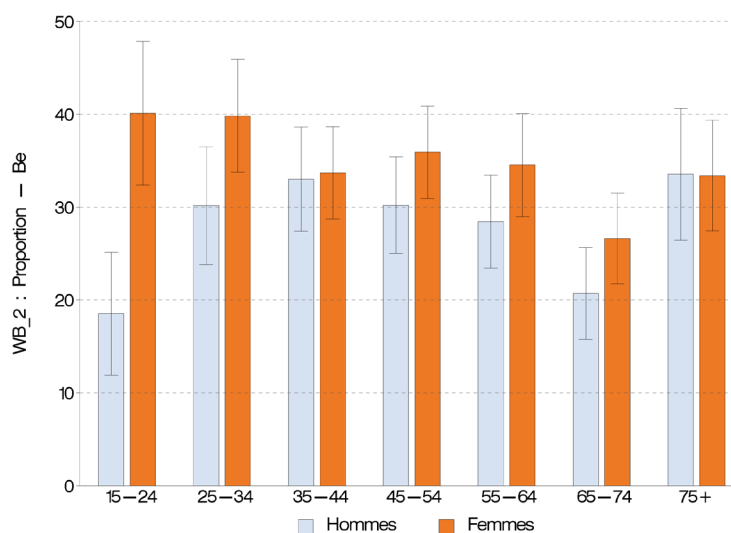


Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être affectées (Figure 4). Il est frappant de constater que les jeunes femmes (15-24 ans) sont déjà très nombreuses (40%) à rapporter des difficultés psychologiques, alors que les garçons du même âge sont moitié moins nombreux qu'elles à les expérimenter. Pour ce qui est de l'âge, sans distinction de sexe, les indices de mal-être sont plus fréquents parmi les individus d'âge actif, c'est-à-dire entre 25 et 64 ans.

Figure 4 | Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant des difficultés psychologiques récentes, selon le score au GHQ-12 dichotomisé à [2+], par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2013



Le mal-être psychologique et l'énergie vitale varient en fonction du niveau d'éducation : les personnes moins instruites rencontrent plus souvent des difficultés psychologiques et manifestent un niveau d'énergie moins élevé que celles plus éduquées.

Les difficultés psychologiques et une moindre énergie vitale touchent davantage les habitants des grandes villes, en comparaison avec les zones rurales ou semi-urbaines. C'est d'ailleurs en Région bruxelloise que l'on trouve la plus forte concentration de personnes avec des difficultés psychologiques (40%) par rapport aux Régions wallonne (35%) et flamande (29%). Les habitants de la Région flamande ont aussi un niveau moyen d'énergie supérieur (score moyen de 65) à celui des habitants des Régions wallonne et bruxelloise (55 respectivement en moyenne).

Tableau 6 | Tableau de synthèse pour le mal-être psychologique et la vitalité

	1997	2001	2004	2008	2013
Score moyen au sein de la population (de 15 ans et plus) :					
de mal-être psychologique (GHQ-12)	1,6	1,3	1,3	1,3	1,7
d'énergie vitale (SF-36)			63	62	61
Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui présente :					
des difficultés psychologiques (GHQ 2+)	31%	25%	24%	26%	32%
une psychopathologie probable (GHQ 4+)	17%	13%	13%	14%	18%
un niveau optimal d'énergie vitale (VT)			18%	18%	16%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

TROUBLES ÉMOTIONNELS

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Dans l'enquête de 2013, les troubles émotionnels recouvrent indépendamment les troubles anxieux, dépressifs et du sommeil. Il est apparu que :

- La prévalence de ces troubles au sein de la population de 15 ans et plus a fortement augmenté au cours de ces cinq dernières années, et ce, dans toutes les Régions du pays.
- En 2013, la prévalence des troubles émotionnels au sein de la population de 15 ans et plus a sensiblement augmenté parmi les jeunes de 15-24 ans, qui semblaient relativement préservés auparavant.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à connaître des troubles émotionnels.
- Les personnes moins scolarisées sont plus vulnérables face aux troubles émotionnels.
- Les habitants de la Flandre sont moins nombreux à connaître des troubles d'ordre émotionnels que les habitants des deux autres Régions du pays.

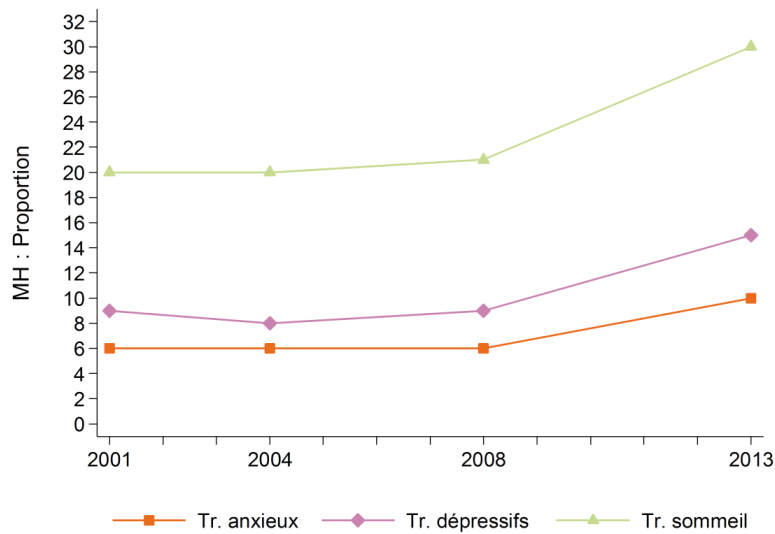
Les troubles du comportement alimentaire (anorexie-boulimie) ont aussi été examinés en 2013 :

- Les troubles du comportement alimentaire apparaissent plus fréquemment parmi les jeunes femmes de 15 à 34 ans, les personnes moins instruites et vivant en ville.

Les «troubles émotionnels» recouvrent dans l'enquête de santé les troubles dépressifs, anxieux et/ou du sommeil. Le questionnaire utilisé pour évaluer ces affections (SCL-90-R) ne permet pas de poser un diagnostic, mais donne une indication sur la problématique en jeu à partir de la présence et de la sévérité des symptômes spécifiques recensés. Les résultats portent sur la proportion de personnes qui présentent un ensemble de symptômes suffisamment intenses pour que ces individus soient considérés comme ayant le trouble défini. Par ailleurs, les troubles du comportement alimentaire (anorexie-boulimie, non différenciées) sont mesurés pour la première fois par le biais d'un instrument de dépistage à cinq items (SCOFF). Ce trouble est considéré comme étant probablement présent si le répondant cumule au moins deux parmi les cinq symptômes.

Les résultats obtenus pour les troubles émotionnels spécifiques ont montré que 10% de la population de 15 ans et plus éprouve des manifestations anxieuses, 15% présente les signes d'un trouble dépressif, et 30% rapporte des troubles du sommeil. Notons que toutes ces affections sont en recrudescence dans la population depuis l'enquête de 2008 (Figure 5). Il existe une forte comorbidité entre les troubles émotionnels étudiés : la présence conjointe d'une symptomatologie dépressive et anxieuse touche 9% de la population, et 7% accumule les trois désordres à la fois, incluant les troubles du sommeil. En outre, 8% de la population pourrait souffrir d'un trouble du comportement alimentaire.

Figure 5 | Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui souffre de troubles émotionnels, par année, Enquête de santé, Belgique, 2013



Ces troubles psycho-émotionnels sont plus courants chez les femmes que chez les hommes (Tableau 7), et tous dépendent, d'une façon ou d'une autre, de l'âge. Par exemple, les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents parmi les jeunes (femmes) et tendent à diminuer avec l'âge. Par contre, l'âge critique pour les troubles anxieux et dépressifs se situe entre 45 et 65 ans, et après 75 ans; enfin, les troubles du sommeil, déjà présents chez un jeune sur quatre de 15-24 ans, deviennent aussi plus fréquents à mesure que l'on avance en âge (37% des séniors). Il est important de souligner que c'est au sein du groupes des jeunes femmes de 15 à 24 ans que la prévalence des troubles psycho-émotionnels a connu la plus forte augmentation entre 2008 et 2013.

On observe aussi un gradient socio-éducatif dans la distribution des troubles émotionnels, avec des prévalences qui diminuent à mesure que le niveau d'éducation s'accroît. Les prévalences sont moins élevées en Région flamande que dans les deux autres Régions du pays. Malgré cela, les résultats ont mis en exergue en Flandre un plus grand nombre relatif de jeunes femmes (15-24 ans) ayant des troubles émotionnels par rapport aux autres Régions du pays : par exemple, la prévalence des troubles du comportement alimentaire (18%), les troubles anxieux (16%) et dépressifs (25%) y sont particulièrement élevés.

Tableau 7 | Tableau de synthèse pour les troubles émotionnels

	2001	2004	2008	2013
Pourcentage des femmes (de 15 ans et plus) qui présente :				
des troubles dépressifs	11%	10%	13%	18%
des troubles anxieux	8%	8%	8%	13%
des troubles du sommeil	23%	23%	24%	33%
des troubles alimentaires				10%
Pourcentage des hommes (de 15 ans et plus) qui présente :				
des troubles dépressifs	6%	6%	6%	11%
des troubles anxieux	4%	4%	4%	7%
des troubles du sommeil	17%	17%	18%	26%
des troubles alimentaires				6%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

RÉSULTATS PRINCIPAUX

- Les idées suicidaires et tentatives de suicide récentes (<12 mois) concernent autant les hommes que les femmes (au sein de la population âgée de 15 ans et plus).
- L'âge critique pour les idées suicidaires et tentatives de suicide se situe entre 45 et 54 ans.
- Les idées suicidaires ne sont pas liées au niveau d'éducation, mais le passage à l'acte le serait : les personnes avec un niveau universitaire sont moins nombreuses à avoir tenté de mettre fin à leurs jours, que ce soit au cours de leur vie ou des 12 derniers mois.
- La Région flamande obtient des chiffres plus favorables que les deux autres Régions du pays pour les indicateurs de parasuicide au cours de l'existence, mais les différences régionales ne sont plus observées pour les pensées et tentatives de suicide récentes (< 12 mois).
- Le nombre de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois rapporté en 2013 n'a pas augmenté par rapport à 2004 et 2008.

Les comportements suicidaires et le suicide accompli constituent un problème important de santé publique et leur prévention est devenue une priorité selon l'OMS. Le taux de suicide en Belgique, parmi les plus élevés d'Europe, est estimé à 18 pour 100 000 habitants en 2010. Une tentative de suicide est le principal facteur de risque de suicide ultérieur dans la population générale.

Quatre questions sont dévolues aux comportements suicidaires dans l'enquête de santé : deux concernent le fait d'avoir sérieusement pensé à se suicider et deux autres questions portent sur le fait d'avoir posé un acte suicidaire. Une distinction est faite entre les pensées ou comportements qui ont eu lieu au cours de l'existence, et ceux qui ont eu lieu au cours des 12 mois précédant l'enquête.

En Belgique, 14% de la population a déjà pensé à mettre fin à ses jours et 4% a déjà posé un acte suicidaire. Si l'on se réfère aux douze mois précédant l'enquête, 5% ont pensé au suicide et 4 personnes sur mille auraient tenté de se donner la mort. On n'observe pas de distinction de sexe en ce qui concerne les pensées et tentatives de suicide qui ont eu lieu dans l'année écoulée. L'âge critique pour les pensées et actes suicidaires se situerait entre 45 et 54 ans. Si les individus de toutes les couches sociales connaissent des pensées suicidaires, un haut niveau d'éducation est un facteur qui semble prévenir le passage à l'acte dans une certaine mesure.

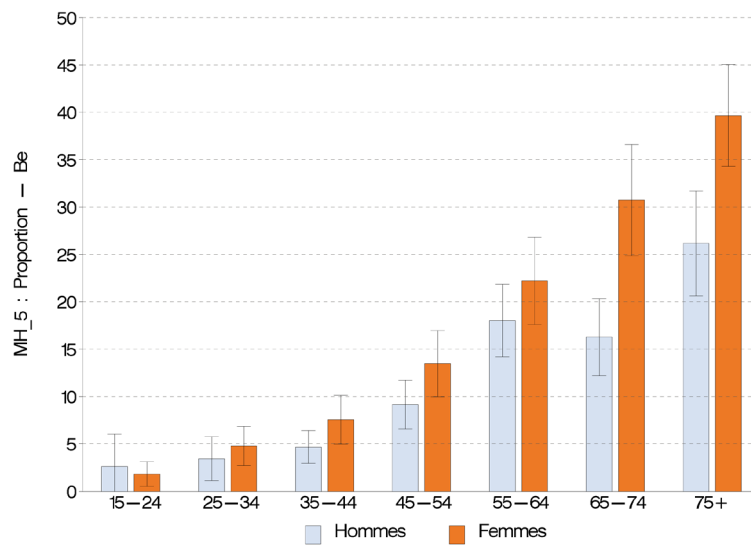
Les chiffres du suicide sont restés stables depuis la dernière enquête de 2008, au niveau national et dans les Régions. Les analyses régionales ont révélé que les pensées et comportements suicidaires au cours de la vie sont moins souvent rapportés en Région flamande par rapport aux autres Régions du pays, mais que la Flandre ne se distingue cependant pas des autres Régions pour ce qui concerne ces pensées et comportements au cours de l'année écoulée.

Tableau 8 | Tableau de synthèse pour les comportements suicidaires

	2004	2008	2013
Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) qui a :			
déjà sérieusement pensé à se suicider au cours de sa vie	12%	12%	14%
déjà tenté de se suicider au cours de sa vie	3,7%	4,9%	4,2%
pensé à se suicider dans les 12 derniers mois		3,6%	5,0%
tenté de se suicider dans les 12 derniers mois	0,4%	0,4%	0,4%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

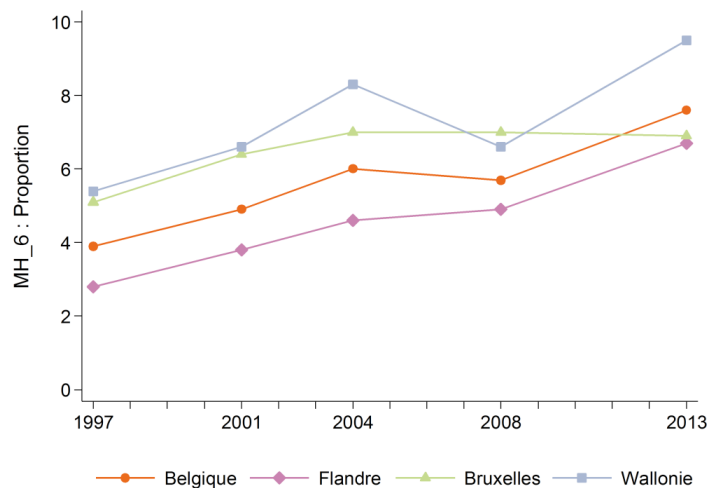
Figure 6 | Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant consommé au cours des 2 dernières semaines des sédatifs, par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2013



La consommation de médicaments psychotropes est plus importante chez les personnes les moins scolarisées (33%) et diminue jusqu'à 11% parmi les personnes les plus instruites.

C'est en Région wallonne que l'utilisation des médicaments psychotropes est la plus courante (19%), en comparaison avec les Régions bruxelloise (13%) et flamande (16%).

Figure 7 | Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant consommé au cours des 2 dernières semaines des antidépresseurs, par année et par Région, Enquête de santé, Belgique, 2013



Il est toutefois rassurant de constater que la consommation de sédatifs (somnifères et tranquillisants) ne semble pas avoir augmenté dans la population depuis l'enquête de 2004 (13%), elle aurait même diminué parmi les femmes entre 2008 (19%) et 2013 (16%). En revanche, l'utilisation des antidépresseurs continue de progresser dans le temps, dans les Régions flamande et wallonne (Figure 7). Cette augmentation de la prise d'antidépresseurs appelle à une plus forte vigilance quant à leur prescription adéquate.

Tableau 9 | Tableau de synthèse pour l'utilisation de médicaments psychotropes

	1997	2001	2004	2008	2013
Pourcentage des femmes de 15 ans ou plus qui consomment :					
des médicaments psychotropes, soit:	13%	17%	19%	21%	20%
des somnifères et tranquillisants	11%	15%	16%	19%	16%
des antidépresseurs	5,2%	6,3%	8,2%	7,4%	9,5%
Pourcentage des hommes de 15 ans ou plus qui consomment :					
des médicaments psychotropes, soit:	7%	10%	11%	10%	12%
des somnifères et tranquillisants	6%	8%	10%	9%	10%
des antidépresseurs	2,5%	3,5%	3,7%	3,8%	5,6%

Source: Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013.

DOULEUR PHYSIQUE

RÉSULTATS PRINCIPAUX

- Dans la population âgée de 15 ans et plus, les femmes éprouvent plus de douleur physique que les hommes.
- Plus une population est vieillissante, plus la prévalence des problèmes de douleur est élevée.
- Les personnes moins instruites souffrent davantage de douleur physique que les plus instruites.
- La prévalence de la douleur physique est plus faible en Région flamande qu'en Région wallonne et en Région bruxelloise.
- Outre les limitations physiques qu'elle impose, la douleur physique présente également des conséquences négatives pour la santé mentale.

La douleur physique est une dimension importante du bien-être général. Elle a un impact négatif considérable sur la qualité de vie, tant du point de vue physique et social que sur le plan mental. En dehors de son impact social, la douleur physique présente également un impact économique important. À cet égard, la reconnaissance de la douleur en tant que problème de santé publique est cruciale.

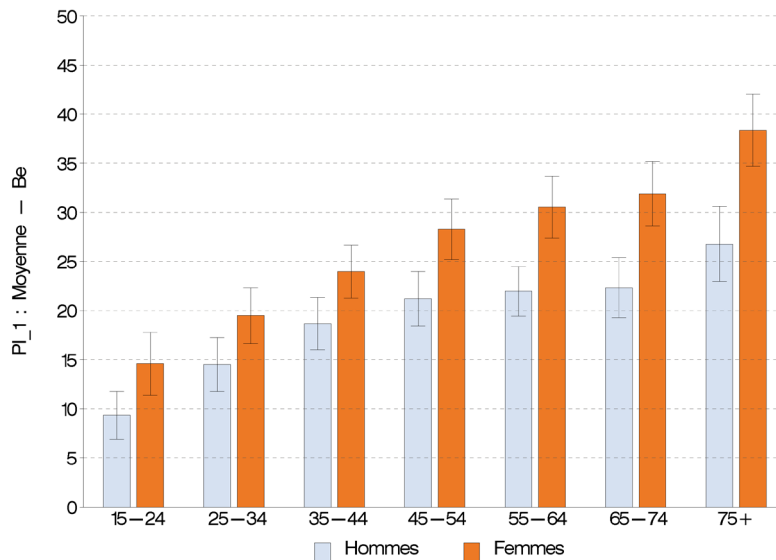
L'enquête de santé étudie l'impact de la douleur physique sur la vie quotidienne de la population âgée de 15 ans et plus à partir de deux questions du SF-36¹, l'une se rapportant à l'importance (ou l'intensité) de la douleur ressentie, et l'autre aux restrictions qu'elle occasionne. Un score de douleur physique est calculé à partir de la combinaison de ces deux questions. Ce score dépeint le niveau de gêne lié à la douleur physique au sein de la population : plus le score est élevé, plus il reflète la présence d'une douleur physique incommode.

Le score moyen de douleur physique dans la population de 15 ans et plus en Belgique est de 23 (sur un maximum de 100). Ce score est plus élevé chez les femmes (27) que chez les hommes (19). Les personnes

1 Le SF-36 est un questionnaire validé qui mesure l'état de santé selon un certain nombre de dimensions.

âgées sont aussi souvent plus gênées par une douleur physique que les jeunes (Figure 8) : au-delà de 75 ans, le score moyen de douleur est de 34. Les personnes les moins scolarisées présentent un score de douleur plus élevé (34) par rapport aux personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé (20).

Figure 8 | Score SF-36 moyen de douleur physique dans la population (de 15 ans et plus), par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2013



Le score moyen de la douleur est plus faible en Région flamande (22) qu'en Région wallonne (25) et en Région bruxelloise (24).

Outre les limitations physiques que la douleur entraîne, il existe aussi un lien évident entre la présence d'une douleur physique et la santé mentale. En effet, les personnes sujettes à une douleur physique ont plus de risques de présenter des troubles dépressifs et des troubles du sommeil.

Les résultats obtenus peuvent s'expliquer par différents phénomènes. Les divergences hommes-femmes observées dans le rapport à la douleur sont liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les résultats concernant l'âge peuvent être dus au fait que le vieillissement entraîne avec lui plus de maladies chroniques et donc plus de douleur. Les inégalités sociales dans la douleur peuvent s'expliquer par le fait qu'un faible niveau d'instruction va souvent de pair avec des emplois physiquement lourds, surtout chez les hommes, et avec des conditions de travail plus difficiles sur le plan psychosocial. Dans ce cas, la prévention sur le lieu de travail constitue donc une nécessité.

Indépendamment des limitations physiques qu'elle impose, la douleur chronique présente également des conséquences négatives pour la santé mentale. Le lien entre la douleur et les comorbidités agit souvent dans les deux sens. Ainsi, les troubles du sommeil peuvent découler d'une douleur chronique, mais aussi faire en sorte que la douleur persiste. C'est pourquoi il est important d'adopter une approche multidisciplinaire pour améliorer la qualité de vie des personnes sujettes à des douleurs physiques.

Enfin, même si on note une tendance légèrement à la baisse de la prévalence de la douleur en Belgique, une priorité absolue doit être accordée à la prise en charge de la douleur chronique, dans la mesure où les frais qui y sont associés sont considérables pour le système de santé, pour le patient proprement dit et pour la société.

Tableau 10 | Tableau de synthèse pour la douleur physique

	1997	2008	2013
Score moyen de douleur physique dans la population (de 15 ans et plus)	23,1	24,3	23,0
Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) :			
ayant ressenti des douleurs physiques au cours des 4 dernières semaines.	20,3%	28,4%	26,0%
gênée par la douleur physique dans la réalisation des activités courantes au cours des 4 dernières semaines	26,6%	37,4%	35,7%

Source : Enquête de santé, Belgique, 1997, 2008, 2013

QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ

RÉSULTATS PRINCIPAUX:

- Dans la population âgée de 15 ans et plus, les hommes rapportent une meilleure qualité de vie liée à la santé (QdVS) que les femmes.
- Le niveau de QdVS diminue avec l'âge.
- Les personnes plus instruites rapportent une meilleur QdVS que les moins instruites.
- La QdVS est meilleure dans la Région flamande que dans la Région bruxelloise et dans la Région wallonne.

La qualité de vie liée à la santé (QdVS) est un concept complexe et multidimensionnel qui va au-delà des indicateurs traditionnels de morbidité et de mortalité pour mesurer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie.

Ce concept a initialement été développé pour des objectifs économiques. En effet, la QdVS permet une meilleure rationalisation des soins de santé grâce à l'intégration de cet indicateur dans les analyses médico-économiques. Mais en plus de son utilisation économique, ce concept est de plus en plus utilisé actuellement pour décrire la QdVS au niveau de la population. Pour ce faire, des instruments de mesure de la QdVS sont intégrés dans des enquêtes de population, comme par exemple, en Espagne, en Allemagne, aux États-Unis et au Canada.

En 2013, l'enquête de santé belge intègre pour la première fois le EQ-5D, une échelle de qualité de vie standardisée, développée par un groupe européen l'EuroQol group. Il s'agit d'un questionnaire simple et rapide qui permet d'évaluer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie selon cinq dimensions : mobilité, autonomie personnelle, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression.

Sur la base des réponses relatives aux cinq dimensions, il est possible d'attribuer à chaque répondant un score de QdVS. Ce score, qu'on nomme score EQ-5D, varie entre 0 et 1 (1 étant la meilleure QdVS possible). Le score EQ-5D moyen au sein de la population âgée de 15 ans et plus est de 0,81.

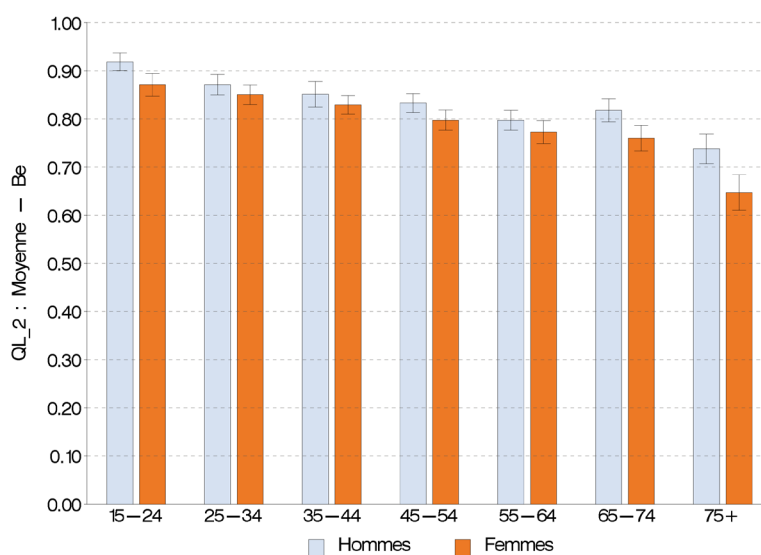
Ce questionnaire permet aussi d'évaluer la perception du répondant par rapport à son état de santé global grâce à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), une échelle graduée de 0 à 100 (100 étant le meilleur état possible). Le score moyen de l'EVA au sein de la population âgée de 15 ans et plus est de 76,9.

Sur la base de nos analyses, nous avons détecté des variations de la QdVS en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction et de la région de résidence.

Les hommes rapportent une meilleur QdVS que les femmes avec un score EQ-5D significativement plus élevé pour les hommes (0,84) que pour les femmes (0,79).

La QdVS diminue généralement avec l'âge. Le score EQ-5D est de 0,89 pour les 15-24 ans contre 0,68 pour les plus de 75 ans. Il est cependant intéressant de noter qu'il y a une tendance vers une amélioration du score EQ-5D parmi les hommes en âge de la pension (65-74 ans) (Figure 9).

Figure 9 | Score moyen de qualité de vie liée à la santé au sein de la population (de 15 ans et plus), par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2013



La QdVS augmente significativement avec le niveau d'instruction. Par exemple, le score EQ-5D moyen est significativement moins élevé pour le groupe le moins scolarisé (0,67) que pour celui des plus scolarisés (0,85).

La QdVS varie aussi par Région. On observe un score EQ-5D moyen significativement plus élevé dans la Région flamande (0,83) que dans la Région bruxelloise (0,80) et dans la Région wallonne (0,78).

Finalement, cet instrument permet non seulement d'évaluer la QdVS par rapport à des caractéristiques sociodémographiques, mais il permet aussi d'évaluer l'impact de différents facteurs de risques et maladies. Comme exemple, nous avons étudié l'association entre la QdVS et les maladies chroniques. Nous observons un score EQ-5D moyen significativement plus bas chez les personnes qui déclarent souffrir d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps (0,67) par rapport à celles qui n'en déclarent pas (0,87).

Tableau 11 | Tableau de synthèse pour la qualité de vie liée à la santé

	2013
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui :	
déclare avoir des problèmes de mobilité selon le EQ-5D	18,5%
déclare avoir des problèmes d'autonomie selon le EQ-5D	6,9%
déclare avoir des problèmes pour accomplir les activités courantes selon le EQ-5D	17,9%
déclare avoir des douleurs ou de la gêne selon le EQ-5D	50,1%
déclare avoir de l'anxiété ou souffrir de dépression selon le EQ-5D	26,5%
ne déclare aucun problème de santé selon le EQ-5D	41,5%
Score moyen au sein de la population âgée de 15 ans et plus :	
de qualité de vie liée à la santé (score EQ-5D)	0,81 (sur 1)
de l'état de santé global mesuré par l'échelle visuelle analogique (EVA)	76,9 (sur 100)

ARRÊT DE TRAVAIL POUR CAUSE DE PROBLÈMES PERSONNELS DE SANTÉ

RÉSULTATS PRINCIPAUX

- L'arrêt de travail pour cause de maladie est un problème fréquent : 36% des hommes actifs et 44% des femmes actives sont absents du travail pour cause de maladie au moins une fois sur une base annuelle.
- L'arrêt de travail pour maladie ne présente en règle générale aucun lien avec l'âge. La fréquence relativement élevée (au moins une fois) de l'absence des jeunes femmes actives constitue une exception.
- En moyenne, les hommes actifs sont en arrêt de travail pour cause de maladie huit jours par an ; chez les femmes actives, il s'agit en moyenne de 15 jours.
- Chez les femmes, la moyenne du nombre de jours d'arrêt de travail pour maladie est la plus élevée dans la tranche d'âge des 15 à 34 ans ; chez les hommes le nombre moyen est le plus élevé dans la tranche d'âge des 55 à 64 ans.

L'arrêt de travail pour cause de maladie est une problématique qui occupe une place de plus en plus importante dans l'actualité socioéconomique belge et européenne. De nombreuses causes possibles sont évoquées pour expliquer l'absentéisme et elles concernent principalement (a) le contexte social comme le régime de sécurité sociale, (b) les caractéristiques de l'activité professionnelle, comme la charge de travail et (c) des facteurs individuels comme l'âge et l'état de santé. Dans l'enquête de santé, l'attention est uniquement axée sur les problèmes personnels de santé qui sont la cause d'un arrêt de travail.

Deux questions ont été traitées dans ce cadre : l'une permettant de déterminer si les répondants occupant une activité professionnelle avaient été en arrêt de travail pour des problèmes de santé l'année

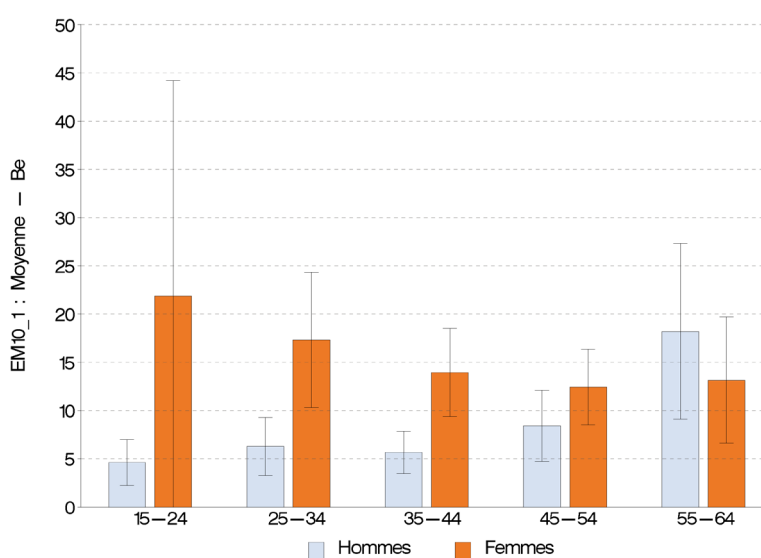
précédant l'enquête, et l'autre portant sur le nombre (total) de jours d'arrêt de travail au cours de cette année.

40% de la population active indique avoir été (au moins) une fois en arrêt de travail pour cause de maladie dans l'année précédant l'enquête. Ce pourcentage est nettement plus élevé chez les femmes (44%) que chez les hommes (36%). En règle générale, la prévalence de l'arrêt de travail (au moins une fois) diminue avec l'âge. Une exception à cette règle : la fréquence relativement élevée d'arrêts de travail (au moins une fois) chez les jeunes femmes actives.

L'arrêt de travail pour cause de maladie ne présente pas de relation avec le niveau d'éducation.

En moyenne, une personne active en Belgique est en arrêt de travail 11 jours par an pour cause de maladie. Chez les hommes, la moyenne est de 8 jours tandis que chez les femmes, celle-ci est nettement plus élevée : 15 jours en moyenne (Figure 10).

Figure 10 | Nombre moyen de jours d'arrêt de travail pour des problèmes personnels de santé au cours des 12 derniers mois au sein de la population active, par âge et par sexe, Belgique, Enquête de santé, 2013



Chez les femmes, le nombre moyen de jours d'arrêt de travail pour maladie est plus élevé dans les tranches d'âge les plus jeunes (15 – 34 ans), chez les hommes cette moyenne est la plus élevée dans la tranche d'âge des 55 à 64 ans.

Le nombre moyen de jours d'arrêt de travail ne présente pas de relation, du moins systématique, avec le niveau d'éducation.

Le nombre moyen de jours d'arrêt de travail pour des problèmes de santé est identique en Région flamande et en Région wallonne (12 jours en moyenne), alors que ce nombre est significativement moins élevé en Région bruxelloise (6 jours en moyenne).

Tableau 12 | Tableau de synthèse pour l'arrêt de travail pour cause de maladie

	2013
Pourcentage de la population active ayant rapporté un arrêt de travail pour des raisons de santé au cours des 12 derniers mois.	39,7%
Nombre moyen de jours d'arrêt de travail pour des raisons de santé au cours des 12 derniers mois au sein de la population active	11 jours

Site Internet

Rapport

Le rapport complet avec l'analyse des résultats, de même que le rapport succinct, peuvent être consultés sur le site web de l'Enquête de Santé à l'adresse suivante :

<http://his.wiv-isp.be/fr>

HISIA, le site web interactif

Les chercheurs et le public peuvent effectuer eux-mêmes certaines analyses via le site web interactif de l'Enquête de Santé, à l'adresse suivante :

<http://hisia.wiv-isp.be>

Les procédures à suivre pour réaliser des analyses sont expliquées sur le site. L'utilisation de ce site est très simple et ne nécessite pas de connaissance approfondie en statistique.

Le type d'analyses pouvant être effectuées est toutefois limité. Il s'agit essentiellement de prévalence, distribution ou de moyennes pour toute une série d'indicateurs et ce, en fonction de deux ou trois paramètres (comme l'âge, le sexe, etc.).

Les résultats obtenus sont pondérés pour être représentatifs de la population belge ; par contre, ils ne sont pas standardisés pour l'âge ou pour le sexe.

Les résultats de l'Enquête de Santé de 2013 seront progressivement diffusés sur le site internet, à chaque parution de rapports spécifiques.

© Institut Scientifique de Santé Publique
DIRECTION OPÉRATIONELLE
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE
Rue Juliette Wytsman
1050 Bruxelles | Belgique
www.wiv-isp.be

Éditeur responsable : Dr Johan Peeters
Numéro de dépôt : D/2014/2505/53