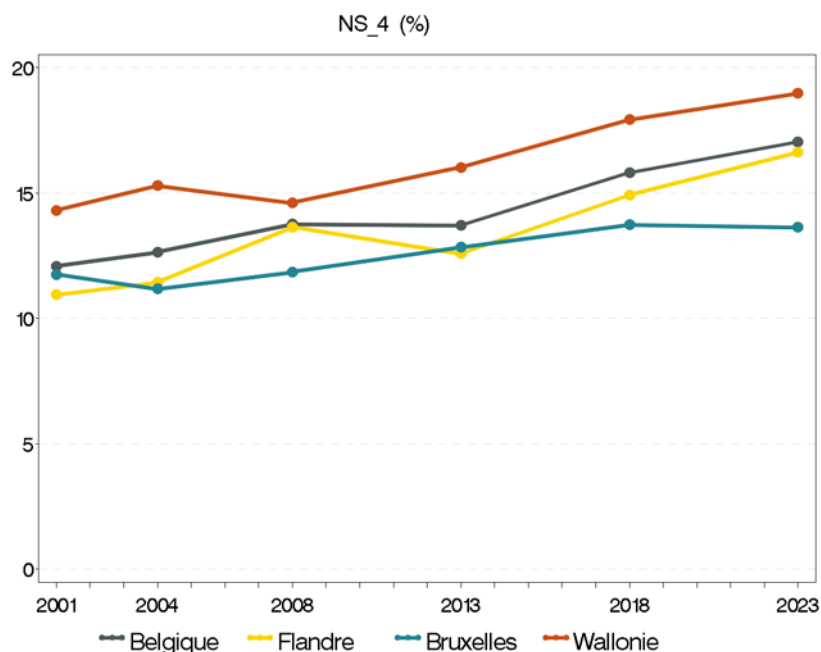
Depuis 2001, la prévalence de l'obésité chez les adultes a augmenté de manière significative et linéaire, passant de 12,1 % en 2001 à 17,0 % en 2023-2024 (Figure 8).

Différences régionales

Les trois régions suivent la même tendance que celle observée au niveau national, à savoir une augmentation linéaire et significative de la prévalence de l'obésité chez les adultes (Figure 8) :

- Région flamande, de 10,9 % en 2001 à 16,6 % en 2023-2024 ;
- Région bruxelloise, de 11,8 % en 2001 à 13,6 % en 2023-2024 ;
- Région wallonne, de 14,3 % en 2001 à 19,0 % en 2023-2024.

Figure 8 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation d'obésité (IMC \geq 30), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique

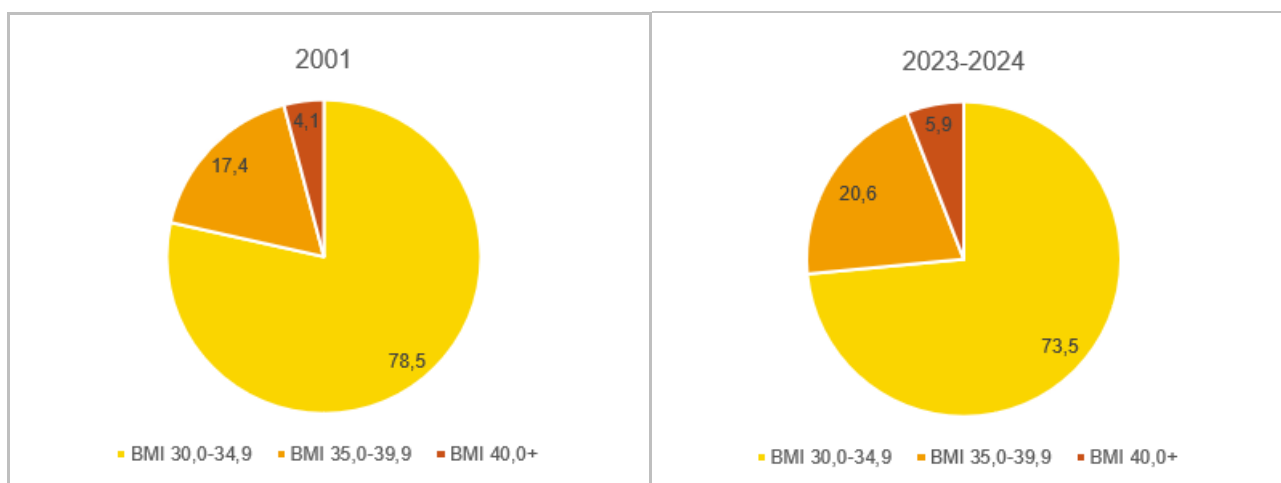


Obésité sévère

On parle d'obésité sévère ou morbide lorsqu'un IMC \geq 35,0 est associé à des comorbidités (par exemple : diabète de type 2 ou maladie cardiovasculaire), ou lorsqu'un IMC \geq 40,0 est observé, même en l'absence d'autres pathologies (19,20).

En 2023-2024, 26,5 % des adultes en situation d'obésité présentaient une obésité sévère (IMC \geq 35,0), contre 21,5 % en 2001, soit une augmentation significative (Figure 9).

Figure 9 • Distribution de la population âgée de 18 ans et plus en situation d'obésité (IMC \geq 30), selon le degré d'obésité (classes d'IMC I, II et III), Enquête de santé 2023-2024, Belgique

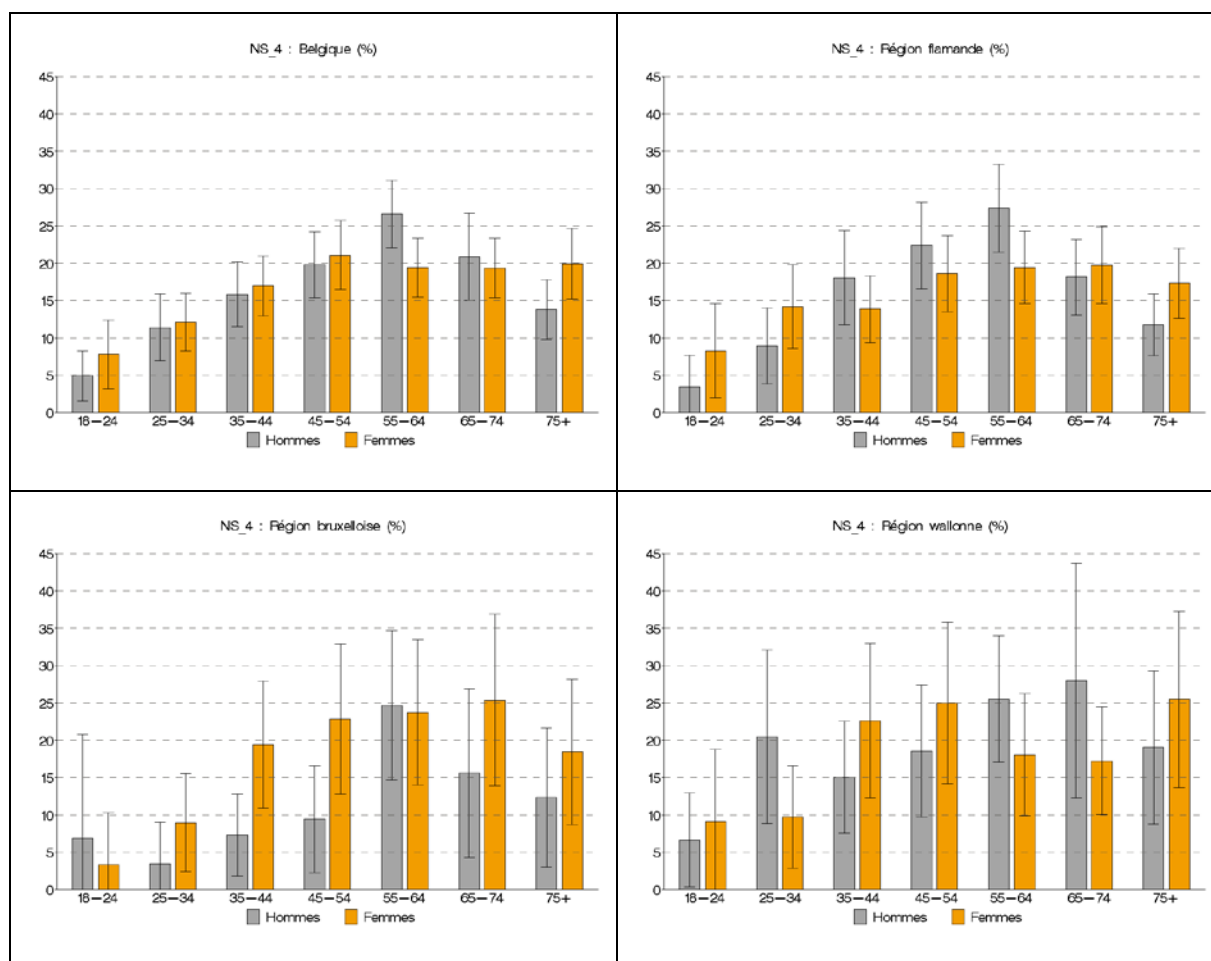


3.3. DIFFÉRENCES DÉMOGRAPHIQUES

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes (16,9 %) et les femmes (17,2 %) en ce qui concerne la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus.

Cependant, l'obésité est fortement liée à l'âge : elle passe de 6,2 % chez les 18-24 ans à 23,0 % chez les 55-64 ans, avant de diminuer à 17,5 % chez les 75 ans et plus. Dans chaque groupe d'âge, la prévalence est significativement plus élevée que dans le groupe des 18-24 ans. Aucune différence significative entre les sexes n'est observée dans les groupes d'âge (Figure 10).

Figure 10 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation d'obésité (IMC ≥ 30), par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Différences régionales

Il n'existe pas de différence significative entre les sexes en Régions flamande et wallonne. En revanche, en Région bruxelloise, la prévalence est significativement plus élevée chez les femmes :

- Région flamande : 16,8 % des hommes contre 16,5 % des femmes ;
- Région bruxelloise : 10,4 % des hommes contre 16,7 % des femmes ;
- Région wallonne : 19,1 % des hommes contre 18,8 % des femmes.

Comme au niveau national, la prévalence de l'obésité chez les adultes augmente avec l'âge dans les trois régions :

- Région flamande : de 5,7 % chez les 18-24 ans à 23,5 % chez les 55-64 ans, puis redescend à 15,0 % chez les 75 ans et plus. À chaque tranche d'âge, la prévalence est significativement plus élevée que dans le groupe des 18-24 ans ;
- Région bruxelloise : de 4,7 % chez les 18-24 ans à 24,2 % chez les 55-64 ans, avant une baisse à 15,9 % chez les 75 ans et plus. Les différences significatives avec le groupe des 18-24 ans n'apparaissent que pour les groupes 55-64 et 65-74 ans ;
- Région wallonne : de 7,6 % chez les 18-24 ans à 23,0 % chez les 75 ans et plus. Contrairement aux deux autres régions, la prévalence ne diminue pas après 65 ans. À partir de la tranche d'âge 35-44 ans, chaque groupe présente une prévalence significativement plus élevée que celui des 18-24 ans.

3.4. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

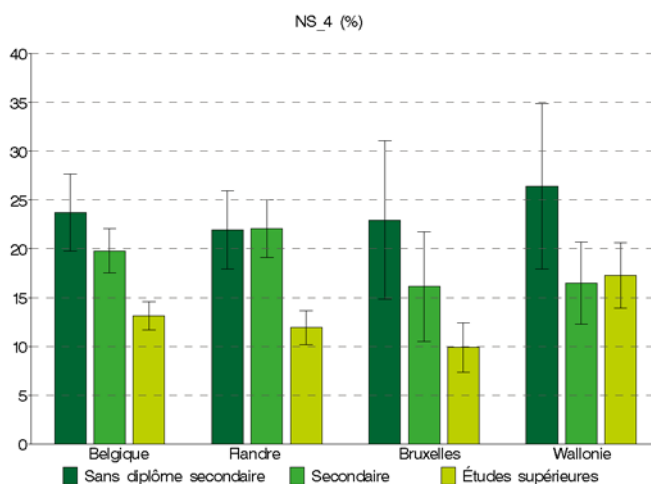
La prévalence de l'obésité est significativement plus élevée chez les adultes sans diplôme de l'enseignement secondaire (23,7 %) ou ayant un diplôme secondaire (19,8 %) que chez ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (13,1 %) (Figure 11).

Différences régionales

Les différences socio-économiques observées en Régions flamande et bruxelloise reflètent globalement la tendance nationale. La Région wallonne présente un profil légèrement différent (Figure 11) :

- Région flamande : prévalence significativement plus élevée chez les adultes sans diplôme secondaire (21,9 %) ou avec un diplôme secondaire (22,1 %) que chez ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (11,9 %) ;
- Région de Bruxelles : prévalence significativement plus élevée chez les adultes sans diplôme secondaire (22,9 %) ou avec un diplôme secondaire (16,1 %) que chez ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (9,9 %) ;
- Région wallonne : la prévalence est significativement plus élevée chez les adultes sans diplôme secondaire (26,4 %) que chez les adultes ayant un diplôme secondaire (16,4 %) ou un diplôme de l'enseignement supérieur (17,3 %).

Figure 11 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation d'obésité (IMC \geq 30), par niveau d'éducation et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



4. Insuffisance pondérale chez les adultes

L'indicateur **NS_5** est une version dichotomisée de l'indicateur NS_2. Il reflète le pourcentage de la population adulte âgée de 18 ans et plus présentant une insuffisance pondérale (IMC < 18,5).

4.1. PRÉVALENCE EN BELGIQUE

Globalement, 3,0 % des adultes ont un poids trop faible par rapport à leur taille. On parle alors d'insuffisance pondérale (IMC < 18,5).

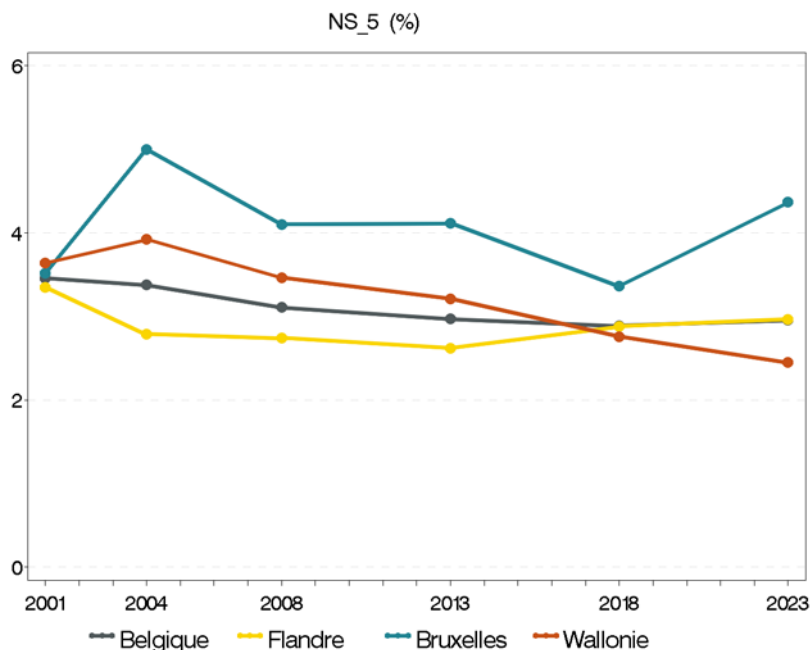
Différences régionales

Il n'y a pas de différences significatives entre les régions en ce qui concerne la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les adultes : 3,0 % en Région flamande, 4,4 % en Région bruxelloise et 2,5 % en Région wallonne (Figure 12).

4.2. ÉVOLUTION

Depuis 2001, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les adultes n'a pas changé de manière significative (Figure 12).

Figure 12 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation d'insuffisance pondérale (IMC < 18,5), par année et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Différences régionales

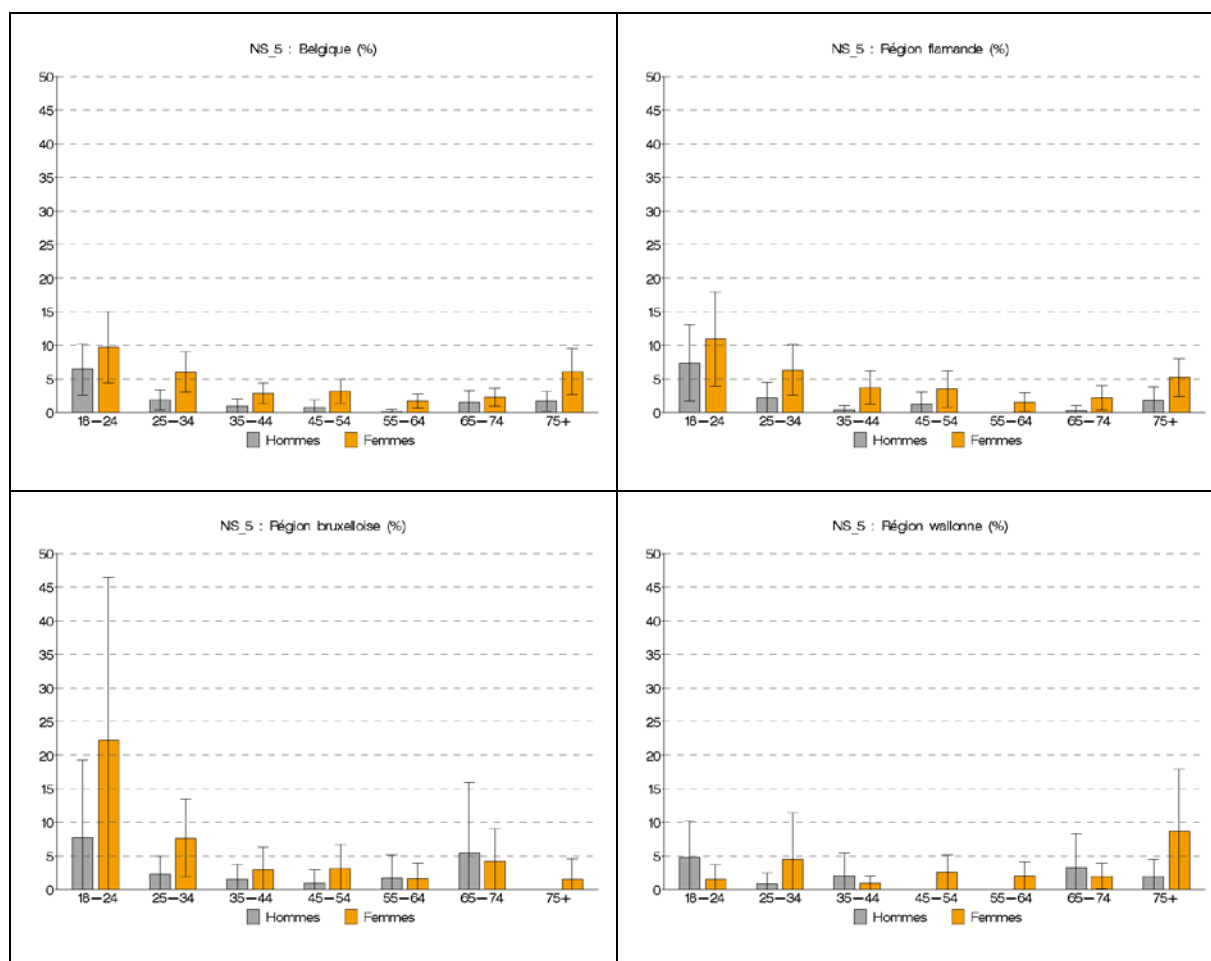
Les tendances observées dans les régions flamande et bruxelloise suivent la tendance nationale, mais ce n'est pas le cas en région wallonne (Figure 12) :

- En Région flamande, le pourcentage d'adultes présentant une insuffisance pondérale est resté stable depuis 2001 ;
- En Région bruxelloise également, aucune différence significative n'est observée par rapport aux d'enquête précédentes ;
- En Région wallonne, le pourcentage d'adultes en insuffisance pondérale a diminué de manière significative et linéaire de 3,6 % en 2001 à 2,5 % en 2023-2024.

4.3. DIFFÉRENCES DÉMOGRAPHIQUES

L'insuffisance pondérale est nettement plus fréquente chez les femmes (4,2 %) que chez les hommes (1,7 %). Elle est la plus élevée chez les 18-24 ans (8,0), diminue ensuite pour atteindre 0,9 % chez les 55-64 ans, puis remonte à 4,3 % chez les 75 ans et plus. Tous les autres groupes d'âge présentent une prévalence significativement inférieure à celle des 18-24 ans. Dans chaque groupe d'âge, la prévalence est plus élevée chez les femmes, mais la différence n'est significative que chez les 55-64 ans (Figure 13).

Figure 13 • Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus en situation d'insuffisance pondérale (IMC < 18,5), par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Différences régionales

En région flamande également, le pourcentage de femmes en insuffisance pondérale (4,3 %) est significativement plus élevé que celle des hommes (1,6 %). Par contre, en Régions bruxelloise et wallonne, aucune différence significative entre les sexes n'est observée.

La répartition de l'insuffisance pondérale selon l'âge varie par régions :

- Région flamande : la prévalence est la plus élevée dans le groupe des 18-24 ans (9,0 %), diminue jusqu'à 0,8 % dans le groupe des 55-64 ans, puis remonte à 3,8 % chez les 75 ans et plus. Dans chaque groupe d'âge, la prévalence est significativement plus faible que chez les 18-24 ans ;

- Région bruxelloise : la prévalence la plus élevée est également observée chez les 18-24 ans (16,4 %). Elle est significativement plus faible dans les groupes de 35 à 64 ans (entre 1,7 % et 2,2 %) ainsi que chez les 75 ans et plus (0,9 %) ;
- Région wallonne : la prévalence ne varie pas significativement selon les groupes d'âge.

4.4. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Il n'y a pas de différences socio-économiques significatives quant à la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les adultes, ni au niveau national, ni au niveau régional.

5. Surpoids et obésité chez les jeunes

Les deux indicateurs suivants concernent les enfants et les adolescents âgés de 2 à 17 ans.

Les seuils mentionnés précédemment pour la classification du poids ne s'appliquent qu'aux adultes et ne peuvent être appliquées telles quelles aux enfants et aux adolescents. Pour la population de 2 à 17 ans, les seuils spécifiques à l'âge et au sexe, recommandés par l'International Obesity Task Force (IOTF), sont utilisés pour estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité (11).

5.1. PRÉVALENCE EN BELGIQUE

Près d'un jeune sur cinq (19,4 %) est en surpoids et 4,8 % sont en situation d'obésité.

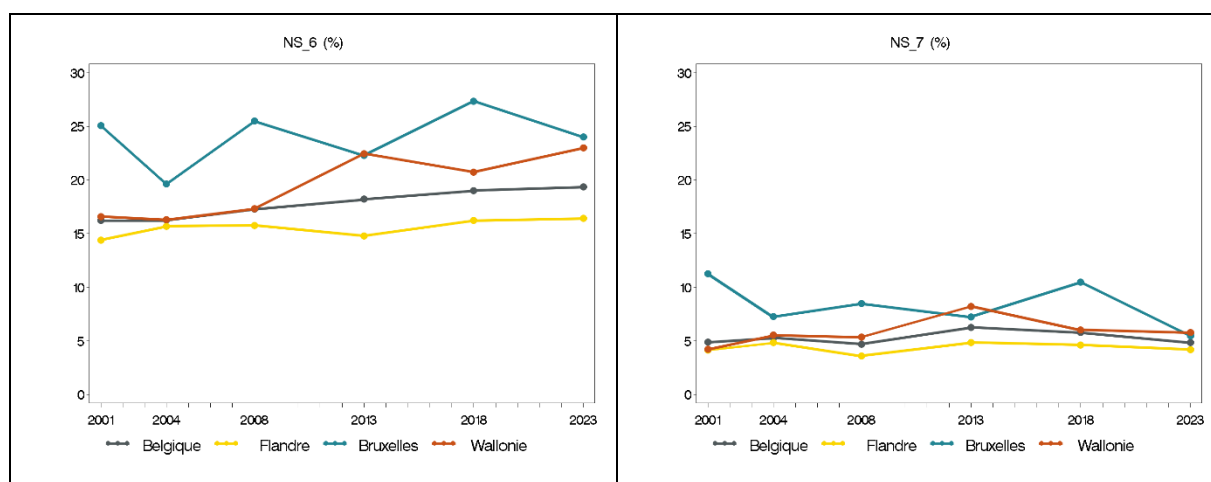
Différences régionales

Le pourcentage de jeunes en surpoids est de 16,4 % en Région flamande, 24,0 % en Région bruxelloise et 23,0 % en Région wallonne. Concernant l'obésité, les taux sont respectivement de 4,2 %, 5,5 % et 5,8 %. Tant pour le surpoids que pour l'obésité, les différences entre les régions ne sont pas significatives.

5.2. ÉVOLUTION

En 2023-2024, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes n'est pas significativement différente de celle des années précédentes (Figure 14).

Figure 14 • Pourcentage de jeunes âgés de 2 à 17 ans en situation de surpoids (NS_6) et d'obésité (NS_7), par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



Différences régionales

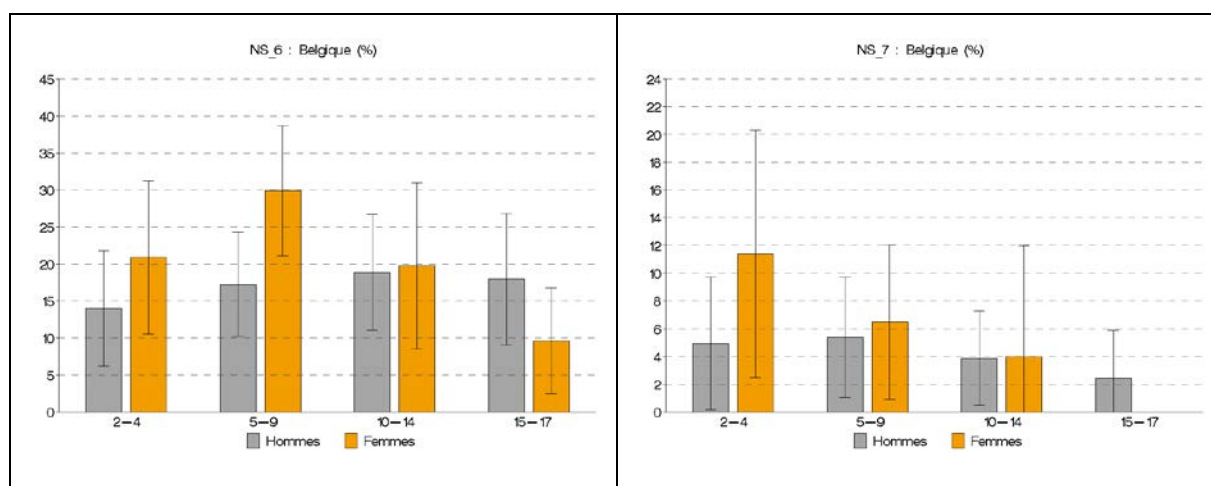
Dans les trois régions, la prévalence du surpoids chez les jeunes en 2023-2024 n'est pas significativement différente des années d'enquête précédentes (Figure 14).

Dans les Régions flamande et wallonne, la prévalence de l'obésité chez les jeunes en 2023-2024 n'est pas significativement différente des années d'enquête précédentes. Par contre, en Région bruxelloise, la prévalence en 2023-2024 (5,5 %) est significativement plus faible qu'en 2001 (11,2 %), mais ne diffère pas significativement des années d'enquête intermédiaires (Figure 14).

5.3. DIFFÉRENCES DÉMOGRAPHIQUES

Aucune différence significative n'est observée dans la prévalence du surpoids ou de l'obésité selon le sexe ou l'âge des jeunes (Figure 15).

Figure 15 • Pourcentage de jeunes âgés de 2 à 17 ans en situation de surpoids (NS_6) et d'obésité, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



5.4. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

La prévalence du surpoids est significativement plus élevée chez les jeunes issus de ménages ayant un faible niveau d'éducation : 24,7 % dans les ménages dont les parents ont tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire, contre 16,7 % dans les ménages dont au moins l'un des parents est diplômé de l'enseignement supérieur.

En ce qui concerne l'obésité, il n'y a pas de différences socio-économiques significatives.

6. Attention portée au poids

La question EB07 " En ce moment, essayez-vous de maigrir, de grossir, de maintenir votre poids ou bien cela ne vous préoccupe-t-il pas ? (J'essaie de maigrir / J'essaie de garder le même poids / J'essaie de grossir / Je ne me préoccupe pas de mon poids)" a été incluse dans le questionnaire écrit en raison de sa dimension personnelle. Elle est donc uniquement posée aux personnes âgées de 15 ans et plus.

L'indicateur NS_8 "Distribution (%) de la population âgée de 15 ans et plus en fonction de l'attention portée au poids" découle de cette question et comprend les catégories de réponses suivantes : j'essaie de maigrir, j'essaie de garder le même poids, j'essaie de grossir et je ne me préoccupe pas de mon poids. Cet indicateur n'est disponible que pour 2023-2024.

6.1. PRÉVALENCE EN BELGIQUE

Dans la population âgée de 15 ans et plus, 30,0 % essaient de perdre du poids, 40,0 % essaient de maintenir leur poids stable, 3,0 % essaient de grossir et 27,0 % ne se préoccupent pas de leur poids.

Différences régionales

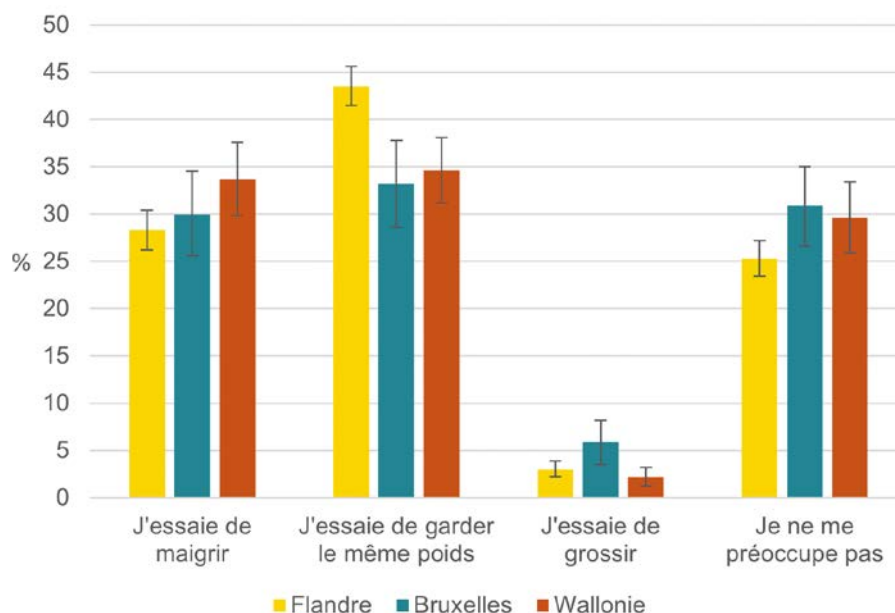
Le pourcentage de personnes qui essaient de perdre du poids est significativement plus élevé en Région wallonne (33,7 %) qu'en Région flamande (28,3 %).

Le pourcentage de personnes qui essaient de maintenir leur poids stable est significativement plus élevé en Région flamande (43,5 %) qu'en Régions bruxelloise (33,2 %) et wallonne (34,6 %).

Le pourcentage de personnes cherchant à grossir est significativement plus élevé en Région bruxelloise (5,9 %) qu'en Régions flamande (3,0 %) et wallonne (2,2 %).

Le pourcentage de personnes qui ne se préoccupent pas de leur poids est significativement plus élevé en Régions bruxelloise (30,6 %) et wallonne (29,6 %) qu'en Région flamande (25,3 %). (Figure 16)

Figure 16 • Distribution de la population âgée de 15 ans et plus selon l'attention portée au poids, par région, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



6.2. DIFFÉRENCES DÉMOGRAPHIQUES

Le pourcentage de femmes essayant de perdre du poids (32,9 %) est significativement plus élevé que le pourcentage d'hommes (27,0 %). En revanche, les hommes sont plus nombreux à vouloir grossir (3,8 %) que les femmes (2,2 %), et aussi à ne pas se préoccuper de leur poids (30,9 % contre 23,3 % chez les femmes). Il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes qui essaient de maintenir leur poids stable. (Figure 17).

Figure 17 • Distribution de la population âgée de 15 ans et plus selon l'attention portée au poids, par sexe, Enquête de santé 2023-2024, Belgique

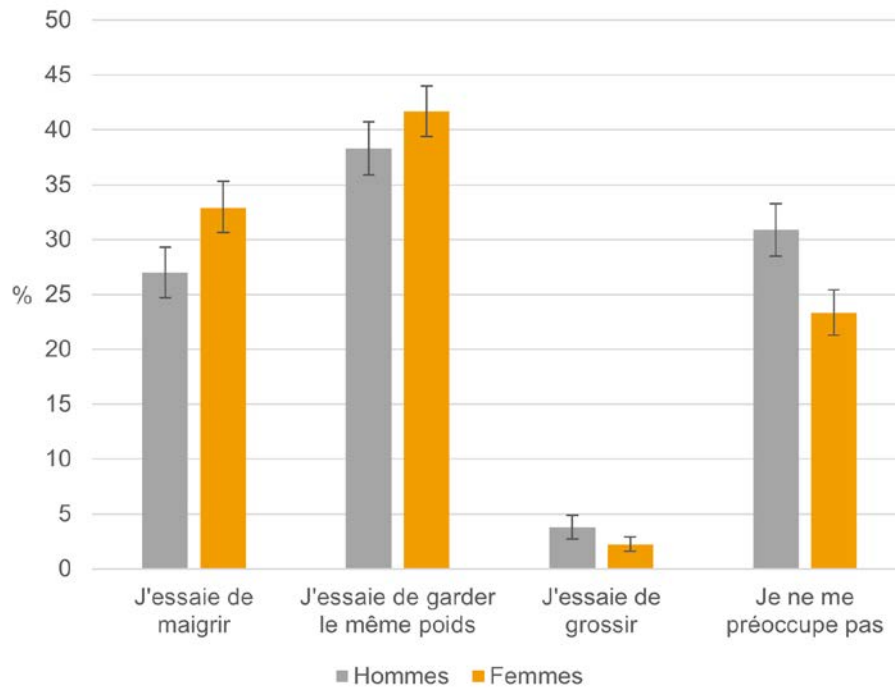
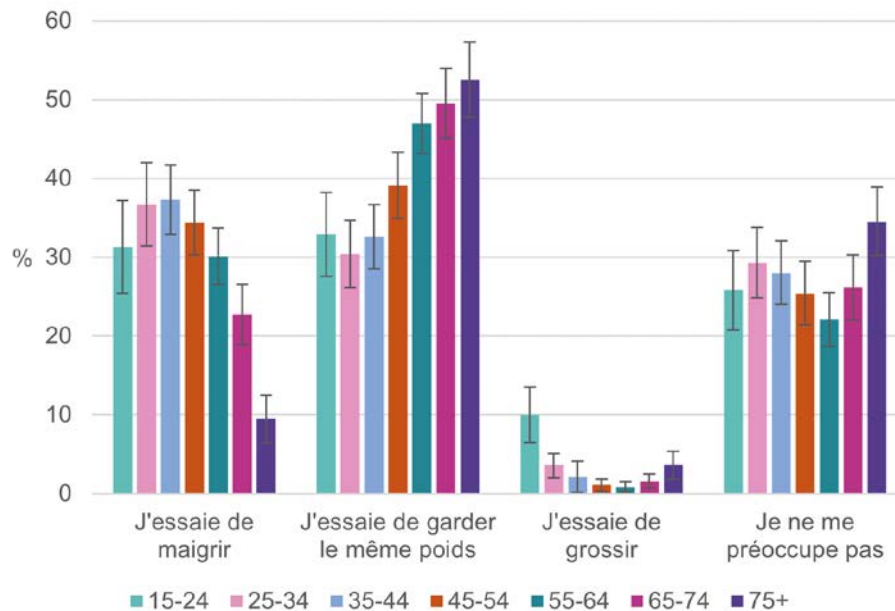


Figure 18 • Distribution de la population âgée de 15 ans et plus selon l'attention portée au poids, par groupe d'âge, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



La proportion de personnes cherchant à perdre du poids diminue avec l'âge : 22,7 % chez les 65-74 ans et seulement 9,5 % chez les 75 ans et plus, contre 31,1 % à 37,3 % chez les plus jeunes.

En revanche, la volonté de maintenir un poids stable augmente avec l'âge : 47,0 % chez les 55-64 ans, 49,5 % chez les 65-74 ans et 52,5 % chez les plus de 75 ans, contre 30,4 % à 39,1 % chez les plus jeunes.

Ne pas se préoccuper de son poids est significativement plus élevé chez les 75 ans et plus (34,5 %) que dans les groupes plus jeunes (22,1 % à 28,0 %), sauf pour les 25-34 ans (29,3 %).

Enfin, le pourcentage de personnes qui essaient de grossir est significativement plus élevé chez les 15-24 ans (10,0 %) que dans les groupes plus âgés (de 0,8 % à 3,6 %) (Figure 18).

6.3. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES

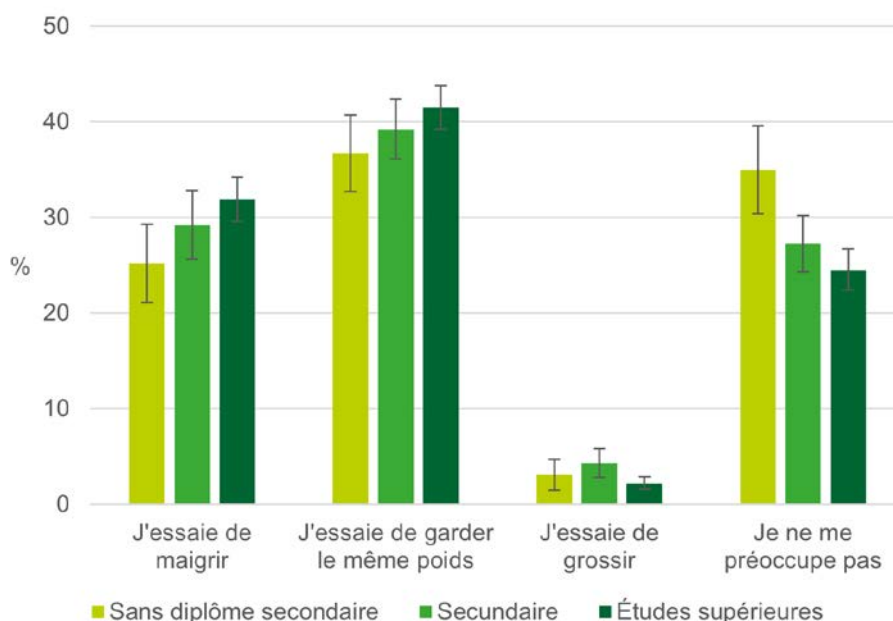
Il existe des différences socio-économiques en matière d'attention portée au poids, sauf pour le pourcentage de personnes qui essaient de perdre du poids.

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont plus nombreuses à vouloir maintenir leur poids stable (41,5 %) que celles ayant un diplôme secondaire (39,2 %), elles-mêmes plus nombreuses que les personnes sans diplôme secondaire (36,7 %).

La volonté de grossir est plus fréquente parmi les personnes ayant un diplôme du secondaire (4,3 %) que chez celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (2,2 %).

Enfin, les personnes sans diplôme secondaire sont plus nombreuses à ne pas se soucier de leur poids (35,0 %) que celles ayant un diplôme secondaire (27,3 %) ou supérieur (24,5 %) (Figure 19)

Figure 19 • Distribution de la population âgée de 15 ans et plus selon l'attention portée au poids, par niveau d'éducation, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



6.4. ATTENTION AU POIDS EN FONCTION DU STATUT PONDÉRAL

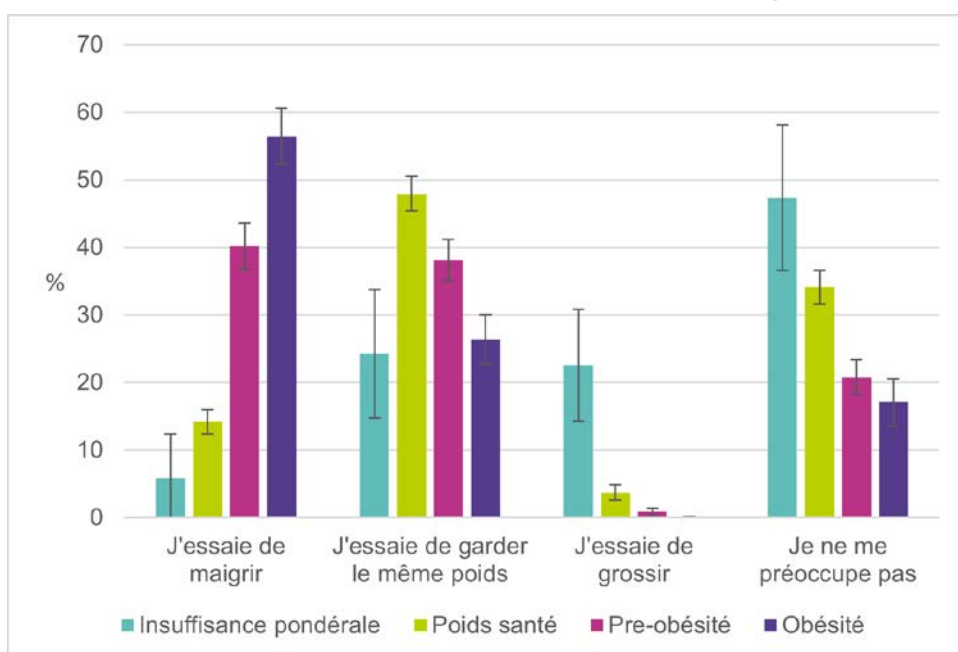
Le pourcentage d'adultes qui essaient de perdre du poids est le plus élevé chez les personnes en situation d'obésité (56,4 %), suivies par celles en pré-obésité (40,2 %). Ce pourcentage est nettement plus faible chez les personnes ayant un poids santé (14,2 %) et chez celles en insuffisance pondérale (5,8 %). Les écarts entre les différentes classes d'IMC sont significatives, ce qui indique un lien évident entre le statut pondéral et le fait d'essayer de perdre du poids. Une personne en situation d'obésité a 11 fois plus de chances d'essayer de perdre du poids (OR=11,4 (8,8-14,7), $p < 0,0001$) qu'une personne ayant un poids santé. Pour une personne en pré-obésité, cette probabilité est 5 fois plus élevée (OR=5,3 (4,3-6,6), $p < 0,0001$).

Le pourcentage d'adultes cherchant à maintenir un poids stable est le plus élevé chez les personnes ayant un poids santé (47,9 %), puis chez celles en pré-obésité (38,1 %). Ce pourcentage diminue significativement chez les adultes en situation d'obésité (26,4 %) et celles en insuffisance pondérale (22,6 %). Les écarts entre les différentes classes d'IMC sont significatives, sauf entre les catégories « obésité » et « insuffisance pondérale ».

La volonté de prendre du poids est la plus fréquente chez les adultes en insuffisance pondérale (22,6 %). Ce pourcentage est beaucoup plus faible chez les personnes ayant un poids santé (3,7 %), en pré-obésité (0,9 %), et en situation d'obésité (0,1 %). Les écarts entre les différentes classes d'IMC sont significatives.

Enfin, le pourcentage d'adultes qui ne se préoccupent pas de leur poids est le plus élevé chez les personnes en insuffisance pondérale (47,3 %), suivies par celles ayant un poids santé (34,1 %). Ce pourcentage est plus faible chez les personnes en pré-obésité (20,8 %) et en situation d'obésité (17,1 %). Les écarts entre les différentes classes d'IMC sont significatifs, sauf entre les catégories « pré-obésité » et « obésité » (Figure 20).

Figure 20 • Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon l'attention portée au poids, par classe de statut pondéral, Enquête de santé 2023-2024, Belgique



DISCUSSION

Les questions relatives au poids et à la taille font partie du questionnaire oral depuis la première édition de l'Enquête sur la santé (HIS). À l'exception de l'ajout d'une question sur la grossesse en 2018, elles sont restées inchangées au fil du temps, permettant ainsi de suivre l'évolution de l'IMC moyen et des catégories de poids correspondantes.

Un IMC situé entre 25 et 30 est associé à un risque accru de morbidité (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, certains cancers) et de mortalité prématurée. Ce risque s'élève encore davantage à partir d'un IMC de 30. Dès lors, le suivi de ces indicateurs est crucial pour la santé publique afin de mettre en place des mesures de prévention adéquates.

Situation en Belgique selon les résultats de l'enquête de santé 2023-2024

Près de la moitié (49,7 %) des adultes âgés de 18 ans et plus sont en surpoids, et 17,0 % sont en situation d'obésité. Ces prévalences ont augmenté de façon linéaire depuis 2001 (44,5 % et 12,1 %, respectivement). Par ailleurs, la part d'adultes en situation d'obésité présentant une obésité sévère (IMC ≥ 35) est passée de 21,5 % à 26,5 %. Ces évolutions soulignent l'importance croissante de cette problématique de santé publique.

Le surpoids est davantage présent chez les hommes, les personnes âgées de 55 à 64 ans, et chez les adultes ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire. Cette tendance se vérifie aussi pour l'obésité, à l'exception du sexe : il n'existe pas de différence significative entre hommes et femmes pour l'obésité. La prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée en Région wallonne qu'en Région bruxelloise, tandis que la Région flamande ne présente pas de différence significative avec les deux autres.

Nos résultats indiquent qu'une proportion importante d'adultes en situation de pré-obésité ou d'obésité essaient de perdre du poids. Ils sont 5 à 11 fois plus susceptibles de le faire que les personnes ayant un poids santé.

La situation est plus positive chez les jeunes : la prévalence du surpoids et de l'obésité est restée stable depuis 2001. En 2023-2024, 19,4 % des jeunes de 2 à 17 ans étaient en surpoids, et 4,8 % en situation d'obésité. Le niveau d'instruction du ménage joue un rôle déterminant : 24,7 % des jeunes issus de ménages ayant au plus un diplôme secondaire sont en surpoids, contre 16,7 % chez ceux issus de ménages ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

Données comparables

Selon l'**Enquête nationale sur la consommation alimentaire (VCP) 2022-2023** (21), 52,7 % de la population belge âgée de 18 à 64 ans étaient en surpoids, et 19,4 % étaient en situation d'obésité. Contrairement à l'Enquête de santé 2023-2024, leurs pourcentages dans ce groupe de population n'ont pas changé de manière significative par rapport à la mesure précédente en 2014-2015 : 53,5 % et 20,4 % respectivement¹.

Les taux de prévalence plus élevés dans la VCP peuvent s'expliquer par la méthode de collecte de données. Dans la VCP, le poids et la taille y ont été mesurés objectivement, tandis que dans l'enquête de santé, ils sont déclarés par les participants. Lorsque les personnes déclarent elles-mêmes leur taille et leur poids, elles ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids, ce qui les classe

¹ Communication de Sarah Bel de l'équipe VCP

dans une catégorie d'IMC inférieure. Cela entraîne une sous-estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population (22,23).

Par contre, tout comme l'enquête de santé, la VCP montre que la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente avec l'âge, que le surpoids est plus fréquent chez les hommes, qu'il n'y a pas de différences entre les sexes en ce qui concerne l'obésité, et que ces problèmes sont plus fréquents chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation.

Chez les jeunes, les données de la VCP indiquent que 19 % des enfants et 21 % des adolescents sont en surpoids (y compris l'obésité). Pour l'obésité, les chiffres sont respectivement de 4 % des enfants et de 7 % des adolescents. Comme dans l'enquête de santé, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants dans la VCP est également restée stable.²

Le rapport "**Health at a Glance : Europe 2024**" (24), qui décrit l'état de santé en Europe, a montré qu'en 2022, plus de la moitié de la population de l'UE était en surpoids ou en situation d'obésité³, avec des taux plus élevés chez les hommes. Entre 2017 et 2022, ces taux ont légèrement diminué, passant de 51,8 % à 51,3 %. Toutefois, il existe de grandes différences entre les pays : seuls dix États membres ont observé une baisse, tandis que d'autres ont enregistré une hausse significative. Le niveau d'éducation joue un rôle important, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus susceptibles d'être en surpoids ou en situation d'obésité : en 2022, 57 % des personnes ayant un faible niveau d'éducation étaient en surpoids (y compris obésité), contre 43 % de celles ayant un niveau plus élevé.

Toujours en 2022, plus d'un adolescent de 15 ans sur cinq (21 %) dans l'UE était en surpoids ou en situation d'obésité, avec une prévalence plus forte chez les garçons⁴. Depuis 2010, cette prévalence est en hausse, particulièrement marquée chez les garçons entre 2018 et 2022.

Une étude récente menée dans le cadre de la Global Burden of Disease Study 2021 a analysé les tendances actuelles et projetées de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes de 25 ans et plus dans 204 pays et régions au cours de la période 1990-2050 (25). Cette étude montre que la prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté à tous les niveaux (mondial, régional et national) entre 1990 et 2021 (Tableau 5). Si cette tendance se poursuit, le nombre d'adultes en surpoids ou en situation d'obésité pourrait tripler d'ici 2050.

Cette étude a montré que la prévalence du surpoids et de l'obésité, standardisée selon l'âge, devrait croître d'environ 30 % à l'échelle mondiale, atteignant près de 60 % des adultes en surpoids ou en obésité d'ici 2050. Pour l'obésité seule, on prévoit une augmentation mondiale de près de 70 %, avec environ 1 adulte sur 3 âgé de 25 ans et plus qui sera en situation d'obésité en 2050.

Malgré la reconnaissance universelle des dangers du surpoids et de l'obésité, leur prévalence continue d'augmenter dans le monde entier et touche depuis trois décennies les adultes de tous âges et de tous sexes.

² Communication de Sarah Bel de l'équipe VCP

³ Données autodéclarées du module santé de l'enquête EU-SILC (enquête sur les revenus et les conditions de vie)

⁴ Ces données proviennent de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Tableau 1 • Prévalence estimée du surpoids et de l'obésité, standardisée selon l'âge, et variations en pourcentage chez les adultes de 25 ans et plus en Europe occidentale et en Belgique, par sexe, en 1990, 2021 et 2050 (25)

	Europe occidentale		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1990	40,4	50,3	38,9	41,6
2021	55,0	63,8	56,2	58,7
2050	66,1	72,5	67,5	70,0
Changement relatif 1990-2021 (en %)	+36,2	+26,8	+45,0	+41,2
Changement relatif 2021-2050 (en %)	+20,1	+13,7	+20,1	+19,4

Recommandations

Sans actions immédiates et efficaces, le surpoids et l'obésité devraient continuer à augmenter. Il est donc impératif de mettre en place des mesures plus ambitieuses et ciblées pour répondre à cette crise sanitaire croissante. Promouvoir un poids de santé au sein de la population constitue un enjeu majeur de santé publique. Pour obtenir des résultats durables et significatifs, des efforts beaucoup plus concertés doivent être déployés, avec la mise en œuvre d'interventions adaptées aux contextes sociodémographique et commercial (25).

Les campagnes de prévention centrées sur la modification des comportements individuels ont montré une efficacité limitée sur la prévalence du surpoids et de l'obésité. Bien que chacun ait intérêt à adopter un mode de vie sain, incluant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, la responsabilité ne devrait pas reposer uniquement sur l'individu. Ce sont principalement des facteurs sociétaux qui influencent négativement les choix personnels en matière d'alimentation et d'activité physique (7–9). Pour lutter efficacement contre le surpoids et l'obésité, une politique gouvernementale structurelle est nécessaire pour modifier les comportements malsains (9). Celle-ci devrait se concentrer sur plusieurs axes :

- **Améliorer l'environnement alimentaire**

Pour favoriser un environnement propice à une alimentation saine, il est essentiel de rendre les choix sains plus disponibles, accessibles et attrayants (8).

1. Mesures dans et autour des écoles (15,26,27) :

- Limiter le nombre de points de vente de produits malsains à proximité des écoles ou interdire l'établissement de nouveaux points de vente.
- Restreindre les horaires d'ouverture de ces établissements, en particulier avant et après les heures de classe.

2. Mesures dans les commerces (28) :

- Promouvoir et créer un environnement propice au choix d'aliments sains par les consommateurs.
- Veiller à ce qu'un nombre minimum de mètres carrés soit toujours disponible pour les produits alimentaires sains.
- Réduire la mise en évidence des produits alimentaires malsains, par exemple dans les endroits très fréquentés tels que les caisses.

- **Introduire des taxes et des subventions sur les produits alimentaires (8,15,17,27,29) :**

Les aliments ultra-transformés sont généralement moins chers que les aliments peu ou non transformés, ce qui favorise les comportements alimentaires malsains (9,30). Pour y remédier, les mesures suivantes pourraient être mises en place :

1. Taxe sur le sucre :

- Instaurer une taxe progressive sur le sucre : plus un produit contient de sucre, plus le taux de taxation serait élevé (au minimum 20 %).

- Cette mesure encouragerait les consommateurs à opter pour des alternatives plus saines..
- Elle inciterait également les producteurs à réduire la teneur en sucre de leurs produits. La même logique pourrait être appliquée à la teneur en matières grasses et en sel, afin de rendre les produits globalement plus sains..

2. Subventions pour les légumes, les fruits et les céréales complètes :

- Réduire la TVA sur ces produits
- Depuis la fin de l'année 2022, l'Union européenne autorise un taux de TVA de 0 % sur les fruits et légumes, ce qui diminue le seuil économique d'accès à une alimentation saine.

Ces mesures permettraient d'instaurer une structure de prix plus favorable aux choix alimentaires sains, tout en décourageant les habitudes néfastes.

- **Limiter la commercialisation d'aliments malsains**

La promotion de produits riches en sucre, sel et/ou graisses devrait être plus strictement encadrée, en particulier lorsqu'elle vise les enfants et les adolescents (8,9,15,17,27,29,31). Les enfants de moins de 18 ans doivent être protégés de la publicité et du marketing liés à ces produits afin de réduire leur exposition et leur tentation. Cela peut passer par des restrictions publicitaires telles que (31) :

- Une interdiction dans les crèches, écoles, refuges, ainsi que lors d'activités sportives et culturelles ;
- Une interdiction de diffusion à la télévision entre 6h et 23h ;
- Un encadrement renforcé des réseaux sociaux, notamment par une régulation plus stricte des algorithmes et des stratégies de ciblage publicitaire.

- **Interventions dans les écoles (9,15,17,29,32,33)**

Les écoles doivent devenir des environnements non stigmatisants et propices à la santé :

1. Améliorer les habitudes alimentaires :

- Offrir au moins un repas sain et gratuit chaque jour (petit-déjeuner, soupe, repas chaud ou collation) ;
- Encourager la consommation de fruits et légumes ;
- Proposer davantage d'alternatives à base de plantes.

Bien que les modalités et les financements varient selon les régions, la tendance est clairement à la promotion de repas sains et accessibles dans toute la Belgique.

2. Favoriser l'activité physique :

- Ajouter deux heures supplémentaires d'éducation physique par semaine;
- Organiser des activités sportives gratuites dans les écoles, afin de garantir que tous les enfants, y compris ceux qui ne pratiquent pas d'activités extrascolaires, puissent faire suffisamment d'exercice.

- **Créer des environnements bâtis qui favorisent l'activité physique (1,8,9)**

Pour promouvoir l'activité physique dans l'environnement quotidien, les actions suivantes sont nécessaires :

1. Plans de mobilité urbaine durable :

- Mettre en place des infrastructures piétonnes et cyclables pratiques, sûres et bien connectées;
- Favoriser les modes de transport actifs comme la marche et le vélo ;
- Renforcer l'efficacité et l'accessibilité des transports en commun.

2. Espaces verts sûrs et attrayants :

- Développer des espaces verts avec accès à des installations récréatives, des terrains de jeux et des parcs ;

3. Participation abordable aux sports et aux modes de vie actifs :

- Rendre la pratique du sport et d'autres activités physiques plus accessible financièrement pour l'ensemble de la population.

- **Davantage de centres multidisciplinaires sur l'obésité**

Il est nécessaire de développer des centres spécialisés pour les personnes souffrant d'obésité sévère et complexe. Ces centres de soins tertiaires doivent être composés d'équipes multidisciplinaires regroupant médecins, infirmiers, psychologues, diététiciens et spécialistes de l'activité physique. Ils doivent également collaborer avec les centres bariatriques (13).

L'obésité doit être reconnue et prise en charge comme une maladie chronique, intégrée dans les soins primaires, secondaires et tertiaires. Les systèmes de santé doivent accorder la priorité à la prévention et à la gestion de l'obésité afin de limiter l'apparition de maladies chroniques (34).

Enfin, une surveillance continue de la prévalence du surpoids et de l'obésité est essentielle pour évaluer l'évolution de la situation et mesurer l'efficacité des interventions mises en place (25).

TABLEAUX DE SYNTHÈSE

Tableau 2 • Évolution du statut pondéral en Belgique de 2001 à 2024, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Population adulte âgée de 18 ans et plus						
• IMC moyen	25,0	25,1	25,2	25,4	25,6	25,8
• Pourcentage en surpoids (IMC ≥ 25)	44,5	44,1	46,9	48,1	49,2	49,7
• Pourcentage en situation d'obésité (IMC ≥ 30)	12,1	12,6	13,8	13,7	15,8	17,0
• Pourcentage en insuffisance pondérale (IMC ≤ 18,5)	3,5	3,4	3,1	3,0	2,9	3,0
Jeunes âgés de 2 à 17 ans						
• Pourcentage en surpoids	16,2	16,2	17,3	18,2	19,0	19,4
• Pourcentage en situation d'obésité	4,9	5,3	4,7	6,3	5,8	4,8

Tableau 3 • Évolution du statut pondéral en Région flamande de 2001 à 2024, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Population adulte âgée de 18 ans et plus						
• IMC moyen	24,8	24,9	25,3	25,3	25,5	25,7
• Pourcentage en surpoids (IMC ≥ 25)	43,3	42,7	47,1	47,7	48,2	49,4
• Pourcentage en situation d'obésité (IMC ≥ 30)	10,9	11,5	13,6	12,6	14,9	16,6
• Pourcentage en insuffisance pondérale (IMC ≤ 18,5)	3,4	2,8	2,7	2,6	2,9	3,0
Jeunes âgés de 2 à 17 ans						
• Pourcentage en surpoids	14,4	15,7	15,8	14,8	16,2	16,4
• Pourcentage en situation d'obésité	4,1	4,8	3,6	4,8	4,6	4,2

Tableau 4 • Evolution du statut pondéral en Région bruxelloise de 2001 à 2024, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Population adulte âgée de 18 ans et plus						
• IMC moyen	24,7	24,7	24,7	25,1	25,3	25,2
• Pourcentage en surpoids (IMC ≥ 25)	40,6	39,0	39,7	43,9	46,4	44,4
• Pourcentage en situation d'obésité (IMC ≥ 30)	11,8	11,2	11,9	12,8	13,7	13,6
• Pourcentage en insuffisance pondérale (IMC ≤ 18,5)	3,5	5,0	4,1	4,1	3,4	4,4
Jeunes âgés de 2 à 17 ans						
• Pourcentage en surpoids	25,1	19,6	25,5	22,3	27,3	24,0
• Pourcentage en situation d'obésité	11,2	7,2	8,5	7,2	10,5	5,5

Tableau 5 • Evolution du statut pondéral en Région wallonne de 2001 à 2024, Enquête de santé 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Population adulte âgée de 18 ans et plus						
• IMC moyen	25,4	25,6	25,4	25,6	25,6	26,0
• Pourcentage en surpoids (IMC ≥ 25)	48,0	48,1	48,9	50,2	51,8	52,2
• Pourcentage en situation d'obésité (IMC ≥ 30)	14,3	15,3	14,6	16,0	17,9	19,0
• Pourcentage en insuffisance pondérale (IMC ≤ 18,5)	3,6	3,9	3,5	3,2	2,8	2,5
Jeunes âgés de 2 à 17 ans						
• Pourcentage en surpoids	16,6	16,3	17,3	22,5	20,7	23,0
• Pourcentage en situation d'obésité	4,2	5,5	5,3	8,2	6,0	5,8

RÉFÉRENCES

1. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2006 Jan;1(1):11–25.
2. Bowman-Busato J, Schreurs L, Halford JCG, Yumuk V, O'Malley G, Woodward E, et al. Providing a common language for obesity: the European Association for the Study of Obesity obesity taxonomy. *Int J Obes [Internet]*. 2024 Jun 20 [cited 2024 Oct 31]; Available from: <https://www.nature.com/articles/s41366-024-01565-9>
3. World Health Organization [Internet]. 2010. A healthy lifestyle - WHO recommendations. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
4. Pray R, Riskin S. The History and Faults of the Body Mass Index and Where to Look Next: A Literature Review. *Cureus [Internet]*. 2023 Nov 3 [cited 2024 Nov 5]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/185971-the-history-and-faults-of-the-body-mass-index-and-where-to-look-next-a-literature-review>
5. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2025 Jan;S2213858724003164.
6. Body Mass index: Considerations for Practitioners [Internet]. CDC; Available from: https://stacks.cdc.gov/pdfjs/web/viewer.html?file=https://stacks.cdc.gov/view/cdc/25368/cdc_25368_DS1.pdf
7. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2024 Mar;403(10431):1027–50.
8. World Health Organization [Internet]. 2024. Obesity and overweight. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Obesity%20is%20a%20chronic%20complex,the%20risk%20of%20certain%20cancers>
9. Vandevijvere S, De Pauw R, Djojoseparto S, Gorasso V, Guariguata L, Løvhaug AL, et al. Upstream Determinants of Overweight and Obesity in Europe. *Curr Obes Rep*. 2023 Aug 18;12(4):417–28.
10. Golubnitschaja O, Liskova A, Koklesova L, Samec M, Biringer K, Büsselberg D, et al. Caution, “normal” BMI: health risks associated with potentially masked individual underweight—EPMA Position Paper 2021. *EPMA Journal*. 2021 Sep;12(3):243–64.
11. Cole TJ. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1240–3.
12. Khanna D, Peltzer C, Kahar P, Parmar MS. Body Mass Index (BMI): A Screening Tool Analysis. *Cureus*. 2022 Feb;14(2):e22119.
13. Burki T. European Commission classifies obesity as a chronic disease. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2021 Jul;9(7):418.
14. Kluge HHP, Weltgesundheitsorganisation, editors. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen: World Health Organization; 2022. 1 p.

15. Drieskens S, Charafeddine R, Vandevijvere S, De Pauw R, Demarest S. Rising socioeconomic disparities in childhood overweight and obesity in Belgium. *Arch Public Health*. 2024 Jul 2;82(1):98.
16. Loos RJF, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet*. 2022 Feb;23(2):120–33.
17. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle [Internet]. OECD; 2022 [cited 2024 Nov 18]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
18. A health lifestyle - WHO recommendations [Internet]. 2010. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
19. Jessa ziekenhuis - Obesitascentrum Hasselt [Internet]. BMI en de ernst van overgewicht. Available from: <https://www.jessazh.be/web/obesitascentrum/overgewicht/bmi-en-de-ernst-van-overgewicht>
20. Obesity Centre Brussels [Internet]. 2022. Wanneer is er sprake van morbide obesitas? Available from: <https://obesitas-behandeling.be/wanneer-is-er-sprake-van-morbide-obesitas/>
21. Sciensano: Gewichtstoestand en eetstoornissen: Overgewicht en obesitas (BMI), Voedselconsumptiepeiling 2022-2023, juni 2024, Brussel, België [Internet]. Available from: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/gewichtstoestand/overgewicht-en-obesitas-bmi>
22. Drieskens S, Demarest S, Bel S, De Ridder K, Tafforeau J. Correction of self-reported BMI based on objective measurements: a Belgian experience. *Arch Public Health*. 2018 Dec;76(1):10.
23. Pelgrims I, Devleeschauwer B, Vandevijvere S, De Clercq EM, Vansteelandt S, Gorasso V, et al. Using random-forest multiple imputation to address bias of self-reported anthropometric measures, hypertension and hypercholesterolemia in the Belgian health interview survey. *BMC Med Res Methodol*. 2023 Mar 25;23(1):69.
24. OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle [Internet]. OECD; 2024 [cited 2025 May 16]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
25. Ng M, Gakidou E, Lo J, Abate YH, Abbafati C, Abbas N, et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025 Mar;405(10481):813–38.
26. Smets V, Vandevijvere S. Changes in retail food environments around schools over 12 years and associations with overweight and obesity among children and adolescents in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 2022 Aug 18;22(1):1570.
27. Detombe, T. Suiker op de bon: taks als fiscale dam tegen obesitas. EOS wetenschap [Internet]. Available from: <https://www.eoswetenschap.eu/voeding/suiker-op-de-bon-taks-als-fiscale-dam-tegen-obesitas>
28. Vandevijvere S, Van Dam I, Inaç Y, Smets V. Unhealthy food availability, prominence and promotion in a representative sample of supermarkets in Flanders (Belgium): a detailed assessment. *Arch Public Health*. 2023 Aug 22;81(1):154.
29. World Health Organization [Internet]. 2024. New WHO/Europe report highlights a direct link between COVID-19 and increased obesity in school-aged children. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/01-05-2024-new-who-europe-report-highlights-a-direct-link-between-covid-19-and-increased-obesity-in-school-aged-children#:~:text=The%20publication%2C%20titled%20%E2%80%9CReport%20on,activity%2C%20mirroring%20an%20increase%20in>

30. Vandevijvere S, Pedroni C, De Ridder K, Castetbon K. The Cost of Diets According to Their Caloric Share of Ultraprocessed and Minimally Processed Foods in Belgium. *Nutrients*. 2020 Sep 11;12(9):2787.
31. Hoge Gezondheidsraad [Internet]. 2022. Marketing van ongezond voedsel gericht op kinderen. Available from: <https://www.hgr-css.be/nl/advies/9527/marketing-van-ongezond-voedsel-gericht-op-kinderen>
32. Fallah-Fini S, Rezaei T, De Ridder K, Vandevijvere S. Trends in adults' energy imbalance gaps over two decades in Belgium using system dynamics modelling. *BMC Nutr*. 2023 May 27;9(1):66.
33. Rikolto. Goed eten op school [Internet]. 2023. Available from: <https://www.rikolto.be/nieuws/goed-eten-op-school-10-keer-huiswerk-voor-onze-overheid>
34. World Health Organization [Internet]. 2025. Make obesity prevention and management a central pillar of public health, experts urge. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/01-04-2025-make-obesity-prevention-and-management-a-central-pillar-of-public-health-experts-urge>

CONTACT

Sabine Drieskens • T+32 2 642 50 25 • sabine.drieskens@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Rendez-vous sur notre site
www.enquetesante.be
Contactez-nous à l'adresse
HIS@sciensano.be

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

Éditeur responsable : C. Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2025.14.440/70