

SANTÉ MENTALE

Enquête de santé 2018

Principaux résultats

Sciensano

Epidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques
HIS 2018

Janvier 2020 • Bruxelles • Belgique



Santé mentale

Enquête de santé 2018

Principaux résultats

Lydia Gisle

Sabine Driekens

Stefaan Demarest

Johan Van der Heyden

Personne de contact :

Lydia Gisle • T+32 2 642.57.53 • Lydia.Gisle@sciensano.be

Merci de citer cette publication comme suit :

Gisle L, Driekens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale : Enquête de santé 2018. Principaux résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
SANTÉ MENTALE	6
LE BIEN-ÊTRE SUBJECTIF	8
LES TROUBLES MENTAUX	9
LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION.....	11
LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	11
TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS.....	13
CONCLUSIONS	15
TABLEAUX DE SYNTHÈSE.....	18
1. Belgique	18
2. Région Flamande.....	19
3. Région bruxelloise.....	20
4. Région wallonne.....	21

INTRODUCTION

La sixième enquête de santé belge a été effectuée en 2018 à la demande des autorités en charge de la santé publique aux niveaux fédéral, régional et communautaire. Les cinq enquêtes précédentes ont été réalisées entre 1997 et 2013. L'organisation des enquêtes, l'analyse des données et la publication des résultats sont confiées à Sciensano, l'institut belge de santé. Le travail de terrain et la récolte des données sont menés en collaboration avec Statbel, l'office belge de statistique.

Les enquêtes de santé répétées dans le temps constituent un des outils de santé publique utilisés pour la surveillance de l'état de santé et la qualité de vie de la population générale, ainsi que pour le suivi des facteurs de risque et de la consommation de soins. Ces enquêtes sont destinées à informer les pouvoirs publics de l'évolution de la situation sanitaire du pays afin d'orienter les programmes de santé au plus près des besoins de la population et de cibler les citoyens les plus vulnérables.

Le cinquième rapport de l'enquête de santé de 2018 tente de lever un coin du voile sur plusieurs dimensions de la santé mentale au sein de la population de Belgique âgée de 15 ans et plus.

1. L'intérêt s'oriente d'abord vers la dimension du bien-être subjectif comme indicateur d'une bonne santé mentale. Le bien-être subjectif est conceptualisé comme le ressenti par rapport à trois aspects subjectifs distincts : la satisfaction de vie (un jugement cognitif sur la manière dont on a accompli sa vie), la présence de sentiments positifs (vitalité, énergie, bonheur...) et le bien-être psychologique ou absence d'émotions négatives (de type dépression, anxiété, culpabilité...) sur une période donnée.
2. L'enquête porte ensuite sur les troubles de la santé mentale, c'est-à-dire un ensemble donné de symptômes cliniquement reconnaissables, tels que les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, ainsi que les pensées et comportements suicidaires.
3. Le troisième volet de l'enquête aborde la question du traitement en santé mentale, par le biais d'informations sur la prise en charge de la dépression (consultation d'un professionnel de la santé, utilisation de médicaments, suivi psychothérapeutique) mais aussi de manière plus générale, sur la consommation d'antidépresseurs et de sédatifs (tranquillisants ou somnifères) au sein de la population.
4. Pour terminer, l'enquête révèle pour la première fois en 2018 des résultats concernant la santé mentale des enfants et des jeunes âgés de 2 à 18 ans, en estimant plus spécifiquement la présence de troubles émotionnels, relationnels et comportementaux.

Le rapport complet des résultats sur la santé mentale de la population obtenus à partir de l'enquête de santé 2018, de même que le rapport méthodologique et les rapports concernant l'état de santé (rapport 1), les facteurs de risque liés au style de vie (rapport 2), les connaissances et pratiques préventives (rapport 3) et l'enquête de santé par examen (rapport 4), peuvent être consultés en ligne :

https://hisw.iv-isp.be/fr/Documents%20partages/Method_FR_2018.pdf

https://hisw.iv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx

Les principaux résultats de l'enquête pour ce qui concerne la santé mentale de la population de Belgique sont présentés ci-après, de même que des tableaux de synthèse qui retracent l'évolution des données dans le temps, en Belgique et dans chacune des trois régions (Flandre, Bruxelles, Wallonie).

LA SANTÉ MENTALE : POINTS CLÉS

Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement comme l'absence de maladies (OMS, 1946). La santé mentale est, elle, décrite comme un état de bien-être dans lequel un individu peut réaliser son propre potentiel et faire face aux situations « normales » de la vie et au stress qu'elles génèrent en termes de frustrations, d'événements difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est aussi quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer. La santé mentale et le bien-être subjectif sont donc indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, apprendre, gagner sa vie, s'épanouir dans son travail, contribuer à la société et profiter de l'existence.

La santé mentale peut toutefois être altérée par une série de troubles, définis par un ensemble de symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux qui sont cliniquement reconnaissables et associés dans la plupart des cas à un mal-être ou une détresse émotionnelle et à des perturbations fonctionnelles. Il s'agit de pathologies, comme la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires ou la schizophrénie.

Les troubles de la santé mentale et la détresse psychologique ont des implications importantes à de multiples niveaux. Au-delà de la souffrance qu'ils engendrent chez la personne elle-même et son entourage, ces pathologies entraînent des complications dans les sphères de la santé physique et sociale. Ainsi, il n'est pas rare d'observer chez les personnes affectées un isolement croissant et un absentéisme important au travail, de même que l'adoption de comportements néfastes pour la santé comme une consommation excessive de tabac, de boissons alcoolisées ou de substances. De plus, certains troubles déclenchent une altération des fonctions physiologiques qui peut accentuer la prédisposition à une série de maladies physiques, notamment cardiovasculaires. Enfin, les difficultés psychologiques sont parfois telles qu'elles mènent à des conduites qui menacent l'existence, comme l'abus de substances, la violence ou le suicide.

Quelques résultats de l'enquête de santé 2018 au sein de la population âgée de 15 ans et plus :

Le bien-être subjectif

- Une personne sur cinq se dit très satisfaite de sa vie et deux personnes sur trois présentent un niveau de bien-être psychologique qualifié de positif.
- A l'inverse, 12% de la population est très peu satisfaite de sa vie, 33% éprouve des difficultés psychologiques qui témoignent d'un certain mal-être, et seulement 14% jouit d'un niveau optimal d'énergie vitale.
- Les niveaux de bien-être et d'énergie vitale sont moins bons ces dix dernières années par rapport aux années 2001-2008.

Les troubles mentaux

- 7% des Belges sont affectés par un trouble du comportement alimentaire de type anorexie-boulimie. Ces chiffres sont stables par rapport à 2013 (8%).
- 11% des personnes manifestent les symptômes d'un trouble anxieux et un tiers d'entre elles en sont sévèrement affectées. La prévalence des troubles anxieux se maintient dans des proportions équivalentes à 2013 (10%), mais reste plus élevée que durant la période 2001-2008 (un peu plus de 6%).
- Presqu'une personne sur dix manifeste une forme de dépression (9%), une prévalence en recul par rapport à 2013 (15%) et qui recouvre les proportions obtenues en 2001-2008 (8%-9%).
- Les pensées et tentatives de suicide dans les 12 mois avant l'enquête sont également moins fréquentes en 2018 (respectivement 4% et 0,2%) qu'en 2013 (5% et 0,4%).

La prise en charge de la dépression

- 7% de la population a effectivement reconnu avoir souffert d'une dépression au cours de l'année écoulée, un taux plus élevé qu'en 2001-2008 (6%).
- La majorité (81%) des personnes ayant déclaré une dépression a consulté un professionnel de la santé pour ce trouble. Il s'agit toutefois d'une baisse par rapport 2008 (88%).
- Le traitement par médicaments chez les personnes avec une dépression a aussi diminué (84% des cas en 2004, pour 67% en 2018), à la faveur de la psychothérapie (19% des cas en 2004 pour 43% en 2018).

La consommation de psychotropes (sédatifs et antidépresseurs uniquement)

- 8% de la population générale consomme des antidépresseurs en 2018, un taux équivalent à 2013.
- L'utilisation de sédatifs (somnifères ou tranquillisants) a quant à elle diminué depuis ces 10 dernières années, passant de 14% en 2008 à 12% en 2018.

Les troubles psychiques infanto-juvéniles

La classification des troubles distingue les « état-limite » (difficultés moindres) et cas « cas pathologiques » (troubles sérieux). Les plus courants étaient dans l'ordre (pourcentages de la population de 2-18 ans) :

- les difficultés relationnelles avec les pairs (20%, incluant les 11% de cas pathologiques),
- les troubles émotionnels (19%, incluant 10% pathologiques),
- les troubles des conduites (18%, incluant 9% pathologiques),
- les troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité (TDAH :17%, incluant 12% pathologiques),
- une déficience au niveau des comportements prosociaux (13%, incluant 7% pathologiques).

LE BIEN-ÊTRE SUBJECTIF

Trois mesures généralistes de la santé mentale positive ou du bien-être subjectif sont considérées dans l'enquête de santé en 2018. Elles concernent la satisfaction à l'égard de sa vie, l'énergie vitale et le bien-être/mal-être psychologique.

Satisfaction de vie

La satisfaction de vie est une mesure directe et globale, à un seul item, couramment utilisée pour évaluer le bien-être subjectif de la population dans le cadre de la santé mentale positive. On peut en tirer un score moyen et établir des catégories pour rapporter le pourcentage de la population considérée comme ayant une faible satisfaction de vie (de 0 à 5), une satisfaction intermédiaire (6 à 8) et une satisfaction élevée (9 ou 10).

Energie vitale

Cet autre indicateur de santé mentale positive, mesuré à partir de 4 items du SF-36, varie sur une échelle allant de 0 à 100, où les valeurs plus élevées correspondent à une plus grande vitalité. Un indicateur dichotomique obtenu sur base de cette échelle, établit un seuil au-delà duquel les individus sont classés comme ayant un niveau d'énergie vitale optimal.

Bien-être psychologique

Le bien-être/mal-être psychologique varie sur une échelle allant de 0 à 12 où un score plus élevé indique un degré de difficulté psychologique plus important, voire la possibilité d'une pathologie mentale à partir d'un certain seuil. En effet, chaque unité (1-12) représente un symptôme dont l'intensité est ressentie par le répondant comme plus prononcée qu'à l'habitude. Deux définitions de cas ont été utilisées à partir de ce score, l'une pour exprimer la proportion des personnes qui présentent certaines difficultés causant une brèche dans le bien-être psychologique (seuil établi à [2+]) et l'autre pour estimer la proportion de personnes ayant une plus grande probabilité d'avoir une pathologie mentale (seuil de sévérité plus élevé, de [4+]).

Quelques tendances se dégagent pour les indicateurs de santé mentale positive :

- Les deux tiers de la population s'estiment moyennement satisfaits de leur existence et une personne sur cinq se dit très satisfaite.
- Un individu sur trois éprouve un certain degré de mal-être psychologique et seulement un sur sept jouit d'un niveau optimal d'énergie vitale.
- On observe une augmentation du niveau de mal-être psychologique et une perte d'énergie vitale depuis ces dernières dix années en Belgique.
- Par rapport aux hommes, les femmes sont moins nombreuses à être satisfaites de leur existence, à bénéficier d'une énergie vitale optimale et à ressentir un bien-être psychologique.
- Les indicateurs de satisfaction de vie, d'énergie vitale et de bien-être psychologique sont globalement moins favorables dans la population d'âge actif, et ce principalement entre 25 et 54 ans. C'est entre 65 et 74 ans que ces estimations s'avèrent être les meilleures.
- La satisfaction de vie, le niveau d'énergie et le bien-être psychologique sont globalement déterminés par le milieu socio-éducatif dans lequel la personne évolue : ces indicateurs sont en effet moins favorables dans les ménages les moins scolarisés.
- Les trois indicateurs de bien-être subjectif ou santé mentale positive donnent de meilleurs résultats en Flandre que dans les autres régions. Toutefois, on observe en Région flamande un déclin dans le temps du niveau d'énergie vitale, ce qui n'apparaît pas dans les Régions bruxelloise et wallonne.

LES TROUBLES MENTAUX

Pour ce qui concerne les troubles de la santé mentale, l'enquête de santé aborde les pathologies les plus souvent rencontrées dans la population générale non-institutionnalisée âgée de 15 ans et plus. Plusieurs troubles ont été examinés dans le cadre des enquêtes depuis 2001. L'enquête de 2018 inclut les troubles anxieux et dépressifs, les troubles du comportement alimentaire et les pensées et comportements suicidaires. Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'enquête ne permet pas de poser un « diagnostic » chez les participants, ce qui reste l'apanage des cliniciens. Les instruments de mesure utilisés (GAD-7, PHQ-9, SCOFF) sont des échelles auto-administrées qui permettent seulement de détecter l'existence potentielle d'un trouble donné à partir de la présence et/ou de la sévérité des symptômes recensés.

Troubles anxieux

L'anxiété est une réaction normale dans certaines circonstances particulières et dépend du vécu des individus. On parle d'anxiété pathologique lorsqu'elle est démesurée par rapport aux situations en cause (réelles ou projetées), que les craintes perdurent pendant plusieurs mois et qu'elles ne peuvent pas être contrôlées. L'anxiété crée alors une souffrance qui empêche les personnes de fonctionner correctement dans leur quotidien, y compris dans leurs relations sociales. Deux indicateurs ont été construits : l'un définit la prévalence ponctuelle (dans les deux semaines précédant l'enquête) et l'autre établit un classement en termes de sévérité.

Troubles dépressifs

Il existe différents types de dépressions, dont les symptômes sont semblables mais varient quant à leur nombre, leur moment de survenue, leur gravité, leur persistance et leur évolution. La « dépression caractérisée », aussi appelée « dépression majeure », consiste en un épisode de trouble du fonctionnement de la personne, caractérisée par une baisse d'humeur (tristesse) et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités qu'elle appréciait, accompagnée d'autres symptômes comme la perte d'énergie, de l'estime de soi, de la concentration, la culpabilité, des troubles du sommeil, des variations de poids ou des pensées de mort. Un épisode de dépression caractérisée dure au moins deux semaines consécutives. Elle se distingue de la dysthymie qui persiste plus longtemps mais dont les symptômes sont moins sévères.

Troubles du comportement alimentaire

Les troubles alimentaires se réfèrent ici aux deux formes en apparence contraires mais complémentaires : la restriction alimentaire avec l'anorexie mentale et l'excès alimentaire avec la boulimie. Les personnes qui ont deux symptômes sur les cinq compris dans l'instrument de dépistage sont considérées comme étant à risque pour ce trouble.

Idées suicidaires

Deux indicateurs se rapportent aux idées suicidaires (avoir sérieusement pensé à mettre fin à ses jours), selon que celles-ci soient apparues au cours de la vie et/ou au cours des 12 derniers mois.

Tentatives de suicide

Deux indicateurs se réfèrent aux tentatives de suicide, suivant qu'elles aient eu lieu au cours de la vie et/ou au cours des 12 derniers mois.

Les tendances probantes peuvent être résumés comme suit :

- Un peu plus d'une personne sur dix (11,2%) souffre d'anxiété généralisée, et dans un tiers des cas, il s'agit d'une affection sévère. La prévalence des troubles anxieux tend à se maintenir dans les mêmes proportions qu'en 2013, sauf en Wallonie où elle continue d'augmenter.
- Environ une personne sur dix (9,4%) manifeste l'une ou l'autre forme de trouble dépressif ; la moitié des personnes affectées répond aux critères d'une dépression caractérisée (ou majeure). La prévalence des troubles dépressifs est toutefois en recul par rapport à 2013. Elle est deux fois moins élevée en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie.
- Environ une personne sur dix à Bruxelles (10,1%) et en Wallonie (9,1%) a un trouble du comportement alimentaire de type anorexie-boulimie, pour 5,7% en Flandre. Les chiffres sont stables dans le temps : soit 7,2% en 2018 et 8,4% en 2013 pour l'ensemble de la population.
- Les pensées et les comportements suicidaires au cours d'une vie concernent respectivement 13,9% et 4,3% de la population en Belgique, une tendance en équilibre par rapport à 2013. Les pensées et tentatives de suicides dans les 12 derniers mois (4,3% et 0,2%) sont, elles, moins fréquentes qu'en 2013 (5,0% et 0,4%).
- Quels que soient les troubles envisagés (dépression, anxiété, comportements alimentaires ou suicidaires), les habitants de la Flandre sont en meilleure posture que les Bruxellois et les Wallons.
- Il existe des inégalités de genre dans la distribution des troubles de la santé mentale examinés au sein de la population, les femmes étant plus souvent affectées que les hommes. Seule exception : autant d'hommes que de femmes ont pensé au suicide et sont passés à l'acte dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.
- On observe aussi des inégalités sociales en santé mentale, même après standardisation pour l'âge et le sexe. Les personnes ayant pu accéder à des études supérieures sont moins nombreuses à souffrir de troubles mentaux que les personnes issues de milieux moins favorisés sur le plan de l'éducation.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION

L'enquête aborde la question du traitement en santé mentale par le biais de deux modules indépendants placés dans le questionnaire face-à-face (via CAPI) : celui des maladies chroniques, qui comprend quelques questions sur la dépression et son suivi, et celui de la consommation de médicaments, qui inclut des questions sur les psychotropes.

Dépression auto-déclarée

Les informations relatives à la prise en charge de la dépression sont collectées chez les personnes qui acquiescent préalablement avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois, et ce, parmi les affections d'une liste de maladies de longue durée.

Prise en charge de la dépression

Les trois indicateurs relatifs à la prise en charge reposent sur la déclaration préalable du répondant d'avoir souffert d'une dépression au cours des 12 mois écoulés. La prise en charge de la dépression se réfère au suivi par un médecin ou un autre professionnel de la santé, au traitement par médicaments et/ou au suivi psychothérapeutique.

LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les informations concernant la consommation de psychotropes (limité aux somnifères ou tranquillisants et aux antidépresseurs) sont obtenues via au questionnaire sur la consommation de médicaments adressé à tous les répondants, sans référence à un problème de santé sous-jacent. L'usage de médicaments est examiné dans un contexte plus général et traité dans un rapport indépendant sur la consommation des soins.

Sédatifs

Se réfère aux personnes âgées de 15 ans et plus qui ont pris, sous ordonnance médicale, un somnifère ou un tranquillisant au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête.

Antidépresseurs

Se réfère aux personnes âgées de 15 ans et plus qui ont pris, sous ordonnance médicale, un antidépresseur au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête.

Le terme « psychotropes » fait donc ici uniquement référence à ces deux catégories de médicaments.

Nous pouvons tirer les enseignements suivants de nos analyses :

Personnes âgées de 15 ans et plus qui déclarent avoir souffert de dépression

- 7,4% de la population belge reconnaît avoir souffert d'une dépression au cours de l'année écoulée, un taux en augmentation par rapport à 2001-2008 (5,9 à 6,3%), et ce, surtout en Région flamande. Malgré cela, les chiffres restent ici moins élevés (6,7%) qu'en Région wallonne (8,4%) et bruxelloise (7,7%) pour 2018.
- Davantage de femmes (9,1%) que d'hommes (5,5%) déclarent avoir souffert de dépression, une différence qui se note plus particulièrement à 45-54 ans (13,0% de femmes pour 5,5% d'hommes).
- L'éducation est une parade contre la dépression : plus l'enseignement suivi est élevé, moins nombreuses sont les personnes atteintes de dépression au cours des 12 derniers mois.

Parmi les personnes ayant déclaré souffrir de dépression dans l'année écoulée :

- La majorité (80,9%) a consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour ce problème, et ce, quel que soit le sexe, l'âge ou le niveau socio-éducatif de la personne.
- Autant d'hommes que de femmes ont eu recours aux médicaments (67,1%) et à la psychothérapie (42,7%) pour soigner leur dépression.
- Le traitement de la dépression par médicaments diminue depuis 2004 (84,0% des cas pour 67,1% en 2018) à la faveur de la psychothérapie (18,9% des cas en 2004 pour 42,7% en 2018).
- Les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques pour la dépression évoluent en sens inverse avec l'âge : la prise de médicaments augmente avec les groupes d'âge vieillissants, tandis que le recours à la psychothérapie devient, quant à lui, moins fréquent.
- À mesure que le niveau d'éducation augmente, le nombre de personnes dépressives qui sont traitées par médicaments diminue et le nombre qui suit une psychothérapie augmente.
- Enfin, la prise en charge de la dépression, qu'elle soit par un professionnel de la santé, des médicaments et/ou une psychothérapie, est plus habituelle en Région wallonne que dans les Régions bruxelloise et flamande.

De manière générale, pour l'usage de médicaments psychotropes (sédatif et/ou antidépresseur)

- La consommation de psychotropes a diminué pour la première fois en 2018 (15,5%). Tandis que l'usage des antidépresseurs paraît constant de 2013 à 2018 (7,6%), l'usage des somnifères et tranquillisants a diminué au cours des 10 dernières années, passant de 14,3% en 2008 à 12,4% en 2018.
- Les femmes (18,8%) sont plus nombreuses que les hommes (12,0%) à consommer des médicaments psychotropes, et cela se remarque surtout dans les groupes d'âge à partir de 45 ans.
- L'utilisation des sédatifs augmente avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes : à partir de 75 ans, un homme sur quatre et une femme sur trois prennent des calmants ou des somnifères.
- Les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur sont moins nombreuses à prendre des médicaments psychotropes, qu'il s'agisse de sédatifs ou d'antidépresseurs, que les personnes avec un niveau d'éducation inférieur.
- La consommation de sédatifs est plus élevée en Wallonie (13,1%) qu'à Bruxelles (9,8%), et la Flandre se situe entre les deux (12,4%). La consommation d'antidépresseurs est plus élevée en Wallonie (9,2%) et à Bruxelles (8,1%) qu'en Flandre (6,6%).

LES TROUBLES PSYCHIQUES INFANTO-JUVÉNILES

L'enquête de santé a étendu pour la première fois en 2018 son champ d'investigation aux troubles de la santé mentale chez les enfants et les adolescents âgés de 2 à 18 ans. Le questionnaire (SDQ) était répondu par l'un des parents lorsqu'il s'agissait de jeunes enfants (questions par « proxy ») et était auto-administré lorsqu'il s'agissait de jeunes de 15 à 18 ans.

Trouble émotionnel

Les troubles émotionnels sont des troubles mentaux qui présentent des signes évidents, excessifs et persistants de dépression, d'anxiété, d'angoisse, de phobie ou d'autres perturbations émotionnelles. Il s'agit d'affects comme la tristesse, l'appréhension, la peur, l'exaltation... Les questions qui rendent compte de ce trouble dans l'enquête concernent les plaintes somatiques, le fait de s'inquiéter souvent, d'être malheureux et pleurer souvent, d'être anxieux et facilement effrayé.

Trouble des conduites

Le trouble des conduites est défini comme « un ensemble de comportements répétitifs et persistants qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou violent les normes ou les règles sociétales correspondant à l'âge de l'enfant ». Les questions du SDQ se rapportant à ce trouble concernent les crises de colère répétées, le fait d'obéir facilement (inversé), le fait de se bagarrer ou d'intimider, de mentir ou tricher et de voler.

Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité

Le TDAH est un trouble « neuro-psycho-développemental » dont les symptômes principaux sont une faible attention ou de courte durée (difficulté à rester concentré, à terminer une tâche), et/ou une activité excessive (hyperkinésie) ainsi qu'une impulsivité inappropriée. L'enfant/jeune atteint de TDAH a des difficultés à contrôler ses émotions, est colérique, agressif et agité. Les questions du SDQ qui rendent compte de ce trouble font référence au fait de ne pas tenir en place, d'être turbulent et se tortiller constamment, d'être facilement distrait, de (ne pas) réfléchir avant d'agir et de (ne pas) aller au bout des tâches.

Trouble relationnel

Les relations de l'enfant avec ses pairs sont essentielles au développement psychosocial, à l'apprentissage des compétences affectives et des normes sociales. Les enfants qui vivent ces difficultés présentent des traits d'agressivité envers les autres et/ou des signes de retrait et d'isolement social. Ils peuvent aussi être victime de rejet ou de harcèlement de la part des pairs. Les questions du SDQ qui s'y rapportent concernent le fait d'être solitaire, d'avoir de bon(s) ami(s) (inverse), d'être apprécié des autres (inverse), d'être harcelé par autrui et de préférer les adultes aux enfants du même âge.

Comportement prosocial

Le comportement prosocial est une échelle positive du SDQ. Dès lors, plus le score moyen est élevé, plus l'enfant/jeune a des aptitudes psychosociales. Les questions qui s'y rapportent concernent le fait d'être attentif aux autres et à leurs sentiments, de partager, d'assister ceux qui en ont besoin, d'être gentil avec les plus jeunes et d'être toujours prêt à aider. En termes de pathologie, on parlera d'un déficit au niveau des comportements prosociaux.

Troubles psychopathologiques

Il s'agit ici du score total calculé à partir des sous-échelles du SDQ, hormis celle des comportements prosociaux.

Difficultés perçues

Le questionnaire SDQ se termine avec une question concernant la perception du répondant (un proxy ou le jeune) des difficultés éprouvées par l'enfant/jeune dans l'un ou l'autre domaine ayant trait aux émotions, à la concentration, aux comportements ou aux relations avec les autres.

Les résultats de l'enquête de santé 2018 chez les enfants et jeunes de 2 à 18 ans :

- Si l'on combine les cas limites et pathologiques, un peu plus de la moitié des enfants/jeunes (52%) ne présente aucune difficulté sérieuse, environ un quart (24%) est concerné par l'un des problèmes étudiés et un quart (24%) en manifeste plusieurs. Si l'on se réfère au critère plus strict d'une pathologie probable, 70% des enfants/jeunes en sont exempts, 18% manifestent un seul trouble et 12% présentent une comorbidité probable.
- Parmi les difficultés infanto-juvéniles examinées au sein de l'enquête de santé 2018, les plus courantes sont par ordre : les relations troublées avec les pairs (20%, incluant 11% de pathologies), les troubles émotionnels (19%, incluant 10% de pathologies), les troubles des conduites (18% dont la moitié, soit 9%, atteint le seuil de pathologie), les troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité ou TDAH (17%, incluant 12% de pathologies) et enfin, un trouble des comportements prosociaux (13%, incluant 7% de pathologies).
- Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à manifester des troubles de l'attention et hyperactivité, des troubles des conduites et des troubles de la relation avec les pairs. Les troubles des conduites diminuent fortement chez les garçons à partir de 15-18 ans. C'est à partir de 15-18 ans que les filles sont davantage confrontées aux troubles émotionnels, et leur proportion dépasse alors celui des garçons. Hormis le TDAH, l'ensemble des difficultés tendent à diminuer avec l'âge.
- Les troubles infanto-juvéniles détectés à l'aide du questionnaire ne sont pas toujours perçus comme tels par les parents. À la question « votre enfant éprouve-t-il des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relation avec les autres », seuls 8,5% ont répondu par l'affirmative, bien qu'ils aient rapporté les comportements troublés sous-jacents. L'enfant était plus souvent perçu par le parent comme ayant des difficultés pour les cas de TDAH (40%), de trouble émotionnel (35%) et de trouble des conduites (30%). Les problèmes des enfants/jeunes sont donc largement sous-estimés par les parents.
- Le niveau d'éducation élevé des parents est un facteur de protection pour la plupart des troubles infanto-juvéniles étudiés.
- Un couple parental est également un aspect qui semble préserver la santé mentale des enfants/jeunes : ceux qui vivent dans un ménage avec leurs deux parents sont moins nombreux à manifester des troubles psychopathologiques que les enfants/jeunes vivant dans des ménages à composition complexe et dans des ménages monoparentaux.
- Les enfants/jeunes présentant des troubles émotionnels et des conduites sont plus nombreux en Wallonie qu'en Flandre ; a contrario, les TDAH sont plus fréquents parmi les jeunes flamands que parmi les jeunes wallons et bruxellois. Il n'y a pas de différences régionales en ce qui concerne les troubles relationnels ou les comportements prosociaux.

CONCLUSIONS

Bien-être subjectif : le positif et le négatif

La qualité de vie et le bien-être sont des sujets qui suscitent un intérêt croissant dans de nombreux domaines. Dans la sphère de l'épidémiologie et de la santé publique, ces notions reprises sous le terme générique de « qualité de vie » ont été progressivement intégrées au modèle purement biomédical, offrant une place de plus en plus importante à l'état subjectif des personnes, à côté de leur état fonctionnel objectif.

Le bien-être est défini comme un sentiment global faisant la synthèse entre trois dimensions distinctes, mais reliées, des affects : la satisfaction de vie (ou le jugement cognitivo-évaluatif sur la manière dont on a accompli sa vie jusqu'à ce jour), la présence de sentiments positifs (bonheur, joie, amour, vitalité, énergie...) et l'absence d'émotions négatives (colère, tristesse, dépression, anxiété...) sur une période donnée.

En Belgique, le niveau moyen de satisfaction à l'égard de la vie atteint 7,4 selon l'enquête de santé 2018, ce qui est au-dessus de la moyenne européenne (en 2016). En termes de proportions, une personne sur cinq a déclaré être *très* satisfaite sa vie en 2018, mais une marge non négligeable de la population – une personne sur huit – évalue son existence comme étant peu satisfaisante. Le second indicateur de bien-être a une dimension plus physique et a trait à l'énergie vitale : ici, le score moyen est de 60 sur 100 et seulement 14% des Belges atteignent le seuil d'énergie vitale optimal. Le score moyen de vitalité ainsi que la proportion de personnes ayant un niveau d'énergie optimal baissent de manière constante depuis ces 15 dernières années .

À côté de ces indicateurs « positifs », l'enquête de santé s'intéresse depuis plus de vingt ans à l'estimation du sentiment de bien-être. Alors que le niveau de bien-être psychologique affichait des valeurs moyennes stables (à 1,3) dans la population entre 2001 et 2008, il s'est quelque peu dégradé depuis que les effets de la crise économique se sont fait ressentir (1,7 en 2013 et 2018). Ainsi, environ une personne sur quatre présentait un certain degré de mal-être au cours de la première décennie de 2000, pour environ une personne sur trois dans la seconde.

Les difficultés les plus souvent rapportées parmi celles du questionnaire sont les mêmes en 2018 qu'en 2008, mais elles touchent un plus grand nombre de personnes en 2018 qu'auparavant. Il s'agit de la sensation d'être constamment tendu(e) ou stressé(e), la perte de sommeil consécutive à des soucis, le sentiment d'être malheureux(se) et déprimé(e), le sentiment de ne plus pouvoir surmonter ses difficultés et enfin, le sentiment d'être moins heureux que d'habitude.

Un pattern constant et assez clair se dégage de ces indicateurs : les résultats indiquent une rupture temporelle avec une dégradation nette du bien-être subjectif entre les années d'enquête de 2008 et 2013, sans aucune amélioration en 2018. Certains sous-groupes de la population sont particulièrement affectés, avec des manifestations plus fréquentes d'insatisfaction, d'épuisement et de décompensation psychologique, sans doute parce qu'ils ont moins facilement accès aux ressources économiques et psychosociales pour faire face à leurs difficultés et/ou sont plus durement touchés par les conditions de vie, elles-mêmes inégalitaires. Ces groupes vulnérables sont les femmes, des personnes en âge de cumuler le stress de la vie familiale et de la vie professionnelle (les 25-54 ans), les séniors (75+ ans) et les personnes peu scolarisées. Les pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés, tout comme la pauvreté, les faibles niveaux d'instruction, le changement social rapide, les conditions de travail éprouvantes, les discriminations et l'exclusion sociale, la violence, etc. (OMS, 2018).

Ces sous-groupes plus vulnérables de la population doivent être la cible d'une attention particulière de la part des autorités publiques dans une politique sociale visant à améliorer leurs conditions d'existence et diminuer les inégalités dont ils sont victimes. Un accès équitable aux ressources dans tous les secteurs de la vie favorise la santé de la communauté dans son ensemble.

Troubles mentaux : l'anxiété et la dépression en tête

Selon l'OMS, les troubles mentaux constituent un des enjeux les plus importants de la santé publique dans la Région européenne, puisqu'ils y sont la première cause d'invalidité, la deuxième cause d'arrêt de travail et la troisième cause de la charge globale de morbidité, après les maladies cardiovasculaires et le cancer. L'anxiété et la dépression sont des maladies graves et invalidantes. À son paroxysme, la dépression peut en outre conduire au suicide. Le suicide est classé parmi les vingt causes les plus courantes de décès dans le monde. Il constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans.

Les résultats de l'enquête de santé de 2018 concernant les troubles mentaux en Belgique montrent une forte augmentation après 2008 : ainsi, les prévalences d'environ 6% pour l'anxiété et 9% pour la dépression entre 2001 et 2008 étaient passées à respectivement 10% et 15% en 2013. En 2018, la proportion de personnes souffrant d'anxiété s'est stabilisée (11%). Par contre, la dépression a régressé au sein de la population (9%). À des fins de comparaison, la prévalence moyenne des troubles dépressifs était estimée à 6,8% en 2014 au sein des Etats Membres de l'Union Européenne. Les facteurs de vulnérabilité au niveau européen sont toutefois les mêmes que ceux relevés dans notre pays : le sexe, l'éducation, et les revenus du ménage. D'où la priorité à donner aux actions qui réduisent la discrimination et les inégalités qui subsistent au travers de tous les secteurs de la société pour promouvoir le bien-être et prévenir les troubles de la santé mentale.

Les personnes ayant pensé au suicide et celles ayant tenté de mettre fin à leur vie dans l'année écoulée en Belgique sont aussi un peu moins nombreuses en 2018 qu'en 2013. En chiffres absolus, on estime à environ 18.900 le nombre de tentatives de suicide par jour en Belgique, soit 2 tentatives toutes les heures. Or, environ 90% des décès par suicide sont attribués aux troubles mentaux dans les pays à haut revenu (OMS).

De la dépression à sa prise en charge

Selon la HIS 2018, les personnes qui rapportent une dépression dans les 12 derniers mois (7%) est en progression depuis 2008 (6%). La prévalence en Belgique correspond à la moyenne européenne. Parmi les personnes ayant déclaré avoir souffert de dépression, 81% ont dit avoir consulté un professionnel de la santé pour ce trouble, 67% ont reçu un traitement par médicaments et 43% ont suivi une psychothérapie (plus lourde en investissement de temps et d'argent). Par rapport à l'enquête de 2013, la proportion ayant consulté un professionnel de la santé pour la dépression est restée stable, la proportion traitée par médicaments a baissé, et la proportion ayant suivi une psychothérapie s'est accrue.

Somnifères, tranquillisants et antidépresseurs

Un point d'attention relatif à la consommation des soins dans l'enquête de santé concerne l'utilisation de sédatifs (somnifères et tranquillisants) et d'antidépresseurs, non pas uniquement parmi les personnes ayant déclaré souffrir de troubles, mais au niveau de la population entière âgée de 15 ans et plus. En effet, les antidépresseurs peuvent avoir d'autres indications que le traitement contre la dépression. Malheureusement ils font aussi parfois l'objet d'un usage inadéquat. Cela arrive aussi avec les somnifères et tranquillisants, lorsqu'ils sont utilisés de manière chronique sur une longue période par exemple : une pratique qui n'est pas indiquée dans le cas des benzodiazépines, dont les effets secondaires incluent entre autres une accoutumance ou une dépendance.

Un monitoring de l'utilisation de ces psychotropes dans la population générale est donc utile pour compléter d'autres informations sur la consommation de médicaments. L'enquête de santé de 2018 montre que la part de la population qui utilise des antidépresseurs n'a pas augmenté entre 2013 et 2018 (7,6%). Par ailleurs, le pourcentage de personnes qui consomment des somnifères ou tranquillisants diminue depuis l'enquête de 2008 (14%), à concurrence d'un point de pourcentage en moins tous les 5 ans. La consommation de ces médicaments psychotropes varie en fonction du sexe, du niveau d'éducation et de la région de résidence, de la même façon que les indicateurs de mal-être et de troubles mentaux : les utilisateurs sont plus nombreux parmi les femmes, les personnes moins éduquées, les habitants de la Wallonie.

Troubles infanto-juvéniles

Il n'est pas évident de faire la différence entre ce qui est normal et pathologique chez les enfants et les adolescents en développement. A cet égard, l'enquête n'a d'ailleurs pas pour objectif d'enfermer les jeunes personnes dans des catégories diagnostiques figées. Pour autant, bon nombre de comportements juvéniles sont pris à tort pour des crises salutaires perçues comme des périodes essentielles au développement et à la maturation des jeunes (crises d'opposition durant l'enfance ou crise d'adolescence), alors qu'elles peuvent être l'expression d'une souffrance qu'il ne faudrait pas ignorer pour éviter que ces difficultés ne s'aggravent ou ne persistent à l'âge adulte.

L'enquête de santé de 2018 a utilisé le questionnaire « forces et difficultés » (SDQ) pour évaluer la présence et la sévérité de cinq troubles indépendants chez les enfants/jeunes de 2 à 18 ans. Ici, la définition des cas de « pathologie probable » et des « états limite » repose sur des études préalables qui ont fixé les valeurs seuils de manière à inclure 10% des enfants avec les scores les plus élevés dans la catégorie « pathologie » et 10% avec les scores élevés suivants dans la catégorie « borderline » ; les 80% restants sont « normaux ». Appliquant ces valeurs seuils à la population d'enfants/jeunes en Belgique, les résultats ont mis en exergue que les difficultés rencontrées étaient légèrement en dessous des normes.

Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à manifester des troubles de l'attention et hyperactivité, des troubles des conduites et des troubles de la relation avec les pairs. Il n'y a pas de différence par sexe en ce qui concerne les troubles émotionnels avant l'âge de 15 ans. Entre 15 et 18 ans, les filles sont plus nombreuses que les garçons à éprouver des troubles émotionnels. Les enfants/jeunes issus des ménages les plus éduqués et/ou vivant avec leurs deux parents sont moins nombreux à connaître des troubles dans la relation avec leurs pairs, des troubles des conduites et des troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité. Quant aux différences régionales, elles ne concernent que les troubles émotionnels et des conduites, plus courants en Wallonie qu'en Flandre.

Au total, seulement 1 enfant sur 4 avec une psychopathologie 'borderline' et un peu moins d'1 enfant sur 2 avec un psychopathologie probable sont identifiés par les parents comme ayant des difficultés. Il est donc important de promouvoir la littératie en santé mentale. Parmi les enfants perçus comme ayant des difficultés, les trois quarts ont été suivi par un professionnel de la santé.

TABLEAUX DE SYNTHÈSE

1. BELGIQUE

Tableau 1 | Evolution en Belgique de 2001 à 2018, Enquête de santé 2018

	2001	2004	2008	2013	2018
Pourcentage de la population de 15 ans et plus	%	%	%	%	%
Très satisfaite de sa vie					21,7
Peu satisfaite de sa vie					12,3
Avec un niveau d'énergie vitale optimal		18,3	18,1	15,6	14,3
Avec un mal-être psychologique (GHQ 2+)	24,8	24,5	26,0	31,8	33,0
Avec une souffrance mentale pathologique (GHQ 4+)	13,2	12,7	14,0	17,9	17,7
Avec un trouble du comportement alimentaire				8,4	7,2
Avec une anxiété généralisée *	6,3	6,1	6,5	10,1	11,2
Avec un trouble dépressif (caractérisé ou autres) *	8,6	8,0	9,5	14,8	9,4
Avec une dépression caractérisée (ou majeure)					4,8
Ayant eu des pensées suicidaires au cours de la vie		12,2	11,7	13,8	13,9
Ayant eu des pensées suicidaires les 12 derniers mois		-	3,6	5,0	4,3
Ayant tenté de se suicider au cours de la vie		3,7	4,9	4,2	4,3
Ayant tenté de se suicider les 12 derniers mois		0,4	0,4	0,5	0,2
Ayant auto-proclamé une dépression ces 12 derniers mois	6,3	5,9	6,0	6,7	7,4
Prenant des antidépresseurs	4,9	6,0	5,7	7,6	7,6
Prenant des somnifères ou tranquillisants	11,5	13,2	14,3	13,2	12,3
Prenant au moins un de ces médicaments psychotropes	13,3	15,2	15,9	16,2	15,5
Moyennes au sein de la population de 15 ans et plus	m	m	m	m	m
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,4
Niveau de vitalité (100 = le plus d'énergie)		62,6	62,4	61,1	60,1
Score de bien-être (12 = le moins bien)	1,3	1,3	1,3	1,7	1,7

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018 ; (*) Changement de questionnaire entre 2013 et 2018.

Tableau 2 | Troubles psychiques infanto-juvéniles, Belgique, Enquête de santé 2018

Pourcentage des enfants/jeunes de 2 à 18 ans	Filles		Garçons	
	État limite (%)	Cas probable (%)	État limite (%)	Cas probable (%)
Avec un trouble émotionnel	8,9	10,7	9,1	9,4
Avec un trouble des conduites	6,9	7,9	11,3	10,7
Avec un trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité	5,1	9,8	6,4	13,5
Avec un trouble relationnel	8,0	8,8	10,7	13,1
Avec un trouble du comportement prosocial	6,2	5,9	6,0	8,6
Avec une psychopathologie	5,3	7,7	7,4	9,6
Avec des difficultés perçues par les parents		6,9		10,0

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2018

2. RÉGION FLAMANDE

Tableau 3 | Evolution en Région flamande de 2001 à 2018, Enquête de santé 2018

	2001	2004	2008	2013	2018
Pourcentage de la population de 15 ans et plus	%	%	%	%	%
Très satisfaite de sa vie					24,7
Peu satisfaite de sa vie					9,0
Avec un niveau d'énergie vitale optimal		25,2	22,9	19,1	17,0
Avec un mal-être psychologique (GHQ 2+)	22,1	20,9	23,5	29,3	29,8
Avec une souffrance mentale pathologique (GHQ 4+)	11,5	11,2	12,7	16,0	15,0
Avec un trouble du comportement alimentaire				6,5	5,7
Avec une anxiété généralisée *	5,3	5,3	5,8	9,2	8,6
Avec un trouble dépressif (caractérisé ou autres) *	7,7	6,8	8,2	13,3	6,4
Avec une dépression caractérisée (ou majeure)					3,2
Ayant eu des pensées suicidaires au cours de la vie		9,8	9,8	12,6	12,9
Ayant eu des pensées suicidaires les 12 derniers mois		-	2,9	4,9	3,3
Ayant tenté de se suicider au cours de la vie		2,3	4,0	3,4	3,4
Ayant tenté de se suicider les 12 derniers mois		0,3	0,4	0,5	0,1
Ayant auto-proclamé une dépression ces 12 derniers mois	4,9	4,8	5,1	5,9	6,7
Prenant des antidépresseurs	3,8	4,6	4,9	6,7	6,6
Prenant des somnifères ou tranquillisants	9,8	11,5	12,0	13,0	12,4
Prenant au moins un de ces médicaments psychotropes	11,3	13,3	13,9	15,5	15,3
Moyennes au sein de la population de 15 ans et plus	m	m	m	m	m
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,6
Niveau de vitalité (100 = le plus d'énergie)		67,4	66,2	64,6	63,4
Score de bien-être (12 = le moins bien)	1,1	1,1	1,2	1,5	1,5

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018 ; (*) Changement de questionnaire entre 2013 et 2018.

Tableau 4 | Troubles psychiques infanto-juvéniles, Région flamande, Enquête de santé 2018

Pourcentage des enfants/jeunes de 2 à 18 ans	Filles		Garçons	
	État limite (%)	Cas probable (%)	État limite (%)	Cas probable (%)
Avec un trouble émotionnel	9,5	10,0	8,8	5,7
Avec un trouble des conduites	6,1	7,1	9,1	9,1
Avec un trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité	5,1	10,8	7,8	14,5
Avec un trouble relationnel	6,5	10,4	9,9	12,3
Avec un trouble du comportement prosocial	5,9	7,1	4,6	7,4
Avec une psychopathologie	5,6	7,6	7,2	7,5
Avec des difficultés perçues par les parents	7,2		8,3	

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2018

3. RÉGION BRUXELLOISE

Tableau 5 | Evolution en Région bruxelloise de 2001 à 2018, Enquête de santé 2018

	2001	2004	2008	2013	2018
Pourcentage de la population de 15 ans et plus	%	%	%	%	%
Très satisfaite de sa vie					21,7
Peu satisfaite de sa vie					12,3
Avec un niveau d'énergie vitale optimal		8,8	9,0	9,6	9,9
Avec un mal-être psychologique (GHQ 2+)	30,6	30,7	34,3	39,8	39,1
Avec une souffrance mentale pathologique (GHQ 4+)	16,8	15,9	19,3	24,9	21,6
Avec un trouble du comportement alimentaire				12,6	10,1
Avec une anxiété généralisée *	7,2	7,0	9,1	11,7	12,4
Avec un trouble dépressif (caractérisé ou autres) *	10,0	9,5	13,8	18,2	12,8
Avec une dépression caractérisée (ou majeure)					6,2
Ayant eu des pensées suicidaires au cours de la vie		16,6	16,1	17,5	14,3
Ayant eu des pensées suicidaires les 12 derniers mois		-	5,5	5,5	4,9
Ayant tenté de se suicider au cours de la vie		5,6	6,2	5,8	4,2
Ayant tenté de se suicider les 12 derniers mois		0,6	0,5	0,6	0,3
Ayant auto-proclamé une dépression ces 12 derniers mois	8,9	7,5	7,3	7,7	7,7
Prenant des antidépresseurs	6,4	7,0	7,0	6,9	8,1
Prenant des somnifères ou tranquillisants	13,8	14,5	15,1	10,5	9,7
Prenant au moins un de ces médicaments psychotropes	15,7	16,7	16,5	13,4	13,3
Moyennes au sein de la population de 15 ans et plus	m	m	m	m	m
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,0
Niveau de vitalité (100 = le plus d'énergie)		56,1	54,6	55,0	55,7
Score de bien-être (12 = le moins bien)	1,6	1,6	1,8	2,2	2,1

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018; (*) Changement de questionnaire entre 2013 et 2018.

Tableau 6 | Troubles psychiques infanto-juvéniles, Région bruxelloise, Enquête de santé 2018

Pourcentage des enfants/jeunes de 2 à 18 ans	Filles		Garçons	
	État limite (%)	Cas probable (%)	État limite (%)	Cas probable (%)
Avec un trouble émotionnel	8,8	10,2	7,6	9,2
Avec un trouble des conduites	8,8	9,7	11,2	11,1
Avec un trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité	5,8	6,1	4,9	12,8
Avec un trouble relationnel	11,2	8,9	8,8	10,9
Avec un trouble du comportement prosocial	5,1	5,6	6,4	11,8
Avec une psychopathologie	4,9	6,6	6,7	7,1
Avec des difficultés perçues par les parents		4,7		9,5

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2018

4. RÉGION WALLONNE

Tableau 7 | Evolution en Région wallonne de 2001 à 2018, Enquête de santé 2018

	2001	2004	2008	2013	2018
Pourcentage de la population de 15 ans et plus	%	%	%	%	%
Très satisfaite de sa vie					17,6
Peu satisfaite de sa vie					16,5
Avec un niveau d'énergie vitale optimal		7,8	10,5	9,5	10,2
Avec un mal-être psychologique (GHQ 2+)	28,2	29,7	28,7	34,9	37,1
Avec une souffrance mentale pathologique (GHQ 4+)	15,2	14,6	15,1	19,9	21,6
Avec un trouble du comportement alimentaire				11,2	9,1
Avec une anxiété généralisée *	7,9	7,3	7,2	11,4	15,5
Avec un trouble dépressif (caractérisé ou autres) *	10,1	9,7	11,0	16,8	13,8
Avec une dépression caractérisée (ou majeure)					7,4
Ayant eu des pensées suicidaires au cours de la vie		15,5	14,4	15,5	15,8
Ayant eu des pensées suicidaires les 12 derniers mois		-	4,5	5,1	5,9
Ayant tenté de se suicider au cours de la vie		5,9	6,4	5,5	6,0
Ayant tenté de se suicider les 12 derniers mois		0,6	0,5	0,3	0,4
Ayant auto-proclamé une dépression ces 12 derniers mois	8,0	7,5	7,4	7,6	8,4
Prenant des antidépresseurs	6,6	8,3	6,6	9,5	9,2
Prenant des somnifères ou tranquillisants	13,9	15,9	18,3	14,4	13,1
Prenant au moins un de ces médicaments psychotropes	16,2	18,4	19,4	18,6	16,5
Moyennes au sein de la population de 15 ans et plus	m	m	m	m	m
Satisfaction de vie (10 = le plus satisfait)					7,1
Niveau de vitalité (100 = le plus d'énergie)		55,5	56,6	55,2	55,1
Score de bien-être (12 = le moins bien)	1,5	1,5	1,5	1,8	2,0

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018; (*) Changement de questionnaire entre 2013 et 2018.

Tableau 8 | Troubles psychiques infanto-juvéniles, Région wallonne, Enquête de santé 2018

	Filles		Garçons	
	État limite (%)	Cas probable (%)	État limite (%)	Cas probable (%)
Pourcentage des enfants/jeunes de 2 à 18 ans				
Avec un trouble émotionnel	8,0	11,9	10,2	15,4
Avec un trouble des conduites	7,5	8,6	14,7	13,2
Avec un trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité	4,9	9,4	4,7	12,1
Avec un trouble relationnel	9,5	6,3	12,7	14,8
Avec un trouble du comportement prosocial	6,9	4,0	8,1	9,3
Avec une psychopathologie	4,9	8,4	7,9	13,6
Avec des difficultés perçues par les parents		7,3		12,9

Source: Enquête de Santé, Belgique, 2018

CONTACT

Lydia Gisle • T+32 2 642.57.53 • Lydia.Gisle@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

—

Rendez-vous sur notre site
web >www.sciensano.be ou
contactez-nous à l'adresse
>Info@sciensano.be

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

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2020/14.440/3.