

L'Institut wallon de l'évaluation,
de la prospective et de la statistique



2022

GENRE

ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES EN WALLONIE

CAHIER

5

Genre et santé mentale

COLOPHON

Co-directrices de publication et auteures:

Sile O'Dorchai

(Directrice scientifique - Direction
«Recherche et Evaluation», IWEPS)

Rébecca Cardelli

(Attachée de recherche en études
genre - Direction «Recherche et
Evaluation», IWEPS)

Responsable du traitement statistique des données :

Annick Vandenhooft

(Chargée de recherche - Direction
«Données et Indicateurs», IWEPS)

IWEPS

Institut wallon de l'évaluation, de la
prospective et de la statistique

Route de Louvain-La-Neuve,2
5001 BELGRADE - NAMUR

Tel : 081 46 84 11

Fax : 081 46 84 12

<https://www.iweps.be>

info@iweps.be

Éditeur responsable : **Sébastien Brunet**

(Administrateur général, IWEPS)

Mise en page : **Aurélie Hendrickx**

(Chargée de communication, IWEPS)

Création graphique : **Deligraph** (<http://deligraph.com>)

N° de dépôt légal : D2022/10158/07

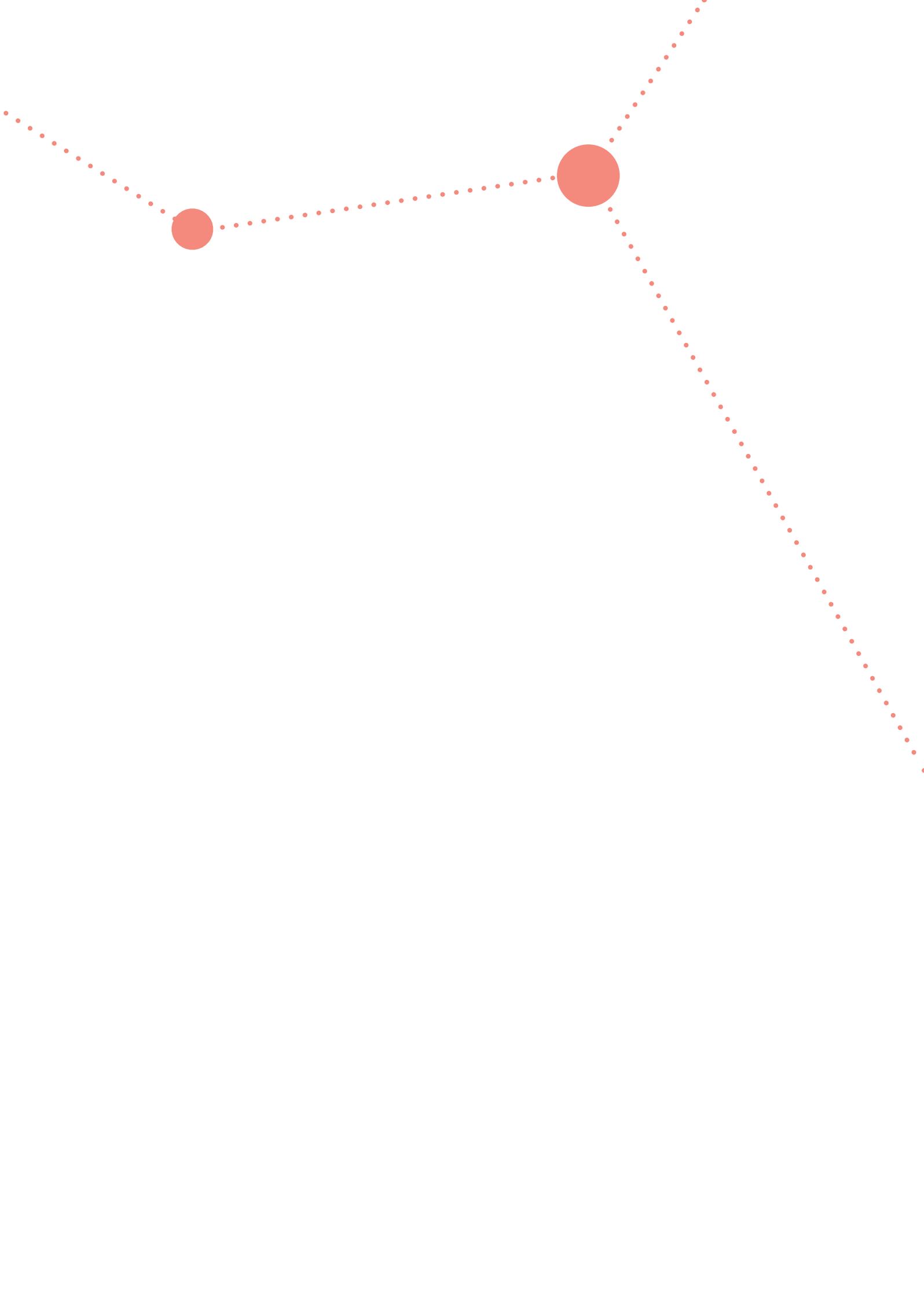


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION | 3

MESURER LA SANTÉ MENTALE | 8

LE TAUX DE SUICIDE | 9

LE MAL-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE | 24

EXPRESSION GENRÉE DU MAL-ÊTRE : LA TENTATIVE DE SUICIDE | 28

LES TROUBLES MENTAUX | 34

COVID-19 ET AGGRAVATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE EN WALLONIE | 45

L'UTILISATION DE PSYCHOTROPES | 51

CONCLUSION | 68

BIBLIOGRAPHIE | 70

La publication « Égalité entre les femmes et les hommes en Wallonie. Photographie statistique » a vu le jour en 2005, suite à la demande, adressée par le CWEHF (Conseil wallon de l'Égalité entre Hommes et Femmes) au Gouvernement wallon, de pouvoir disposer d'un outil statistique d'aide à la décision, qui analyse la situation contrastée des femmes et des hommes en Wallonie.

Cette publication s'inscrit pleinement dans le cadre des missions confiées à l'IWEPS et plus particulièrement du Plan Genre adopté par le Gouvernement wallon en 2014 et renouvelé en 2020¹. Ce plan vise à « lutter contre toute forme de discrimination et à intégrer la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales afin que les inégalités existantes soient éliminées et que les politiques publiques ne créent ni ne renforcent les inégalités entre les femmes et les hommes »².

La collecte de statistiques sexuées et le développement d'indicateurs de genre est un prérequis indispensable à la mise en place d'actions et de politiques qui visent à favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes de manière transversale au sein de notre société.

La question des inégalités entre

femmes et hommes se pose bien sûr en termes d'équité, mais elle se pose aussi en termes d'excellence et d'efficacité : de nombreuses études ont montré comment la non prise en compte du genre et l'absence de visibilité donnée aux recherches sur le genre ont conduit à des erreurs d'interprétation et à des découvertes insuffisamment efficaces. Cet aveuglement au genre ou cet impensé de l'intégration du genre dans la réflexion traverse toute une série de disciplines scientifiques.

La santé est un domaine, comme bien d'autres, où se redessinent les rapports sociaux de sexe à travers des représentations stéréotypées et sexistes, des pratiques différenciées tant dans le chef des professionnel·le·s de la santé que des patients et patientes mêmes. La non prise en compte de l'articulation sexe-genre contribue à expliquer la persistance d'inégalités entre femmes et hommes face à la maladie.

Travailler la question du genre va donc en effet au-delà de la simple production de statistiques sexuées. Comme le dit Bajos (2017) : « Il faut que ces données [sexuées] prennent en compte une approche problématisée du genre, des rapports sociaux de sexe, comme catégorie d'analyse qui permet d'objectiver et d'interpréter la réalité sociale ».

¹ Pour voir le contenu de ce Plan genre : <https://ediwall.wallonie.be/plan-genre-2020-2024-numerique-083464>

² Citation tirée de la description du Plan genre sur le site des éditions du service public de Wallonie : <https://ediwall.wallonie.be/plan-genre-2020-2024-numerique-083464>

Le présent cahier « genre et santé mentale » a pour objectif de replacer la question du genre au centre de l'analyse pour mieux comprendre la santé mentale des femmes et des hommes et tenter de lutter contre certaines représentations collectives et stéréotypées.

A partir principalement de statistiques wallonnes, les plus récentes sur le sujet, nous proposons une analyse qui tente d'aller au-delà de la simple lecture sexuée de chiffres, pour ne pas privilégier, comme souvent, une approche naturalisante des différences observées entre les femmes et les hommes.

En effet, comme le soulignent certaines auteures (Amsellem-Mainguy, Gelly et Vuattoux 2017³), l'analyse des différences entre les femmes et les hommes uniquement à travers les comportements de ceux-ci rend difficilement compte de la complexité de la réalité car elle a tendance à enfermer les deux sexes dans leur catégorie. Ce type de lecture cloisonnante ne prend pas en compte la dimension relationnelle du genre, c'est-à-dire les pratiques inégalitaires qui sous-tendent les relations entre les deux sexes, en raison du contexte social et politique dans lequel évoluent les individus.

Introduire une approche genrée de la santé participe également à l'amélioration de la santé au travers d'une meilleure compréhension des phénomènes qui touchent les femmes et les hommes. Ce dernier objectif répond également à l'un des droits fondamentaux qui est le droit à l'accès à la santé pour tous et toutes, en veillant à réduire les inégalités fondées sur le genre à l'intérieur du domaine de la santé qui ne sont pas sans conséquence sur la santé des femmes, mais également sur celle des hommes car les représentations stéréotypées touchent également ces derniers. Il reste toutefois rare que les décideur.e.s intègrent sous cette forme la dimension genre dans les politiques et programmes de santé.

Le sexe et le genre

Avant de rentrer dans le vif du sujet il est important de revenir sur la distinction entre sexe et genre, deux concepts qui continuent à être souvent confondus. Le sexe est l'appartenance biologique, un sexe est attribué à toute personne à sa naissance en fonction des organes visibles. Par contre, ce qui donne une réalité au sexe, ce sont les normes de genre.⁴ Le genre est donc, pour en donner une définition simple, une construction sociale des rapports de pouvoir entre les sexes et des rôles attachés aux sexes masculins et féminins dans la société.

³ Amsellem-Mainguy, Gelly et Vuattoux 2017, Dossier « La santé en action », n°441- Genre et santé, septembre 2017.

⁴ Butler, Judith (1988) "Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory", *Theatre Journal*, Vol. 40, N° 4. (December), pp. 519-531.

Le genre est ainsi un outil conceptuel qui permet de mettre en évidence les inégalités qui se dessinent entre les femmes et les hommes dans la sphère de la santé, mais il constitue également une grille d'analyse pertinente pour identifier les pistes d'action à privilégier, les changements à initier à différentes échelles dans le domaine de la santé pour déconstruire non seulement les représentations stéréotypées, mais agir également sur les pratiques de production et de consommation de biens et de services de santé pour plus d'égalité entre les individus.

Les statistiques que nous avons collectées dans cette publication témoignent de la diversité des situations rencontrées par les femmes et les hommes en matière de santé.

Le groupe des femmes comme celui des hommes est loin de constituer un groupe social homogène. « Les » hommes comme « les » femmes renvoient à des réalités distinctes. L'âge, l'origine, la composition du ménage, la classe sociale... sont autant de dimensions à prendre en compte pour comprendre les inégalités sociales qui existent entre les femmes et les hommes, mais également à l'intérieur de chaque groupe (Amsellem-Mainguy, Gelly et Vuattoux 2017).

Grâce à la mise en perspective d'une série d'indicateurs que nous avons choisis pour questionner la santé mentale des individus, mais aussi grâce à plusieurs lectures d'un même indicateur (envisagé sous différents angles), cette publication a pour objectif d'améliorer la compréhension de l'état de santé mentale des femmes et des hommes.

Les stéréotypes de genre dans la médecine

Pour comprendre l'origine des stéréotypes qui persistent dans le monde médical, il importe de revenir sur la dimension historique et notamment sur l'image de la femme dans la médecine à travers la pathologisation du corps féminin. Sujet (ou pourrait-on dire objet) de prédilection du développement de la science médicale/médecine, les femmes ont longtemps été considérées, jusqu'au 19^{ème} siècle, comme « d'éternelles malades » (Jules Michelet cité par Salle et Vidal, 2017) davantage exposées au corps médical en raison de préoccupations médicales liées à leur capacité de reproduction, réduisant ainsi le corps des femmes à leur fonction maternelle. Cette vision dominante par la médecine du corps des femmes comme corps reproducteur et cette pathologisation de leurs souffrances auront des conséquences sur les

représentations et les pratiques médicales, mais aussi sur les expériences des femmes en matière de santé.

Par ailleurs, il est utile de rappeler, pour comprendre les raisons pour lesquelles ces inégalités de genre persistent dans le monde médical, que la médecine est un champ de recherche qui, comme l'expliquent Salle et Vidal⁵, a été élaboré par des hommes. Ainsi, si le corps des femmes a fait l'objet d'une attention particulière dans l'histoire de la médecine, les femmes en tant que sujet d'analyse ont à l'inverse été longtemps absentes des recherches importantes en matière de santé publique, qu'il s'agisse de problèmes de santé comme l'alcoolisme ou les maladies cardiovasculaires pour ne citer que ces exemples (Membrano, 2006)⁶.

On se retrouve alors avec des protocoles principalement basés sur des études menées sur un seul sexe, mais qui sont cependant généralisés et appliqués à toute la population. L'effet de la non prise en compte du genre conduit à la mise en place de traitements convenant aux hommes dont les conséquences sur les femmes sont mal évaluées ou sous-évaluées, entraînant par conséquent des gaspillages considérables (Holdcroft 2007)⁷ et mettant en danger les

femmes comme le montrent Kim et al. (2010)⁸ pour les maladies cardiovasculaires. Comme le rappelle la cardiologue française Claire Mounier-Véhier « *Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité des femmes en Europe et dans les pays industrialisés. Elles tuent sept fois plus que le cancer du sein, mais restent pourtant encore souvent perçues comme des pathologies de l'homme* » (Mounier-Véhier et al. 2017⁹, Péchère A., Stalder H., 2000).

Malgré une féminisation de la médecine, de certaines professions en tout cas, la pensée médicale reste encore une pensée fortement « masculine » et « paternaliste » même si certain·e·s professionnel·le·s de la santé, certaines universités, certaines praticien·ne·s amènent des évolutions encourageantes qui témoignent de l'intérêt de la prise en compte du genre dans les pratiques en matière de santé.

On notera également que la place des femmes dans la recherche biomédicale commence depuis quelques années à faire l'objet d'une réflexion large. Le modèle standard d'autrefois qui plaçait l'homme comme la référence dans la recherche médicale, notamment pour des raisons liées à la protection des femmes enceintes, mais aussi « *parce que les cycles hormonaux de la femme*

⁵ Salle M., Vidal C. (2017). Femmes et santé, encore une affaire d'hommes? *Égale et égal*. Belin.

⁶ Membrado, M. (2006). Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 16-31. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0016>

⁷ Holdcroft A. (2007). « Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? » *Journal of the Royal Society of Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1177/014107680710000102>

⁸ Kim A. M., C. M. Tinggen et T. K. Woodruff (2010) « Sex bias in trials and treatment must end », *Nature*, n°465, pp. 688-689.

⁹ Péchère-Bertschi A., Stalder H. (2000). « Recherche clinique et femmes: le biais d'exclusion ». *Médecine et Hygiène*, n° 2316, p. 1923.

laissaient supposer qu'elle était moins « stable » dans le temps que l'homme et donc plus difficile à évaluer »¹⁰ a montré ses limites. Ces représentations et ces pratiques ont en effet conduit, comme le soulignent Vidal, Briot, Merchant. (citées par Dupuy Maury (2017))¹¹ à une série de discriminations, mais également à des pratiques aberrantes cherchant par exemple à analyser le lien entre certaines pathologies (obésité et cancer du sein et de l'utérus) à partir d'expérimentations menées exclusivement... sur des hommes.

La médecine offre d'amples exemples de la façon dont l'aveuglement au genre peut conduire à des erreurs de diagnostic : la recherche biomédicale, pour des raisons diverses, continue en effet d'utiliser nettement plus de sujets masculins que de sujets féminins tant au niveau de l'expérimentation animale qu'au niveau des tests cliniques, même si des efforts ont été réalisés dans ce domaine.

Pourtant, « même si mimer le genre sur les paillasses de laboratoire est loin d'être simple et si mener des recherches chez des modèles animaux et cellulaires des deux sexes est synonyme de surcoûts, développer la santé genrée

est aujourd'hui un enjeu de société », assure la neurobiologiste Catherine Vidal¹². Cela nécessite de travailler deux choses, la représentation des femmes parmi les chercheur·e·s et praticien·ne·s du domaine de la santé et faire évoluer les mentalités, en premier lieu celles des médecins et scientifiques.

C'est dans cette optique que s'inscrit notre cahier consacré au genre et à la santé mentale. Nous analyserons plus en profondeur quelques exemples de pathologies, de pratiques de consommation qui portent les marques de représentations fausses ou stéréotypées sur la santé mentale des femmes et des hommes. Nous proposerons d'analyser également une série de comportements qui sont le reflet de rapports de genre.

¹⁰ Cité par Françoise Dupuy Maury, p.28 « Sexe et genre. Mieux soigner les femmes et les hommes ». Revue *Science et santé*, novembre-décembre 2017, n°38.

¹¹ Dupuy Maury F. (2017) « Sexe et genre. Mieux soigner les femmes et les hommes ». Revue *Science et santé*, novembre-décembre 2017, n°38, p.27.

¹² p.38, Vidal C. citée par Françoise Dupuy Maury, *op. cit*

MESURER

LA SANTÉ MENTALE

Différents indicateurs sont souvent utilisés pour mesurer l'état de santé mentale des personnes. La santé mentale se définit par un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face aux difficultés normales de la vie, travailler avec succès et de manière productive et être en mesure d'apporter une contribution à la communauté (OMS, 2013). La santé mentale est une dimension importante de la santé des individus. Elle ne se résume pas à « *l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. (...) Elle est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* »¹³.

Le choix des indicateurs pour évaluer la santé mentale d'une communauté se révèle alors très important dans la mesure où il va permettre de refléter correctement et de la façon la plus complète possible la réalité en ce qui concerne l'état de bien-être de la population. L'absence de certains indicateurs peut ainsi se révéler problématique, tant dans une optique de prévention qu'au niveau du diagnostic posé ou du traitement qui sera proposé car une série de facteurs déterminants d'une bonne compréhension de l'état de santé de certains sous-groupes peuvent être invisibilisés.

On comprend alors combien le choix des indicateurs est fondamental afin de rendre

compte des risques plus importants en termes de santé selon le sexe. Certain·e·s auteur·e·s (Mesnil, 2014, Löwy, 2015, Meidani, et Alessandrin, 2019¹⁴) ont bien montré comment ces zones d'ombre, mais aussi la persistance des normes de genre dans le domaine de la santé publique, ont des effets négatifs sur l'état de santé des femmes et des hommes que ce soit au niveau de la prévention, du diagnostic ou encore du traitement de certaines maladies.

Conscientes de cet enjeu, nous avons été extrêmement vigilantes au choix des indicateurs analysés dans cette publication, qu'ils concernent les pathologies, les expressions de mal-être profond, les comportements à risque ou encore les usages de consommation de médicaments particuliers. Nous avons cherché à montrer ce que nous révèle chaque indicateur, mais aussi les informations qu'il laisse dans l'ombre, en suggérant d'autres perspectives d'analyse à partir d'indicateurs connexes. Ce travail d'assemblage d'indicateurs, de mise en perspective de données issues de sources différentes est un choix délibéré des auteures qui s'éloigne sans doute quelque peu des schémas de pensée habituels en matière de santé. L'objectif de notre démarche étant d'intégrer la dimension de genre dans l'analyse de la santé mentale.

¹³ Bouchain L. (2015). Pour une approche terminologique des champs médicaux, culturels et sociaux, Thesaurus, Culture & Démocratie, Projet 107 Région-Hainaut, cité dans le rapport « Indicateurs de santé mentale en Wallonie ». AVIQ, n°6, 2016.
http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2017/03/wallonie_sante_indicateurs_sante_mentale_pdf

¹⁴ Marie Mesnil, « Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé », *Les Tribunes de la santé* 2014/3 (n° 44), p. 35-42. DOI 10.3917/seve.044.0035
Ilana Löwy, « Le genre du cancer », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 37 | 2013, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 30 avril 2019.
URL : <http://journals.openedition.org/clio/10986> ; DOI : 10.4000/clio.10986
Anastasia Meidani, Alessandrin Arnaud. Quand le cancer rencontre le genre. *Revue française de sociologie*, Presse de Sciences Po / Centre National de la Recherche Scientifique, 2019, 10.3917/rfs.602.0201 . hal-02264230

1. Le taux de suicide

Pour commencer, nous allons nous intéresser à un indicateur qui est souvent utilisé comme indicateur indirect pour mesurer le bien-être au sein d'une population : le taux de suicide. Cet indicateur, s'il présente des limites liées notamment à la difficulté de mesure du phénomène, peut cependant fournir des enseignements intéressants sur l'état de santé mentale d'une société, traduisant l'expression ultime d'un mal-être chez certains individus. Nous avons volontairement choisi de commencer par cet indicateur afin de souligner qu'il ne représente en réalité que la face visible d'une série de problèmes de santé mentale qui peuvent cependant se traduire autrement et différemment selon le sexe, la classe sociale ou encore la composition du ménage, comme nous le verrons ultérieurement.

Le taux de suicide en Belgique¹⁵

En Belgique, le suicide est un phénomène relativement important avec environ 1903 personnes qui ont mis fin à leurs jours en 2016 (voir tableau 1 ci-dessous). Comme le montre le tableau 1, le nombre de suicides chez les hommes en Wallonie et en Belgique est plus de deux fois plus important que chez les femmes en 2016.

Tableau 1 : Nombre de décès par suicide et pourcentage dans l'ensemble des décès en 2016 par sexe, en Belgique et en Wallonie

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Région wallonne	521	2,80%	210	1,10%	731	1,90%
Belgique	1 360	2,60%	543	1,00%	1 903	1,80%

Source : Statbel (Belgique - Décès par sexe et par région, pour quelques groupes de causes, 2016)

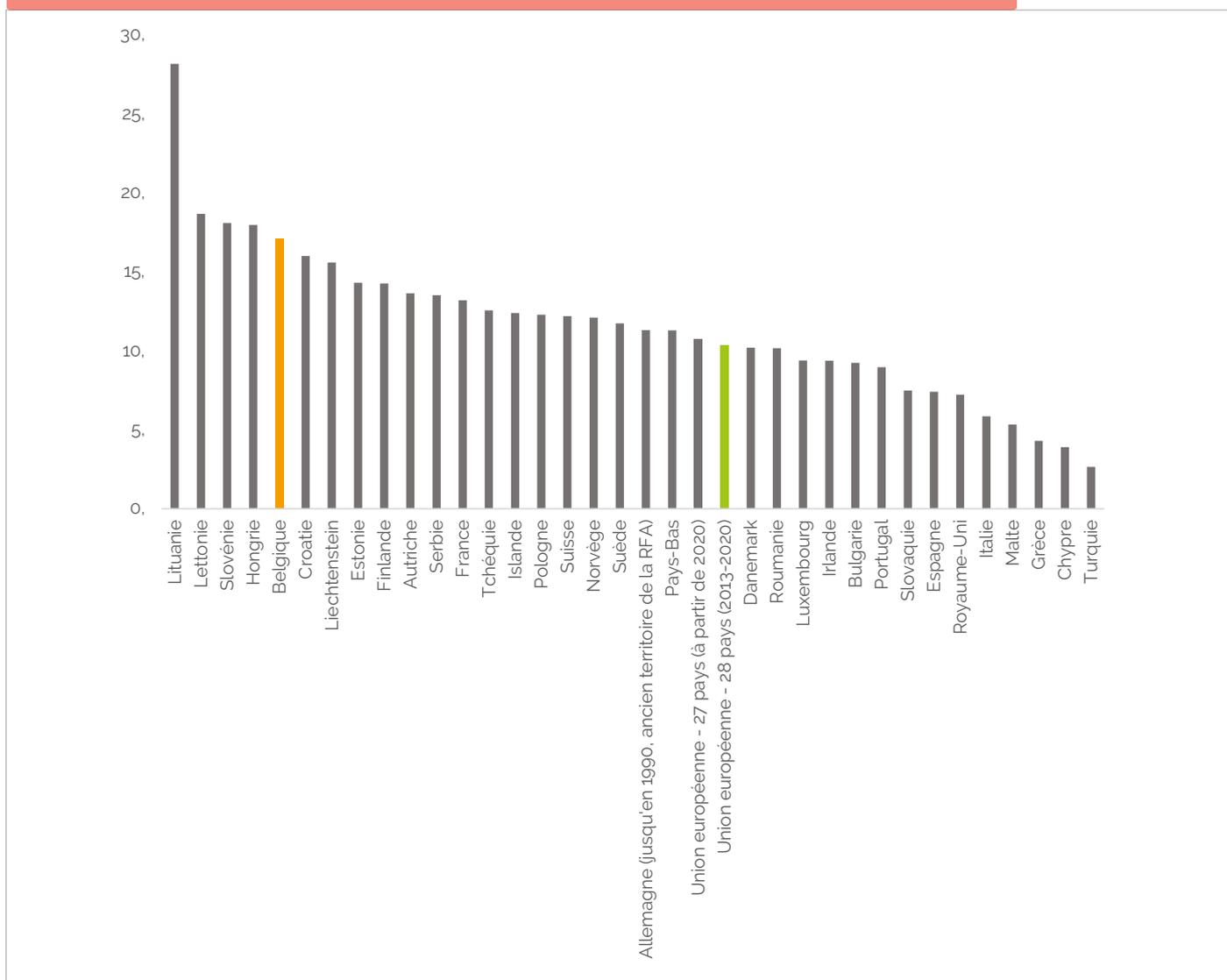
¹⁵ Nous avons choisi de travailler à partir des données 2016 dans un souci de comparabilité avec les données européennes même si des données plus récentes relatives au taux de suicide en Belgique sont disponibles (année 2017).

Comparativement à la situation observée pour l'ensemble des pays de l'UE, en Belgique, la situation semble plus critique et mérite que l'on s'y attarde un instant.

En effet, le taux de mortalité par suicide s'élève à 17,1 (2016) pour 100.000 habitants

en Belgique contre 10,3 (2016) pour 100.000 habitants au niveau européen. En 2016, la Belgique occupe ainsi la 5^{ème} place dans le classement européen.

Graphe 1 : Taux de mortalité par suicide standardisé pour 100 000 habitants, par pays d'Europe, 2016



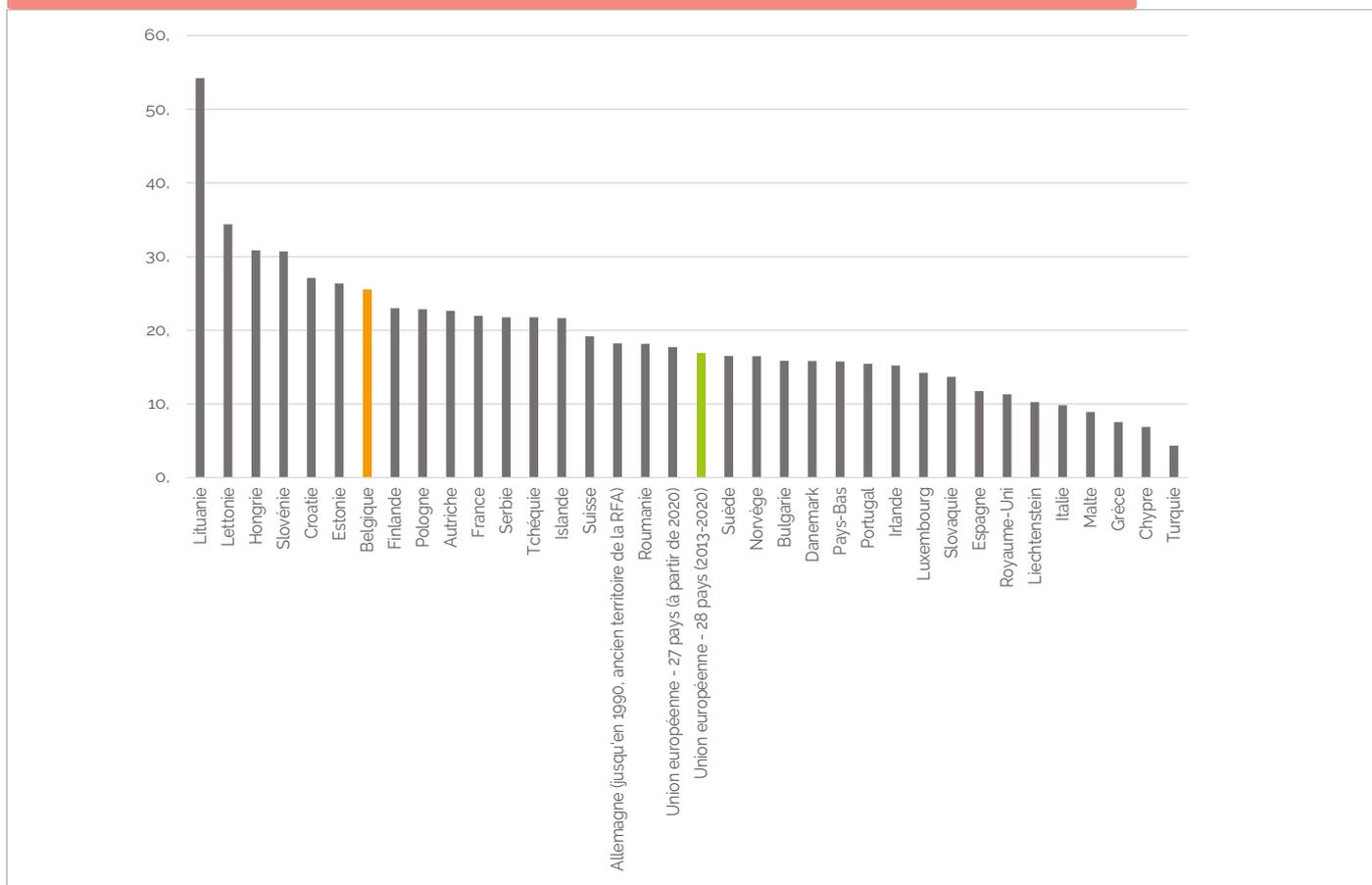
Source : Base de données Eurostat, consultée le 21-04-2021

L'analyse des statistiques sur le taux de mortalité selon le sexe révèle que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes (taux de mortalité de 25,5 pour 100.000 habitants) que chez les femmes (taux de mortalité de 9,5 pour 100.000 habitants) pour l'ensemble des pays de l'Union européenne (à 28 à l'époque).

Cependant, nous constatons, à partir du graphique suivant, une différence importante selon le sexe dans le positionnement de la Belgique à l'échelle européenne. En effet, si le taux de mortalité par suicide des

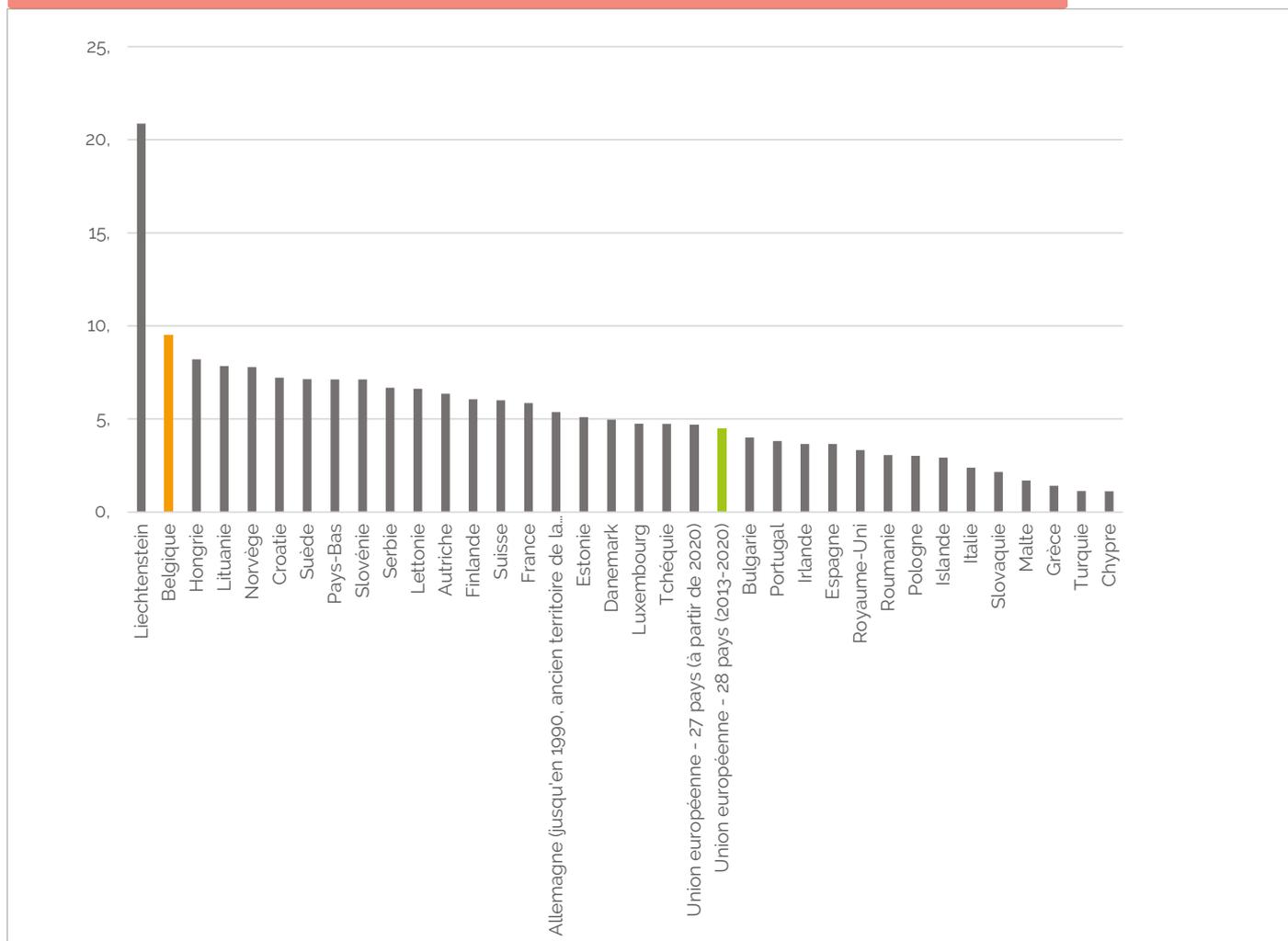
hommes se situe en 7^{ème} position à l'échelle européenne, le taux de mortalité par suicide des femmes se situe en 2^{ème} position. Ainsi, si le taux de suicide en Belgique est problématique comparativement à l'ensemble des pays de l'union européenne, on peut dire qu'il l'est particulièrement chez les femmes qui figurent en deuxième position avec un taux de suicide de 9,5% contre 4,5% pour l'ensemble des pays de l'Union, soit un taux de suicide presque deux fois plus important.

Graphe 2 : Taux de mortalité par suicide standardisé pour 100 000 hommes, par pays d'Europe, 2016



Source : Base de données Eurostat, consultée le 21-04-2021

Graph 3 : Taux de mortalité par suicide standardisé pour 100 000 femmes, par pays d'Europe, 2016



Source : Base de données Eurostat, consultée le 21-04-2021

Le taux de suicide en Wallonie¹⁶

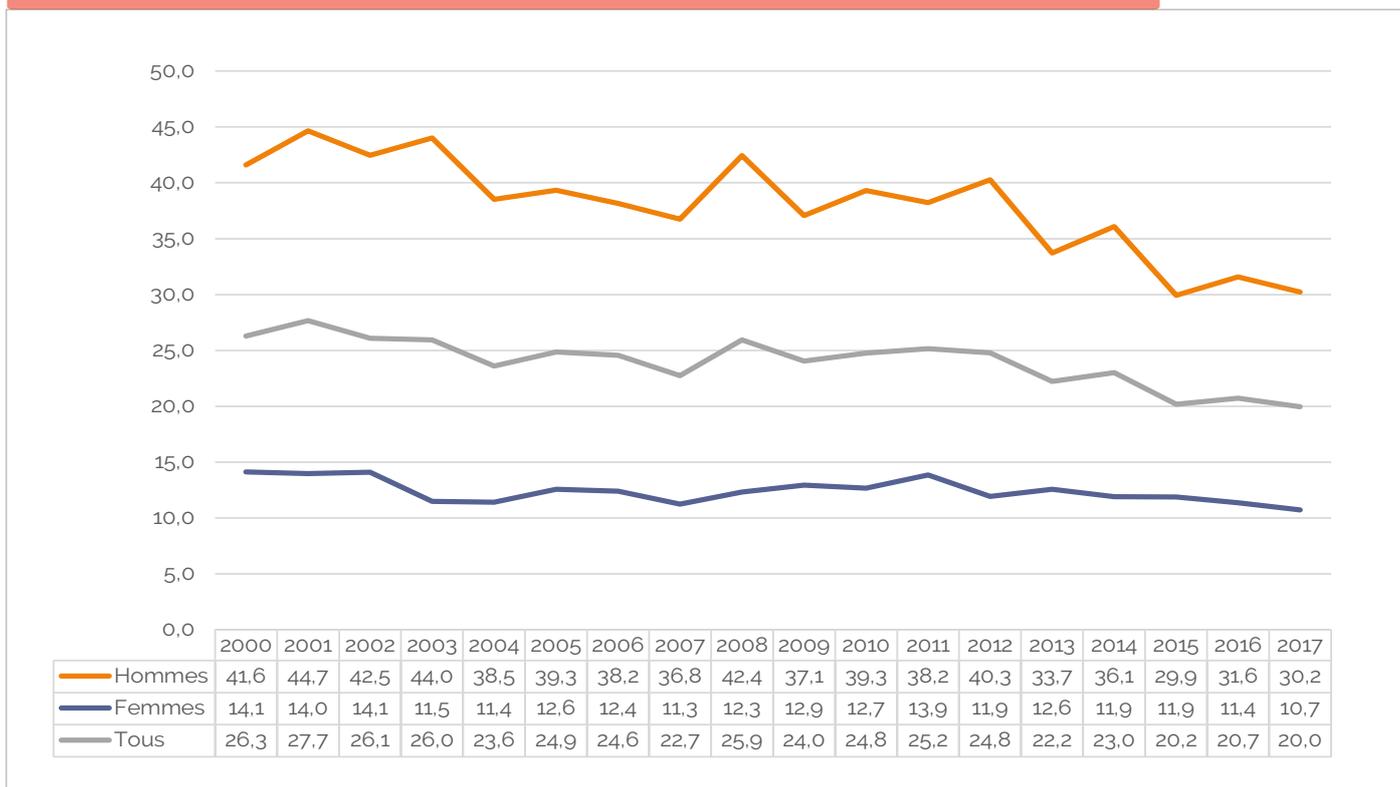
En Wallonie, en 2016, 731 personnes ont mis fin à leurs jours. Les statistiques relatives aux décès par causes font état de 210 suicides chez les femmes contre 521 chez les hommes (voir tableau 1 ci-dessus). Les suicides sont donc 2,5 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. C'est à partir d'autres indicateurs relatifs au mal-être des individus, que nous parviendrons à expliquer cette différence observée entre les hommes et les femmes

dans cette forme d'expression ultime du mal-être.

L'évolution du taux de suicide montre cependant une diminution du taux de mortalité à la fois chez les femmes et chez les hommes, mais qui s'observe de façon beaucoup plus importante chez les hommes, comme le montre le graphique suivant.

¹⁶ Contrairement aux statistiques européennes précédentes, les statistiques présentées dans cette section concernent les décès dont l'intention suicidaire a été confirmée et les décès dont l'intention était indéterminée (pas d'information précise du parquet au moment de l'encodage). Ce choix a été posé afin de prendre en compte un biais lié à l'intégration dans les données de l'information sur cette intention. En effet, l'intention est évaluée après qu'une autopsie et une enquête aient pu être menées et l'accès à l'information peut être problématique. L'intégration des intentions indéterminées dans la série chronologique permet de limiter l'impact du biais d'information dont l'amplitude n'est pas constante dans le temps.

Graphe 4 : Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide, décès par 100 000 habitants, Wallonie, 2000-2017



Source : Données Statbel – calculs Iweps – 2000 – 2017- Wallonie

Le taux de mortalité par suicide se révèle cependant tout à fait insuffisant pour analyser l'état de santé mentale d'une société. Par ailleurs, cet indicateur présente également certaines limites¹⁷ qui sont mises en évidence dans les données européennes et qui sont directement liées à la qualité des données récoltées et aux biais possibles dans le comptage du nombre de suicides. Elles ont pour conséquence de sous-estimer le nombre effectif de suicides.

Mais les biais peuvent être d'un ordre moins technique tout en engendrant des erreurs de diagnostic et d'interprétation en concluant trop rapidement que la santé mentale des hommes serait moins bonne que celle des femmes. Les autres indicateurs que nous avons sélectionnés par la suite permettront d'apporter un éclairage plus complet en ce qui concerne l'état de santé mentale des

femmes et des hommes et d'éviter ainsi de tirer des conclusions hâtives et parfois biaisées.

Il n'existe pas une mesure unique du mal-être des individus, et le mal-être ne peut se résumer à travers une seule variable. Le taux de suicide reste toutefois un indicateur important, mais insuffisant pour mesurer le degré de bien-être d'une société. Il doit donc être complété d'autres indicateurs, comme les tentatives de suicide, la consommation de psychotropes ou encore certains comportements à risque (consommation d'alcool, accidents de la route) car, comme nous allons le montrer, les manifestations du mal-être sont multiples et peuvent prendre des formes et des expressions différentes selon le sexe, mais également se multiplier chez certains groupes d'individus comme nous le verrons.

¹⁷ La qualité des statistiques du suicide est souvent mise en question, permettant ainsi à certains détracteurs de critiquer la faiblesse des résultats mis en évidence à partir de ces données. Il est vrai que des biais peuvent intervenir lors du processus d'enregistrement des décès, particulièrement si le médecin ne se prononce pas sur l'intentionnalité de l'acte ou si, en cas d'autopsie, les instituts médico-légaux ne font pas remonter leurs conclusions à l'institution statistique. Cependant, comme le soulignent certains auteurs (Baudelot et Establet, 1984 ; Jougla, Pequignot et Chappert *et al.*, 2002) même si la sous-estimation du suicide est habituellement évaluée à entre 20% et 25%, elle ne modifie pas sensiblement les distributions sociodémographiques obtenues et permet par conséquent des comparaisons entre groupes. Ces données ont par conséquent le mérite d'exister et de traduire, avec d'autres, une expression du mal-être des citoyens.

Dans les parties spécifiques intitulées « Mise en perspective », nous proposons d'analyser les indicateurs sélectionnés pour mesurer la santé mentale en les confrontant à d'autres indicateurs qui sont, directement ou indirectement, reliés à la santé. Il s'agit d'un choix fondé scientifiquement dont l'objectif vise, dans ce cas-ci, à mieux apprécier l'ampleur du suicide en Wallonie à la lumière d'autres indicateurs comme les causes de décès ou encore d'articuler la question du suicide à une problématique plus large qui concerne les décès prématurés. C'est à partir de ces regards croisés que nous pourrions également suggérer une lecture genrée des indicateurs sélectionnés qui, seuls, peuvent difficilement nous permettre d'élargir notre angle d'analyse. La mobilisation de travaux de recherche scientifique qui proposent une perspective de genre dans l'analyse de la santé mentale des individus et la mise en évidence d'autres sources de données sont des options que nous avons volontairement privilégiées dans ce rapport.

Les causes de décès en Wallonie

Pour mieux interpréter l'importance du suicide, il est utile de situer quelle place il occupe dans l'ensemble des décès en Wallonie.

Selon les données de l'office belge de statistique (Statbel), en Wallonie, en 2017, on compte environ 38068 décès. Les tumeurs et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès observées en Wallonie, représentant ensemble plus de la moitié des décès pour les deux sexes.

La première cause de décès étant, chez les hommes, les décès liés aux tumeurs et chez les femmes, les décès liés aux maladies cardiovasculaires, comme le montre le graphique ci-dessous. Ces premières

statistiques viennent déjà remettre en question certaines représentations collectives véhiculées dans la société, qui considèrent que certaines affections comme les maladies cardiovasculaires sont principalement masculines.

Quant au suicide, il est la 8^{ème} cause de décès. Nous ferons cependant remarquer que sur l'ensemble des causes de décès non naturelles, le suicide tue beaucoup plus d'individus que les accidents de la route par exemple.

En effet, 247 personnes ont perdu la vie en Wallonie en 2017 suite à un accident de la route¹⁸ alors qu'elles sont 2,9 fois plus nombreuses, soit 711 personnes à avoir mis fin à leurs jours durant la même année.

A partir des statistiques liées aux causes de décès, et sachant que ces données ne recouvrent cependant pas toutes les situations de suicide¹⁹, ce sont ainsi plus de deux personnes qui se suicident par jour en Wallonie.

La ventilation de la mortalité par cause de décès dans la population générale est fortement influencée par les décès après 65 ans qui représentent 74% des décès chez les hommes et 79% des décès chez les femmes.

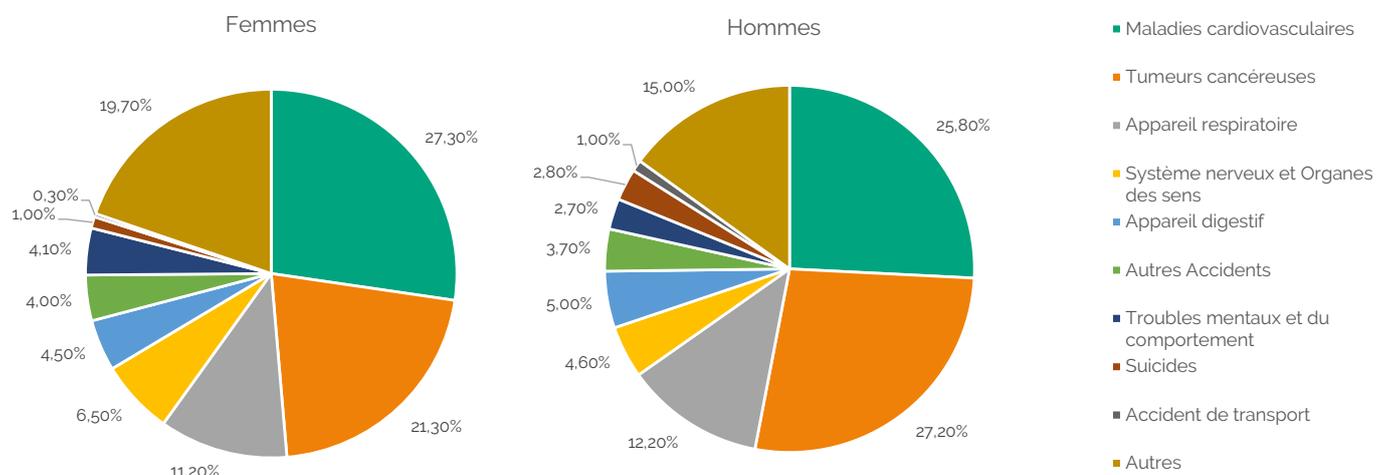
Causes de décès différenciées : analyse selon le sexe et l'âge

Les statistiques liées au suicide présentent des différences importantes selon le sexe, mais touchent également, de manière très différente, les personnes en fonction de leur âge (cf. tableau 4). Il s'avère donc nécessaire, afin de mieux interpréter les causes de décès, de proposer une analyse des décès par suicide selon l'âge et le sexe.

¹⁸ Source : Statbel – Bulletins d'état-civil, calculs Iweps

¹⁹ La source principale d'information statistique concernant le suicide provient des certificats de décès rédigés par le corps médical (généralistes, médecins légistes, hôpitaux, etc.). Ces données sont regroupées au sein d'une base de données commune. On peut penser que ces statistiques sous-estiment le nombre réel de suicides et ce, pour plusieurs raisons. Certains décès échappent au comptage du nombre de suicides du fait qu'ils ne sont pas répertoriés dans cette catégorie, mais encodés dans une autre catégorie comme les accidents de la route par exemple ou encore des accidents du travail ou des comportements suicidaires (toxicomanie, alcoolisme...). Parfois, c'est pour des raisons d'ordre privé que certaines familles préfèrent que le décès de leur proche ne soit pas officiellement répertorié dans la catégorie des suicides. Si les chiffres ne sont pas complets et doivent donc être interprétés avec précaution, ils ont cependant le mérite d'exister et d'être visibles dans les rapports de santé.

Graph 5 : Distribution des causes de décès (%) selon le sexe, Wallonie, 2017



Source : Statbel – Bulletins d'état-civil, Calculs Iweps

Tableau 2 : Nombre de décès par suicide et part des suicides dans l'ensemble des décès (%), par âge, par sexe et total, Wallonie, 2017

	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
15 à 24 ans	7	17,5%	24	24,0%	31	16,7%
25 à 34 ans	21	27,6%	60	32,4%	81	57,9%
35 à 44 ans	27	13,8%	87	22,8%	114	43,7%
45 à 54 ans	39	6,3%	127	12,9%	166	28,8%
55 à 64 ans	45	3,2%	98	4,1%	143	8,9%
65 à 74 ans	31	1,2%	58	1,5%	89	1,4%
75 à 84 ans	17	0,4%	40	0,8%	57	0,6%
85 à 94 ans	9	0,1%	16	0,4%	25	0,2%
95 ans et plus	3	0,2%	0	0,0%	3	0,1%
Tous âges	200	1,0%	511	2,8%	711	1,9%

Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017- Calculs : Iweps

Jusqu'à l'âge de 25 ans

Les statistiques relatives à la répartition des causes de décès selon l'âge montrent que les décès dans la tranche d'âge des 15-24 ans sont principalement dus à des causes non naturelles (le suicide, les accidents de la route et d'autres causes externes comme les chutes, les noyades, etc.) chez les femmes comme chez les hommes.

Parmi les causes non naturelles, près d'un décès sur trois chez les jeunes de moins de 25 ans est lié à des accidents de la route et avec une fréquence plus grande chez les hommes que chez les femmes (34% chez les hommes et 30% chez les femmes) et un décès sur 4 est dû à un suicide chez les hommes de moins de 25 ans (24% contre 18% chez les femmes).

Ces premières statistiques relatives au suicide et aux causes de décès non naturelles révèlent l'expression d'un mal-être qui se traduit, chez les jeunes hommes, par des comportements plus fréquents de mise en danger de soi et d'autrui comme c'est le cas pour les accidents de la route mortels, plus souvent masculins que féminins.

D'autres statistiques permettent d'ajouter que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans, quel que soit le sexe. Rappelons, comme nous l'avons vu précédemment, que le suicide représente la 8^{ème} cause de mortalité au sein de la population générale (classement identique chez les hommes et chez les femmes).

Une période critique chez les hommes : entre 25 et 44 ans

Une analyse des causes de décès selon le sexe révèle la présence d'un mal-être plus important (observé ici à partir du nombre de suicides) chez les hommes durant la

période de vie qui s'étale de 25-44 ans. Ce constat semble être confirmé par d'autres indicateurs relatifs à la santé mentale des hommes et vient souligner que cette période de la vie semble plus difficile pour les hommes sur le plan de la santé mentale alors que chez les femmes, comme nous le verrons à partir d'autres indicateurs, la période critique en terme de santé mentale semble se situer plus tard, à partir de 45 ans.

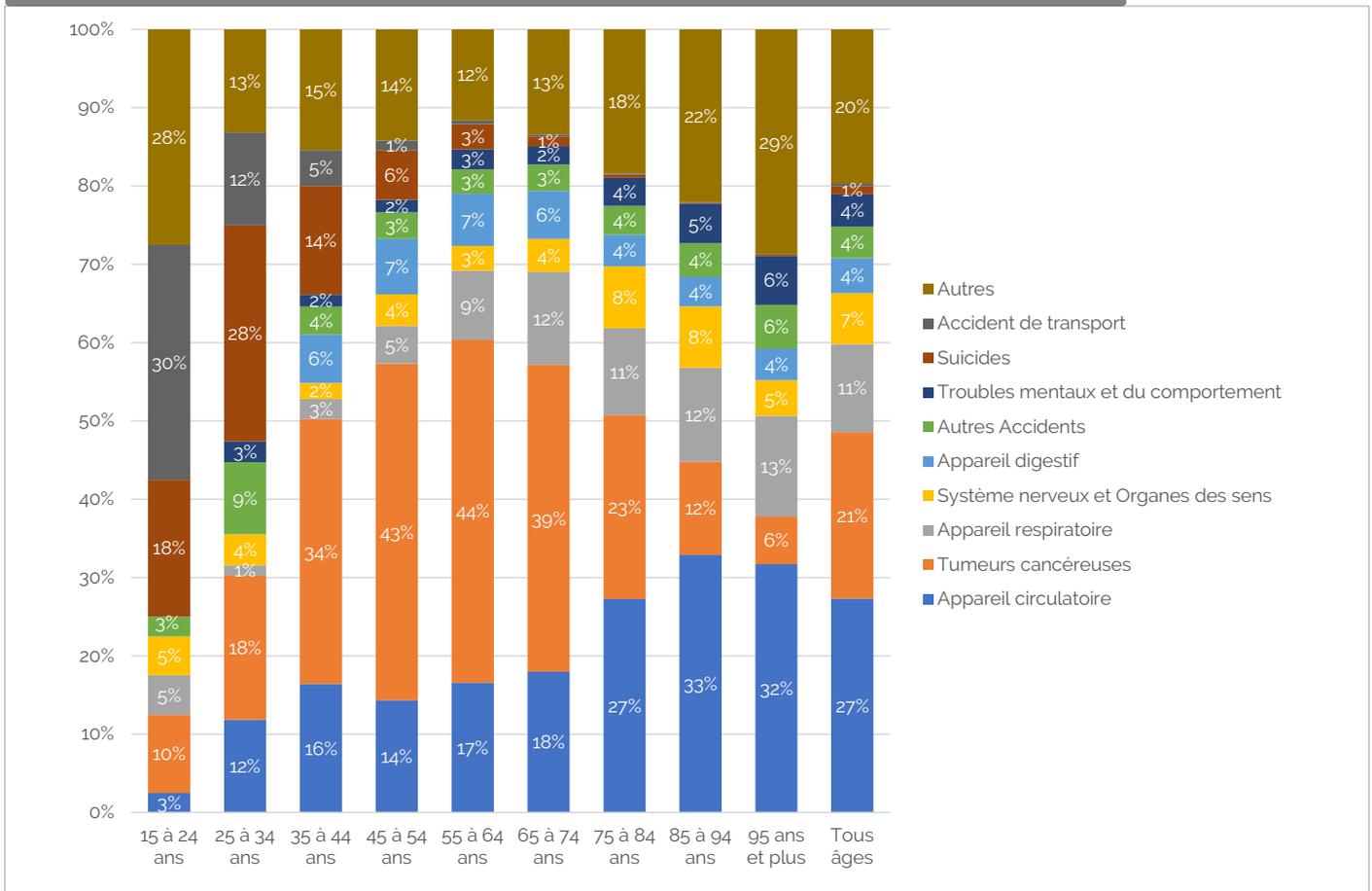
Par ailleurs, nous constatons que les comportements à risque comme par exemple les mises en danger sur la route sont des comportements que l'on observe plus souvent chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes, en particulier dans la tranche d'âge des 25-34 ans où les décès liés à des accidents de la route sont deux fois plus nombreux chez les hommes (22% contre 12% chez les femmes).

La tranche des 35-44 ans

Il est, par contre, intéressant de noter une différence importante selon le sexe au sein du groupe des personnes âgées entre 35 et 44 ans. En effet, chez les hommes de cette catégorie d'âge, le suicide figure comme la première cause de décès alors que pour les femmes âgées entre 35 et 44 ans, le suicide représente la troisième cause de décès.

Des différences importantes se dessinent entre les femmes et les hommes à partir de ce premier indicateur qu'est le suicide. Nous verrons que cela va se confirmer avec d'autres indicateurs, soulignant que les périodes de mal-être et les expressions de celui-ci seront très différentes entre les femmes et les hommes et qu'il semble dès lors nécessaire de tenir compte de cette différenciation à la fois selon le sexe et l'âge des périodes d'expression d'un mal-être profond dans les politiques de prévention mises en œuvre en matière de santé mentale.

Graphe 6 : Répartition des causes de décès chez les femmes selon l'âge, Wallonie, 2017

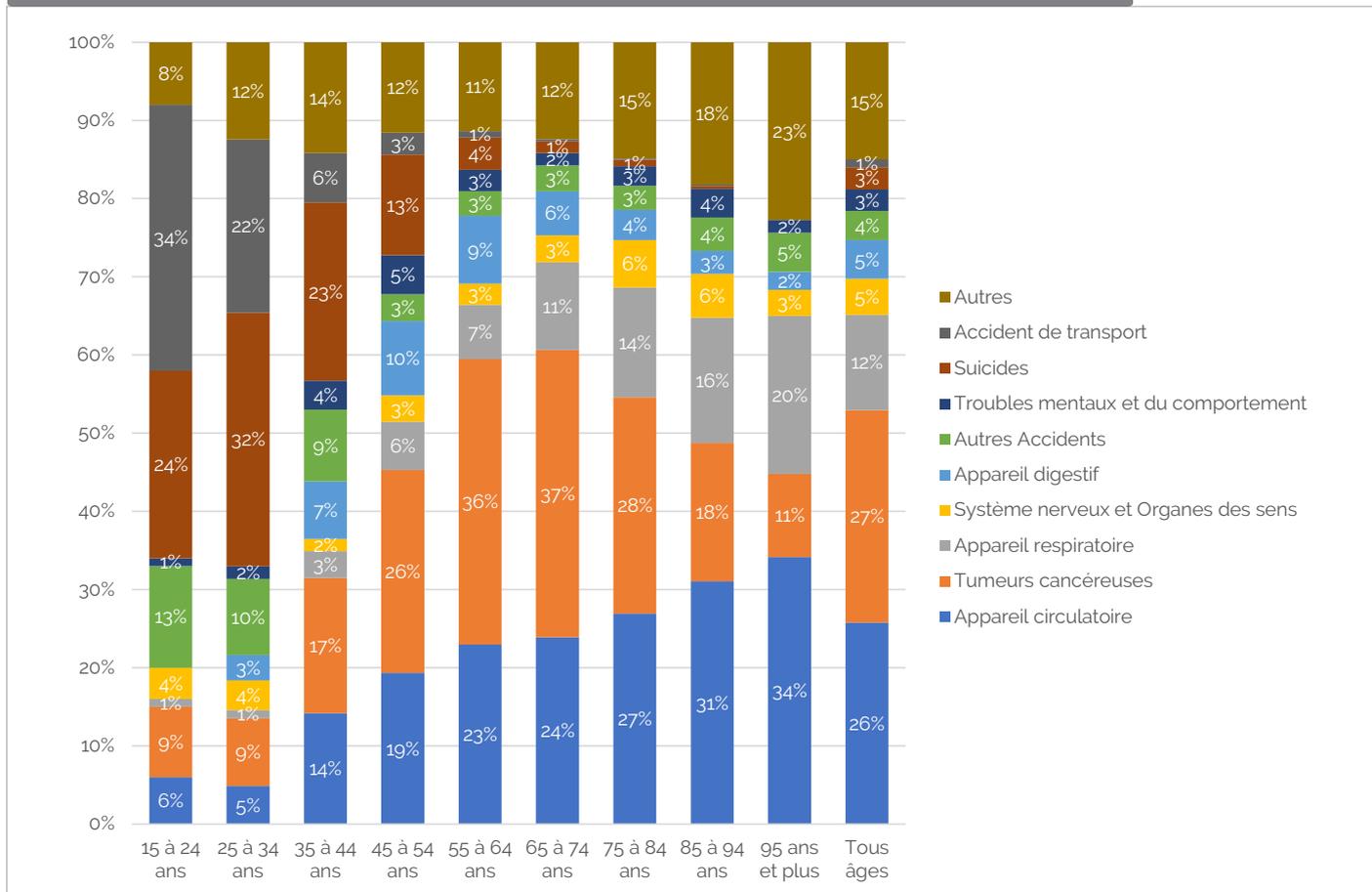


Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweeps

Remarque : la catégorie « autres » regroupe les chapitres de la dixième classification internationale (CIM-10) suivants²⁰ : certaines maladies infectieuses et parasitaires / les tumeurs non cancéreuses/ les maladies endocriniennes/les maladies de la peau et tissus cellulaires sous-cutanés/les maladies du système ostéoarticulaire, muscle et tissu conjonctif/les maladies de l'appareil génito-urinaire /la mortalité périnatale/ la malformation congénitale/ les symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs/ les homicides et complication d'actes médicaux.

²⁰ Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 10e édition (cim-10), 1 vol., Paris, Masson, 1993.

Graphe 7 : Répartition des causes de décès chez les hommes selon l'âge, Wallonie, 2017



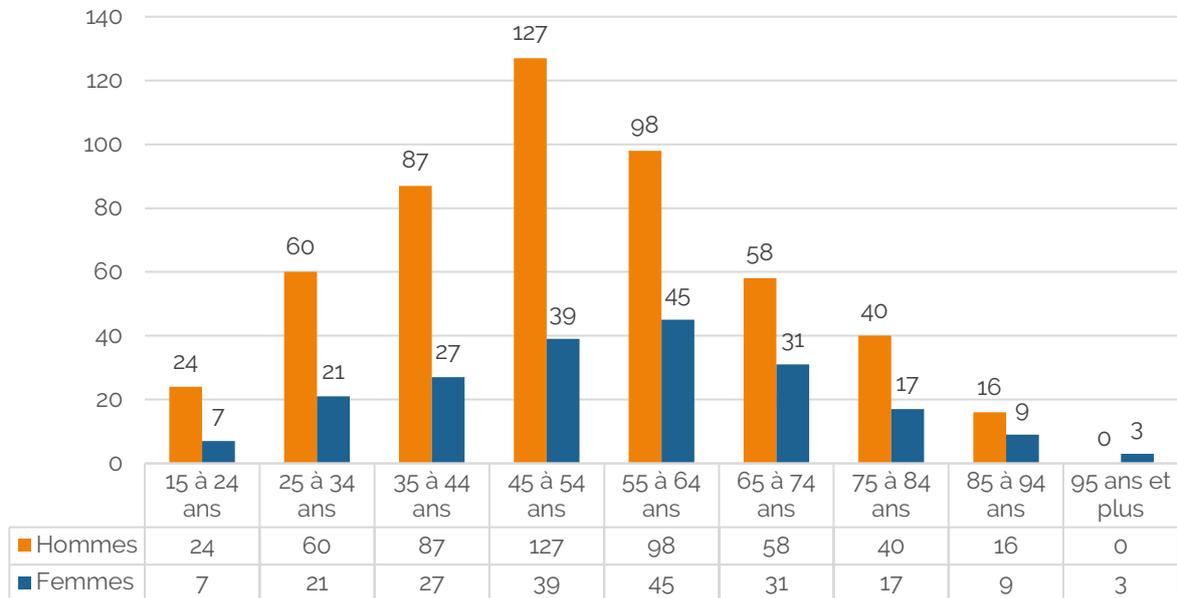
Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iwepes

Au-delà de 45 ans : une autre période critique

Les données précédentes ont souligné que la jeunesse et la transition entre l'enseignement et le lancement de la carrière et de la vie de famille correspondent à une période critique en terme de mal-être, mesurée à partir de l'indicateur relatif au suicide et aux causes non naturelles de décès.

A partir du graphique suivant présentant les chiffres absolus de suicide pour la Wallonie en 2017, nous constatons que le nombre de décès par suicide augmente avec l'âge, avec un pic aux alentours de 45-54 ans chez les hommes pour diminuer par la suite. Chez les femmes, c'est entre 55 et 64 ans que le nombre de suicides semble le plus élevé.

Graphe 8 : Nombre de décès par suicide par sexe et âge, Wallonie, 2017



Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweps

Si le nombre de décès par suicide tend à diminuer chez les hommes à partir de 54 ans, on observe à l'inverse, durant cette période un pic du nombre de suicides chez les femmes.

On retrouvera simultanément deux périodes critiques chez les femmes (45-54 ans et 55-64 ans) dans l'expression d'un mal-être plus grand. L'analyse de la dépression féminine révélera également une fréquence plus

grande chez les femmes âgées entre 45-54 ans. C'est également durant cette période, comme nous le verrons, que les risques de tentative de suicide sont les plus élevés chez les femmes.

Les décès prématurés : marqueur d'inégalités de genre

Un autre indicateur qui nous semble pertinent à analyser sous l'angle du genre concerne les décès prématurés.

Il est en effet utile que les actions de promotion de la santé publique puissent agir également sur cette mortalité prématurée afin d'éviter des décès survenus trop tôt chez les femmes et chez les hommes, c'est-à-dire avant l'âge correspondant à l'espérance de vie. Différents seuils peuvent être utilisés pour opérationnaliser

la mortalité prématurée. Dans cette publication, nous avons choisi de considérer la mortalité prématurée avant 75 ans par souci de cohérence avec le projet 'Pour une Belgique en bonne santé'²¹. Ce seuil est identique chez les femmes et chez les hommes malgré leurs espérances de vie différentes afin de pouvoir les comparer et mieux comprendre comment les inégalités de genre se marquent dans les causes de mortalité.

Tableau 3 : Répartition des décès par catégorie d'âge selon le sexe, Wallonie, 2017

	Femmes		Hommes	
	Nombre	%	Nombre	%
0 - 15 ans	62	0,3%	124	0,7%
15 - 24 ans	40	0,2%	100	0,6%
25 - 34 ans	76	0,4%	185	1,0%
35 - 44 ans	195	1,0%	381	2,1%
45 - 54 ans	621	3,2%	987	5,5%
55 - 64 ans	1.412	7,3%	2.376	13,2%
65 - 74 ans	2.558	13,2%	3.954	21,9%
75 - 84 ans	4.628	23,9%	4.967	27,5%
85 - 94 ans	8.146	42,0%	4.505	24,9%
95 ans et plus	1.643	8,5%	480	2,7%
Total	19.381	100%	18.059	100%

Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweeps

²¹ Source : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-prematuree>

La mortalité prématurée représente, en Wallonie en 2017, 35% des décès soit 13 103 décès.

La situation est différente pour les hommes et pour les femmes. Chez les hommes, en 2017, les décès prématurés représentent 45% des décès et parmi ces décès, 88% sont dus à des causes naturelles et 12% à des causes non naturelles. Chez les femmes, 26% des décès sont prématurés, 92% de ces décès sont dus à des causes naturelles et 9% à des causes non naturelles.

Pour les deux sexes, près de 70% des décès prématurés sont dus aux trois mêmes groupes de causes :

- Cancers (36%)

- Maladies cardiovasculaires (20%)
- Causes externes, principalement le suicide et les accidents de la route (11%).

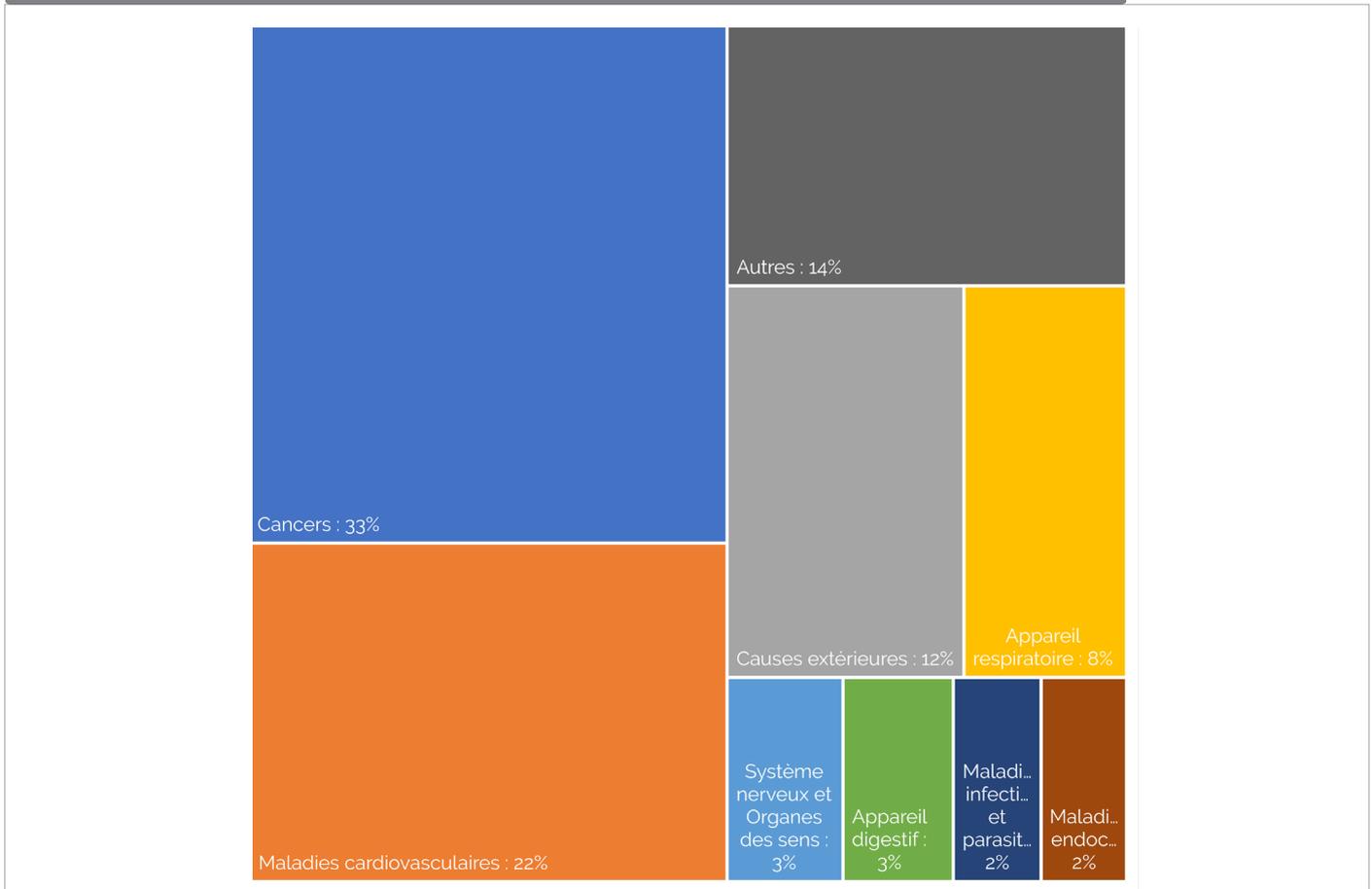
La proportion de tumeurs parmi les décès prématurés est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (39,7% contre 33%), mais rappelons toutefois que les tumeurs restent, en 2017, la première cause de décès chez les hommes (27,2% de décès liés à des tumeurs cancéreuses contre 21,3% chez les femmes). Inversement, les proportions de maladies du système circulatoire (soit cardiovasculaires) et de causes externes sont plus élevées chez les hommes comme l'indiquent les deux graphiques suivants.

Grphe 9 : Distribution des causes de mortalité prématurée (< 75 ans) chez les femmes, Wallonie, en %



Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweps

Graphe 10 : Distribution des causes de mortalité prématurée (< 75 ans) chez les hommes, Wallonie, en %



Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweeps

Comme le souligne le Rapport de santé belge²², pour la plupart des causes, les taux de mortalité prématurée ont diminué entre 2000 et 2017. C'est notamment le cas pour les cardiopathies ischémiques et les accidents de transport qui ont diminué de plus de 50% pour les deux sexes. Une

exception à cette tendance générale est observée chez les femmes pour le cancer du poumon et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui ont augmenté régulièrement puis se sont stabilisés.

²² <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-prematuree-par-cause-de-deces> - accédé le 25 avril 2021

Tableau 4 : Causes de mortalité prématurée (< 75 ans) selon le sexe, nombre, Wallonie, 2017.

	Femmes	Hommes	Tous	
Toutes causes	4.973	8.130	13.103	100,00%
Cancers	1.974	2.684	4.658	35,50%
<i>Cancer poumon</i>	458	891	1.349	10,30%
<i>Cancer colorectal</i>	167	253	420	3,20%
<i>Cancer sein</i>	380	2	382	2,90%
<i>Cancer foie</i>	54	143	197	1,50%
<i>Cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx</i>	50	98	148	1,10%
<i>Cancer de l'œsophage</i>	35	103	138	1,10%
Maladies cardiovasculaires	826	1.749	2.575	19,70%
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	229	690	919	7,00%
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	188	307	495	3,80%
Causes extérieures	430	1.002	1.432	10,90%
<i>Suicides et intentions indéterminées</i>	170	454	624	4,80%
<i>Accidents (Autres que transport ou chute)</i>	107	206	313	2,40%
<i>Accidents de transport</i>	52	165	217	1,70%
<i>Chutes accidentelles</i>	63	100	163	1,20%
Appareil respiratoire	467	687	1.154	8,80%
<i>BPCO</i>	248	353	601	4,60%
<i>Pneumonies</i>	95	156	251	1,90%
Alcool	173	445	618	4,70%
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	173	295	468	3,60%
Système nerveux et Organes des sens	183	255	438	3,30%
Appareil digestif	170	243	413	3,20%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	153	193	346	2,60%
<i>Sélection "infections"</i>	66	96	162	1,20%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	114	188	302	2,30%
<i>Diabète</i>	59	107	166	1,30%
Tumeurs autres - chapitre 3	59	92	151	1,20%
Appareil génito-urinaire	67	78	145	1,10%

Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweps

Remarque : ne sont conservées dans ce tableau que les causes qui représentent > 1% des décès prématurés au total.

2. Le mal-être psychologique

Le mal-être psychologique est un autre indicateur qui permet d'apprécier l'état de santé mentale d'une population. Même si le mal-être psychologique d'une personne n'est pas nécessairement relié à une maladie mentale et, par conséquent, ne nécessite pas toujours une prise en charge, il reste cependant un indicateur d'alerte pertinent pour évaluer les situations à risque chez un certain nombre de personnes, hommes et femmes. C'est pour cette raison que nous avons choisi de retenir cet indicateur et d'en proposer une lecture genrée.

Dans l'enquête de santé, réalisée par la Direction Scientifique Épidémiologie et Santé publique, l'indicateur de mal-être psychologique est construit à partir de plusieurs questions portant sur l'appréciation

par la personne d'une série de symptômes en lien avec son état de bien-être général au cours des dernières semaines précédant l'enquête²³. La récurrence de cet indicateur dans les différentes vagues de l'enquête de santé permet d'observer l'évolution du bien-être psychologique au sein de la population en Wallonie.

Un constat assez clair se dégage de l'analyse de cet indicateur : les résultats relatifs à l'évolution de l'état de santé psychologique chez les individus en Wallonie indiquent clairement une accentuation du mal-être depuis 2008, après une amélioration observable entre 1997 et 2008, comme le montre le graphique ci-dessous²⁴.

²³ Cet indicateur est construit sur base du nombre de réponses négatives données par la personne aux questions suivantes. Si la personne a formulé au moins deux réponses négatives, elle présentera des signes de mal-être psychologique.

Au cours de ces dernières semaines..:

Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faisiez ?

Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou stressé(e) ?

Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?

Avez-vous été capable d'apprécier (de tirer satisfaction de) vos activités quotidiennes normales ?

Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?

Avez-vous été malheureux(se) ou déprimé(e) ?

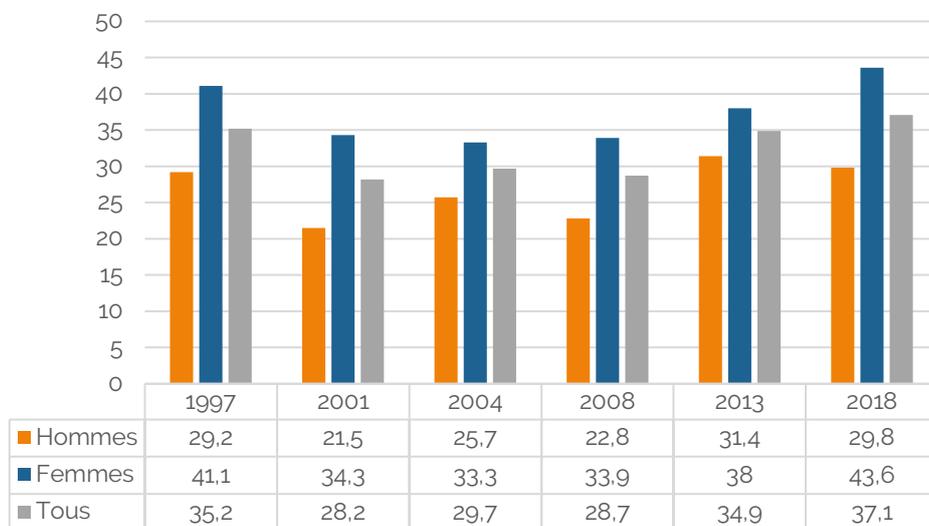
Avez-vous perdu confiance en vous-même ?

Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?

Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?

²⁴ Gisle L, Drieskens 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

Graphe 11 : Évolution du pourcentage de personnes souffrant de mal-être psychologique, 1997-2018, Wallonie



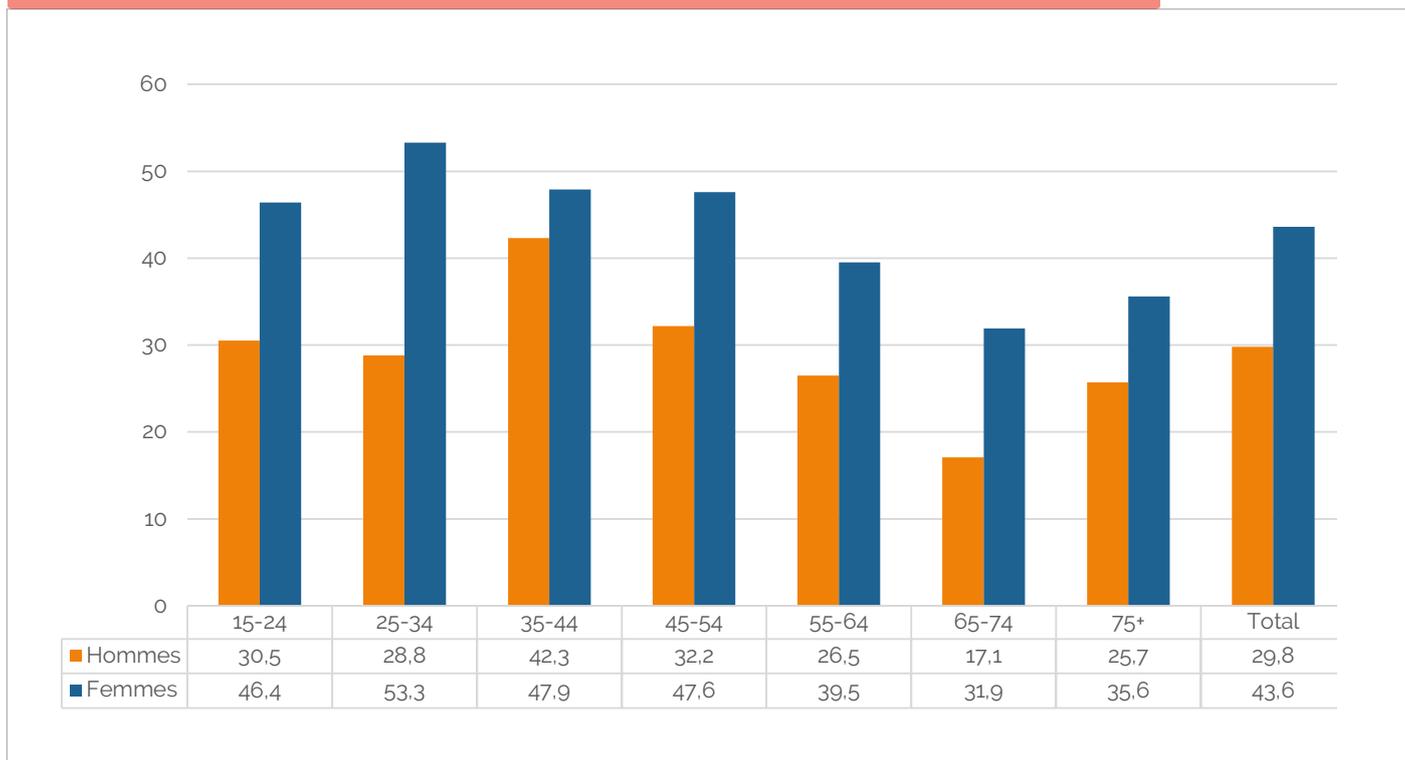
Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

Ainsi, en 2018 en Wallonie, 37,1% de la population présente une série de symptômes qui révèlent l'existence d'un mal-être psychologique, soit plus d'une personne sur trois. Une analyse selon le sexe met en évidence des différences importantes entre les individus avec 43,6% des femmes (soit plus de 2 femmes sur cinq) qui présentent des signes de mal-être psychologique contre 29,8% des hommes.

Comparativement à la précédente enquête réalisée en 2013, le mal-être psychologique des femmes a augmenté, passant de 38% en 2013 à 43,6% en 2018 tandis que celui des hommes a légèrement diminué durant la même période, passant de 31% à 29,8%.

Au-delà des différences de sexe, on constate également, comme le souligne le graphique suivant, des écarts importants dans l'expression d'un mal-être psychologique en fonction de l'âge. C'est le cas notamment pour la tranche d'âge des jeunes de 15 à 24 ans qui sont nombreux à présenter des signes de mal-être psychologique. Cette période de la vie correspond, comme nous l'avons vu précédemment, à une période très difficile pour un nombre important de jeunes, tant du côté des femmes que des hommes. 30,5% des jeunes hommes de 15 à 24 ans présentent un mal-être psychologique contre 46,4% des jeunes femmes dans la même tranche d'âge.

Graphe 12 : Pourcentage de personnes souffrant de mal-être psychologique selon l'âge et le sexe, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

Si, comme nous l'avons vu précédemment, les jeunes hommes sont plus nombreux à passer à l'acte durant l'adolescence et à mettre fin à leur vie, les jeunes femmes sont quant à elles plus nombreuses (plus de 2 femmes sur 5) à présenter des symptômes qui témoignent d'un mal-être psychologique durant cette période.

Nous verrons d'ailleurs, dans la partie consacrée aux tentatives de suicide, que les jeunes femmes sont trois fois plus nombreuses que les jeunes hommes à avoir tenté de se suicider dans la tranche d'âge des 15-24 ans. Il convient donc de considérer l'indicateur de mal-être psychologique comme un bon indicateur d'alerte de l'état de santé psychologique des individus.

L'écart le plus important dans l'expression du mal-être psychologique entre les hommes et les femmes (plus de 24 points de pourcentage) est observé entre 25-34 ans. On peut supposer que cette période correspond, en particulier pour les femmes, à une période où se cumulent différentes sources de stress liées à leur entrée dans la vie active et à l'articulation de leurs vies

privée et professionnelle avec, comme on le sait, des contraintes familiales et domestiques qui reposent beaucoup plus fortement sur elles et une charge mentale plus importante qui en résulte.

Malgré la présence d'un mal-être psychologique chez un grand nombre de femmes âgées entre 25 et 34 ans (53,3%), elles sont cependant beaucoup moins nombreuses que les hommes à être passées à l'acte (suicide abouti). Par ailleurs, elles sont également moins nombreuses que les hommes à avoir tenté de mettre fin à leur vie dans cette tranche d'âge (voir partie « tentatives de suicide »).

Face à ce constat, nous formulons l'hypothèse que ce sont les responsabilités conjugales, familiales et professionnelles, entre autres, qui contraignent les femmes à « tenir bon » dans une période de leur vie qui semble pourtant plus difficile à vivre pour nombre d'entre elles.

Par ailleurs, d'autres indicateurs de l'enquête santé révèlent que si les femmes sont moins nombreuses que les hommes à

tenter de mettre fin à leur vie ou à y parvenir durant cette période (25-34 ans), elles sont à l'inverse beaucoup plus nombreuses que les hommes à connaître des troubles anxieux généralisés (24,7% contre 6,1% chez les hommes en 2018) et des troubles dépressifs (16% contre 7,8% chez les hommes en 2018) dans cette tranche d'âge, comme nous le verrons dans les graphiques 15 et 16 (voir partie suivante).

Chez les hommes, c'est par contre dans la tranche d'âge des 35-44 ans que l'on retrouvera une proportion plus importante d'hommes souffrant de mal-être psychologique, toujours selon les données 2018 de l'enquête santé. Il est intéressant de rappeler par ailleurs que le mal-être psychologique très présent chez les hommes de cette tranche d'âge se traduit également par un nombre de suicides plus important puisque nous avons vu que le suicide est la première cause de mortalité dans cette catégorie d'âge.

A partir de 45 ans et jusqu'à 74 ans, on observe un mal-être psychologique nettement plus présent chez les femmes que chez les hommes. On peut formuler l'hypothèse que ces différences importantes entre femmes et hommes résultent notamment des contraintes et inégalités structurelles imposées aux femmes tout au long de leur vie. Ces contraintes structurelles ont engendré pour un grand nombre d'entre elles des situations insatisfaisantes étant donné qu'elles ont, souvent, aménagé leurs carrières et leur temps de travail pour

s'occuper de leurs enfants. Ces derniers ont désormais quitté le foyer, mais ont cependant monopolisé une grande partie de l'emploi du temps des femmes pendant de nombreuses années.

Ces inégalités de genre largement mises en évidence dans de nombreuses recherches en ce qui concerne l'emploi du temps des femmes et des hommes aux âges les plus actifs vont avoir également des incidences sur la charge mentale des femmes en fin de carrière, à l'heure du bilan de leur vie pourrait-on dire.

La détérioration de l'état de santé mentale des femmes doit également être mise en relation avec le report des soins de santé qui est particulièrement présent dans des ménages féminins (avec une femme comme personne de référence). En effet, les résultats de l'enquête santé pour l'année 2018 révèlent qu'en Belgique les ménages ayant une femme comme personne de référence sont presque deux fois plus nombreux à indiquer avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières par rapport aux ménages ayant un homme comme personne de référence (13,4% contre 7,0%). Par ailleurs, la nécessité de reporter des soins de santé pour des raisons financières touche principalement les familles monoparentales, dont 22,6% affirment être dans ce cas. Ce pourcentage est également assez élevé pour les personnes seules (10,7%) par rapport aux couples avec enfants (6,7%) et sans enfant (4,8%).

3. Expression genrée du mal-être : la tentative de suicide

L'expression d'un mal-être psychologique plus présent chez les femmes que chez les hommes dans toutes les tranches d'âge va se traduire également par des comportements suicidaires. Les tentatives de suicide représentent l'un des comportements à risque que nous allons analyser, dont on pourra dire par ailleurs qu'il est surtout féminin.

Ainsi, si le taux de mortalité par suicide est plus important chez les hommes que chez les femmes, on relèvera à l'inverse que les tentatives de suicide sont nettement plus nombreuses chez les femmes.

Si chaque année, en Belgique, environ 1900 personnes mettent fin à leurs jours, elles sont en réalité bien plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours. En effet, selon les données de l'enquête 2018²⁵, 7856 personnes ont tenté en Belgique de mettre fin à leurs jours au cours des 12 derniers mois, soit 0,2% de la population de 15 ans et plus (2 personnes sur 1000). Elles sont, par ailleurs, 4,3% de la population âgée

de 15 ans et plus à avoir tenté de se suicider au moins une fois dans sa vie.

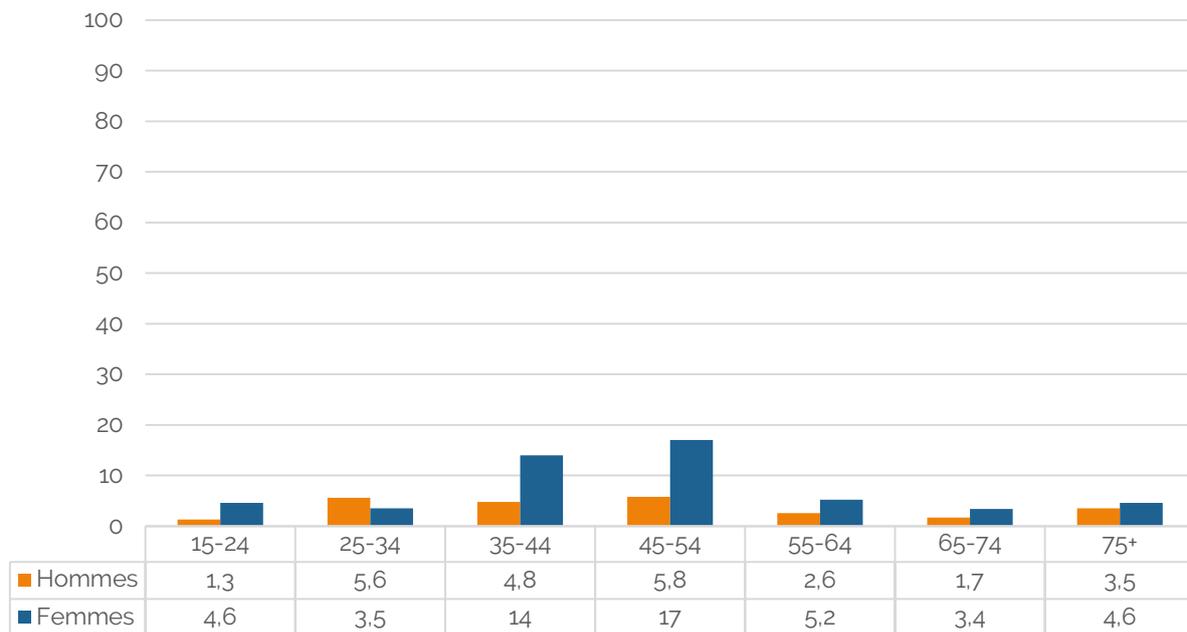
Pour donner un ordre de grandeur de l'importance du phénomène, si l'on extrapole ces données à l'échelle de la population de Belgique, âgée de 15 ans ou plus²⁶, cela signifie qu'environ 18.900 personnes ont tenté de se suicider sur une période de 12 mois précédant l'enquête de 2018, ce qui équivaut à 52 tentatives par jour ou plus de 2 tentatives toutes les heures. Les chiffres concernant le nombre de tentatives de suicide sont donc, comme nous le constatons, nettement plus élevés que ceux relatifs au nombre de suicides.

Selon les dernières données de l'enquête santé, c'est en Wallonie que les tentatives de suicide au cours de la vie sont les plus nombreuses, comparativement aux autres régions. Les résultats de 2018 soulignent des différences selon le sexe avec 8,1% de femmes et 3,8% d'hommes qui déclarent avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie.

²⁵ Dans le rapport de l'enquête santé 2018, on retrouve deux indicateurs qui se réfèrent aux tentatives de suicide et qui distinguent les tentatives au cours de la vie de celles survenues au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Pour de plus amples données à ce sujet, voir https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MH_FR_2018.pdf

²⁶ Rapport Santé mentale. Enquête de santé 2018, Lydia Gisle, p.35

Grphe 13 : Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant déjà tenté de se suicider au cours de leur vie, par sexe, par âge, Wallonie, 2018



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia²⁷

Chez les hommes, on n'observe pas de grande différence dans le risque de tentative de suicide entre 25 ans et 54 ans. Ce constat est sans doute en partie dû au fait que durant cette période, en particulier dans la tranche des 35-54 ans, chez les hommes, les tentatives de suicide deviennent des suicides aboutis.

Chez les femmes, on observe par contre une forte augmentation du risque de tentative de suicide à partir de 34 ans avec un pic entre 45 et 54 ans. Au-delà de 54 ans, les tentatives de suicide diminuent fortement chez les femmes comme chez les hommes.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour comprendre ces différences importantes dans le risque de tentative de suicide selon le sexe. Comme nous l'avons souligné précédemment, le mal-être chez les femmes et les hommes va se traduire par des actes et comportements différents selon le sexe.

²⁷ Drieskens S., Braekman E., Charafeddine R., Demarest S., Berete F., Gisle L. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 - 2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: Sciensano. <https://hisia.wiv-isp.be/>

La prise en charge des personnes suicidaires

Une explication au nombre important de tentatives de suicide peut être liée à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes qui ont tenté de mettre fin à leurs jours.

Lorsque l'on estime, selon les dernières projections de l'enquête de santé 2018, que le nombre de tentatives de suicide est presque 10 fois plus important que les suicides aboutis, on ne peut dès lors nier le rôle essentiel de la prise en charge des personnes ayant tenté de mettre fin à leur jour dans les politiques de santé publique.

Sur ce point, on peut faire référence à l'enquête réalisée par Solidaris à propos des admissions à l'hôpital en lien avec des tentatives de suicide pour l'année 2014 (année de référence pour l'analyse). Cette enquête, même si elle porte sur un petit échantillon d'analyse, permet néanmoins de souligner, sur le plan collectif, les

conséquences de ce mal-être sur le système des soins de santé, mais également de mieux identifier le profil des personnes qui sont plus à risque au sein de la société.

Durant l'année 2014, selon les données de l'enquête Solidaris, c'est environ 5315 personnes résidant en Wallonie qui ont été admises dans un hôpital belge pour une tentative de suicide, soit environ 14 personnes par jour. Cette enquête confirme également que ce sont les femmes qui tentent plus souvent que les hommes de mettre fin à leurs jours : 66% des tentatives sont réalisées par des femmes.

Ces constats sont par ailleurs confirmés par d'autres statistiques, présentées dans le tableau ci-dessous, à partir de données relatives au résumé hospitalier minimum (RHM²⁸).

En 2018, en Wallonie, selon ces données, 65,3% des tentatives de suicide sont réalisées par des femmes, soit 2818 tentatives sur un total de 4315 tentatives de suicide.

Tableau 5 : Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant fait au moins une tentative de suicide en Wallonie par an et par sexe

	Féminin		Masculin		Total
2016	2.949	64,6%	1.616	35,4%	4.565
2017	2.798	64,0%	1.513	35,1%	4.311
2018	2.818	65,3%	1.497	34,7%	4.315
Total	8.565		4.626		13.191

Source : AVIQ : Résumé hospitalier minimum 2016-2018 - Calculs : AVIQ et Iweps

²⁸ Le résumé hospitalier minimum (RHM) est un système d'enregistrement des hospitalisations. Il contient des informations anonymisées sur le patient, ses pathologies, la raison de son hospitalisation et les soins apportés.

D'après l'expérience développée au niveau des pratiques médicales, il apparaît que les tentatives de suicide augmentent fortement le risque de récurrence et aussi de suicide. Constat qui semble confirmé par certains travaux de suivi de personnes hospitalisées pour une tentative de suicide et qui soulignent que 7% d'entre elles se sont finalement suicidées et que 37%, soit plus d'une personne sur trois, a récidivé au cours des 5 années qui ont suivi la première tentative (Beautrais, 2004).

Ce constat se trouve en partie confirmé par les données collectées via le résumé hospitalier minimum (RHM) qui cumulent sur une période de trois ans les tentatives de suicide. L'avantage de ces statistiques est qu'elles permettent de mettre en évidence l'importance du nombre de récurrences sur une courte période d'observation et par conséquent, d'interroger la qualité actuelle de la prise en charge des personnes ayant tenté de se suicider par le système des soins de santé.

Si l'on se base sur les données d'admission (RHM), on constate que 16% des tentatives de suicide chez les personnes âgées de 15 ans et plus en Wallonie sont des récurrences et que dans 4% des cas, on est en présence de multi-récurrences (plus de deux).

La récurrence (le nombre de personnes ayant commis plusieurs tentatives de suicide) est donc probable dans 16% des cas à l'horizon de 3 ans. Le même type de constat est observé dans d'autres travaux de recherche (Chan-Chee et Jerewski-Serra, 2011)²⁹. Entre 2016 et 2018, en Wallonie, selon les données ci-dessous, on constate que les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à avoir tenté de se suicider, aussi parmi les personnes qui récidivent.

Tableau 6 : Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus en Wallonie selon le nombre de tentatives de suicide commises de 2016 à 2018

	1		2		3		4		5*		Total
Féminin	6,981	65,3%	901	61,3%	249	65,2%	64	63,4%	23	56,1%	8.218
Masculin	3,702	34,7%	568	38,7%	133	34,8%	37	36,6%	18	43,9%	4.458
Total	10.683		1.469		382		101		41		12.676

Source : AVIQ : Résumé hospitalier minimum 2016-2018 - Calculs : AVIQ et Iweps

²⁹ Chan-Chee C., Jerewski-Serra D., 2011. Hospitalisation pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 47/48: 492-496.

Or, certains travaux ont montré que les tentatives de suicide et leur récurrence constituent l'élément le plus prédictif d'un suicide à venir (Hawton et Heeringen, 2009)³⁰.

Par conséquent, il importe de questionner aujourd'hui la qualité de la prise en charge des personnes admises pour tentatives de suicide, qui semble loin de réussir à prévenir le risque de récurrence pour un certain nombre d'individus.

Cette question de la prise en charge s'avère, une fois encore, pertinente à envisager selon une perspective de genre, selon les données mises en évidence par l'enquête Solidarité et confirmées par ailleurs dans d'autres travaux de recherche (Chan-Chee et Jerewski-Serra, 2011).

Dans cette première partie, nous avons voulu montrer que le suicide abouti d'un côté et la tentative de suicide de l'autre, sont deux indicateurs qui traduisent deux expressions genrées d'un mal-être, la première étant, comme nous l'avons vu, plus « masculine » et la seconde, plus « féminine ».

Les moyens choisis par les femmes pour mettre fin à leurs jours sont aussi différents que ceux des hommes, les femmes recourant plus souvent à des moyens moins violents que ceux privilégiés par les hommes (armes à feu, pendaison). On peut y voir une fois de plus l'expression d'une socialisation différente des comportements selon le sexe.

Les moyens utilisés pour se suicider

Les différences importantes entre femmes et hommes dans l'analyse des taux de suicide et des tentatives de suicide peuvent s'expliquer notamment par l'utilisation de moyens différents chez les hommes et chez les femmes pour mettre fin à leurs jours. Mais elles traduisent surtout des formes différentes d'expression du mal-être selon le sexe et la socialisation des individus³¹. Certains moyens comme l'usage de l'arme à feu ou la pendaison, plus souvent privilégiés par les hommes, laissent en effet peu de chance de survie par rapport à d'autres moyens comme l'auto-intoxication, par exemple, un moyen plus souvent utilisé par les femmes que par les hommes (30% des femmes qui ont mis fin à leur jour se sont intoxiquées contre 11,5% chez les hommes).

Ces constats relatifs à l'usage différencié de moyens entre les femmes et les hommes ont été mis en évidence dans certains travaux de recherche en France et se vérifient également en Wallonie.

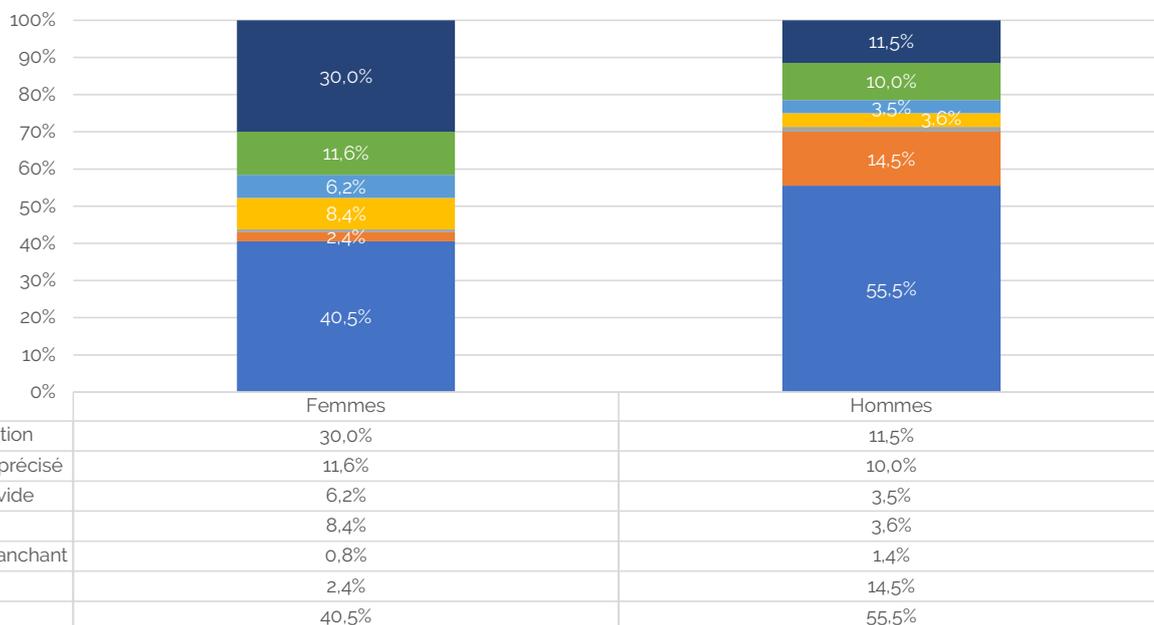
Les statistiques wallonnes relatives aux moyens utilisés lors de suicides³² montrent que la pendaison est le moyen le plus souvent utilisé parmi les personnes qui se sont suicidées dans des proportions cependant fort différentes selon le sexe : 40,5% pour les femmes contre 55,5% pour les hommes. Chez les hommes, l'utilisation d'arme à feu est le second moyen le plus souvent utilisé pour se suicider (14,5%).

³⁰ Hawton K. et van Heeringen K., cités par Philippe Le Moigne, Florian Pisu, (2019) « Seulement s'ils veulent mourir. Les urgences générales face aux patients suicidaires ». *Sciences sociales et santé*.

³¹ Voir à ce sujet l'article de Cousteaux A-S., Pan Ké Shon J-L "le mal-être a-t-il un genre?"

³² Il s'agit ici uniquement de statistiques sur les suicides aboutis et non les tentatives de suicide.

Graph 14 : Répartition des moyens de suicide par sexe, Wallonie, 2010-2017



Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2010-2017- Calculs : Iweps

Les différences de genre dans les taux de suicide recouvrent également, comme nous pouvons l'observer, des inégalités sexuées d'accès à ces moyens³³. On peut faire l'hypothèse que l'accès à certains moyens pour mettre fin à ses jours est plus facile pour les hommes que pour les femmes en raison notamment de métiers exercés plus souvent par les hommes que par les femmes. Par exemple, les hommes peuvent avoir un accès plus fréquent aux armes à feu par leur profession (gardien,

gendarme, policier, militaire) ou par leurs loisirs (chasse, tir). A l'inverse, l'utilisation de médicaments pour mettre fin à ses jours est une option plus souvent envisagée par les femmes, en raison d'une facilité plus grande pour les femmes de se procurer ce type de « moyens » dans la mesure où elles sont plus souvent que les hommes en contact avec des médecins et plus souvent consommatrices d'antidépresseurs et de tranquillisants, par exemple.

³³ Michaud L., Brovelli S., Bourquin C. (2021) « Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes » *Revue médicale suisse. Médecine et genre*, n°7442

4. Les troubles mentaux

En matière de santé publique, comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux représentent un des enjeux les plus importants dans la mesure où ils sont « *la première cause d'invalidité, la deuxième cause d'arrêt de travail et la troisième cause de la charge globale de morbidité*³⁴, *après les maladies cardiovasculaires et le cancer* ».³⁵

On retrouvera, entre autres, derrière le terme « troubles mentaux », des personnes souffrant de troubles anxieux généralisés ou encore de dépression qui demeurent des maladies graves et invalidantes.

Selon les données de l'enquête de santé, les troubles mentaux en Belgique connaissent une forte augmentation depuis la crise de 2008 : ainsi, les prévalences, d'environ 6% pour l'anxiété et de 9% pour la dépression en 2001 et 2008, sont passées à respectivement 10% (pour l'anxiété) et 15% (pour la dépression) en 2013 chez les personnes âgées de 15 ans et plus.

En 2018, la proportion de personnes souffrant d'anxiété en Belgique est de 11% et celle souffrant de troubles dépressifs de 9,4%. La diminution de la prévalence de dépression observée entre 2013 et 2018 ne s'accompagne pourtant pas d'une diminution de la prévalence pour les autres indicateurs relatifs aux troubles mentaux.

Après vérification, il apparaît donc que c'est une modification dans la mesure de

la prévalence de l'état de dépression qui explique en grande partie la diminution importante de l'état de dépression observée entre ces deux périodes.

La non prise en compte de la gravité de l'état de santé mentale de certaines populations a des conséquences multiples et coûteuses, tant sur le plan humain que sur un plan purement économique. En effet, les problèmes de santé mentale ont notamment, et comme cela a été observé dans une étude réalisée par le DULBEA³⁶, des conséquences directes sur l'emploi des femmes et des hommes.

Cette étude s'est intéressée à l'augmentation importante, depuis une quinzaine d'années, du taux d'invalidité en Belgique (le taux d'invalidité³⁷ en 2016 était estimé à 8,87%). Elle révèle par ailleurs que deux catégories de maladies concernent la grande majorité du stock de personnes en invalidité, à savoir les troubles mentaux et les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif. Ainsi, selon les auteurs de l'étude, ces deux catégories de pathologies regroupaient à elles seules en 2015, 65% du total des personnes en invalidité et enregistraient également les taux d'augmentation les plus rapides sur la période 2006-2015, avec respectivement +73% pour les troubles mentaux et +89% pour les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif.³⁸

Nous ne reviendrons pas sur l'ensemble des constats très intéressants qui ressortent

³⁴ La charge globale de morbidité se mesure en « années de vie ajustées sur l'incapacité », il quantifie la perte d'activité humaine en raison d'incapacités, de maladies et de décès.

³⁵ Cité dans le rapport « Santé mentale. Enquête de santé 2018 », p.78. Gisle Lydia, Sciensano, Epidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques HIS 2018, Janvier 2020, Bruxelles.

³⁶ Octave De Brouwer et Ilan Tojerow, *Quels sont les déterminants des disparités géographiques du taux d'invalidité en Belgique ?* Revue Belge de sécurité sociale, 1er trimestre 2018. Article réalisé par les chercheurs du DULBEA dans le cadre de la convention de recherche « Recherche sur les motifs des différences entre arrondissements en matière de reconnaissance de l'invalidité ». Recherche commanditée par le Service public fédéral Sécurité sociale.

³⁷ Les auteurs de la recherche réalisée par le DULBEA définissent le taux d'invalidité comme le nombre d'invalides divisé par le nombre de titulaires indemnisables duquel ont été retirés les prépensionnés. Ces derniers étant des titulaires indemnisables dont la probabilité de tomber en invalidité est nulle étant donné que ceux-ci bénéficient déjà d'un régime financier plus favorable.

³⁸ p.8, *op. cit*

de cette étude, mais nous nous attarderons sur quelques conclusions importantes en lien avec la dimension de genre.

On relèvera notamment que les femmes sont majoritairement présentes parmi les personnes qui sont aujourd'hui en invalidité. L'invalidité et son augmentation est un phénomène qui touche en effet, comme le soulignent les auteurs de la recherche, particulièrement les femmes. Selon cette étude, 80% de l'augmentation du taux d'invalidité entre 2003 et 2014 est due à l'augmentation du taux d'invalidité chez les femmes, dont 50% pour les ouvrières et 30% pour les employées³⁹.

L'analyse des chercheurs du DULBEA révèle également, comme on pouvait s'y attendre, que l'âge est une variable qui explique l'augmentation du taux d'invalidité. Cependant, les chercheurs constatent que si l'âge est une variable déterminante pour expliquer l'augmentation du taux d'invalidité chez les hommes, elle ne peut, par contre, expliquer que très partiellement le taux d'invalidité important chez les femmes. En effet, alors que l'augmentation (faible) du taux d'invalidité observée entre 2003 et 2014 chez les hommes peut être expliquée à 88% par le vieillissement de la population active, cet argument ne peut expliquer chez les femmes que 43% de l'augmentation (forte) du taux d'invalidité au sein de ce groupe⁴⁰.

D'autres pistes d'explication sont à chercher pour comprendre ce phénomène qui touche particulièrement les femmes. On peut dès lors supposer que les situations inégalitaires observées entre femmes et hommes dans l'emploi, avec une proportion plus grande de femmes dans des emplois précaires, avec des salaires restant en moyenne en deçà de ceux des hommes dans tous les secteurs d'activité, avec des trajectoires professionnelles discontinues en raison de charges familiales et domestiques qui continuent de relever majoritairement de leur responsabilité sont autant d'éléments qui peuvent, en partie au moins, expliquer la présence plus importante aujourd'hui des femmes parmi les personnes présentant des troubles mentaux conduisant, dans les cas les plus graves, à des situations d'invalidité.

³⁹ p.10, *op. cit*

⁴⁰ p.47, *op. cit*

Les troubles anxieux en Wallonie

Pour mesurer les troubles mentaux en Wallonie, nous avons choisi, dans un premier temps, de privilégier deux indicateurs qui ont été élaborés dans l'enquête de santé à partir de la présence d'une série de symptômes associés tantôt à des troubles anxieux tantôt à des troubles dépressifs.

Les personnes souffrant de troubles anxieux ont été identifiées à partir d'un score qui a été établi à partir de questions en lien avec une série de symptômes révélateurs de troubles anxieux⁴¹. L'anxiété est une réaction normale en raison d'une crainte ou d'une inquiétude face à un danger perçu comme incontrôlable ou inévitable. Lorsque l'anxiété devient envahissante ou perdure, elle est alors qualifiée de trouble anxieux⁴². Le trouble anxieux généralisé (TAG) est quant à lui caractérisé par des préoccupations excessives et chroniques touchant à une multitude de domaines.

Les résultats de l'enquête de santé concernant les troubles anxieux généralisés montrent des écarts importants entre les femmes et les hommes. En effet, si 15,5% de la population wallonne souffre de troubles anxieux généralisés, les femmes semblent plus touchées que les hommes. En 2018, elles sont, en effet, une sur cinq (19,9%) à déclarer souffrir de troubles anxieux contre un homme sur dix (10,7%).

En Wallonie, en 2018, les femmes sont donc presque deux fois plus nombreuses que les hommes (1,86 fois) à présenter des troubles d'anxiété généralisés. Ces différences entre les sexes se marquent, plus encore, selon les âges, comme le montre le graphique suivant.

⁴¹ Le répondant évalue la fréquence de sept difficultés. Chaque difficulté reçoit de 0 à 3 points selon sa fréquence, un score cumulé de 10 points ou plus indique un risque de trouble anxieux généralisé. Les difficultés prises en compte dans ce score sont :

Vous sentir nerveux(se), anxieux(se) ou tendu(e)

Ne pas pouvoir arrêter de vous inquiéter ou ne pas pouvoir contrôler vos inquiétudes

Trop vous soucier à propos de différentes choses

Avoir des difficultés à vous détendre

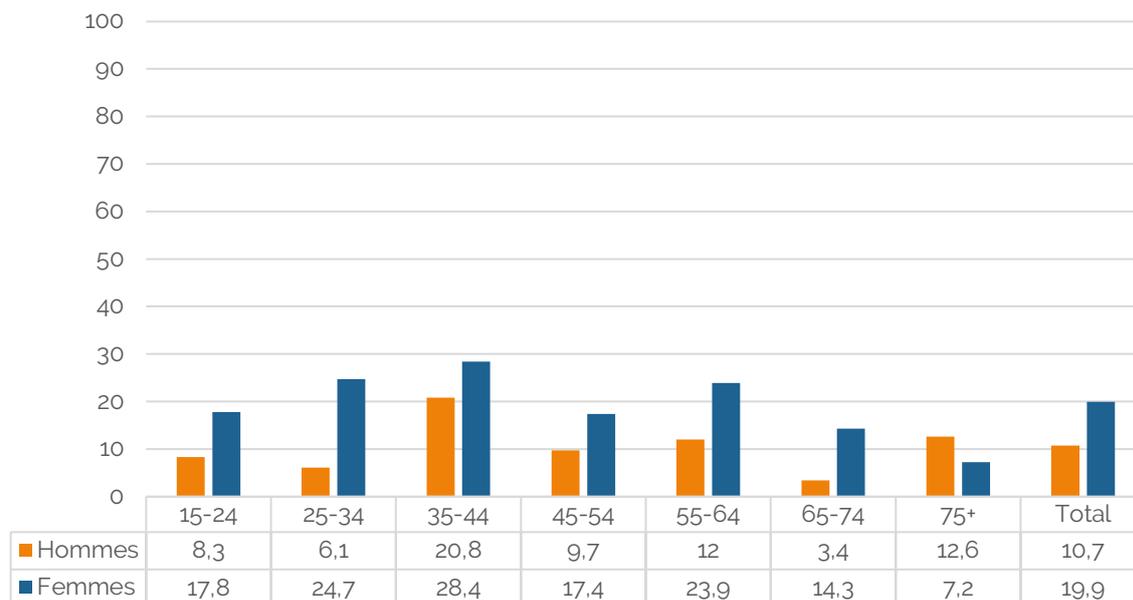
Être si agité(e) qu'il vous est difficile de tenir en place

Être facilement contrarié(e) ou irritable

Vous sentir effrayé(e), comme si quelque chose de terrible allait se produire

⁴² American Psychiatric Association (2004) DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Texte révisé. Masson, disponible en ligne : <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>.

Graphe 15 : Pourcentage de la population de 15 ans et plus souffrant de troubles anxieux généralisés (Score GAD-7), Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

La période que l'on peut qualifier d'entrée dans la vie active, de la tranche d'âge des 25-34 ans, semble être vécue de façon très différente par les hommes et les femmes. Alors qu'elle apparaît comme l'une des périodes présentant un des plus faibles taux d'anxiété chez les hommes (6,1% chez les 25-34 ans), c'est la situation inverse qui est observée pour les femmes (24,7%) qui sont 4 fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de troubles anxieux généralisés entre 25 et 34 ans. Cette période de la vie semble associée à une source importante d'anxiété chez les femmes en raison sans doute de leur entrée dans la vie professionnelle, mais aussi dans la vie familiale qui, pour un certain nombre d'entre elles, est associée à une charge mentale plus grande, mais aussi à des responsabilités inégalement partagées entre les sexes, comme cela

a notamment été démontré dans les dernières enquêtes réalisées sur l'emploi du temps des ménages en Belgique.

Le second écart important, observé entre les hommes et les femmes souffrant de troubles anxieux généralisés, concerne la période de 55 à 64 ans avec deux fois plus de femmes (23,9%) que d'hommes (12%) qui, dans cette tranche d'âge, souffrent de troubles anxieux. Par ailleurs, dans la tranche des 65-74 ans, les femmes sont 4 fois plus nombreuses que les hommes à présenter des troubles de l'anxiété.

Ici encore, l'explication qui peut être avancée est, en partie, à trouver dans les trajectoires professionnelles différenciées des femmes et dans les conséquences de carrières discontinues, à temps

⁴³ Au sujet des inégalités persistantes entre les femmes et les hommes dans le partage des tâches familiales, voir Cardelli R., O'Dorchai S. (2017). « Le genre et l'emploi du temps en Wallonie ». *Égalité entre les femmes et les hommes en Wallonie* (Cahier 2), IWEPS. Autres rapports de recherche sur cette thématique: « Genre et emploi du temps. (Non)-évolution des stéréotypes de genre. 1999, 2005, 2013 ». Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

partiel, dans des métiers plus souvent éprouvants, pénibles et sous-valorisés. Ces conséquences se font sentir de plein fouet à l'âge de la retraite, notamment dans le calcul de la pension. Au-delà de 75 ans, on observe un basculement de la situation : ce sont cette fois les hommes qui présentent plus souvent que les femmes des troubles anxieux généralisés.

Les troubles dépressifs en Wallonie

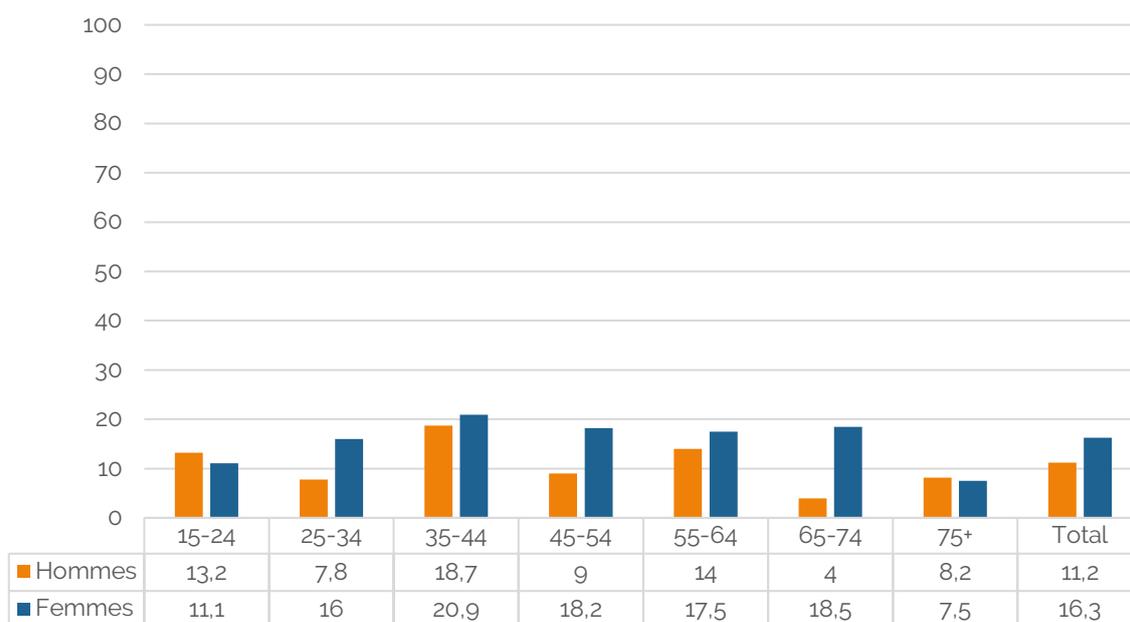
En ce qui concerne le pourcentage de personnes souffrant de troubles dépressifs, ce pourcentage est également calculé dans l'enquête de santé à partir d'un score qui résulte de l'accumulation de symptômes associés à ces troubles et dont les personnes déclarent souffrir.

Le trouble dépressif ou dépression correspond à des troubles de l'humeur conduisant à un ensemble de symptômes dont les causes sont variables et

diverses : biologiques, environnementales ou contextuelles. Neuf symptômes principaux sont susceptibles d'être retrouvés chez les personnes souffrant de troubles dépressifs. Ils touchent l'estime de soi, l'intérêt, la tristesse, le sommeil et la fatigue, l'appétit, l'intensité de l'activité, la culpabilité, la concentration ou encore les pensées suicidaires. Si les troubles dépressifs affectent les pensées et les comportements, ils affectent également le corps avec des risques accrus notamment d'infections, de cancers et de maladies cardiovasculaires.

Comparativement à la situation en Belgique, les chiffres wallons sur les troubles dépressifs révèlent une situation plus critique en matière de santé mentale. En effet, en 2018, selon les données de l'enquête santé, 13,8% des personnes en Wallonie souffriraient de troubles dépressifs contre 9,4% en Belgique.

Graphe 16 : Pourcentage de la population de 15 ans et plus souffrant de trouble dépressif (Score PHQ-9), 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

Chez les hommes, c'est notamment chez les plus jeunes de 15-24 ans que la présence de troubles dépressifs est la plus importante, suivie, ensuite, de la tranche d'âge des 35 à 44 ans avec un pourcentage encore plus élevé (18,7%).

Rappelons que le suicide est la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge. Nous constatons donc que la mise en perspective de certains indicateurs de mesure du bien-être des individus permet de mettre en évidence certaines périodes critiques en termes de santé mentale, différentes cependant dans la trajectoire des hommes et dans celle des femmes.

Chez les femmes, la présence de troubles dépressifs se retrouve à différentes périodes de la vie, en proportion importante dans la tranche des femmes âgées entre 35-44 ans, suivie des tranches des 45-54 ans, 55-64 ans et 65-74 ans dans des proportions plus ou moins équivalentes (entre 17,5 et 18,5) à partir de 45 ans.

Une analyse de l'importance des écarts de sexe dans les troubles dépressifs met en évidence deux périodes de la vie, vécues de manière tout à fait différente selon les sexes :

- entre 45-54 ans, seuls 9% des hommes présentent des troubles dépressifs contre 18,2% des femmes, soit un écart de 9 points de pourcentage ;

- entre 65-74 ans, moins nombreux, les hommes sont à peine 4% à présenter des troubles dépressifs contre 18,5% des femmes, soit une différence de 14,5 points de pourcentage.

Ainsi, si l'espérance de vie des femmes demeure plus grande que celle des hommes, l'état de santé mentale des femmes à partir de 65 ans, mesuré ici à partir de la présence de troubles dépressifs, est bien plus négatif que l'état de santé mentale des hommes.

MISE EN PERSPECTIVE : PERCEPTION SUBJECTIVE DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Une autre question de l'enquête de santé porte cette fois sur le déclaratif et sur la perception que la personne a de son état de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Nous allons voir que l'analyse de cette question subjective relative aux troubles dépressifs est très intéressante pour déconstruire certains stéréotypes de genre.

Il est couramment avancé, dans les discours sur la santé des femmes, que celles-ci déclarent plus aisément que les hommes souffrir de maladies mentales. Si cette affirmation s'avère exacte, alors les écarts mesurés à partir de ces deux questions concernant l'état dépressif (la question plus « objective » permettant le calcul d'un score par le statisticien à partir d'une série de symptômes et la question liée à l'appréciation de son état par la personne) devraient mettre en évidence des valeurs plus importantes sur le plan « subjectif » (déclaratif) que sur le plan « objectif ».

La comparaison des déclarations spontanées d'épisodes dépressifs avec l'indicateur objectif de mesure de l'état dépressif ne permet cependant pas de tirer ce genre de constat.

Si la période d'observation pour ces deux indicateurs n'est pas la même, le fait que la mesure de symptômes liés aux troubles dépressifs porte sur une courte période pourrait cependant laisser penser que si la période d'observation est plus longue, puisque le second indicateur porte sur 12 mois, la présence de troubles dépressifs tant chez les femmes que chez les hommes risquerait d'être plus importante. Ce qui n'est pas le cas comme nous l'avons observé tant chez les femmes que chez les hommes, sans doute parce que ceux-ci ont tendance à sous-évaluer leur état de santé mentale, surtout lorsque l'appréciation de cet état porte sur une longue période. Une autre explication peut être également liée au fait que la personne ait pu oublier certaines périodes durant l'année écoulée associées à la présence de troubles dépressifs.

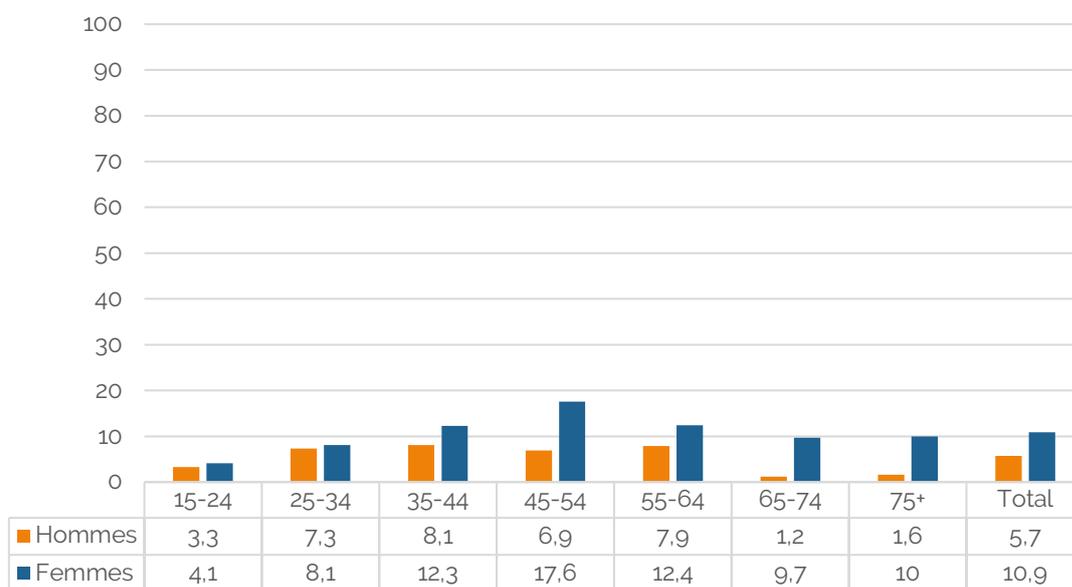
En ce qui concerne les hommes, les résultats relatifs à la perception subjective de l'état de santé mentale peuvent nous laisser penser que les hommes présentent des difficultés à exprimer leur mal-être. Cette réticence à exprimer un certain mal-être psychologique doit bien entendu être mise en relation avec une éducation et une société qui continuent, dans les représentations qu'elles véhiculent, à dévaloriser les hommes qui sont « fragiles psychologiquement ».

La mise en perspective de ces deux indicateurs de mesure de la dépression, l'un portant sur la présence d'une liste de symptômes « objectifs » définis par l'équipe de recherche pour mesurer les troubles dépressifs et l'autre sur une appréciation subjective de l'état de santé, révèle que si les hommes sont 11% à souffrir de troubles dépressifs en 2018 en Wallonie, ils ne sont cependant que 5,7% à déclarer spontanément avoir souffert de dépression au cours de l'année écoulée comme le montre le graphique suivant.

A l'inverse, dans les représentations collectives sur la santé mentale des femmes, ces dernières seraient plus enclines à parler de leur maux, à faire état de leur mal-être psychologique, ce qui expliquerait selon certains, les résultats plus négatifs observés dans les statistiques relatives à leur état de santé mentale.

Pourtant, les résultats ci-dessous concernant l'indicateur déclaratif de l'état dépressif, ne permettent pas de confirmer ces représentations collectives. En Wallonie, en 2018, 8,4% des personnes déclarent avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois.

Graphe 17 : Pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

En ce qui concerne les femmes, si elles sont 16,3% à présenter des troubles dépressifs (mesurés à partir de la présence d'une liste de symptômes liés à des troubles dépressifs), elles ne sont plus que 10,9% à déclarer spontanément avoir souffert de dépression au cours de l'année écoulée.

Par conséquent, nous pouvons formuler l'hypothèse, à partir de ces statistiques, que les femmes tout comme les hommes, ont tendance à sous-déclarer leur détresse mentale pour des raisons différentes. Ces résultats se trouvent par ailleurs confirmés par d'autres analyses statistiques (Cousteaux et Pan Khé Son, 2008 ; Macintyre, Ford et Hunt, 1999).

Analyse des troubles mentaux : le rôle de la configuration familiale

Comment expliquer alors les différences de sexe importantes observées dans l'analyse des troubles mentaux?

Il est fréquent dans les analyses proposées en matière de santé, de croiser les indicateurs de santé avec une série de données dites sociodémographiques, telles que l'âge, le niveau de diplôme, la région, le niveau de revenus...

Il est moins fréquent, par contre, de croiser les indicateurs de santé avec des variables liées à l'activité professionnelle, au temps de travail, à la répartition des tâches familiales et domestiques ou encore à la configuration familiale. Or, nous savons que certains domaines de la vie sont déterminants pour expliquer les inégalités observées entre les femmes et les hommes et les conséquences de la persistance de certaines inégalités sur l'état de santé d'une population.

Selon certaines études épidémiologiques, la prévalence des dépressions, cancers ou maladies cardio vasculaires serait moins élevée chez les personnes en couple que

chez celles vivant seules. Ces travaux mettent, par ailleurs, en évidence une relation positive entre la conjugalité et l'état de bonne santé des individus⁴⁴.

S'il est prématuré de pouvoir tirer ce genre de conclusion à partir de l'analyse d'une seule variable présente dans l'enquête de santé, nous avons cependant voulu observer s'il existe une relation significative entre la fréquence des troubles dépressifs et le type de configuration familiale et si les effets de certaines configurations familiales sur l'état de santé mentale sont identiques pour les deux sexes.

Le tableau ci-dessous montre qu'en Wallonie en 2018, les personnes en couple semblent moins souffrir que les autres de troubles dépressifs. La présence d'enfants au sein du couple semble cependant avoir

peu d'influence sur l'état de dépression des individus vivant en couple, si l'on en juge les différences relativement faibles entre l'état de santé mentale des couples avec enfants et celui des couples sans enfants.

En effet, en 2018, 5,6% des couples sans enfants déclarent avoir souffert de troubles dépressifs au cours des 12 derniers mois contre 6,7% chez les couples avec enfants.

Ces résultats restent très faibles comparés aux 12,5% des célibataires qui ont déclaré avoir souffert de troubles dépressifs au cours des 12 derniers mois.

Tableau 7: Pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois selon le type de ménage. Wallonie, 2018

	Célibataire	Famille monoparentale	Couple avec enfant	Couple sans enfant	Autre ou inconnu	Total
Tous	12,5	12,8	5,6	6,7	9,3	8,4

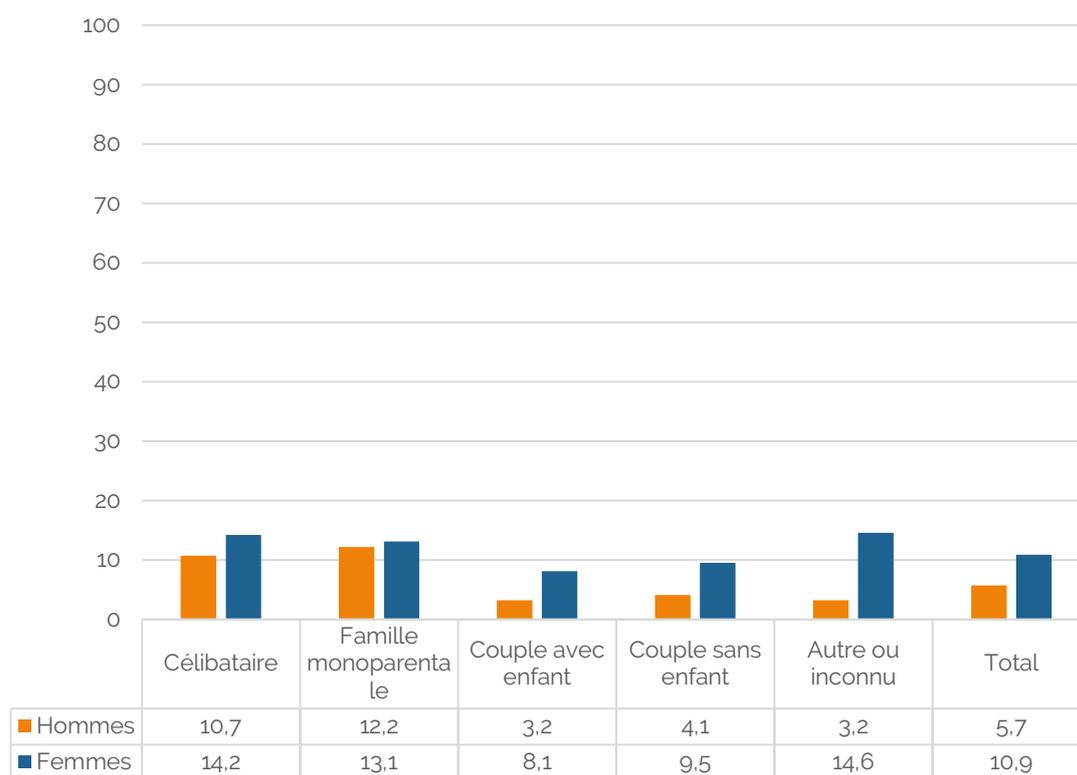
Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

⁴⁴ Cousteaux, A. et Pan Ké Shon, J. (2008). Le mal-être a-t-il un genre : Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 49, p.53-92.

Il convient cependant de nuancer ces résultats dès lors que l'on analyse les données selon le sexe comme proposé dans le graphique suivant. Il apparaît alors que les avantages pour les femmes et les hommes sont différents selon la configuration familiale. On relèvera d'abord

que de manière générale, quelle que soit la configuration familiale, les hommes semblent moins souffrir de troubles dépressifs que les femmes.

Grappe 18 : Pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le type de ménage. Wallonie, 2018



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

On observe ensuite que le fait de vivre en couple ne semble pas avoir le même effet protecteur sur la santé mentale des hommes et des femmes. On constate en effet un gain supérieur chez les hommes, exprimé par une fréquence plus faible de troubles dépressifs, à la vie conjugale.

Dans les couples sans enfants, le risque d'avoir souffert de dépression est en effet deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Le même type de constat est observé au sein des couples avec enfants avec 3,2% des hommes qui déclarent avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois contre 8,1% des femmes.

Le différentiel important observé entre l'état de santé mentale des femmes et des hommes en couple (avec ou sans enfant) peut en partie s'expliquer par le fait qu'au sein du couple, les inégalités entre hommes et femmes continuent de persister, notamment par le biais du rôle domestique, traditionnellement attaché aux femmes, et moins valorisé dans la société, par la charge que ce rôle domestique représente pour les femmes, mais également par celle qui provient des responsabilités familiales, qui pèse aussi beaucoup plus sur les femmes que sur les hommes engendrant le problème du double emploi (exercice d'une activité professionnelle et emploi domestique et familial) qui peut affecter la santé mentale des femmes.

Ce risque de souffrir de dépression est, par ailleurs, 4 fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes dans la catégorie « autres types de ménages » : 14,6% des femmes qui vivent dans d'autres types de ménages souffrent de dépression contre 3,2% des hommes dans ces autres configurations familiales dans lesquelles on retrouvera, entre autres, des parents dépendants qui sont souvent à charge des femmes...

L'explication de la réduction du mal-être serait ainsi, selon certains auteurs (Gove, Hughes et Briggs Style, 1983) à trouver dans le fait de vivre avec un conjoint. Mais si les deux sexes tirent effectivement avantage à l'union, les hommes en retirent, comme nous venons de l'observer, des bénéfices supérieurs. Ces constats sont confirmés en outre par le fait que les hommes célibataires sont plus à risque de connaître des épisodes dépressifs que les hommes mariés, mais toujours moins que les femmes célibataires.

Ces statistiques révèlent également que les bénéfices éventuels de la vie en couple sont perdus lorsqu'il y a une séparation puisque les hommes à la tête d'une famille monoparentale sont en effet ceux qui déclarent le plus souvent avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. Les hommes au sein des familles monoparentales apparaissent encore moins protégés de troubles dépressifs que les hommes célibataires (12,2% contre 10,7% chez les hommes célibataires).

5. Covid-19 et aggravation de l'état de santé mentale en Wallonie

Nous ne pouvions terminer ce chapitre consacré aux troubles mentaux sans parler de la pandémie qui a touché une grande partie du monde et a eu des conséquences négatives sur l'état de santé de nombreuses personnes en Belgique, comme nous allons l'observer. Depuis le début de la pandémie, une série de travaux de recherche ont tenté de mettre en évidence les différents coûts liés à la crise sanitaire, tant sur le plan social, économique que sur le plan humain. Ces travaux ont notamment cherché à évaluer quelles sont les conséquences de cette crise sanitaire sur la santé mentale des citoyen·ne·s.

Sans entrer dans le détail de ces travaux très intéressants, nous relèverons toutefois plusieurs constats interpellants, qui ont été dégagés à différentes périodes auprès de la population âgée de 18 ans et plus dans les différentes régions du pays. Il ressort de ces enquêtes spécifiques⁴⁵ que les troubles dépressifs au sein de la population âgée de 18 ans et plus sont deux fois plus fréquents qu'avant la crise sanitaire.

Par ailleurs, il apparaît que les effets de la crise sanitaire sur la santé mentale des personnes ont été particulièrement importants en Wallonie avec 13,8% des personnes souffrant de troubles dépressifs en 2018, 14,4% en 2020 pour atteindre jusqu'à 25% en Wallonie, en mars 2021, soit une personne sur quatre. On observe donc une augmentation de 11 points de pourcentage par rapport à la situation avant la crise, en 2020 (14,4% au sein des 18 ans et plus⁴⁶ dont 11,4% de personnes souffrant de troubles dépressifs chez les hommes et 16,6% chez les femmes).

Même si les récentes données de l'enquête COVID-19, présentées dans le graphique ci-dessous, montrent une diminution du nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs⁴⁷, la situation en Wallonie reste critique puisque les personnes présentant une dépression sont 19,6% et celles ayant des troubles anxieux 21,7%.

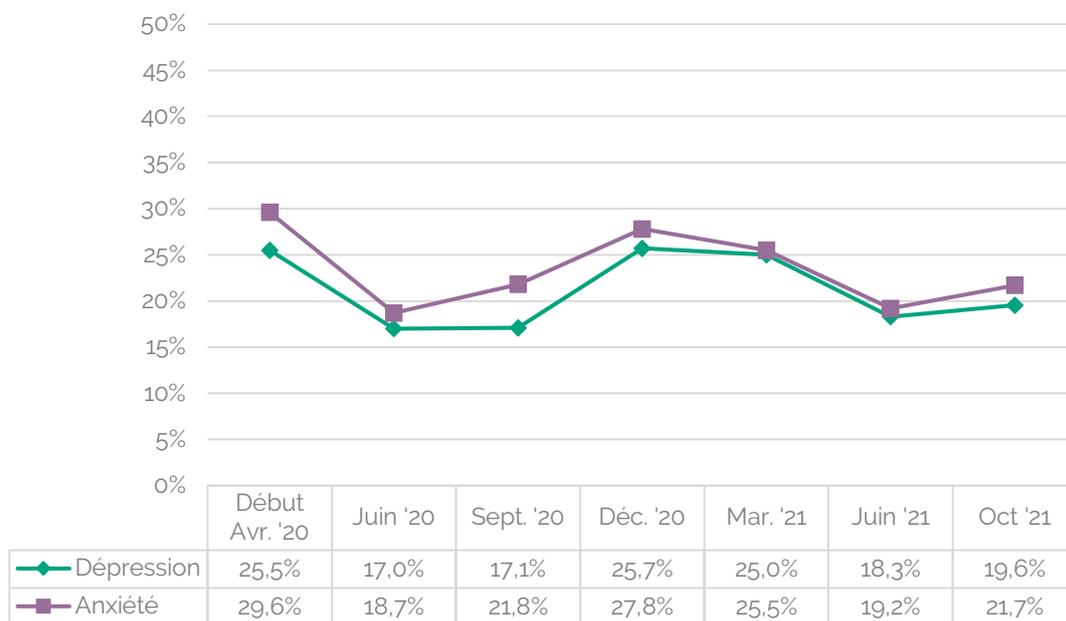
⁴⁵ Sources utilisées :

- Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>
- Troisième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <http://doi.org/10.25608/xkg3-xz50>
- Quatrième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>
- Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>
- Sixième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/j877-kf56>

⁴⁶ Les différences de chiffres observées dans la publication concernant cet indicateur s'expliquent par le fait qu'ici, la période d'observation porte sur l'année 2020 (avant la crise) et la population de référence est composée de personnes âgées de 18 ans et plus et non de 15 ans et plus, comme cela était le cas précédemment dans l'analyse de la santé mentale des individus. On peut donc supposer que les statistiques concernant les troubles dépressifs durant la période Covid seraient bien plus élevées si l'on avait pris, comme population de référence, les personnes âgées de 15 ans et plus.

⁴⁷ Soulignons que l'enquête COVID-19 se fait auprès de la population de 18 ans et plus et non auprès des 15 ans et plus, comme c'est le cas dans le cadre de l'enquête de santé. Nous remercions Lydia Gisle pour les traitements qui ont été réalisés pour la Wallonie à partir des données de l'enquête COVID-19.

Graph 19: Évolution des troubles anxieux et dépressifs depuis le début de la crise Covid en Wallonie, en % (18 ans et plus)

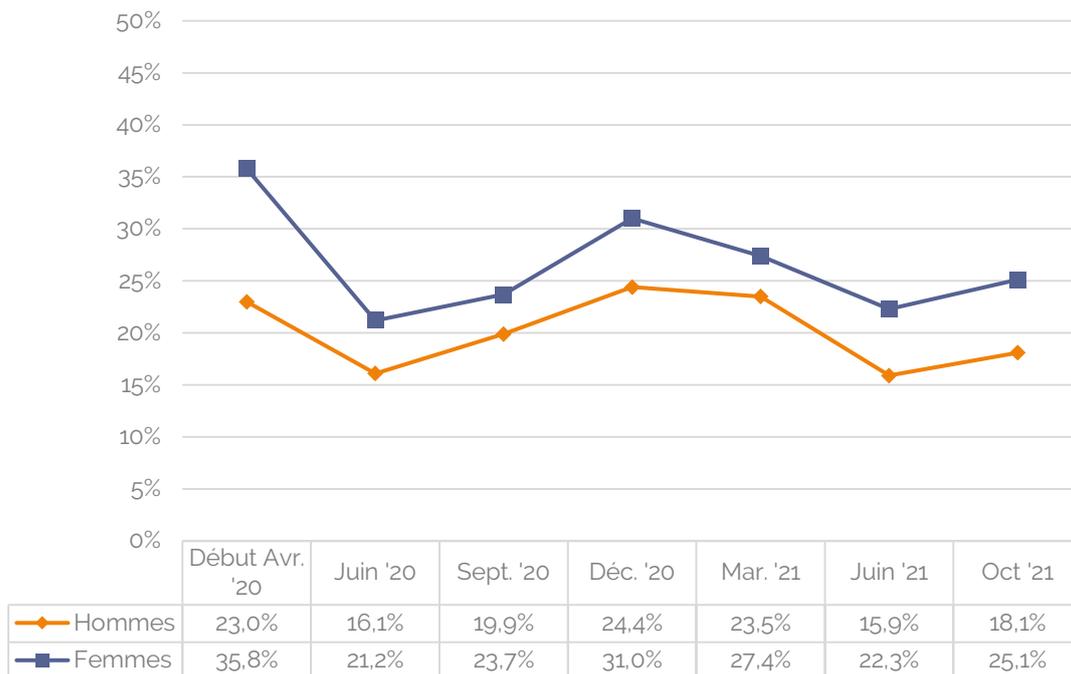


Source : Sciensano, Enquêtes Covid-19, Epistat/Covid-19/Interactive dashboard

En ce qui concerne les troubles anxieux, nous constatons que la prévalence diffère fortement entre les femmes et les hommes comme le montre le graphique suivant. En effet, selon les données de la dernière

enquête COVID-19, les femmes sont plus susceptibles de présenter des troubles anxieux que les hommes (25,1% contre 18,1%).

Graphe 20 : Évolution des troubles anxieux selon le sexe depuis le début de la crise Covid en Wallonie, en % (18 ans et plus)



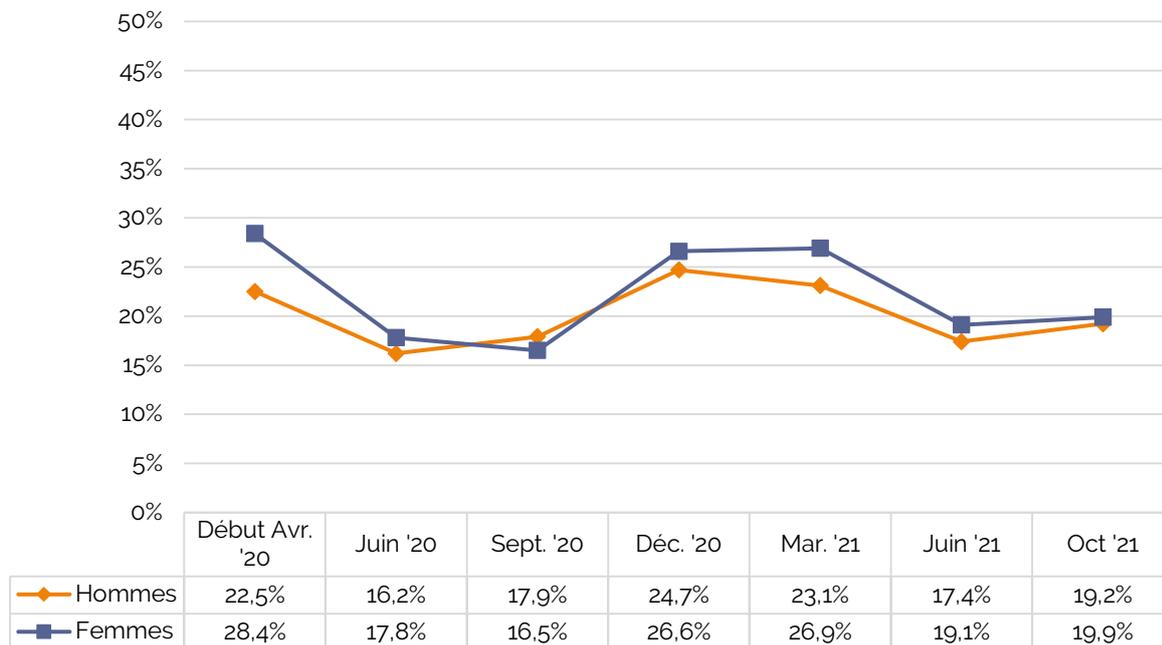
Source : Sciensano, Enquêtes Covid-19, Epistat/Covid-19/Interactive dashboard

Par ailleurs, une analyse ventilée cette fois selon l'âge révèle que ce sont les jeunes femmes, âgées de 18 à 29 ans, qui sont plus nombreuses à présenter des troubles anxieux. En octobre 2021, toujours selon les données des enquêtes COVID, plus d'une jeune femme sur trois a des troubles anxieux (34,9%) contre 18,4% des jeunes hommes de la même tranche d'âge. La prévalence des troubles anxieux tend à diminuer avec l'âge (14,5% chez les 65 ans et plus avec 17,8% des femmes et 9,4% des hommes.

Chez les hommes, à l'inverse, c'est au sein des personnes âgées de 45 à 64 ans (22,9%) suivies de la catégorie des personnes de 30-44 ans (19,4%) que les troubles anxieux sont plus présents.

En ce qui concerne les troubles dépressifs, nous constatons que, depuis le début de la crise, la prévalence des troubles dépressifs ne diffère pas autant entre les hommes et les femmes comme le montre le graphique suivant.

Graph 21 : Évolution des troubles dépressifs selon le sexe depuis le début de la crise Covid, en Wallonie, en % (18 ans et plus)



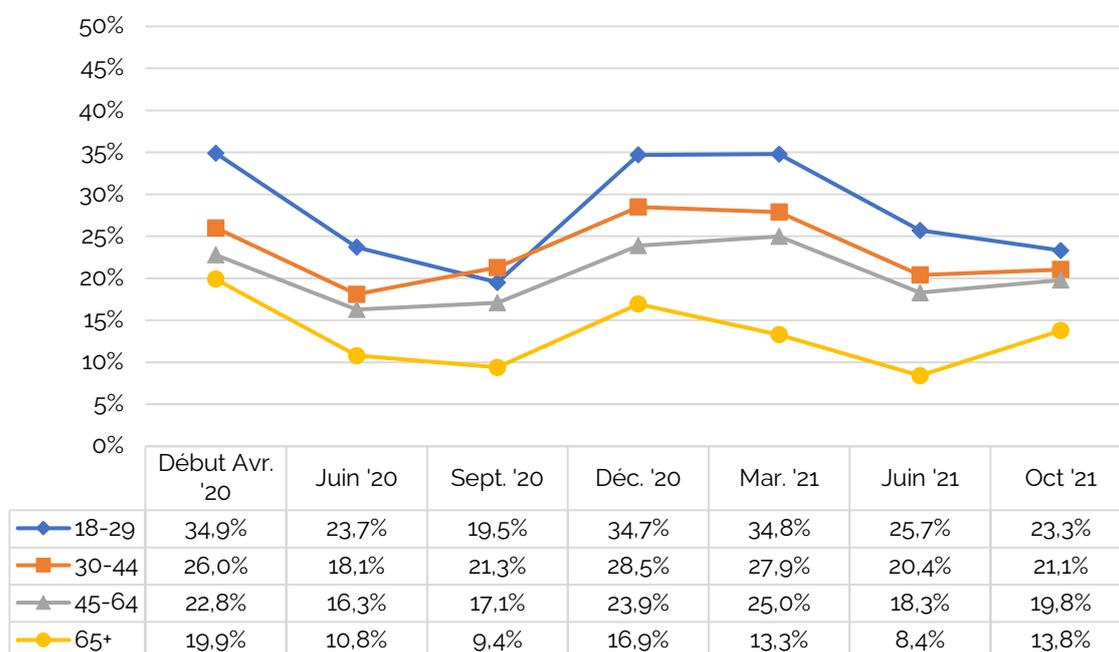
Source : Sciensano, Enquêtes Covid-19, Epistat/Covid-19/Interactive dashboard

Une analyse selon l'âge amène toutefois à nuancer ce constat.

C'est d'abord au sein des populations les plus jeunes que la prévalence des troubles dépressifs est la plus élevée avec 23,3% des jeunes de 18-29 ans qui sont concernés (contre 19,5% tous âges confondus comme observé dans le graphique 22), soit presque un jeune sur quatre qui souffrirait de troubles dépressifs en Wallonie, en octobre 2021.

Enfin, comme le montre le graphe ci-dessous, on observe également une diminution de la prévalence des troubles dépressifs avec l'âge : 21% des 30-44 ans, 19,8% des 45-64 ans et 13,8% des 65 ans et plus.

Graph 22 : Évolution des troubles dépressifs selon l'âge depuis le début de la crise Covid en Wallonie, en % (18 ans et plus)



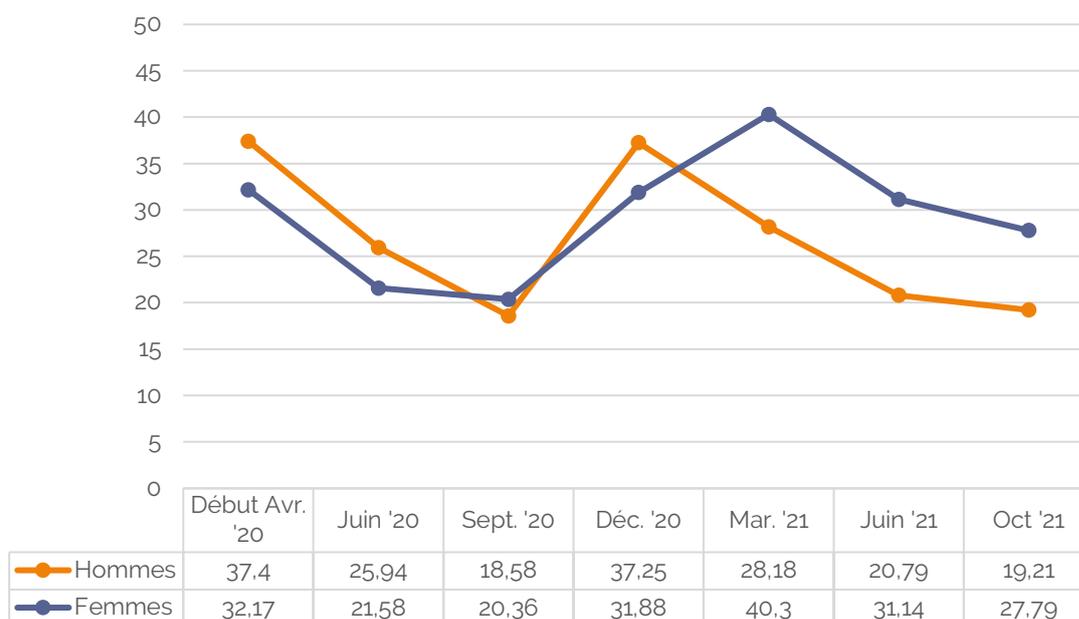
Source : Sciensano, Enquêtes Covid-19, Epistat/Covid-19/Interactive dashboard

En envisageant les variables sexe et âge simultanément cette fois, les résultats font apparaître des différences importantes entre femmes et hommes en fonction des tranches d'âges envisagées. Intéressons-nous en particulier au groupe d'individus qui présentent une prévalence importante de troubles dépressifs, à savoir les jeunes de moins de 30 ans.

Le graphique 26 montre que la différence dans la prévalence des troubles dépressifs

entre les jeunes femmes et hommes est très importante dans la tranche d'âge des 18-29 ans. On remarque en effet que cette période est la période la plus critique chez les jeunes femmes qui sont presque une sur trois (27,8%) à présenter des troubles dépressifs contre respectivement un homme sur cinq 19,2% dans cette tranche d'âge.

Graphe 23 : Évolution des troubles dépressifs chez les 18-29 ans depuis le début de la crise Covid, selon le sexe, en Wallonie, en %



Source : Sciensano, Enquêtes Covid-19, Epistat/Covid-19/Interactive dashboard

Chez les hommes, la prévalence des troubles dépressifs est plus importante (22%) parmi les personnes de 30-44 ans et de 45-64 ans. Ce constat se vérifie également pour les troubles anxieux.

Par ailleurs, l'évolution des troubles dépressifs depuis le mois d'avril 2020 met en évidence un changement d'état selon le sexe comme le montre le graphique 26. En effet, si au début de la crise, les données de Sciensano révélaient que les hommes âgés entre 18-29 ans présentaient plus de troubles dépressifs que les jeunes femmes dans la même tranche d'âge (37,4% contre 32,2% en avril 2020), cette situation va complètement changer au fur et à mesure de la crise.

En outre, si le nombre de jeunes atteints de troubles dépressifs a diminué depuis le début de la crise, on fera remarquer que cette diminution n'est cependant pas aussi importante chez les jeunes femmes (32,2% en avril 2020 et 27,8% en octobre 2021, soit une diminution de 4,4 points de pourcentage) que chez les hommes de cette tranche d'âge (37,4% en avril 2020 et 19,2% en octobre 2021, soit une diminution de 18,2 points de pourcentage).

Il serait utile de déterminer quels sont les facteurs explicatifs d'une amélioration plus marquée de l'état de santé mentale des jeunes hommes. La socialisation différenciée des filles et des garçons induisant des rôles et des attentes différents selon les sexes peut sans doute constituer une piste d'explication. En effet, les jeunes femmes ont probablement dû, plus que les jeunes hommes, assumer durant la période de confinement, un soutien plus important dans la réalisation des tâches familiales et domestiques assignées principalement aux mères dans la sphère privée.

Pour terminer cette partie, nous ferons cependant remarquer que ces différences importantes observées entre femmes et hommes sont tout à fait spécifiques au groupe des jeunes âgés de 18 à 29 ans. En effet, dans les autres tranches d'âge, selon les données récoltées depuis avril 2020, on constate que les écarts sont beaucoup moins importants (ne dépassant pas 4 points de pourcentage selon les tranches d'âge).

6. L'utilisation de psychotropes

L'utilisation de psychotropes constitue également un indicateur intéressant à analyser en santé mentale, même si nous verrons qu'il doit être interprété avec prudence car il n'est pas en mesure de refléter le nombre de personnes qui sont vraiment atteintes de pathologies mentales. Il traduit cependant l'expression d'un mal-être au sein d'une population et permet également de mettre en lumière des pratiques médicales genrées dans la gestion du mal-être, avec une tendance à la sur-prescription de médicaments pour les femmes. D'un point de vue thérapeutique, l'exemple de la délivrance de médicaments psychotropes mérite donc d'être questionné sous l'angle du genre.

Nous nous baserons sur les données de l'enquête de santé pour analyser l'utilisation de psychotropes en Wallonie en 2018.⁴⁸ Par « psychotropes », les auteurs du rapport de l'enquête santé font référence à deux catégories de médicaments qui sont les sédatifs et les antidépresseurs.

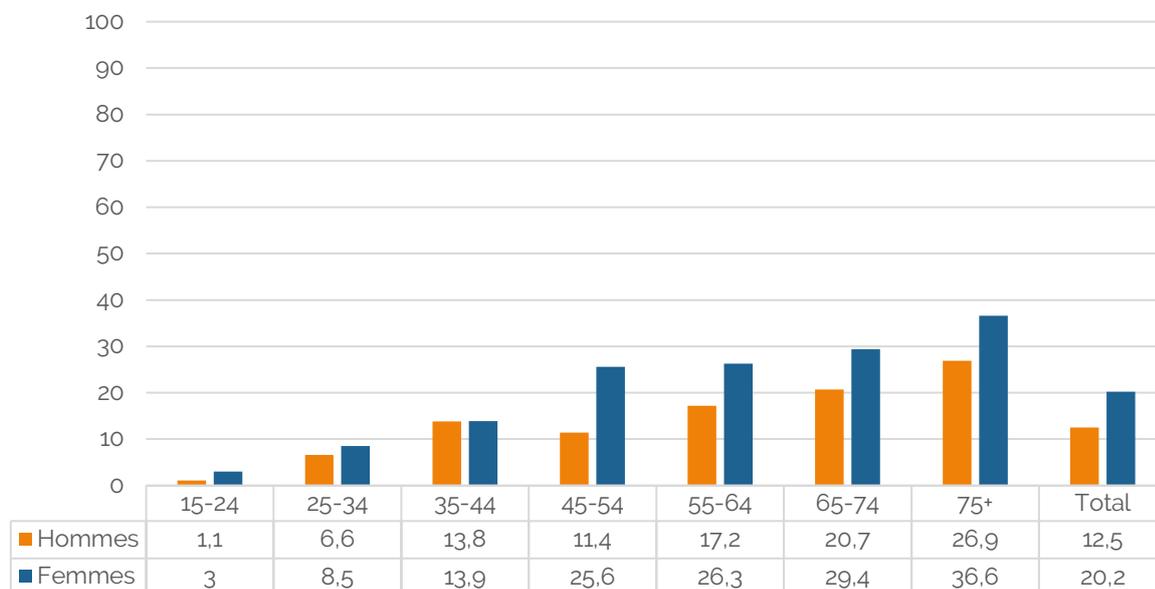
Les statistiques relatives à la consommation de psychotropes (sans distinction du type de médicaments) montrent qu'en Wallonie en 2018, 16,5% des personnes déclarent avoir utilisé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines.

On observe, dans le graphique suivant, une augmentation de la consommation de psychotropes avec l'âge tant chez les femmes que chez les hommes.

Une analyse selon le sexe montre que les femmes sont plus nombreuses (20,2%) que les hommes (12,5%) à consommer des médicaments psychotropes en Wallonie. Ce constat se vérifie par ailleurs pour toutes les catégories d'âge. Par ailleurs, c'est entre 45 et 54 ans que l'écart entre les femmes et les hommes est le plus grand avec une différence de 14,2 points de pourcentage (25,6% de femmes contre 11,4% d'hommes). Nous verrons ultérieurement que c'est au sein de cette tranche d'âge notamment que l'on observe, chez les hommes, une surconsommation problématique d'alcool. On peut formuler l'hypothèse que la consommation plus fréquente et problématique d'alcool entre 45 et 54 ans par les hommes traduit un usage anxiolytique inconscient de l'alcool qui devient, pour un certain nombre d'hommes, un substitut à la consommation d'antidépresseurs (voir graphique 27).

⁴⁸ Gisle L., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles.

Graphe 24 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a utilisé des médicaments psychotropes au cours des 2 dernières semaines, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

Une analyse plus détaillée de la consommation de psychotropes montre que, selon le type de médicaments consommés, des différences entre femmes et hommes se dessinent principalement dans la prescription d'antidépresseurs plus que dans celle de sédatifs.

Il est cependant important de rappeler que la consommation d'antidépresseurs n'est pas toujours reliée à une pathologie mentale existante chez la femme, mais est sans doute à mettre davantage en relation avec certaines pratiques médicales, empreintes également de représentations stéréotypées, qui impliquent de surprescrire des psychotropes aux patientes féminines, comme l'ont montré certaines études⁴⁹.

En effet, des recherches⁵⁰ ont montré que les soins qui sont administrés aux femmes reposent également sur des représentations biaisées par rapport aux maladies dites « féminines » et « masculines ». On peut, en effet, affirmer que les professionnel·les de la santé ne sont pas exempt·es des représentations genrées et stéréotypées présentes dans la société. Que ce soit au niveau préventif, lors du diagnostic ou encore dans le traitement administré, ces représentations collectives vont avoir une incidence sur les pratiques médicales.

La question de la sur-prescription de psychotropes a été pointée en France dans un rapport parlementaire réalisé en 2006, laissant entendre qu'un grand nombre de personnes recevant un traitement de

⁴⁹ Tamblin, Robyn M. et al. (1997) « Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes », *Santé mentale au Québec*, Volume 22, numéro 1, p.239- 262. URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502105ar>

⁵⁰ Voir Salle et Vidal (2017), Dupuy Maury F. (2017), Tamblin, Robyn M. et al. (1997).

psychotropes ne présentaient en réalité aucun trouble psychiatrique relevant d'indication reconnue (Briot, 2006⁵¹).

A titre d'exemple, dans les résultats que nous avons présentés, nous constatons en effet, un écart très important entre la prévalence d'utilisation de psychotropes et celle de troubles dépressifs.

Ce constat se vérifie particulièrement pour les femmes plus âgées. En effet, le graphique relatif à la consommation de psychotropes présenté ci-dessus (voir graphique 24) montre que 29,4% des femmes âgées entre 65 et 74 ans ont utilisé des psychotropes au cours des 15 jours précédant l'enquête alors qu'elles sont 18,5% dans cette tranche d'âge à souffrir de troubles dépressifs (voir graphique 16) et 14,3% à souffrir de troubles anxieux généralisés en 2018 (voir graphique 15).

Sans vouloir établir des relations de causalité entre ces variables, il semble toutefois important de questionner ces différences dans les statistiques relatives à la santé mentale et de se demander pourquoi les psychotropes sont davantage prescrits aux femmes qu'aux hommes, à partir d'une série de « symptômes » qui posent, peut-être trop rapidement selon le sexe du patient, un diagnostic d'état dépressif. Les statistiques ventilées selon le sexe et l'âge montrent que l'état de santé des personnes ne suffit pas à expliquer la sur-prescription d'antidépresseurs chez les femmes et l'absence de prescription dans certaines tranches d'âge critiques chez les hommes.

Il convient donc d'aller creuser dans les pratiques des médecins et dans les habitudes de prescription de ceux-ci, comme l'a fait une équipe de chercheurs

issus du milieu médical dans le cadre d'un projet de recherche subventionné par le Fonds de la recherche en santé du Québec⁵².

Ces chercheurs ont en effet montré, à partir de l'analyse des données de l'assurance-maladie pour les personnes de 65 et plus, que c'est dans les pratiques médicales liées à des profils socio-économiques et dans les styles de gestion différents des médecins prescripteurs que l'on peut trouver des explications aux modes différenciés de prescription de psychotropes en fonction du sexe du patient.

Or, on constate que les pratiques médicales font rarement l'objet d'étude dans l'analyse des déterminants de la surutilisation de psychotropes chez les femmes. Selon nous, ce type d'étude permettrait pourtant d'établir des programmes d'accompagnement plus efficaces et d'éviter d'exposer certaines femmes à des traitements inadéquats qui peuvent, par ailleurs, avoir des effets secondaires risqués sur leur santé.

Cette surutilisation est en effet inquiétante car, comme le soulignent de nombreux auteurs⁵³, elle augmente les risques de chutes, de fractures, de troubles des fonctions cognitives et d'accidents de véhicules à moteur.

C'est également l'absence de femmes dans certains domaines de la recherche ou leur présence encore trop faible dans certaines spécialisations dans le domaine de la santé qui doivent poser question. Le domaine médical a en effet longtemps été un domaine principalement masculin où les femmes étaient peu représentées que ce soit dans la production des savoirs ou en tant que sujets de recherche comme le rappellent certains auteurs. La féminisation plus grande du monde médical et la

⁵¹ « Le bon usage des médicaments psychotropes ». Rapport de Mme Maryvonne BRIOT, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n° 422 (2005-2006) - 22 juin 2006.

⁵² Tamblyn, Robyn M. et al. (1997) Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes, *Santé mentale au Québec*, Volume 22, numéro 1, p.239-262.

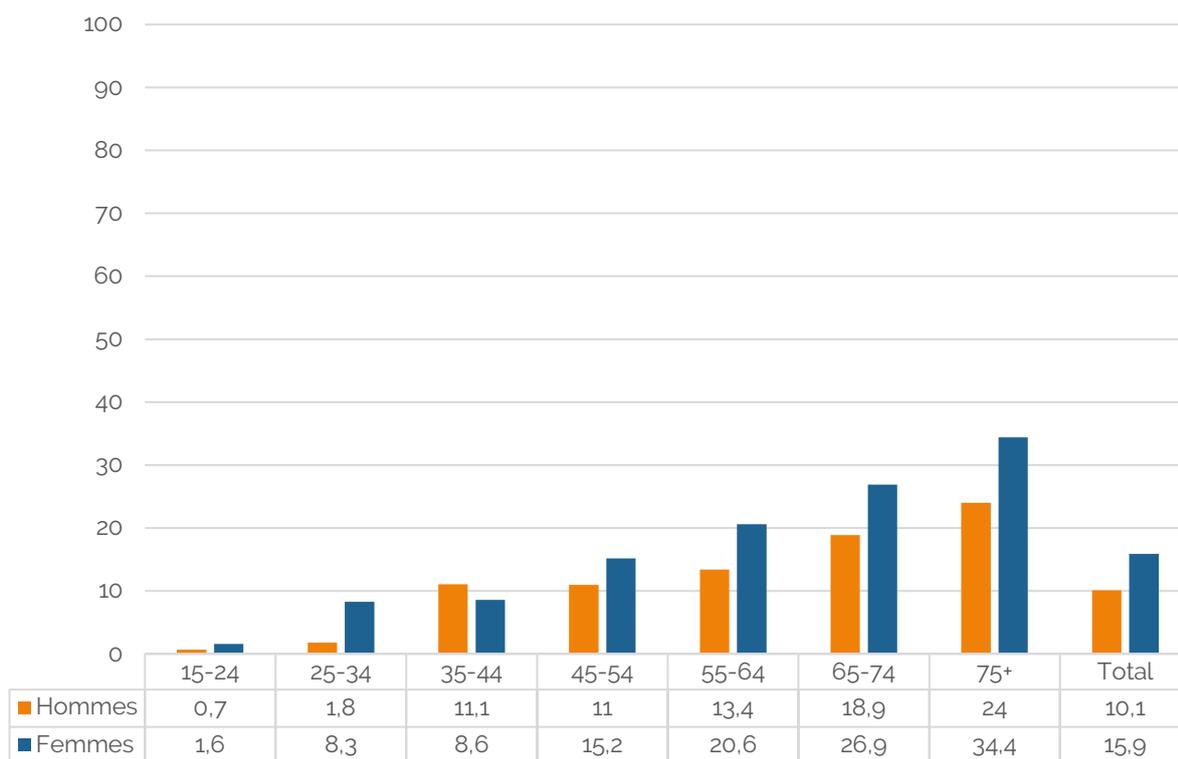
⁵³ Greenblatt et al., 1991 ; King, 1992 ; Koch-Weser et al., 1983, cité par Robyn M. Tamblyn, Réjean Laprise, Brian Schnarch, Johanne Monette et Peter J. McLeod, p.3.

présence plus nombreuse de femmes dans certaines disciplines encore très masculines peuvent donc contribuer à déconstruire certains stéréotypes.

Dans la partie suivante, nous envisagerons, dans un premier temps, la consommation de sédatifs au sein de la population wallonne et, dans un second temps, celle d'antidépresseurs afin de souligner les différences de genre selon le type de médicament prescrit.

Le graphique concernant l'utilisation de sédatifs⁵⁴ montre que celle-ci 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.

Graphe 25 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a utilisé des sédatifs (tranquillisants ou somnifères) au cours des 2 dernières semaines, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

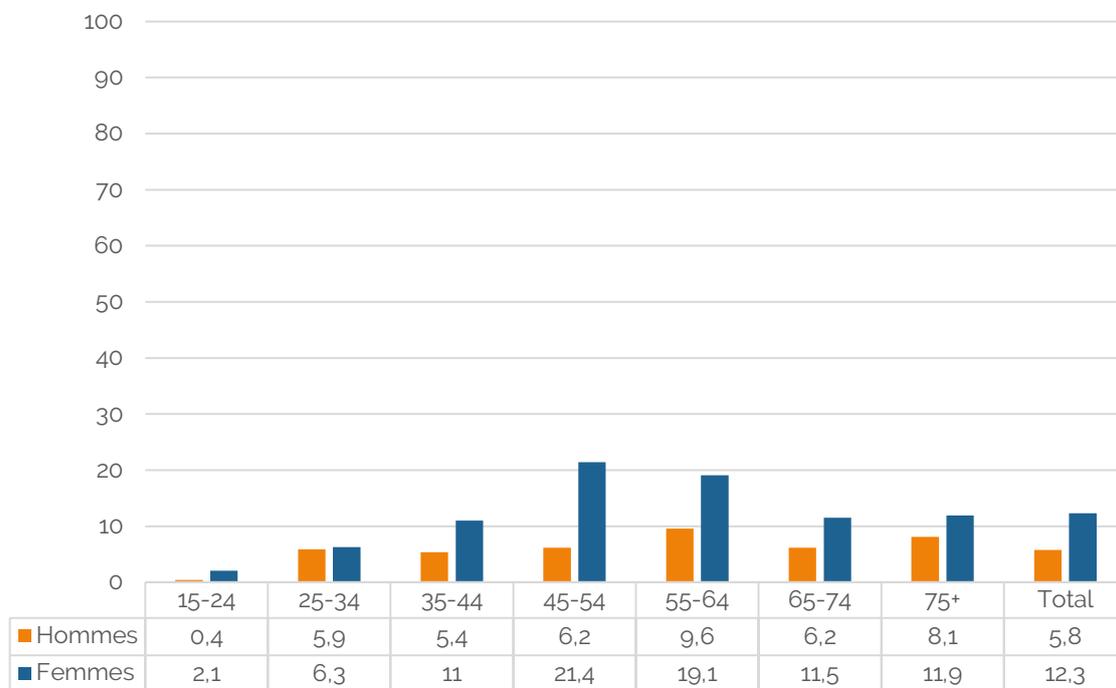
⁵⁴ L'utilisation de sédatifs se réfère aux personnes âgées de 15 ans et plus qui ont pris, sous ordonnance médicale, un somnifère ou un tranquillisant au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête.

Ce qui interpelle sur ce graphique, c'est de constater l'écart important entre les sexes dans la tranche d'âge des 25-34 ans. En effet, les femmes entre 25 et 34 ans sont beaucoup plus consommatrices de sédatifs que les hommes. Cette tranche d'âge correspond également, comme nous l'avons vu précédemment (voir graphique 15), à une période où les troubles anxieux généralisés sont plus présents chez les femmes que chez les hommes. Pour rappel, en 2018, en Wallonie, 24,7% des femmes âgées entre 25 et 34 ans souffrent de troubles anxieux généralisés contre 6% des hommes dans cette tranche d'âge. Par ailleurs, la crise du COVID a aggravé plus encore l'état de santé

mentale des citoyens et des citoyennes en Wallonie, comme nous l'avons constaté ci-dessus, en particulier chez les personnes de moins de 30 ans.

Le graphique suivant montre cette fois des différences marquées dans l'utilisation d'antidépresseurs⁵⁵ selon le sexe et l'âge. En Wallonie, en 2018, la consommation récente d'antidépresseurs concerne 9,2% de la population. Les femmes, quel que soit l'âge, sont plus nombreuses que les hommes (12,3% contre 5,8% pour les hommes) à déclarer avoir utilisé des antidépresseurs récemment (dans les deux semaines précédant l'enquête).

Graphe 26 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a utilisé des antidépresseurs au cours des 2 dernières semaines, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Hisia

⁵⁵ L'utilisation d'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.

Comme nous l'avons déjà constaté pour d'autres indicateurs de santé mentale, c'est à partir de 45 ans (et jusqu'à 64 ans) que l'on observe des signes de mal-être important chez les femmes, qui se traduisent ici par l'utilisation d'antidépresseurs pour un grand nombre d'entre elles. En effet, entre 45 et 54 ans, une femme sur cinq déclare avoir utilisé des antidépresseurs au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

Si les troubles dépressifs dont souffrent certaines femmes se reflètent également à travers l'indicateur relatif à l'utilisation d'antidépresseurs, chez les hommes, bizarrement, on n'observe pas de courbes similaires entre la présence de troubles dépressifs et la consommation d'antidépresseurs, pas pour toutes les tranches d'âges en tout cas.

La mise en perspective des différents indicateurs relatifs à la dépression (diagnostic, perception, consommation d'antidépresseurs) nous amène ainsi à questionner l'utilisation particulièrement faible d'antidépresseurs chez les hommes, en particulier au sein de certains groupes, pourtant identifiés comme étant des groupes à risque présentant des troubles dépressifs.

C'est notamment le cas pour les jeunes hommes de 15 à 24 ans qui ne font presque pas usage d'antidépresseurs (0,4%), mais qui représentent pourtant la tranche d'âge où la présence de troubles dépressifs, calculée à partir d'un score de dépression, est la plus importante (13,2%), après la tranche d'âge des hommes de 35-44 ans (18,2%).

On peut également s'étonner de la faible prescription d'antidépresseurs chez les jeunes hommes âgés entre 25 et 34 ans

alors que nous avons vu que le suicide est la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge et la deuxième parmi les jeunes de moins de 25 ans. Pour rappel, 24% des décès chez les hommes de cette tranche d'âge sont dus à un suicide.

A travers ces constats, nous pouvons observer des différences de traitement à l'égard des femmes et des hommes qui semblent parfois moins reposer sur des critères objectifs, comme observés à partir d'indicateurs, que sur des représentations genrées du mal-être qui ont des conséquences tant sur les pratiques médicales que sur les comportements des personnes en souffrance. Celles-ci restent enfermées dans des normes de genre présentes dans la société qui les empêchent parfois d'oser exprimer leur mal-être.

Les constats de l'enquête de santé concernant l'utilisation de médicaments psychotropes selon le sexe se reflètent également à travers les données de l'INAMI⁵⁶. Pour l'année 2014 (l'année d'observation la plus récente que nous avons pu obtenir), la délivrance de médicaments psychotropes a été 1,8 fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Les données sur la consommation d'antidépresseurs selon le sexe montrent également que les femmes ont tendance à consommer des médicaments sur des périodes plus longues que les hommes. Cette information peut contribuer à expliquer, en partie seulement, la raison pour laquelle nous retrouverons davantage de femmes que d'hommes dans les statistiques concernant la consommation de psychotropes dans l'enquête de santé dans la mesure où les questions sur la consommation de psychotropes portent

⁵⁶ BD Pharmanet 2014 (Somme de neuroleptique/antipsychotique N05A, de anxiolytique N05B, d'hypnotique N05C, d'antidépresseurs N06A, de psychostimulants N06B)

sur une période d'observation très récente, plus précisément les deux semaines qui précèdent l'enquête.

D'autres statistiques, issues cette fois de l'atlas de l'agence intermutualiste, permettent aussi d'observer des écarts importants selon le sexe dans la consommation d'antidépresseurs. Elles mettent également en évidence l'ampleur de la consommation d'antidépresseurs en Wallonie, sans doute sous-évaluée à partir de l'enquête de santé (en raison de la période d'observation comme nous l'avons souligné).

En Wallonie, selon les données AIM de 2018, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à consommer des

antidépresseurs. Cependant, ces constats diffèrent si l'on s'intéresse cette fois à la durée de consommation : les hommes étant en effet proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer des antidépresseurs sur une très courte durée (17,9% contre 12,7% chez les femmes). A l'inverse, c'est dans la consommation de longue durée que l'on retrouvera une majorité de femmes qui utilisent des antidépresseurs (76,1%).

Ces statistiques provenant de sources différentes obligent à nuancer les constats posés concernant la consommation d'antidépresseurs chez les femmes et les hommes notamment par rapport aux durées de consommation différenciées comme nous venons de l'observer.

Tableau 8 : Pourcentage de consommateurs d'antidépresseurs de 18 ans et plus, selon le sexe, Wallonie, 2018

	Hommes	Femmes
% consommateurs d'antidépresseurs [2018]	11%	20%
% consommateurs d'antidépresseurs très courte durée [2017]	19%	13%
% consommateurs d'antidépresseurs courte durée [2017]	8%	6%
% consommateurs d'antidépresseurs longue durée [2017]	67%	75%
% consommateurs d'antidépresseurs moyenne durée [2017]	7%	5%

Source : Agence intermutualiste⁵⁷ 2017, 2018.

Légende : Très courte durée : moins de 3 mois/ courte durée : 3 à 6 mois/ moyenne durée : 6 à 12 mois/ longue durée : plus de 12 mois

⁵⁷ Pour accéder à d'autres données chiffrées voir : <http://www.aim-ima.be>

Par rapport aux comportements à risque, nous constatons que les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à mourir de décès prématurés liés à la consommation d'alcool ou survenus à cause d'accidents de transport. Les décès liés à l'alcool représentent en effet en 2017 en Wallonie 3,5% des décès prématurés chez les femmes et 5,5% chez les hommes, soit en moyenne 173 décès par an chez les femmes et 445 chez les hommes. Les décès liés à la consommation d'alcool sont donc 2,5 fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Concernant les accidents de la route, 3 décès prématurés sur 4 concernent des hommes.

Nous avons voulu, dans une perspective genrée, porter un regard attentif sur d'autres symptômes que ceux directement associés à des formes de pathologies mentales. Les comportements à risque peuvent traduire également l'expression d'un mal-être profond au sein de certains sous-groupes de la population.

A travers cette tentative de mise en perspective de ces indicateurs avec ceux relatifs à la santé mentale, nous souhaitons souligner l'existence de périodes clés de mal-être qui diffèrent selon les sexes et les âges. Non seulement les périodes de mal-être sont différentes pour les femmes et les hommes, mais elles se distinguent aussi au niveau de leur apparition et de la manière dont elles s'expriment et, enfin, dans les accompagnements et le suivi qui y sont donnés.

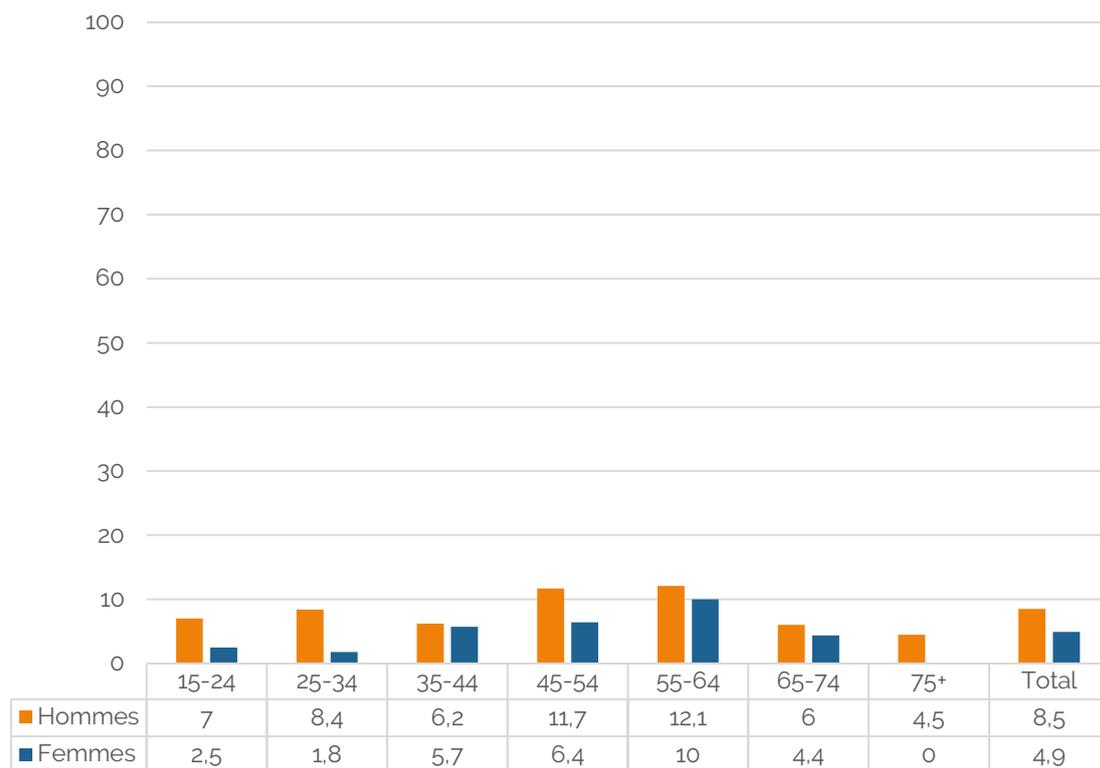
La consommation problématique d'alcool

Le premier indicateur intéressant à analyser sous l'angle du genre concerne la consommation d'alcool. Dans l'enquête de santé, la consommation excessive d'alcool est mesurée à partir de l'indicateur relatif à la surconsommation d'alcool. On parle de surconsommation d'alcool lorsqu'il y a consommation hebdomadaire de plus de 14 verres pour une femme et de plus de 21 verres pour un homme.

Les effets de la consommation excessive sont nombreux et peuvent entraîner, outre une série de pathologies, des comportements à risque (conduites violentes) et provoquer des accidents de la route mortels, mais également, sur le long terme, engendrer des risques de dépendance et de mortalité prématurée, comme nous l'avons montré précédemment (voir tableau 4). A titre d'information, rappelons que sur les 217 décès prématurés liés à des accidents de transport en Wallonie en 2017, dans 76% des cas, ces décès touchent des hommes (165 individus masculins). Par ailleurs, en ce qui concerne les 618 décès prématurés liés à la consommation d'alcool, dans 72% des cas, ces décès prématurés concernent des hommes.

Le graphique suivant montre qu'en 2018, en Wallonie, la surconsommation d'alcool est un problème de santé qui touche 6,6% de la population et les hommes de façon plus importante que les femmes : 8,5% des hommes sont concernés contre 4,9% des femmes.

Graphe 27 : Pourcentage de la population de 15 ans et plus présentant une surconsommation hebdomadaire d'alcool, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Hisia

Chez les hommes, la dépendance alcoolique culmine entre 45 et 64 ans pour baisser fortement au-delà de 64 ans. La surconsommation observée à certaines périodes de la vie peut renvoyer à des phénomènes différents qui sont souvent associés, aux âges les plus jeunes, à une surconsommation d'origine festive, de sociabilité ou d'entraînement. Nous épinglerons dans notre analyse la catégorie des jeunes car différentes causes (pratiques/usages) peuvent être avancées pour expliquer leur surconsommation alors que pour les autres tranches d'âge, la surconsommation relèverait davantage d'un mal-être général.

Cette dernière lecture de la consommation d'alcool qui semble connotée plus positivement à certains âges ne doit cependant pas faire oublier que la surconsommation d'alcool chez les jeunes doit également être mise en relation avec une série de comportements attendus des jeunes hommes par le groupe, autrement

dit à des formes de « rituels de passage » pour répondre aux normes de masculinité et faire partie du groupe des « hommes ».

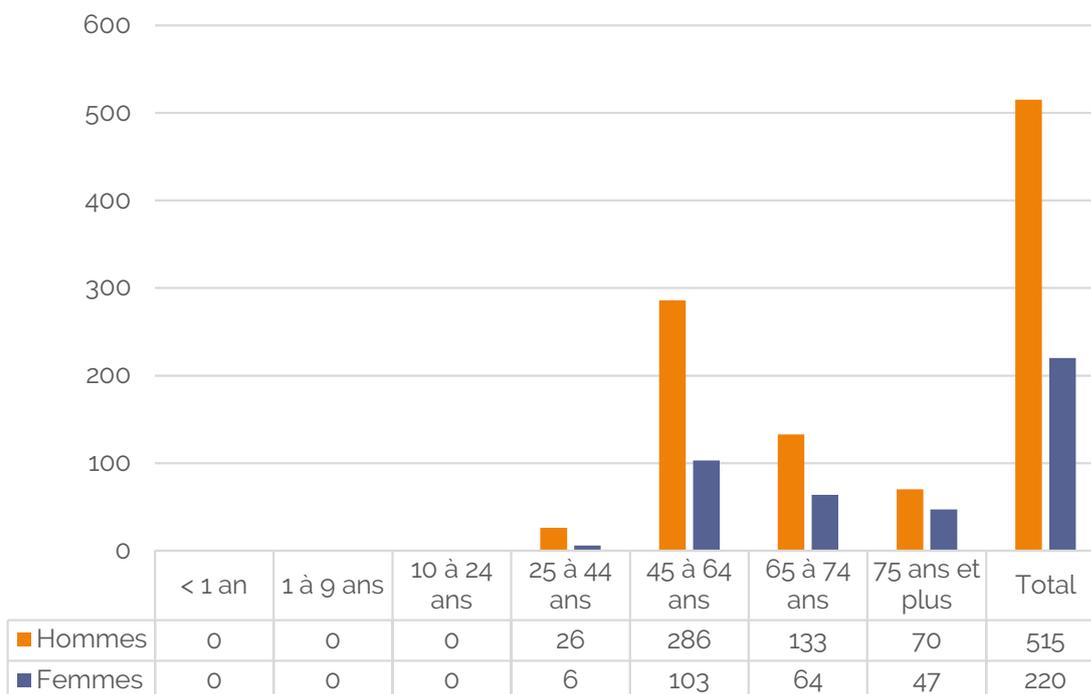
Cette surconsommation d'alcool chez les plus jeunes doit donc constituer un signal d'alerte car elle n'est pas nécessairement synonyme, pour tous les jeunes, en particulier les hommes, de moments festifs ou encore l'expression d'une forme de bien-être. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on sait que c'est aussi parmi les personnes de moins de 30 ans que les troubles dépressifs sont les plus importants et que les suicides sont, chez les jeunes âgés de 25 à 34 ans, la première cause de mortalité et, chez les jeunes de 15 à 24 ans, la deuxième cause de mortalité (voir graphe 5).

La surconsommation d'alcool se révèle donc être un indicateur d'alerte pertinent à mettre en relation avec d'autres et qui peut refléter un certain mal-être déjà présent très tôt au sein de la population masculine.

Concernant les femmes et la consommation problématique d'alcool, on observe un pic de la surconsommation d'alcool entre 55 et 64 ans. Cette période coïncide avec certaines observations précédentes révélant une période de mal-être dans cette tranche d'âge. Par ailleurs, nous observons, chez les femmes âgées entre 55 et 64 ans, un parallélisme entre la courbe du suicide et celle de la surconsommation hebdomadaire d'alcool. C'est en effet dans la tranche d'âge des femmes de 55-64 ans que le nombre de suicides est le plus important selon les données disponibles pour la Wallonie en 2018 (voir graphique 8).

La baisse importante observée après 65 ans, tant chez les femmes que chez les hommes, peut paraître étonnante au regard de leur consommation régulière d'alcool à certaines périodes de la vie, mais selon certains auteurs, cette baisse pourrait également résulter d'un effet de sélection, tant chez les femmes que chez les hommes, dans la mesure où un décès sur deux attribuable à l'alcool a lieu avant 65 ans.

Graph 28 : Nombre de décès causés par des pathologies liées à l'alcool, Wallonie⁵⁸



Source : Statbel – Bulletins d'état-civil 2017, Calculs Iweps

⁵⁸ Décès liés à l'alcool selon la définition proposée par l'Office National de Statistique britannique en 2011 dans *Definitions of avoidable mortality*. London, ONS, 2011, cité dans *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, 2013. Pour information, les décès repris dans cette statistique sont causés par des maladies chroniques dont la cause est l'abus d'alcool. Les décès violents (accidents, suicides ou homicides induits par l'alcool) ne sont pas inclus dans ces statistiques. Cette statistique est probablement sous-estimée car les causes sélectionnées sont quasi explicitement codées comme dues à l'alcool.

Comme nous l'avons montré précédemment avec les statistiques concernant les décès prématurés, la consommation excessive d'alcool concerne 4,7% des décès prématurés en Wallonie (pour rappel, les décès liés à l'alcool représentent en 2017 en Wallonie 3,5% des décès prématurés chez les femmes et 5,5% chez les hommes, soit en moyenne 173 décès par an chez les femmes et 445 chez les hommes).

Selon les données issues des bulletins d'état-civil, c'est à partir de 25 ans que l'on dénombre des décès liés à une consommation abusive d'alcool. Soulignons cependant les limites de cet indicateur pris isolément dans la mesure où certains accidents, comme les accidents de la route et autres décès violents (suicides ou homicides), peuvent également être liés à une consommation abusive d'alcool ou de substances illicites.

Nous pouvons cependant constater à partir

du graphique ci-dessous, que les décès liés à la consommation d'alcool touchent plus les hommes que les femmes quelle que soit la tranche d'âge. C'est cependant chez les plus jeunes, dans la tranche des 25-44 ans, que les écarts de sexe concernant les décès liés à l'alcool sont les plus importants. On observe en effet 4 fois plus de décès liés à l'alcool pour les hommes que pour les femmes dans cette tranche d'âge.

C'est dans la tranche d'âge des 45-64 ans que l'on perçoit les effets à long terme d'une surconsommation d'alcool avec un pourcentage de décès liés à l'alcool qui est le plus élevé, chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit l'année d'observation (exception pour l'année 2000). En 2017, en Wallonie, 7,8% des hommes âgés entre 45 et 54 ans sont morts des suites d'une surconsommation d'alcool contre 4,8% des femmes de la même tranche d'âge.

Graphe 29 : Évolution de la part des décès liés à l'alcool par âge et par sexe, 2000-2017, Wallonie

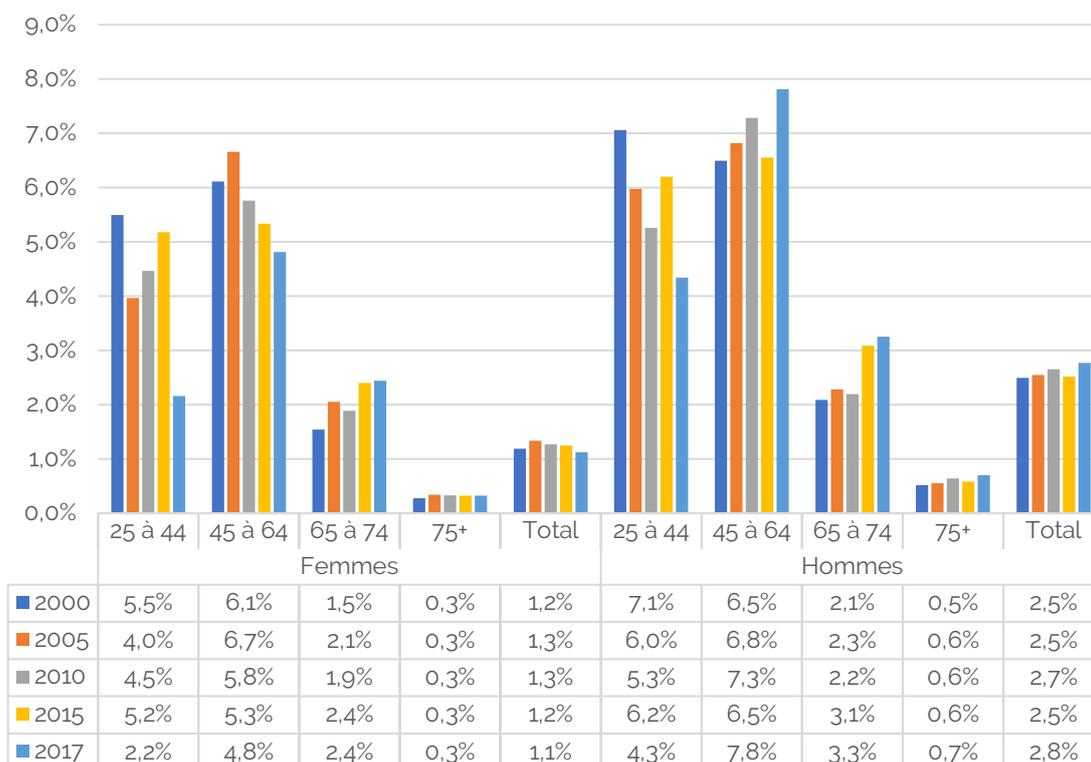


Tableau 9 : Pourcentage de la population ayant présenté une consommation problématique d'alcool au cours de sa vie (CAGE), Wallonie, 2018

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75*	Total
Hommes	10,8	5,5	19,5	14,5	9,2	12,2	1,2	11,3
Femmes	4,2	2,0	6,2	7,4	10,4	1,7	0,8	5,2
Tous	7,5	3,7	12,7	10,9	9,8	6,9	0,9	8,1

Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

La distribution par âge de l'usage problématique d'alcool varie fortement selon que l'on est un homme ou une femme. Les problèmes de consommation d'alcool semblent moins présents chez les femmes lorsque celles-ci se trouvent, en termes de trajectoire pourrait-on dire, au centre de leur parcours professionnel mais aussi dans cette période de la vie où l'on fonde une famille. Ce constat ne se vérifie pas chez les hommes pour qui, entre 35 et 44 ans, la consommation problématique d'alcool atteint un maximum : 29% des hommes sont concernés, soit trois fois plus que les femmes dans cette tranche d'âge.

Cette situation critique concerne donc avant tout les hommes de cet âge, puisque quasiment 3 hommes sur dix âgés de 35-44 ans (29%) rapportent avoir connu des problèmes liés à l'usage d'alcool à ce moment de la vie comme le montre

le second tableau. Une analyse selon le sexe confirme une fois encore que les périodes critiques sont différentes pour les hommes et les femmes. La consommation problématique d'alcool apparaît plus tard chez les femmes et est plus fréquente chez les femmes âgées entre 55-64 ans.

C'est en effet entre 55 et 64 ans que la consommation problématique d'alcool augmente chez les femmes au point qu'elle est aussi problématique que celle des hommes (17,8%). C'est d'ailleurs dans cette tranche d'âge que l'écart de consommation entre les femmes et les hommes est le plus petit, celle des femmes y est quasi identique à celle des hommes. Au-delà de 65 ans, le pourcentage de consommation problématique d'alcool redescend drastiquement chez les femmes, ce qui n'est pas le cas pour les hommes.

L'usage problématique de cannabis

Un autre indicateur fortement genré est celui relatif à l'usage problématique de cannabis. Cet indicateur permet, en effet, de mettre en lumière certains comportements à risque, plus présents chez les hommes que chez les femmes, particulièrement à certaines périodes de la vie.

En 2018, en Wallonie, on peut constater que l'usage problématique de cannabis⁵⁹ (risques modéré et élevé combinés) est un phénomène qui concerne principalement les hommes avec 5,2% des hommes qui ont une consommation problématique de cannabis contre moins d'un pourcent chez les femmes (0,8%). Aux différences selon le sexe viennent s'ajouter également des différences selon l'âge. En effet, tous les hommes ne sont pas concernés de la même façon par ce problème de consommation de cannabis présentant des risques modérés et élevés.

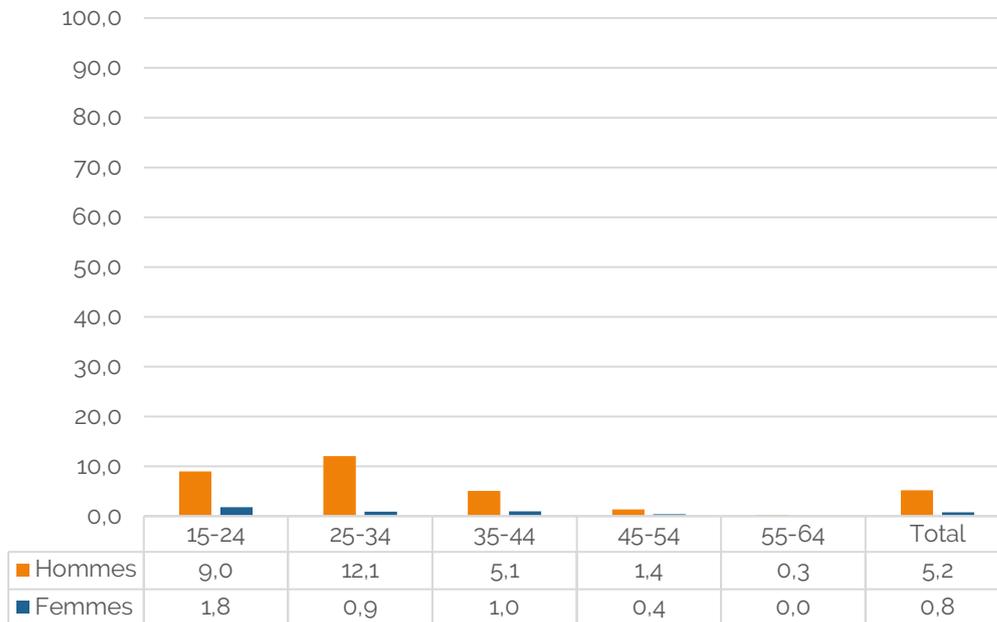
Selon les données de l'enquête de santé, c'est chez les jeunes hommes de 25 à 34 ans en Wallonie que la consommation de cannabis est la plus problématique. En 2018, c'est plus d'un jeune homme sur dix (12%) qui présente une consommation problématique de cannabis au cours des derniers mois.

Nous constatons donc que nous sommes ici en présence d'un problème qui concerne presque exclusivement les hommes, en particulier, les hommes âgés entre 25 et 34 ans.

La surreprésentation masculine à l'égard de la consommation problématique de cannabis est par ailleurs un phénomène qui traverse les trois régions du pays.

⁵⁹ L'usage problématique de cannabis est un score qui a été construit à partir de 6 sous-questions portant sur la consommation de cannabis avant midi, la consommation seule, la présence de problèmes de mémoire liés au cannabis, d'autres problèmes liés au cannabis, le fait d'avoir reçu le conseil de diminuer le cannabis, l'essai infructueux de diminuer/stopper le cannabis. Les modalités de réponse peuvent aller de jamais à très souvent. On parlera d'usage problématique de cannabis lorsque la consommation présente des risques considérés comme modérés ou élevés (ce qui équivaut à un score supérieur à 3 points).

Graphe 30 ; Part de la population de 15 ans et plus qui a présenté une consommation problématique de cannabis au cours des 12 derniers mois, 2018, Wallonie



Source : Sciensano, Enquête nationale de santé, 2018, Hisia

Les comportements dangereux et accidents de la route

Une autre expression genrée du mal-être peut être observée à partir de certains comportements à risque, pour soi ou pour autrui, notamment en matière de conduite.

Selon les données de l'Agence wallonne pour la sécurité routière (AWSR)⁶⁰, les accidents de la route coûtent chaque année la vie à 260-330 personnes selon les années. Les chiffres relatifs aux accidents sur les routes wallonnes montrent, comme nous allons le voir, une grande différence entre les sexes, à la fois en terme d'accidents de la route et d'accidents mortels, reflétant, chez les personnes de sexe masculin,

une implication plus fréquente dans des pratiques de conduite plus risquées et physiquement plus dangereuses.

En 2020, sur les routes wallonnes, comme le montre le tableau suivant, 11.810 accidents corporels ont été dénombrés faisant au total 10.431 victimes.

Les accidents mortels ont par ailleurs coûté la vie à 229 personnes décédées endéans les 30 jours suivant l'accident. Parmi elles, 76% sont des hommes, soit trois tués sur quatre (175 hommes décédés et 53 femmes décédées endéans les 30 jours après l'accident)⁶¹. Selon les statistiques de l'AWSR, sur les 5 dernières années, 58% des victimes étaient des hommes⁶².

⁶⁰ Nous remercions le chercheur François Rigielle du Département "Statistiques, analyses et recherches" de l'AWSR pour les statistiques ventilées selon le sexe. Pour plus de chiffres à ce sujet, nous vous renvoyons vers la note statistique suivante "Femmes et hommes – accidentalité". Septembre 2021. Statbel/ AWSR. Note disponible sur demande.

⁶¹ Voir plus de détails dans les fiches statistiques « sécurité routière » de l'WEPS <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/mobilite-genre-deplacements-securite-routiere/> - Source : Statbel.

⁶² Source: note statistique de septembre 2021 – Statbel, AWSR

Tableau 10 : Chiffres clés de l'accidentalité des femmes et des hommes en Wallonie, en 2020

	Femmes		Hommes	
	Nombre	%	Nombre	%
Accidents corporels	4.658	39%	7.152	61%
Victimes	4.133	40%	6.298	60%
Blessés graves	229	31%	521	69%
Décédés 30 jours	53	23%	175	77%
Gravité*	11	/	25	/

Source : Statbel / AWSR

L'intérêt d'une lecture en terme de genre se manifeste également lorsque l'on analyse la gravité des accidents. En effet, les statistiques de l'Agence wallonne pour la sécurité routière montrent que les accidents impliquant des hommes sont nettement plus graves que ceux impliquant des femmes. Ils se soldent trois fois plus souvent par un décès. En conséquence, les hommes sont surreprésentés parmi les personnes gravement blessées puisque 7 blessés graves sur 10 (70%) sont des hommes, sur la période d'observation allant de 2016 à 2020.

Ces chiffres montrent donc que les hommes ont des accidents plus fréquents et plus graves que les femmes. Ce constat

différencié selon les sexes n'est pas propre à la Wallonie et a fait, par ailleurs, l'objet de nombreux travaux de recherche⁶³. En effet, selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de Santé, les hommes seraient près de trois fois plus nombreux que les femmes à mourir dans des accidents de la route « *contribuant pour une très large part aux différences de sexe observées dans le nombre de traumatismes mortels non intentionnels* » (World Health Organization, 2002 cité par Granie M-A, 2013⁶⁴).

En Wallonie, les automobilistes hommes sont également surreprésentés dans les accidents mortels avec un risque près du double (1,9 fois supérieur) à celui des femmes (période 2016-2020).

⁶³ Pour plus d'information à ce sujet voir Granie M.-A. (2013) ; Rivara & Mueller, 1987, et Rivara *et al.*, 1982

⁶⁴ Marie-Axelle Granie, « Genre et rapport au risque : de la compréhension au levier pour l'action », *Questions Vives*, Vol.9 n°19 | 2013, 65-87.

Rappelons à ce sujet que la mortalité prématurée dont la cause de décès est liée à un accident de transport concerne principalement des hommes. En effet, en 2017, en Wallonie, 76% des décès prématurés liés à un accident de transport touchent des hommes (pour rappel, voir tableau 4 page 23).

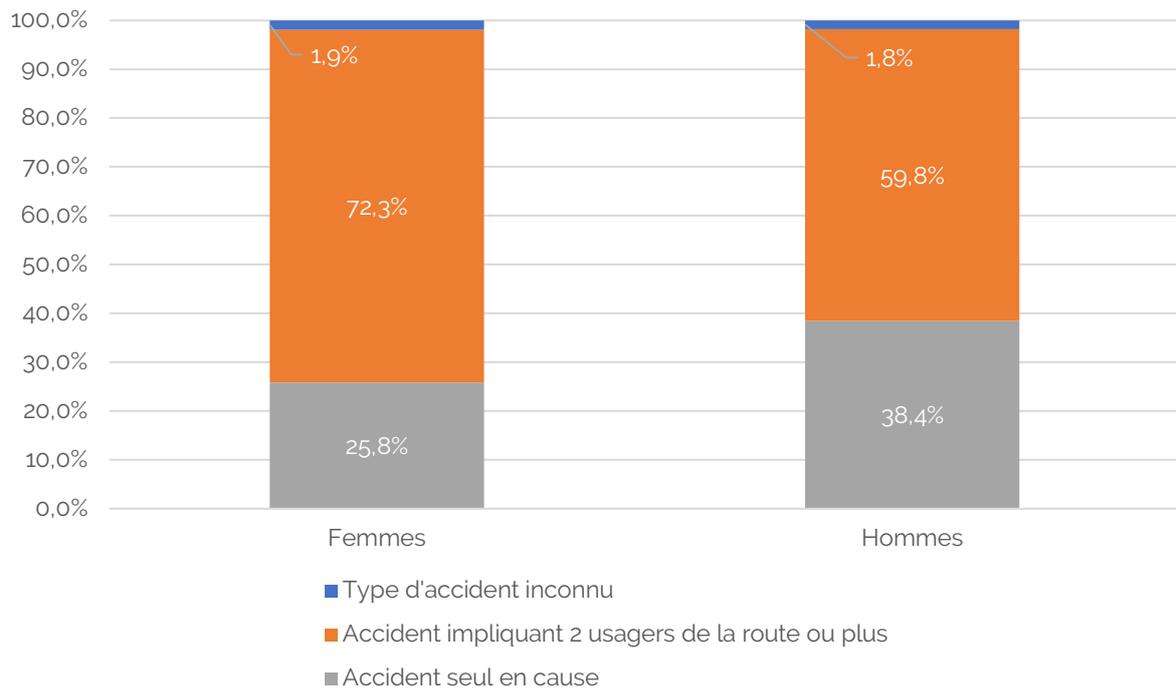
Si l'on s'intéresse maintenant aux raisons qui peuvent expliquer le risque de mortalité plus grand des hommes dans les accidents de la route, ce n'est pas le nombre de kilomètres plus important parcourus par les hommes sur la route qui contribuerait, selon les analyses de l'AWSR, à expliquer le risque plus grand de mortalité des hommes.

Ce constat semble confirmé par ailleurs dans d'autres études étrangères (Waylen & McKenna, 2002, cité par Granie, 2013; Byrnes *et al.*, 1999) qui montrent que ce sont davantage les prises de risque et les infractions aux règles routières qui contribueraient à mieux expliquer les différences observées entre les femmes et les hommes dans la mortalité routière.

Ces études soulignent par ailleurs que la prise de risque différenciée selon le sexe n'est pas un comportement propre à l'âge adulte, mais serait déjà présente à l'adolescence (Harré et al., 1996 cité par Granie, 2013). Ainsi, il apparaît également que les conducteurs masculins rapportent plus de comportements risqués au volant et des conduites plus dangereuses que les conductrices.

Un autre indicateur disponible permet de renforcer ce constat selon lequel les hommes auraient des comportements plus risqués que les femmes au volant et des conduites plus dangereuses. Les statistiques suivantes révèlent qu'entre 2016 et 2020, les hommes sont surreprésentés parmi les conducteurs de voiture dans des accidents corporels qui n'impliquent pas d'autres véhicules. Dans plus d'un accident sur trois en Wallonie, (38,4%) l'homme a eu un accident en étant seul en cause alors que cette situation concerne une femme sur quatre (25%).

Graphe 31. Type d'accident corporel des conducteurs de voiture, 2016-2020, en Wallonie, en %



Source : Statbel / AWSR

Les statistiques récoltées par l'AWSR permettent par ailleurs d'ajouter qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de sorties de route liées sans doute, comme nous l'avons souligné, à des conduites plus dangereuses, à des infractions au code de la route (non-respect de la limitation de vitesse pour ne citer qu'un exemple) ou encore à des conduites sous influence d'alcool comme nous allons le voir.

La conduite dangereuse observée chez certains conducteurs hommes doit être mise en relation avec un indicateur de santé que nous avons abordé précédemment et qui concerne la consommation problématique d'alcool.

En effet, en Wallonie, toujours selon les données de l'AWSR, les automobilistes hommes qui sont impliqués dans un accident corporel sont trois fois plus souvent sous influence d'alcool que les femmes. Entre 2016 et 2020, 19% des automobilistes hommes, soit près d'un automobiliste sur cinq, qui ont été testés à la suite d'un accident étaient sous influence d'alcool. Cette situation ne concerne que 7% des femmes.

CONCLUSION

À partir de différents indicateurs, nous avons identifié des expressions multiples de mal-être psychologique chez les individus, qui se traduisent différemment selon le sexe, selon les périodes de la vie ou encore la configuration familiale. Ces expressions différentes d'une souffrance invitent les chercheur·es à intégrer davantage de variables dans l'analyse de la santé mentale pour mieux comprendre la réalité complexe et l'état de bien-être ou de mal-être d'une population. Le premier constat qui peut être posé est lié au manque d'indicateurs diversifiés, permettant d'apporter un éclairage plus complet, dans une logique intersectionnelle, sur les états différenciés de mal-être des femmes et des hommes.

Nous avons donc essayé, à partir des statistiques disponibles, de mettre en perspective une série d'indicateurs qui touchaient à des pathologies, à des comportements à risque en matière de santé ou encore à des pratiques en matière de consommation de médicaments. Cette mise en perspective et la comparaison systématique de la situation des femmes et des hommes face à une souffrance psychologique ont permis de questionner un certain nombre d'interprétations récurrentes et stéréotypées concernant l'état de santé mentale des femmes comme des hommes.

Nous avons ainsi montré que pour certaines pathologies ou pratiques traditionnellement considérées soit comme « féminines » soit comme « masculines », la mise en perspective d'autres indicateurs permet d'apporter de la nuance. En réalité, ce biais

d'interprétation de certaines données de santé résulte de l'absence d'une analyse selon une perspective genrée et de la confusion, fréquente dans certains travaux de recherche, entre sexe et genre. Le risque étant alors d'interpréter les résultats observés comme étant le produit de caractéristiques purement individuelles, démographiques et biologiques (le sexe), et non comme résultant d'un ensemble de pratiques médicales, de représentations collectives, de comportements sexués, pouvant souffrir d'une série de stéréotypes qui sont l'héritage d'un savoir androcentré. Cette approche en matière de santé a des conséquences négatives sur la santé des femmes et des hommes tant dans le diagnostic que dans la prise en charge ou dans le traitement administré aux patient·es.

Ainsi, si nous avons souligné la plus grande prévalence des troubles mentaux chez les femmes (anxiété et dépression), nous avons simultanément montré que le mal-être chez les hommes se traduit par d'autres formes, plus fréquentes chez ces derniers, comme par exemple la surconsommation d'alcool ou de drogues ou la mise en danger de soi et d'autrui, que l'on peut observer notamment à travers des conduites dangereuses et mortelles.

Nous avons également pointé, tant chez les femmes que chez les hommes, certains groupes plus vulnérables, mais aussi des périodes plus critiques en matière de santé mentale, qui reflètent des inégalités entre les femmes et les hommes, présentes dans d'autres domaines de la vie.

L'état de santé des femmes et des hommes doit être également mis en relation avec la santé publique telle qu'elle est aujourd'hui mesurée et analysée dans la recherche, telle qu'elle est pratiquée sur le terrain et enseignée dans les écoles et universités. Car les représentations stéréotypées et biaisées n'y sont pas absentes. Et ces représentations stéréotypées, comme nous l'avons expliqué, peuvent conduire à des pratiques médicales différentes selon le sexe qui peuvent avoir des conséquences négatives tant pour les femmes que pour les hommes.

En effet, les risques d'une détérioration de l'état de santé mentale sont bien présents pour les deux sexes même s'ils se traduisent différemment et avec une intensité différente selon les périodes de la vie et les groupes d'individus. Les représentations stéréotypées, les diagnostics biaisés ou posés tardivement, les traitements erronés réduisent également, dans certains cas, les chances de survie des patient·es.

Il semble en effet pertinent de considérer que les facteurs déterminant l'état de bonne santé mentale des femmes et des hommes ne sont pas uniquement liés à des variables individuelles, aux comportements des individus en matière de santé, mais sont également à mettre en relation avec des situations d'inégalités structurelles importantes dans la société, sur le plan économique, en matière d'emploi, de répartition du travail domestique, de charges familiales... sur lesquelles il convient d'agir pour améliorer la santé de tous et toutes.

Si les études en matière de santé se concentrent volontiers sur les patient·es et leurs pathologies, elles questionnent plus rarement les pratiques médicales des médecins et spécialistes de la santé. Ces pratiques médicales relèveraient, selon une étude réalisée au Québec, moins d'une

négligence de la part du milieu médical que d'une mauvaise appréciation, voire d'une perception stéréotypée, parce que reposant sur des critères peu objectivés des « maux » dont souffriraient les femmes et les hommes. L'appréciation de l'état de santé mentale des patient·es sera d'autant plus difficile à réaliser avec objectivité qu'elle nécessite de sortir des rôles « masculins » et « féminins » assignés par la société et des normes de genre qui continuent de régir notre mode de pensée.

De manière incomplète, à partir de différents regards statistiques accompagnés de lunettes de genre, nous avons donc cherché à souligner les limites, les incohérences d'une approche de la santé mentale qui continue de penser et d'agir de manière binaire, en réduisant les individus à un sexe plutôt qu'à une caractéristique sociale. Les femmes, dans cette approche naturalisante, restent encore considérées comme sujettes à des maladies plus souvent d'ordre psychologique, moins graves, plus supportables et moins urgentes que celles dont souffrent les hommes, comme le souligne Cécile Stratonovitch (2009, p. 141).

S'agissant des hommes, on peut regretter que les symptômes d'alerte observés au sein de certains groupes d'individus, qui traduisent tantôt une grande détresse psychologique, tantôt des comportements de mise en danger de soi et des autres, en particulier à certains moments clés de leur vie, restent ignorés ou sous-évalués. Cet impensé du genre occulte le poids déterminant des attentes sexuées qui pèsent également sur les hommes, des valeurs associées à la masculinité qui sont fortement ancrées dans notre société et qui continuent d'emprisonner certains hommes dans leur souffrance et leur silence.

BIBLIOGRAPHIE

Amsellem-Mainguy, Y., Gelly, M. et Vuattoux, A. (2017), Dossier « La santé en action », n°441- *Genre et santé*, septembre 2017.

Baudelot C., Establet R. (1984) Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. In: *Economie et statistique*, n°168. Sociologie et statistique. pp. 59-70; doi.org/10.3406/estat.1984.4884

Briot M. (2006) « Le bon usage des médicaments psychotropes ». Rapport réalisé au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n° 422 (2005-2006)

Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking : a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), pp. 367-383.

Cardelli R., O'Dorchai S. (2017). « Le genre et l'emploi du temps en Wallonie ». *Égalité entre les femmes et les hommes en Wallonie (Cahier 2)*, IWEPS.

Chan-Chee C., Jerewski-Serra D. (2011) « Hospitalisation pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 47/48: 492-496.

Cousteaux A-S., Pan Ké Shon J-L. (2008) « Le mal-être a-t-il un genre ? : Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique ». *Revue française de sociologie*, Presse de Sciences Po

Centre National de la Recherche Scientifique, 2008, 49 (1), pp.53 - 92. fffhal-01719438v2f

De Brouwer Octave et Tojerow Ilan, *Quels sont les déterminants des disparités géographiques du taux d'invalidité en Belgique ?* Revue Belge de sécurité sociale, 1er trimestre 2018.

Drieskens S., Braekman E., Charafeddine R., Demarest S., Berete F., Gisle L. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 - 2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: Sciensano. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Dupuy Maury F. (2017) « Sexe et genre. Mieux soigner les femmes et les hommes ». *Revue Science et santé*, novembre-décembre 2017, n°38.

Gisle L, Drieskens 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

Good, G. E., & Wood, P. K. (1995). Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy? *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 70-75.

Gove, Walter & Hughes, Michael & Style, Carolyn. (1983). "Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-Being of the Individual?" *Journal of health and social behavior*. 24. 122-31. 10.2307/2136639.

Granie, M-A, (2013) « Genre et rapport au risque : de la compréhension au levier pour l'action », *Questions vives. Dossier « Éducation routière, changement de comportement et formation à la conduite : constat, enjeux et transformations*, Vol. 9, n°19, p.65-87 <https://doi.org/10.4000/questionsvives.1273>

Harré, N., Field, J., & Kirkwood, B. (1996). Gender differences and areas of common concern in the driving behaviors and attitudes of adolescents. *Journal of Safety Research*, 27(3), 163-173. DOI : 10.1016/0022-4375(96)00013-8

Holdcroft A. (2007), « Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? » *Journal of the Royal Society of Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1177/014107680710000102>

Jouglà E., Péquignot F., Chappert J.-L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. (2002) « La qualité des données de mortalité sur le suicide ». *Revue Épidémiologique en Santé Publique* 50 (1), p.49-62.

Kim A. M., C. M. Tinggen et T. K. Woodruff (2010) « Sex bias in trials and treatment must end », *Nature*, n°465, pp. 688-689.

Le Moigne, P. & Pisu, F. (2019). « Seulement s'ils veulent mourir. Les urgences générales face aux patients suicidaires ». *Sciences sociales et santé*, 37, 75-98. <https://doi.org/10.3917/sss.371.0075>

Lovell A., Fuhrer R., 1996. – « Trouble de la santé mentale. La plus grande "fragilité" des femmes remise en cause » dans M.-J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel (dirs.), *La santé des femmes*, Paris, Flammarion (Médecine Sciences), pp. 252-283.

Löwy, I. (2013) « Le genre du cancer », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*. URL : <http://journals.openedition.org/clio/10986> ; DOI : 10.4000/clio.10986

Macintyre S., Ford G. and Hunt K. (1999), Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness, *Social Science & Medicine*, 48, issue 1, pp. 89-98.

Meidani, A. Alessandrin, A. (2019) Quand le cancer rencontre le genre. *Revue française de sociologie*, Presse de Sciences Po / Centre National de la Recherche Scientifique, hal-02264230

Membrado, M. (2006). Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 16-31. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0016>

Mesnil, M. (2014) « Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé », *Les Tribunes de la santé* 2014/3 (n° 44), p. 35-42, DOI 10.3917/seve.044.0035

Michaud L., Brovelli S., Bourquin C. (2021) « Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes » *Revue médicale suisse. Médecine et genre*, n°7442

Péchère-Bertschi A., Stalder H. (2000) « Recherche clinique et femmes : le biais d'exclusion ». *Médecine et Hygiène*, n° 2316.

Plant, E. A., Hyde, J. S., Keltner, D., & Devine, P. G. (2000). The Gender Stereotyping of Emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 81-92.

Rivara, F. P., Bergman, A. B., LoGerfo, J., & Weiss, M. (1982). Epidemiology of childhood injury II : sex differences in injury rates. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 362-370.

Rivara, F. P., & Mueller, B. A. (1987). The epidemiology and causes of childhood injury. *Journal of Social Issues*, 43, 13-32. DOI : 10.1111/j.1540-4560.1987.tb01292.x

Salle M., Vidal C. (2017). Femmes et santé, encore une affaire d'hommes? *Égale et égal*. Belin.

Tamblyn, Robyn M. et al. (1997) « Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes », *Santé mentale au Québec*, Volume 22, numéro 1, p.239-262. URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502105ar>

Waylen, A. et McKenna, F. (2002). Cradle attitudes - grave consequences. The development of gender differences in risky attitudes and behaviour in road use. Reading University: Foundation for Road Safety Research.

Sources de données et rapports

American Psychiatric Association (2004) DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Texte révisé. Masson. Disponible en ligne : <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>.

AWSR - Rigielle François. "Femmes et hommes – accidentalité". Septembre 2021. Statbel/ AWSR.

L'atlas AIM (Agence InterMutualiste) : <http://www.aim-ima.be> consulté le 17 mars 2021

Fiches statistiques « sécurité routière » de l'IWEPS <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/mobilite-genre-deplacements-securite-routiere/>

Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable », Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, 2013. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>

Première enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/ydnc-dk63>

Troisième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <http://doi.org/10.25608/xkg3-xz50>

Quatrième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Bruxelles, Belgique. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>

Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique.
Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>

Sixième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique.
Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/j877-kf56>

« Genre et emploi du temps. (Non)-évolution des stéréotypes de genre. 1999, 2005, 2013 ». Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/95_-_genre_et_emploi_du_temps_fr.pdf

Organisation mondiale de la santé (2013) *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Genève. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89969>

Rapport « Indicateurs de santé mentale en Wallonie » (2016). Wallonie santé, n°6, AVIQ. <https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/OWS-Indicateurs-sante-mentale-wallonie.pdf>

Site « Vers une Belgique en bonne santé » : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-prematuree-par-cause-de-deces> - consulté le 25 avril 2021



L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) est un institut scientifique public d'aide à la prise de décision à destination des pouvoirs publics. Autorité statistique de la Région wallonne, il fait partie, à ce titre, de l'Institut Interfédéral de Statistique (IIS) et de l'Institut des Comptes Nationaux (ICN). Par sa mission scientifique transversale, il met à la disposition des décideurs wallons, des partenaires de la Wallonie et des citoyens, des informations diverses qui vont des indicateurs statistiques aux études en sciences économiques, sociales, politiques et de l'environnement. Par sa mission de conseil stratégique, il participe activement à la promotion et la mise en œuvre d'une culture de l'évaluation et de la prospective en Wallonie.

Plus d'infos : <https://www.iweps.be>



2022