

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



2025

POPULATION - SANTÉ

REGARDS STATISTIQUES

N°18

Santé mentale en Wallonie (2025) :
Analyse des inégalités territoriales
et individuelles

COLOPHON

Auteur : **Pierre Smith** (IW/EPS)

Édition : **Évelyne Istace** (IW/EPS)

Éditeur responsable : **Sébastien Brunet**
(Administrateur général, IW/EPS)

Dépôt légal : D/2025/10158/18

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

Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales,
moyennant mention de la source.

IW/EPS

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

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

Tel : 081 46 84 11

<http://www.iweps.be>

info@iweps.be

Résumé

Ce rapport analyse l'état de la santé mentale en Wallonie selon une double approche : territoriale et individuelle. Il s'appuie sur les données récentes de l'enquête ISADF (2024) et sur diverses sources administratives afin de mieux comprendre les inégalités de besoins, d'offre et d'accès aux soins.

Le volet territorial combine une analyse en composantes principales et un *clustering* sur cinq indicateurs liés aux dimensions de besoins, d'offre, d'accessibilité et d'utilisation des soins de santé mentale. Deux axes principaux se dégagent : l'« offre et accessibilité des soins » et les « besoins en santé mentale », permettant de cartographier les territoires dans un espace bidimensionnel. Par la suite, quatre profils de communes sont identifiés : les communes à risque élevé, vulnérables, intermédiaires et favorisées. Ces typologies constituent des outils opérationnels pour cibler les ressources et orienter la planification, dans une logique de management populationnel, c'est-à-dire une manière d'organiser les services d'aide et de soins en fonction des besoins réels d'une population vivant sur un territoire donné.

Le volet individuel met en évidence, en mobilisant des analyses multivariées et arbre de classification, les principaux facteurs de risque et de protection de la santé mentale. L'arbre de classification identifie les combinaisons de facteurs déterminants et met en évidence la manière dont des vulnérabilités se cumulent selon une logique intersectionnelle. L'isolement social ressort comme le déterminant le plus fort du risque de troubles anxieux, devant la précarité, l'insatisfaction professionnelle ou résidentielle, et le jeune âge. L'arbre de décision met en évidence des profils de vulnérabilité concrets (solitude, précarité, jeunes adultes en conditions de vie difficiles), illustrant une approche intersectionnelle des déterminants (combinaisons de facteurs de vulnérabilité), et utiles pour orienter des stratégies de prévention ciblées.

Les résultats sont discutés à la lumière des recommandations internationales relatives à l'organisation des systèmes de soins en santé mentale, telles que le modèle pyramidal de l'OMS. Le rapport propose de renforcer les outils de pilotage (diagnostics territoriaux, *monitoring* d'indicateurs clés) et d'investir davantage dans les ressources communautaires, afin de promouvoir des soins de santé mentale plus équitables et adaptés aux réalités locales.

Remerciements

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des participants et participantes à l'enquête ISADF réalisée par l'IWEPS, dont les réponses constituent une source indispensable pour la réalisation de cette étude. Nous adressons également nos sincères remerciements aux équipes de l'Agence Intermutualiste et de Statbel pour la qualité des données qu'elles mettent à disposition, et sans lesquelles une partie de ce travail n'aurait pas pu être menée.

Nous adressons aussi nos chaleureux remerciements à celles et ceux qui ont pris le temps de relire et commenter des versions préliminaires de ce rapport : Sébastien Brunet (Administrateur général de l'IWEPS), Frédéric Vesentini (Directeur scientifique à l'IWEPS), Anne Deprez (Chargée de recherche à l'IWEPS), Baptiste Feraud (Chargé de recherche à l'IWEPS), Delphine Thimus (Chargée de recherche à l'IWEPS) et Annick Vandenhooft (Chargée de recherche à l'IWEPS). Leurs retours, suggestions et questionnements ont contribué à améliorer significativement la qualité de ce rapport.

Notre reconnaissance va également à nos collègues de l'IWEPS — Aurélie Hendrickx, Evelyne Istace, Aurélien Bonnet et Michel Martinez — pour leur soutien en matière de communication, de mise en page, ainsi que pour le travail d'édition du rapport et de l'application interactive qui l'accompagne.

Dans ce rapport, les termes sont employés dans leur sens épiciène de sorte qu'ils désignent toute femme, tout homme, toute personne quel que soit le genre que cette dernière s'assigne.

Table des matières

Remerciements.....	4
1. Introduction	7
1.1 Objectifs de l'étude	9
2. Premier volet : Analyses territoriales.....	10
2.1 Cinq indicateurs des situations territoriales en santé mentale	11
2.1.1 Mesure des besoins auto-rapportés en santé mentale	11
2.1.2 Mesure des besoins à travers un indicateur médico-administratif	12
2.1.3 Mesure de l'utilisation des soins de santé mentale.....	13
2.1.4 Mesure de la qualité perçue de l'offre de soins.....	14
2.1.5 Mesure de l'accessibilité géographique perçue aux soins.....	15
2.2 Synthétiser les disparités territoriales en santé mentale : de cinq indicateurs à deux dimensions clés.....	16
2.3 Répartition des communes wallonnes sur les deux dimensions.....	17
2.4 Une typologie des communes wallonnes en matière de santé mentale.....	18
3. Second volet : Analyses des facteurs individuels	21
3.1 Facteurs associés à la santé mentale	21
3.2 Quand les vulnérabilités se cumulent : une lecture intersectionnelle.....	28
4. Conclusion	32
4.1 Synthèse des principaux résultats.....	32
4.1.1 Approche territoriale : une typologie des communes wallonnes.....	32
4.1.2 Approche individuelle : des parcours de vulnérabilité différenciés	33
4.2 Mise en perspective : penser un système de santé mentale efficace et équitable.....	33
4.3 Recommandations	38
4.3.1 Développer et renforcer la logique de management populationnel en santé mentale ...	38
4.3.2 Mettre en place un <i>monitoring</i> pour évaluer la performance du système.....	38
4.3.3 Inscrire la santé mentale dans toutes les politiques publiques (Mental Health in All Policies - OMS, 2021).....	39
4.3.4 Renforcer durablement la base de la pyramide : prévention, soins primaires et ressources de proximité.....	39
4.3.5 Renforcer les pratiques d' <i>outreach</i> pour améliorer l'accès aux soins et lutter contre l'isolement.....	40
4.3.6 Déployer une stratégie régionale de lutte contre la solitude, comme levier de santé publique.....	40
4.4 Limites et pistes pour de futures recherches.....	40

5. Bibliographie.....	42
6. Annexes	46
6.1 Méthodologie de l'enquête ISADF 2024.....	46
6.2 Méthodologie de l'arbre de décision à inférence conditionnelle (<i>CTree</i>).....	47

1. Introduction

Ce rapport s'adresse principalement aux décideurs publics, aux services d'aide et de soins et aux acteurs impliqués dans la planification régionale, car il vise à éclairer les choix stratégiques en matière d'organisation de l'offre et d'allocation des ressources. Il peut également être utile aux professionnels du social et du médico-social, dont les interventions jouent un rôle déterminant dans la prévention, l'accompagnement et la continuité des parcours de santé mentale, et qui sont directement concernés par les dynamiques territoriales et les profils de vulnérabilité identifiés.

Les problèmes de santé mentale représentent un enjeu de santé publique croissant, tant en termes de prévalence dans la population que de fardeau pour ceux qui en souffrent. En 2021, l'étude nationale belge sur le fardeau des maladies (Sciensano, 2025c) a mis en avant que les problèmes de santé mentale étaient la principale cause des années de vie en bonne santé perdues. De plus, le bien-être et la santé mentale de la population sont étroitement liés au contexte socio-économique dans lequel nous vivons, et plusieurs études ont mis en avant que les événements de ces dernières années (pandémie de COVID-19, guerres, crise climatique, etc.) ont des impacts négatifs à moyen et long terme (Leung *et al.*, 2022). Par exemple, une étude menée en Allemagne fin 2022 a montré que les crises récentes, telles que la pandémie, le changement climatique ou la guerre en Ukraine, étaient associées à une détérioration de la santé mentale des jeunes, avec une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs (Lass-Hennemann *et al.*, 2024). En Belgique, l'étude BELHEALTH de Sciensano (Sciensano, 2025a) a mis en avant qu'en novembre 2023, les inquiétudes les plus fréquemment évoquées par plus de 7 000 personnes sondées étaient l'économie et le coût de la vie (41 % avec une inquiétude élevée), la désinformation et diffusion de *fake news* (36 %) et l'évolution politique dans le monde (35 %). Enfin, une mauvaise santé mentale de la population a aussi un impact significatif sur notre société et sur notre économie. En 2018, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié un rapport (OECD, 2018) qui estimait que les coûts directs et indirects des problèmes de santé mentale (en ce compris les coûts pour le système de santé, la sécurité sociale et le marché du travail) étaient équivalents à 5 % du produit intérieur brut (PIB) belge, un des pourcentages les plus élevés des pays de l'OCDE. En effet, les problèmes de santé mentale sont une cause majeure d'absentéisme au travail en Belgique. En 2016, ils étaient responsables de 35 % de l'absentéisme pour maladie des salariés, 22 % chez les indépendants et ces pourcentages augmentent avec le temps (INAMI, 2016 ; ULB & UGent, 2006).

Il est donc essentiel que notre système de santé puisse répondre aux besoins de santé mentale de la population. Une étude (Noirhomme *et al.*, 2024) réalisée par le Service d'études de la Mutualité chrétienne et Sciensano en 2024 a mis en évidence que, parmi les personnes déclarant avoir besoin d'une aide psychologique, 41 % déclaraient ne pas en avoir reçu. Les principales raisons mentionnées par les participants de l'étude étaient « ne pas avoir osé faire le pas » (30 %), « ne pas avoir le temps » (22 %) et « ne pas avoir d'aide à proximité » (16 %). Face à ce constat, il est donc important d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Plusieurs réformes ont été mises en place ces dernières années, la plus récente étant celle des soins psychologiques de première ligne initiée par l'INAMI, aussi bien pour les enfants et adolescents que pour les adultes, avec une attention particulière pour les publics plus vulnérables.

Depuis une vingtaine d'années, le concept de *population health management* (management populationnel de la santé) s'est imposé comme un cadre de référence dans les politiques de santé publique visant à atteindre les objectifs du *Triple Aim* (Berwick *et al.*, 2008) c'est-à-dire l'amélioration simultanée de l'état de santé des populations, l'expérience des soins, autrement dit la qualité perçue par les usagers (accessibilité, coordination, satisfaction), et l'efficacité, soit l'utilisation optimale des

ressources. Cette approche de management populationnel repose sur un principe fondamental (Kindig & Stoddart, 2003) : adapter les interventions aux caractéristiques spécifiques d'une population donnée, en s'appuyant sur une connaissance fine de ses besoins, de son environnement et de ses usages des soins. Elle implique donc une capacité à stratifier les populations, à prioriser les actions et à organiser les ressources de manière territorialisée.

En santé mentale, cette approche est particulièrement pertinente. D'une part, parce que les déterminants des troubles psychiques sont ancrés dans des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui varient fortement d'un territoire à l'autre (WHO, 2024), mais aussi des facteurs familiaux, culturels ainsi que des expériences individuelles qui peuvent survenir dans tous les milieux, indépendamment du contexte socio-économique. D'autre part, parce que les ressources du système de soins en santé mentale sont elles aussi inégalement réparties. Le management populationnel permet dès lors de dépasser une logique exclusivement individuelle, pour penser des stratégies ciblées, intégrées et en phase avec les réalités locales.

La mise en œuvre concrète d'une telle approche suppose toutefois de disposer de données de qualité et suffisamment fines sur le plan territorial. À ce jour, les sources de données disponibles au niveau local sont essentiellement de nature administrative, comme des données de mortalité ou des données de consommation de soins et services. Ces données sont une source importante, mais ne reflètent qu'une partie de la réalité. En effet, elles documentent uniquement la situation des personnes déjà en contact avec le système de soins, excluant de fait les individus dont les besoins restent non identifiés ou non pris en charge. De plus, les indicateurs qu'elles fournissent reposent généralement sur des mesures indirectes de l'état de santé et santé mentale (*proxies*), telles que la consommation de médicaments spécifiques ou le recours à un professionnel de santé. Ces mesures, bien qu'utiles, ne capturent ni l'ensemble des troubles non médicalisés ni la souffrance physique et psychique vécue en dehors du cadre formel des soins.

L'élaboration et l'évaluation des politiques de santé publique nécessitent donc aussi des données qui reflètent la perception subjective qu'ont les citoyens de leur santé et santé mentale, de leurs besoins, de l'accessibilité et de la qualité des soins. Le principal outil de mesure de la perception passe par des enquêtes de population, mais celles-ci offrent rarement une granularité (et une puissance statistique) suffisante pour l'analyse locale. En Belgique, par exemple, l'Enquête de santé nationale de Sciensano fournit des indicateurs robustes au niveau national et régional, mais son échantillonnage ne permet pas d'exploiter les données à une échelle plus fine.

En 2024, l'IWEPS a organisé une enquête afin de nourrir son indicateur d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) (Feraud *et al.*, 2025). Les données et indicateurs de santé provenant de cette enquête constituent une ressource précieuse pour les politiques de santé en Région wallonne. La méthodologie de l'enquête ISADF est détaillée dans l'annexe 6.1. Dans le cadre de cette enquête, un échantillon probabiliste de 102 000 personnes résidant en Wallonie et âgées de 18 à 90 ans a été invité et les réponses de 24 087 Wallonnes et Wallons ont été recueillies, soit un taux de réponse de 23,61 %. Pour garantir une représentativité territoriale tout en tenant compte des contraintes budgétaires, l'échantillonnage a été structuré autour de 51 *clusters* de communes homogènes, définis à partir de critères de contiguïté géographique et de similitudes socioterritoriales (selon l'ISADF 2018). Ce choix permet une exploitation des résultats à un niveau plus fin que celui des grandes régions, bien que les indicateurs issus de l'enquête soient représentatifs avant tout au niveau des *clusters*. Grâce à des traitements méthodologiques complémentaires et à l'intégration de données administratives et géomatiques, ces résultats ont pu être ventilés à l'échelle communale pour la construction de l'ISADF. Cette capacité d'analyse fine répond donc directement aux exigences du management

populationnel : comprendre les besoins spécifiques d'une population définie dans un territoire donné, afin d'y adapter les politiques de santé publique.

Il est important de préciser que l'enquête ISADF couvre uniquement les personnes vivant en ménage individuel. Les ménages collectifs (par exemple les maisons de repos et de soins), ainsi que les personnes sans logement ou vivant en rue, ne sont donc pas inclus dans le champ de l'enquête.

1.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La présente étude vise à explorer l'état de santé mentale des Wallonnes et Wallons à travers une approche méthodologique double.

Le premier volet de l'étude a pour objectif de réaliser une typologie des communes wallonnes à partir d'une analyse de *clustering*, intégrant différents indicateurs de santé mentale. Cette typologie repose sur des données agrégées au niveau communal issues de l'enquête ISADF (perception de l'offre et de l'accessibilité des soins, proportion auto-déclarée de troubles psychologiques), couplées à des données de mortalité (notamment le taux de suicide) et d'utilisation des soins de santé mentale (par exemple, la consommation d'antidépresseurs, issue des bases de données de l'Agence Inter-Mutualiste - AIM). Cette approche permet d'identifier des profils territoriaux typiques, croisant besoins en santé mentale, offre disponible, accessibilité perçue et recours effectif aux soins.

Le second volet s'intéresse aux facteurs individuels associés à la santé mentale, à partir des données individuelles de l'enquête ISADF. L'objectif est d'identifier, au moyen de modèles statistiques, les déterminants sociaux, économiques, comportementaux et contextuels susceptibles d'influencer la santé mentale des Wallons et Wallonnes. Une attention particulière est portée à l'interaction entre ces facteurs (approche intersectionnelle), afin de mettre en évidence les groupes les plus vulnérables.

Ce **double ancrage méthodologique**, territorial et individuel, constitue un apport original de l'étude. Il permet de croiser une logique de management populationnel, orientée vers la planification territoriale des ressources, avec une logique de stratification populationnelle, centrée sur l'identification des groupes exposés à un risque accru de souffrir d'un problème de santé mentale ou à des difficultés d'accès aux soins. Certaines communes peuvent ainsi être identifiées comme prioritaires, car cumulant une prévalence élevée de troubles mentaux et un accès limité aux soins. Parallèlement, les analyses individuelles permettent de repérer des profils de vulnérabilité nécessitant des actions différenciées, au-delà des critères territoriaux.

Il convient toutefois de rappeler que les données mobilisées dans ce rapport ne permettent pas de couvrir l'ensemble du spectre des troubles de santé mentale. En particulier, les personnes souffrant de troubles sévères de santé mentale et/ou plus susceptibles de vivre en institution de soins psychiatriques sont peu ou pas capturées par les sources utilisées. Ce travail apporte donc principalement un éclairage sur les besoins en santé mentale au sein de la population générale et devra être complété par des projets et analyses spécifiques portant sur les troubles sévères et les publics institutionnalisés.

2. Premier volet : Analyses territoriales

Ce premier volet a pour objectif de réaliser une typologie des communes wallonnes en matière de santé mentale à partir de données agrégées au niveau communal et d'une analyse de *clustering*. Comme pour l'enquête ISADF, ce rapport porte sur les 252 communes francophones de Wallonie. La méthode de *clustering* utilisée permet de regrouper les communes présentant des caractéristiques similaires selon plusieurs dimensions pertinentes du système de santé : les besoins de la population, l'offre et l'accessibilité aux soins, ainsi que l'utilisation effective des services. La combinaison de ces dimensions dans une approche intégrée repose sur une logique de management populationnel, qui requiert une vision systémique et contextualisée des déterminants de la santé et de l'organisation des soins à l'échelle locale.

La pertinence scientifique de cette approche multidimensionnelle repose sur le fait qu'aucun indicateur pris isolément ne suffit à rendre compte de la complexité des situations territoriales en santé mentale. Au total, cinq indicateurs ont été sélectionnés et inclus.

Encadré 1 : Note sur le *dashboard* interactif

Un *dashboard* interactif accompagne ce chapitre afin de faciliter l'exploration des résultats. Il permet notamment de visualiser les indicateurs de santé mentale par commune et de comparer facilement différents territoires entre eux.

Des encadrés comme celui-ci sont insérés dans les différentes sections du chapitre pour vous guider dans la lecture des résultats dans le *dashboard*.

 Le *dashboard* est accessible à l'adresse suivante :

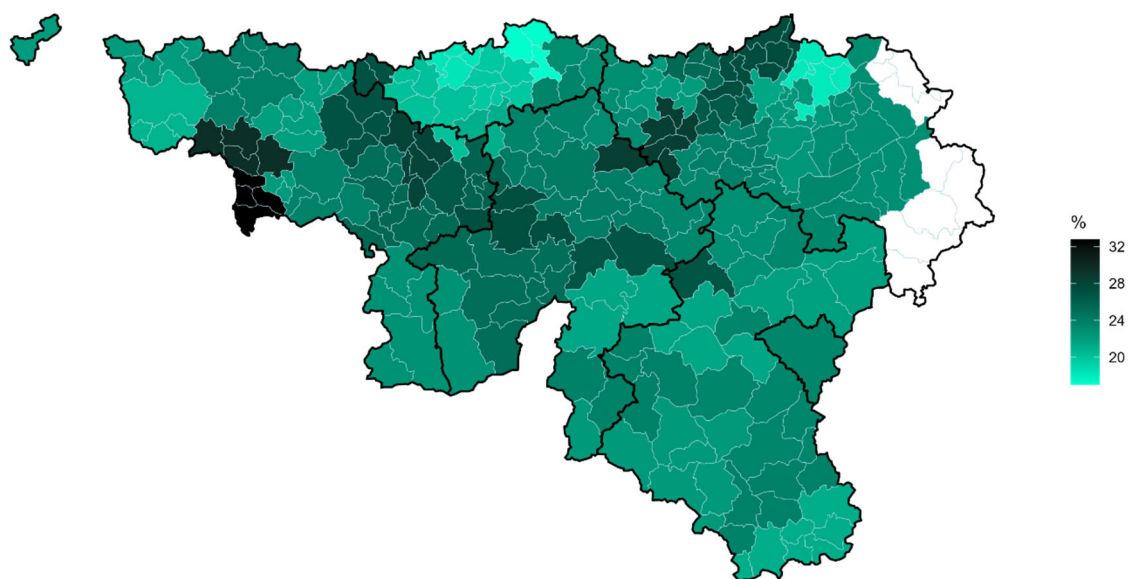
<https://apps.iweps.be/sante-mentale-wallonie/>

2.1. CINQ INDICATEURS DES SITUATIONS TERRITORIALES EN SANTÉ MENTALE

2.1.1 Mesure des besoins auto-rapportés en santé mentale

Les besoins auto-rapportés ont été mesurés à partir de l'enquête ISADF, en retenant le pourcentage de personnes présentant un risque de trouble anxieux. Ce type d'indicateur auto-déclaré est essentiel pour capter des souffrances psychiques qui ne donnent pas nécessairement lieu à une demande de soins. L'échelle GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder* – 7 items), un outil de dépistage validé internationalement pour l'anxiété généralisée (Löwe *et al.*, 2008), a été utilisée dans l'enquête ISADF (pour plus d'informations sur la méthodologie, voir Annexe 6.1). Cette échelle auto-administrée évalue, sur une période de deux semaines, la fréquence de plusieurs symptômes caractéristiques de l'anxiété, avec un score total allant de 0 à 21. Un score supérieur ou égal à 10 est généralement utilisé comme seuil clinique pour identifier un risque de trouble anxieux généralisé (Kroenke *et al.*, 2007). Ce seuil a été utilisé dans la présente étude pour estimer, à l'échelle communale, la proportion de la population présentant un risque significatif de troubles anxieux.

Carte 1 : Besoins auto-rapportés en santé mentale, proportion de la population adulte présentant un risque de trouble anxieux (2024)

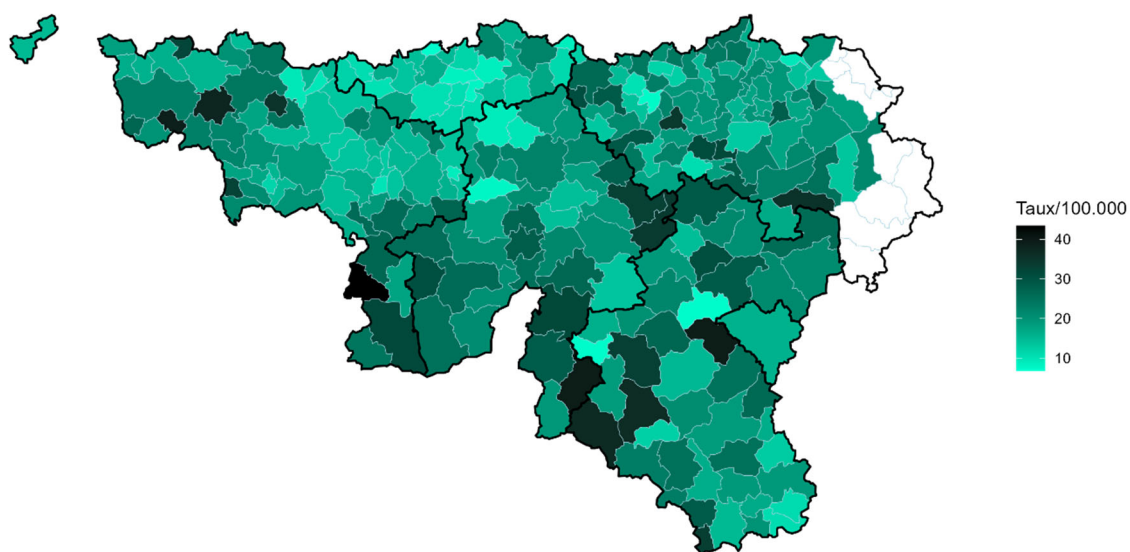


Auteur : IWEPS ; Sources : IWEPS (ISADF)

2.1.2 Mesure des besoins à travers un indicateur médico-administratif

Les besoins en santé mentale ont également été approchés au moyen d'une mesure médico-administrative : le taux brut de suicide pour 100 000 habitants. Le taux de suicide constitue un indicateur habituellement mobilisé pour appréhender les besoins objectifs en santé mentale à l'échelle populationnelle. Bien qu'il ne reflète qu'une facette extrême, sévère et rare des troubles mentaux, il est considéré comme un indicateur robuste de détresse psychologique non prise en charge ou insuffisamment prise en charge dans une population (WHO, 2014). En effet, de nombreuses études ont mis en évidence que la majorité des personnes décédées par suicide souffraient de troubles mentaux sous-jacents – en particulier des troubles dépressifs, anxieux ou addictifs – souvent non diagnostiqués ou insuffisamment traités au moment du passage à l'acte (Bachmann, 2018). Le suicide est également influencé par des facteurs contextuels tels que les conditions socio-économiques, l'accès et la qualité des services de santé mentale, ainsi que par des dynamiques d'isolement social qui peuvent agir à la fois comme facteur aggravant et comme conséquence de troubles psychiques, contribuant ainsi à une spirale de vulnérabilité. Enfin, sur le plan méthodologique, le taux de suicide présente l'avantage d'être une donnée administrative disponible et standardisée sur de longues périodes, ce qui permet des comparaisons dans le temps et entre territoires. Dans le cadre de cette étude, il a été calculé comme taux brut cumulé sur la période 2013–2022, pour chaque commune wallonne, afin de lisser les fluctuations annuelles et améliorer la stabilité statistique.

Carte 2 : Indicateur médico-administratif des besoins en santé mentale, taux brut de suicide pour 100 000 habitants (2013-2022)

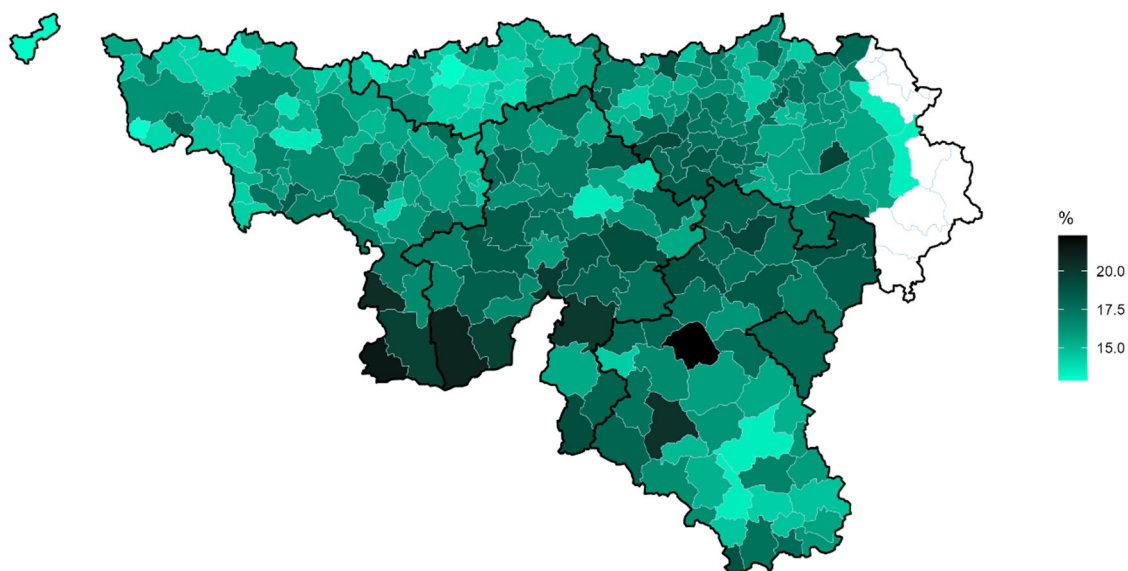


Auteur : IWEPS ; Sources : Statbel (Bulletins d'État civil, Registre national)

2.1.3 Mesure de l'utilisation des soins de santé mentale

L'utilisation ou le recours aux soins de santé mentale a été mesuré à partir des données de l'Agence Inter-Mutualiste (AIM), en reprenant le pourcentage de la population adulte ayant eu au moins une prescription d'antidépresseurs en 2022 (données les plus récentes). Cet indicateur constitue un *proxy* couramment utilisé dans les études épidémiologiques pour estimer la demande de soins en santé mentale, en particulier dans le cas des troubles anxieux et dépressifs. Il permet de disposer d'une mesure standardisée, disponible à l'échelle communale, et relativement comparable entre territoires. Une limite importante de cet indicateur est qu'il ne couvre que les formes de traitement médicalisé, excluant ainsi les approches non pharmacologiques (psychothérapie, soutien psychosocial, etc.). Les consultations psychologiques constitueraient également un indicateur pertinent du recours aux soins de santé mentale, mais leur enregistrement reste incomplet. En effet, une part significative des consultations chez les psychologues n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, ce qui limite leur traçabilité dans les bases de données administratives. Ce biais de sous-enregistrement empêche, à ce jour, une utilisation fiable de cet indicateur à des fins de recherche.

Carte 3 : Utilisation de soins de santé mentale, proportion de la population adulte ayant eu au moins une prescription d'antidépresseur en 2022

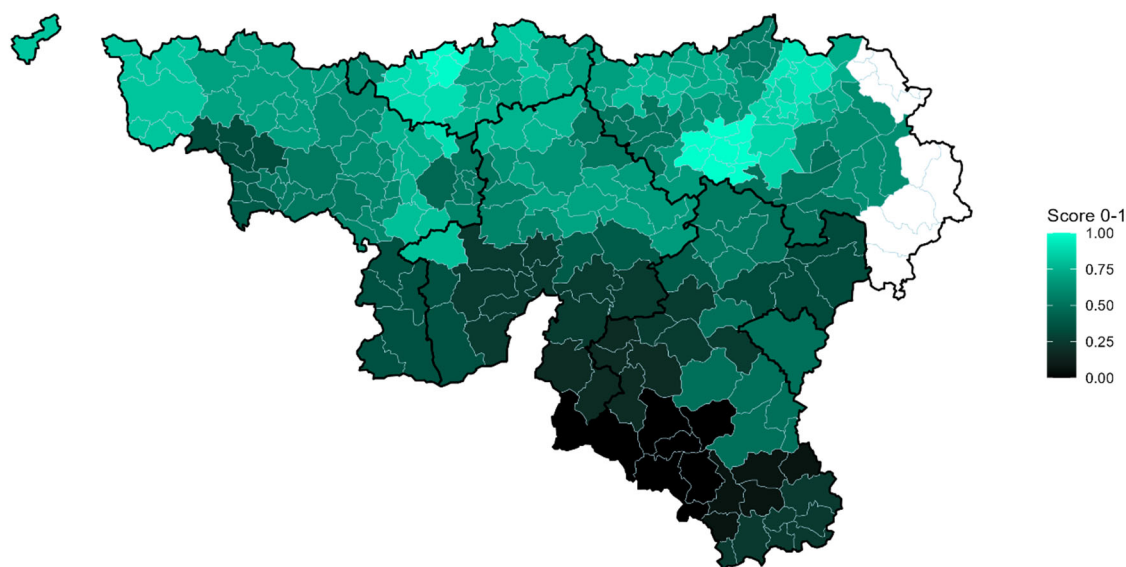


Auteur : IWEPS ; Sources : AIM

2.1.4 Mesure de la qualité perçue de l'offre de soins

La qualité de l'offre de soins a été mesurée à partir d'un indicateur subjectif construit sur la base des données de l'enquête ISADF, plus particulièrement sur des questions portant sur les obstacles perçus dans l'accès aux services de soins. Les répondants étaient invités à signaler s'ils avaient rencontré certaines difficultés : temps d'attente trop longs, difficulté à trouver un prestataire compétent, distance géographique excessive ou encore manque d'informations claires sur les services disponibles. Un score composite pondéré a été calculé sur une échelle de 0 à 4. Ce score a ensuite été normalisé selon une méthode min-max¹ sur une échelle de 0 à 1, puis inversé afin que les valeurs les plus faibles correspondent aux communes où l'offre de soins est perçue comme la plus problématique. Au terme de cette normalisation, la valeur 0 reflète la situation la plus problématique et la valeur 1 est associée à la commune ayant la situation la plus favorable. Il est important de souligner que la valeur 1 attribuée à la commune la plus favorable ne représente pas une situation idéale, mais uniquement la meilleure situation observée dans l'ensemble des communes, toutes choses égales par ailleurs. Ce type de mesure permet de tenir compte de la dimension qualitative de l'offre, souvent absente des indicateurs administratifs classiques (nombre de prestataires ou d'actes, par exemple), et de mettre en évidence des zones où l'offre de soins existe formellement, mais est perçue comme insuffisante ou inadaptée par les usagers. Il est important de noter que cet indicateur porte sur l'offre de soins en général (tous types de soins de santé), et non spécifiquement sur l'offre en santé mentale.

Carte 4 : Qualité perçue de l'offre de soins, score de 0 'faible' à 1 'élevée' (2024)



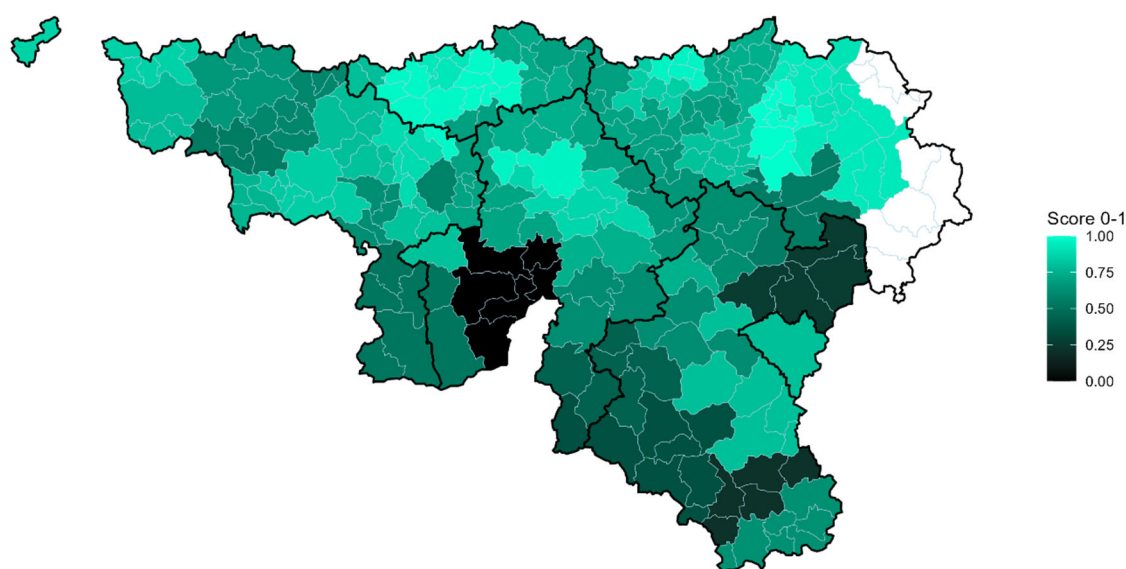
Auteur : IWEPS ; Sources : ISADF (ISADF)

¹ $Indicateur_{ix} = \frac{valeur\ observée_{ix} - valeur\ minimum_i}{valeur\ maximum_i - valeur\ minimum_i}$, pour un indicateur i et une commune x

2.1.5 Mesure de l'accessibilité géographique perçue aux soins

L'accessibilité géographique aux soins a été mesurée, elle aussi, via les données de l'enquête ISADF. Les participants ont été interrogés sur la facilité à se déplacer vers les services de santé (par ex. : médecins, infirmiers, psychologues, etc.), avec une échelle de réponse allant de 0 (« très difficile ») à 5 (« très facile »). À partir de ces réponses, un score composite pondéré a été calculé, puis normalisé par une transformation min-max sur une échelle de 0 à 1 (0 = très faible accès, 1 = très élevé). Contrairement aux indicateurs basés sur la seule distance ou le nombre de prestataires par zone, cette mesure subjective permet d'intégrer des éléments contextuels importants : qualité des transports publics, mobilité individuelle, perception des temps de trajet, etc. L'accessibilité perçue est un levier central d'équité, car même une offre abondante et de qualité peut rester hors d'atteinte pour certaines populations si les obstacles géographiques ou individuels à l'accès ne sont pas levés. Comme pour l'indicateur de qualité de l'offre, il convient de souligner que cet indicateur porte sur l'accessibilité perçue des soins de santé en général, et non spécifiquement des soins en santé mentale.

Carte 5 : Accessibilité perçue aux soins, score de 0 'faible' à 1 'élevée' (2024)



Auteur : IWEPS ; Sources : ISADF (ISADF)

Encadré 2 : Note sur le *dashboard* interactif

Les résultats interactifs pour ces différents indicateurs sont présentés dans l'onglet « Indicateurs » du *dashboard*.

Vous pourrez y **sélectionner une ou plusieurs communes afin de connaître les valeurs des indicateurs par commune**. Cette fonctionnalité permet d'explorer les différents indicateurs par commune, de les comparer entre elles et par rapport à l'ensemble des 252 communes francophones de Wallonie.

👉 Le *dashboard* est accessible à l'adresse suivante :

<https://apps.iweps.be/sante-mentale-wallonie/>

2.2. SYNTHÉTISER LES DISPARITÉS TERRITORIALES EN SANTÉ MENTALE : DE CINQ INDICATEURS À DEUX DIMENSIONS CLÉS

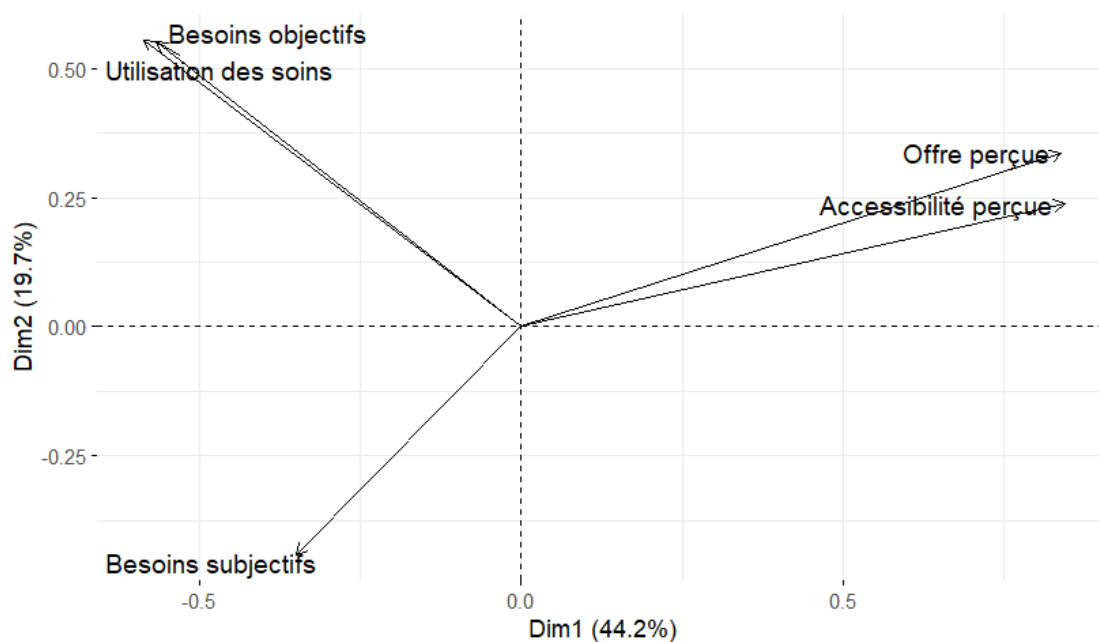
Afin de résumer l'information contenue dans ces cinq indicateurs, une analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée. Cette méthode statistique vise à réduire la complexité des données en identifiant un petit nombre de dimensions synthétiques qui concentrent l'essentiel de l'information (et qui expliquent l'essentiel de la variabilité contenue dans ces informations). Elle permet de mettre en évidence les structures sous-jacentes aux données (souvent difficiles à percevoir dans une lecture « indicateur par indicateur ») et les liens entre ces dernières.

L'ACP a ici été appliquée aux cinq indicateurs normalisés². L'objectif principal de cette ACP est de synthétiser les profils territoriaux de santé mentale à partir de ces cinq dimensions interdépendantes, afin de faciliter l'interprétation et la visualisation des disparités communales. Les deux premières composantes principales, qui concentrent la majeure partie de la variance expliquée, seront ensuite utilisées comme base pour une analyse de *clustering*, dans le but de regrouper les communes wallonnes selon des profils typiques de besoins et d'utilisation, d'offre et d'accès aux soins en santé mentale.

Résultats :

L'analyse en composantes principales a permis de réduire les cinq indicateurs territoriaux en deux dimensions principales (cf. figure 1), tout en conservant près de 64 % de la variance totale (44,2 % pour la première dimension, 19,7 % pour la seconde).

Figure 1 : Contributions des variables aux dimensions 1 et 2 de l'ACP



Calculs : IWEPS

La **première dimension** (Dim 1, axe horizontal) oppose les communes où l'offre de soins est perçue comme faible (offre perçue) et l'accessibilité géographique comme insuffisante (accessibilité perçue) à celles où ces deux aspects sont évalués plus positivement. Les contributions respectives des deux variables à cette dimension confirment leur rôle central dans la structuration de cet axe (accessibilité

² L'ACP a été réalisée sur les données brutes, normalisées par centrage-réduction (*scale*). Cette normalisation, qui donne à chaque variable une moyenne nulle et une variance égale à 1, garantit leur comparabilité dans l'analyse.

32,3 % et offre 31,9 %). **Cette première dimension reflète donc principalement un gradient de qualité perçue de l'offre et de l'accessibilité aux soins, et constitue le critère qui discrimine le plus fortement les communes dans l'analyse.**

La **deuxième dimension** (Dim 2, axe vertical) est davantage structurée autour des indicateurs de besoins et d'utilisation. Les contributions les plus importantes à cette dimension proviennent du taux de suicide (besoins objectifs dans la figure 1, 31,6 %) et de la consommation d'antidépresseurs (utilisation des soins, 31,2 %), ainsi que de la prévalence des troubles anxieux (besoins subjectifs dans la figure 1, 19,9 %). **Cette dimension semble donc refléter un gradient de gravité des besoins en santé mentale, combinant à la fois un indicateur médico-administratif, un indicateur auto-rapporté et un indicateur d'utilisation des soins.** On observe toutefois que les besoins auto-rapportés (troubles anxieux) sont orientés dans la direction opposée au taux de suicide et à l'utilisation d'antidépresseurs. Cette relation inverse ne doit pas être interprétée comme un paradoxe, mais plutôt comme l'expression de phénomènes distincts : les troubles anxieux auto-rapportés reflètent des symptômes fréquents, mais modérés dans la population générale, tandis que le suicide et l'usage d'antidépresseurs captent des formes plus sévères ou médicalisées de détresse. Ces indicateurs ne mesurent donc pas le même registre de besoin et peuvent évoluer de manière divergente selon les contextes territoriaux.

Les deux dimensions extraites de cette ACP seront donc utilisées comme base pour l'analyse de *clustering*, afin de regrouper les communes wallonnes en typologies cohérentes.

2.3. RÉPARTITION DES COMMUNES WALLONNES SUR LES DEUX DIMENSIONS

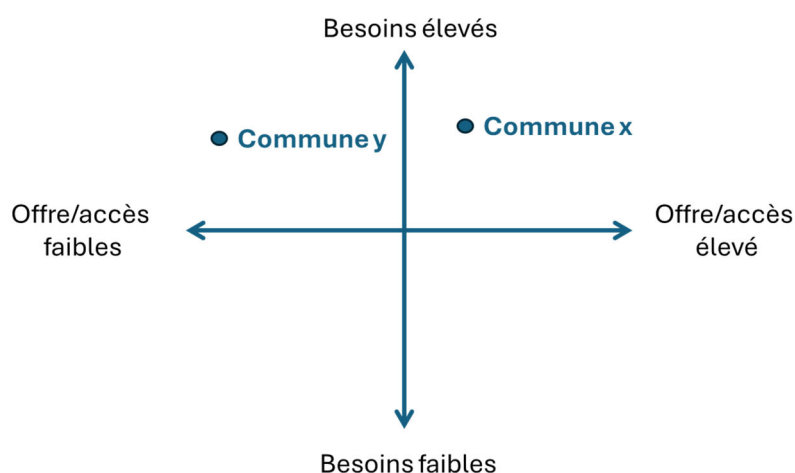
Sur la base des résultats de l'ACP, chaque commune peut être positionnée dans un plan à deux dimensions, à partir de ses coordonnées sur l'axe des besoins en santé mentale (axe vertical) et sur l'axe de l'offre et de l'accessibilité aux soins (axe horizontal) (cf. figure 2). Ces coordonnées reflètent le profil relatif de chaque commune en croisant ces deux dimensions clés. Dans l'exemple de la figure 2, la commune X présente des besoins en santé mentale assez élevés et une offre/accès aux soins légèrement supérieure à la moyenne, alors que la commune Y présente également des besoins élevés, mais une offre/accès nettement plus faible.

Cette visualisation permet plusieurs utilisations stratégiques :

- **Identifier les territoires en tension** : des communes situées dans le quadrant supérieur gauche (besoins élevés, offre faible) peuvent être considérées, moyennant un diagnostic local, comme prioritaires pour des actions de renforcement de l'offre ;
- **Comparer des territoires entre eux** : deux communes appartenant à des contextes géographiques ou socio-économiques différents, mais partageant une position proche dans le plan ACP, peuvent bénéficier d'approches similaires d'intervention ou de coordination ;
- **Appuyer des arbitrages de politiques publiques** : en visualisant l'ensemble des communes, les décideurs peuvent prioriser certaines interventions et/ou ressources en fonction des profils territoriaux.

L'ACP constitue ainsi un outil de lecture synthétique et intuitive, permettant à la fois de prioriser les actions et de contextualiser les écarts observés entre territoires. Elle offre une base solide pour des discussions entre acteurs locaux, en rendant visible des réalités souvent fragmentées.

Figure 2 : Exemple de répartition des communes sur les deux dimensions



Source : IWEPS

Encadré 3 : Note sur le *dashboard* interactif

Les résultats interactifs de l'ACP sont présentés dans l'onglet « ACP » du *dashboard*.

Vous pourrez y **sélectionner une ou plusieurs communes afin de visualiser leur position** sur le plan à deux dimensions. Cette fonctionnalité permet d'explorer de manière intuitive les différences de profils entre territoires, en comparant directement leur niveau relatif de besoins en santé mentale et la qualité perçue de l'offre et de l'accessibilité aux soins.

🔑 Le *dashboard* est accessible à l'adresse suivante :

<https://apps.iweeps.be/sante-mentale-wallonie/>

2.4. UNE TYPOLOGIE DES COMMUNES WALLONNES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

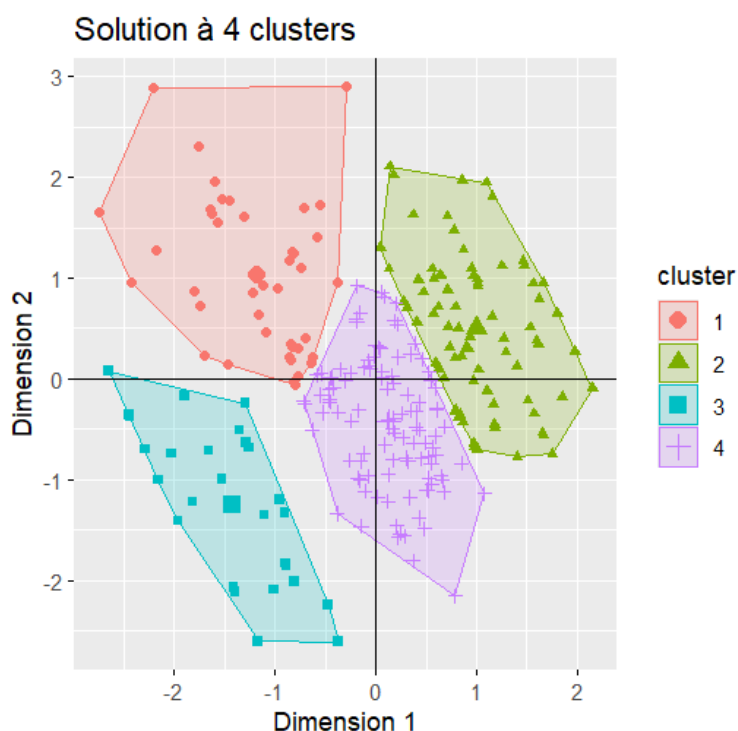
L'analyse de *clustering* constitue une étape complémentaire à l'analyse en composantes principales (ACP), en s'appuyant sur les deux principales dimensions issues de celle-ci (dimension des besoins en santé mentale et dimension de l'offre et accessibilité aux soins). Là où l'ACP restitue une position relative dans un espace continu, **le *clustering* permet de catégoriser les territoires pour faciliter la lecture stratégique et la priorisation.**

Cependant, cette approche présente aussi des limites : elle dépend du choix du nombre de groupes (*clusters*), les frontières sont arbitraires et elle ne capture pas toutes les spécificités locales. C'est pourquoi les résultats doivent être interprétés comme un outil d'aide à la prise de décision, à croiser avec d'autres sources d'information contextuelle, telles que les diagnostics locaux de santé, les données des services de première ligne (maisons médicales, CPAS, services sociaux) ou encore les analyses réalisées par les acteurs de terrain.

Pour regrouper les communes selon leur profil, la méthode de classification *k-means* a été utilisée. Il s'agit d'une méthode non supervisée qui répartit les observations en un nombre prédéfini de groupes (*clusters*), en minimisant la variance intra-*cluster*. Le nombre optimal de groupes a été déterminé à l'aide de la méthode du coude, qui examine la décroissance de l'inertie intra-groupe. Cette analyse a suggéré une inflexion autour de trois à quatre groupes. Les deux solutions ont été testées

et la solution à quatre groupes a finalement été privilégiée (cf. figure 3), car elle permettait une meilleure séparation des groupes et présentait un indice de silhouette³ plus élevé (0,34 contre 0,29).

Figure 3 : Visualisation des résultats de l'analyse de *clustering* (solution à quatre groupes)



Calculs : IWEPS

La typologie retenue distingue ainsi quatre grands profils de communes (cf. carte 6) :

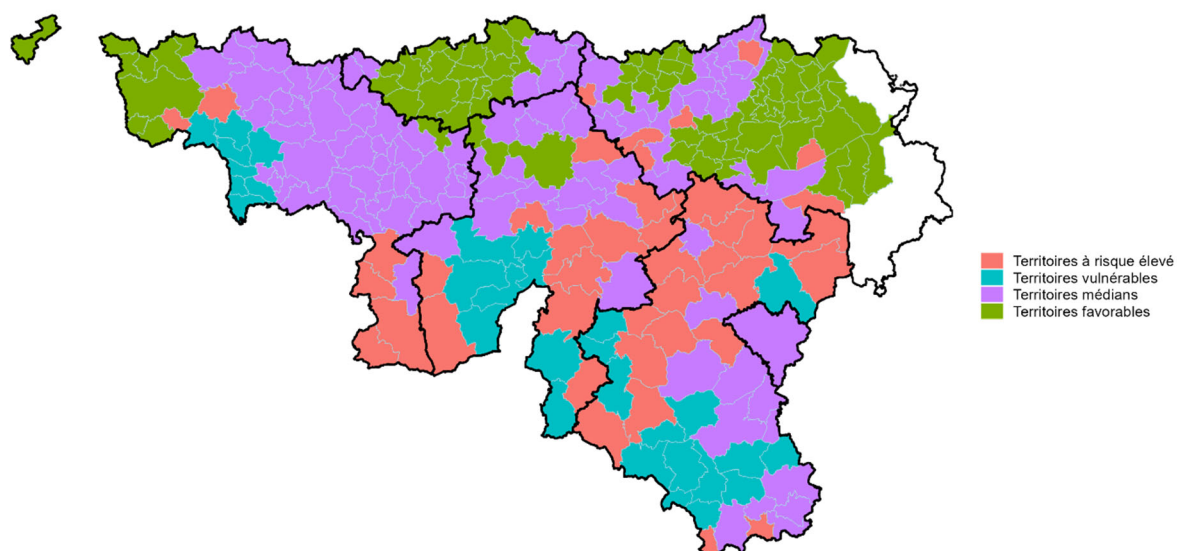
- Territoires à risque élevé : Utilisation des soins et indicateur médico-administratif des besoins élevés, offre et accès très faibles ;
- Territoires vulnérables : Indicateur auto-rapporté besoins élevés, offre et accès faible ;
- Territoires médians : proches de la moyenne sur les deux dimensions de besoin et offre / accès aux soins ;
- Territoires favorables : besoins faibles, offre et accès plus élevés.

Ces quatre profils sont établis sur la base de la distribution des 252 communes francophones de Wallonie. « Favorable » ne signifie donc pas absence de besoins ni qu'aucun renforcement de l'offre n'est nécessaire ; cela indique simplement qu'à comparaison égale, ces communes se situent dans une position plus avantageuse que la moyenne régionale. Inversement, un profil « à risque élevé » ne préjuge pas d'une situation homogène sur tout le territoire communal : il signale que, au regard des autres communes, plusieurs indicateurs y sont globalement plus défavorables.

Cette typologie sert donc de repère comparatif pour prioriser et orienter l'action et doit être lue en complément d'analyses locales qualitatives.

³ L'indice de silhouette est une mesure de qualité du *clustering* qui évalue, pour chaque observation, à quel point elle est bien regroupée avec les éléments de son propre *cluster* et bien séparée des autres *clusters*.

Carte 6 : Typologie à quatre groupes des communes wallonnes



Auteur : IWEPS

Encadré 4 : Note sur le *dashboard* interactif :

Les résultats interactifs de l'analyse de *clustering* sont présentés dans l'onglet « Carte » du *dashboard*.

🔑 Le *dashboard* est accessible à l'adresse suivante :

<https://apps.iweps.be/sante-mentale-wallonie/>

3. Second volet : Analyses des facteurs individuels

Ce second volet vise à analyser les données individuelles de l'ISADF afin d'identifier, à l'aide de différents modèles statistiques, les facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale des Wallons et Wallonnes. Là où le premier volet mettait en évidence des disparités territoriales, cette seconde approche permet d'examiner les inégalités intra-territoriales, en s'intéressant aux **caractéristiques des individus** plutôt qu'aux moyennes communales. Elle offre ainsi une lecture complémentaire et indispensable pour comprendre les déterminants de la santé mentale en Wallonie.

Une attention particulière est portée à l'interaction entre ces facteurs (**approche intersectionnelle**), afin de mettre en évidence les groupes les plus vulnérables. L'intersectionnalité désigne une approche qui vise à comprendre comment plusieurs facteurs de vulnérabilité ou de discrimination se combinent pour produire des inégalités spécifiques. Le terme vient initialement des études féministes et antiracistes (Crenshaw, 1989), mais il est aujourd'hui largement utilisé en santé publique, sociologie et épidémiologie sociale. Cette approche est particulièrement pertinente dans le champ de la santé mentale, où l'accumulation de désavantages (précarité économique, isolement social, conditions de logement défavorables, etc.) peut conduire à des situations de vulnérabilité extrême, invisibles dans une lecture par facteur isolé.

Dans l'enquête ISADF, l'état de santé mentale a été mesuré à l'aide de l'échelle GAD-7, et la proportion de répondants à risque correspond aux personnes présentant un score supérieur ou égal à 10, seuil couramment retenu pour identifier une anxiété généralisée cliniquement significative. Plus d'informations méthodologiques sur cette échelle sont disponibles dans l'annexe 6.1.

3.1 FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

L'analyse des données individuelles de l'enquête ISADF met en évidence des écarts importants dans la proportion de répondants présentant un risque de trouble anxieux selon les caractéristiques sociodémographiques, économiques et sociales (cf. tableau 1). Les résultats présentent la force de l'association entre ces différentes caractéristiques individuelles et la probabilité de présenter un risque de problème de santé mentale ; cependant, la nature transversale des données ne permet pas d'établir le sens de la relation entre les variables. Dans de nombreux cas, ces associations peuvent être bidirectionnelles : par exemple, une situation professionnelle précaire peut fragiliser la santé mentale, mais des difficultés psychiques peuvent également entraver l'accès et le maintien dans l'emploi.

D'abord, l'**âge** apparaît comme un déterminant central : la proportion de personnes à risque est nettement plus élevée parmi les jeunes adultes (29,0 % chez les 18-24 ans et 33,6 % chez les 25-44 ans) que chez les personnes plus âgées, où elle diminue progressivement (25,3 % chez les 45-64 ans et 14,7 % chez les 65-90 ans). Cette tendance est cohérente avec d'autres études nationales et internationales, mettant en évidence une vulnérabilité accrue des jeunes générations sur le plan de la santé mentale (Lass-Hennemann *et al.*, 2024 ; Rens *et al.*, 2021). Par exemple, les résultats de l'enquête de santé belge réalisée par Sciensano en 2023 ont mis en évidence que la prévalence de la dépression a augmenté de manière marquée chez les jeunes : dans la tranche des 15-24 ans, elle est passée de 3,0 % en 2018 à 6,7 % en 2023-2024, soit plus du double en cinq ans (Sciensano, 2025b).

Des **différences de genre** sont également observées : 30,6 % des femmes présentent un risque de trouble anxieux contre 21,3 % des hommes. Ces écarts sont largement documentés dans la littérature internationale et la prévalence plus élevée de certains problèmes de santé mentale chez les femmes

peut s'expliquer par divers facteurs, parmi lesquels des déterminants spécifiques liés au genre, les comportements de recours aux soins, les stratégies d'adaptation ou les rôles sociaux et responsabilités perçues (McLean *et al.*, 2011; Walters, 1993).

La **situation familiale** joue également un rôle marqué. Les familles monoparentales sont les plus vulnérables : 35,6 % des personnes vivant seules avec enfant(s) déclarent un risque de trouble anxieux. Les personnes vivant seules ou avec leurs parents présentent elles aussi des proportions supérieures à la moyenne (27,0 à 28,1 %), tandis que les couples sans enfant apparaissent comme la configuration la plus protectrice (20,6 %). Ces résultats illustrent l'importance des réseaux de soutien et de la charge familiale dans la santé mentale.

Sur le plan socio-économique, un **gradient lié au revenu et au niveau d'éducation** est clairement visible. Les personnes appartenant au quartile de revenu le plus bas (Q1) présentent des proportions à risque plus élevées (30,0 %) que celles du quartile supérieur (Q4, 21,7 %). De même, les répondants ayant un niveau d'éducation élevé rapportent moins fréquemment un risque (21,1 %) que ceux au niveau bas ou moyen (28,9 % et 28,4 %). Ces résultats confirment l'étroite relation entre inégalités sociales et santé mentale.

La **situation professionnelle** joue également un rôle important. Les personnes en incapacité de longue durée constituent un groupe particulièrement vulnérable : plus de la moitié (50,7 %) présentent un risque de trouble anxieux. Les demandeurs d'emploi sont également plus concernés (33,0 %) que les personnes en emploi (26,7 %). Enfin, la proportion est plus faible parmi les pensionnés (14,9 %), ce qui pourrait s'expliquer par une réduction de la pression professionnelle et des contraintes liées à la vie active, ainsi que par une certaine stabilité des revenus de remplacement.

Enfin, les **conditions de vie et les ressources sociales** sont fortement associées à la santé mentale. Les personnes déclarant des difficultés financières forment un groupe particulièrement vulnérable (54,4 % chez celles qui déclarent boucler leur budget « très difficilement »). De même, le sentiment d'isolement social constitue un facteur déterminant : près de 75 % des répondants qui se disent « toujours isolés » présentent un risque de trouble anxieux, contre seulement 14,1 % parmi ceux qui ne se sentent « jamais isolés ». Ces écarts confirment le rôle majeur du soutien social et de la précarité matérielle dans la vulnérabilité psychique.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que le risque de troubles anxieux est distribué de manière très inégale au sein de la population wallonne, une dynamique qui n'est d'ailleurs pas spécifique à la région, mais s'observe dans tout territoire caractérisé par des facteurs comparables. Les jeunes adultes, les femmes, les familles monoparentales, les personnes à faible revenu ou faible niveau d'éducation, celles en incapacité de longue durée et les individus isolés socialement constituent des groupes particulièrement exposés. Ces constats justifient la nécessité de politiques ciblées, tenant compte de la combinaison de facteurs individuels et structurels qui façonnent la santé mentale.

Tableau 1 : Description de l'échantillon et proportion à risque de trouble anxieux

Variables		Distribution de l'échantillon (% non pondéré)	Proportion à risque de trouble anxieux (% pondéré)	p-valeur *
Âge	18-24 ans	6,9	29,0	<0,001
	25-44 ans	25,9	33,6	
	45-64 ans	34,3	25,3	
	65-90 ans	32,8	14,7	
Sexe	Masculin	48,0	21,3	<0,001
	Féminin	52,0	30,6	
Situation de vie	Couple avec enfant(s)	28,5	26,7	<0,001
	Couple sans enfant	32,0	20,6	
	Seul ou seule	22,2	27,0	
	Seul ou seule avec enfant(s)	6,4	35,6	
	Avec parent(s)	7,6	28,1	
	Avec ami(s)	1,2	31,0	
	Autre	2,1	30,7	
Niveau d'éducation	Bas	28,3	28,9	<0,001
	Moyen	33,2	28,4	
	Élevé	35,1	21,2	
	Non indiqué	0,5	19,1	
	Variable manquante (+15 ans)	2,9	21,1	
Quartiles de revenu	Q1	25,0	30,0	<0,001
	Q2	25,0	26,9	
	Q3	25,0	25,3	
	Q4	25,0	21,7	
Emploi rémunéré	Oui	47,1	26,7	0,07
	Non	52,9	25,2	
Statut de demandeur d'emploi	Non	96,2	25,7	<0,001
	Oui	3,8	33,0	

Variables		Distribution de l'échantillon (% non pondéré)	Proportion à risque de trouble anxieux (% pondéré)	p-valeur *
Statut d'incapacité de longue durée	Non	94,2	24,3	<0,001
	Oui	5,8	50,7	
Statut d'étudiant ou étudiante	Non	90,7	25,6	0,007
	Oui	9,3	29,2	
Statut de pensionné ou pensionnée	Non	63,4	30,1	<0,001
	Oui	36,6	14,9	
Satisfaction au travail	Faible	2,3	57,8	<0,001
	Moyenne	8,5	41,1	
	Élevée	34,0	21,1	
	Pas d'emploi	55,2	25,2	
Type de logement	Propriétaire avec emprunt	31,7	27,7	<0,001
	Propriétaire sans emprunt	40,2	17,9	
	Locataire marché privé	17,7	32,1	
	Locataire logement social	4,3	33,7	
	Locataire à prix réduit (via tiers)	6,0	31,9	
Satisfaction logement	Score de 0 (très faible) à 10 (très élevée)	Moy (ET) 8,2 (1,6)	/	/
Capacité à faire de longs trajets	Toujours	72,7	23,8	<0,001
	En général	22,5	30,5	
	Non	4,8	41,0	
Problème de mobilité (emploi ou activités de loisirs)	Oui	18,4	40,1	<0,001
	Non	81,6	22,5	
Difficulté de littératie (lire, écrire, s'exprimer)	Non	69,1	25,5	<0,001
	Oui	30,9	32,6	
Accès à internet dans de bonnes conditions	Oui	83,9	24,3	<0,001
	Non	12,9	37,5	
	Ne souhaite pas	3,3	23,2	

Variables		Distribution de l'échantillon (% non pondéré)	Proportion à risque de trouble anxieux (% pondéré)	p-valeur *
Boucler le budget du ménage	Très difficilement	3,6	54,4	<0,001
	Difficilement	28,0	36,7	
	Facilement	57,1	20,3	
	Très facilement	11,3	15,3	
Évolution de la situation financière sur 12 mois	Aggravée	21,6	40,4	<0,001
	Identique	65,1	21,7	
	Améliorée	13,3	22,8	
Sentiment d'isolement	Toujours	1,6	74,8	<0,001
	Souvent	10,6	58,8	
	Parfois	45,8	27,1	
	Jamais	42,0	14,1	
Score de support social	Score de 0 (très faible) à 12 (très élevé)	Moy (ET) 7.8 (2,7)	/	/

* test Khiz

Pour analyser les facteurs associés au risque de troubles anxieux de façon indépendante, une régression logistique multivariée a été réalisée (cf. tableau 2). Contrairement aux modèles bivariés, qui examinent chaque facteur séparément, le modèle multivarié permet de tenir compte simultanément de l'ensemble des variables incluses et d'isoler l'effet propre de chacune, en contrôlant pour les autres. Cette approche est essentielle pour éviter les biais de confusion liés au chevauchement entre variables (par exemple entre niveau d'éducation et revenu). Les résultats des modèles sont présentés sous forme d'*odds ratios* (OR)⁴.

À partir d'un modèle complet incluant l'ensemble des variables disponibles (cf. tableau 1), une procédure *stepwise* (ajout et retrait successifs de variables) a été utilisée avec le critère d'information d'Akaike (AIC). Cette approche vise à obtenir un modèle final parcimonieux, qui retient uniquement les variables contribuant significativement à l'explication du phénomène, tout en évitant le sur-ajustement.

Cette stratégie présente un double intérêt :

- elle met en évidence les déterminants qui conservent une association robuste après ajustement ;
- elle permet de comparer les résultats aux analyses bivariées, en montrant quels effets sont indépendants et lesquels sont en réalité expliqués par d'autres variables.

⁴ L'*odds ratio* (OR) exprime la variation relative de la probabilité d'un événement entre un groupe étudié et un groupe de référence (ref). Un OR > 1 indique une probabilité plus élevée, un OR < 1 une probabilité plus faible, et un OR = 1 l'absence de différence. Ainsi, un OR = 1,5 signifie que le groupe étudié a 50 % de probabilité en plus de rapporter des symptômes anxieux que le groupe de référence. Chaque OR est présenté avec un intervalle de confiance à 95 % (IC95 %), qui reflète l'incertitude statistique autour de l'estimation : plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation est précise. Lorsque l'IC95 % inclut la valeur 1, cela signifie que l'association observée n'est pas statistiquement significative au seuil de 5 %.

Parmi les **facteurs sociodémographiques**, l'âge et le sexe apparaissent déterminants. Les jeunes adultes présentent une probabilité significativement plus élevée de risque de trouble anxieux en comparaison aux personnes âgées de 45 à 64 ans (OR = 1,48 pour les 18-24 ans, OR = 1,54 pour les 45-64 ans). Les femmes présentent aussi une probabilité accrue par rapport aux hommes (OR = 1,65), confirmant les écarts déjà observés dans les analyses descriptives.

Du côté des **conditions socio-économiques**, le niveau d'éducation joue un rôle important : les personnes ayant un niveau d'études bas (OR = 1,32) ou moyen (OR = 1,17) présentent une probabilité plus élevée de risque de trouble anxieux que celles ayant un niveau élevé. La situation financière constitue un autre déterminant majeur : les personnes déclarant « boucler leur budget très difficilement » présentent une probabilité plus de deux fois supérieure (OR = 2,16) à celles déclarant « très facilement ». Une évolution financière négative au cours des 12 derniers mois accroît également significativement la probabilité de risque (OR = 1,37).

La **situation sur le marché du travail** joue également un rôle important. Les personnes en incapacité de longue durée présentent une probabilité significativement plus élevée de risque de trouble anxieux (OR = 1,53), tandis que les personnes pensionnées présentent une probabilité plus faible (OR = 0,63), ce qui reflète à la fois un effet d'âge et une relative stabilité économique. La satisfaction au travail constitue également un facteur structurant : les personnes insatisfaites rapportent une probabilité environ trois fois plus élevée (OR = 3,51) de troubles anxieux que celles très satisfaites, soulignant l'importance des conditions psychosociales de travail.

Les dimensions liées à la **mobilité et aux conditions de vie** sont aussi associées. L'absence de capacité à effectuer de longs trajets et les problèmes de mobilité liés à l'emploi ou aux activités de loisirs augmentent la probabilité de rapporter un risque, bien que ces effets s'atténuent après ajustement. Les personnes sans accès adéquat à internet présentent également une probabilité plus élevée (OR = 1,22) que celles disposant d'un accès correct. Enfin, la satisfaction résidentielle joue un rôle protecteur : chaque point supplémentaire de satisfaction liée au logement sur une échelle de 0 à 10 réduit significativement la probabilité de rapporter des troubles anxieux (OR = 0,90).

Enfin, **le soutien social semble constituer le déterminant le plus puissant**. Le sentiment d'isolement est de loin le facteur le plus fortement associé : les personnes se déclarant « toujours isolées » présentent une probabilité près de treize fois supérieure (OR = 13,5) à celles ne se sentant « jamais isolées ». Cet effet confirme le rôle plus que central du lien social dans la santé mentale.

La comparaison entre les modèles bivariés et multivariés met en évidence plusieurs écarts notables. La variable « **situation de vie** » perd en importance après ajustement : si certaines configurations, comme les familles monoparentales ou les personnes vivant seules, étaient associées à une probabilité plus élevée en bivarié, cet effet disparaît ou s'inverse dans le modèle multivarié. Cela suggère que ces associations brutes étaient largement expliquées par d'autres facteurs sous-jacents, tels que les difficultés financières ou l'isolement social. De même, le **statut de demandeur d'emploi**, significativement associé en bivarié (OR = 1,62), s'inverse dans le modèle multivarié (OR = 0,73), ce qui indique que l'effet observé reflète surtout l'influence de déterminants plus fondamentaux, tels que les contraintes économiques et sociales.

En résumé, si plusieurs facteurs sont associés à une probabilité plus élevée de risque de trouble anxieux, **trois déterminants apparaissent comme particulièrement saillants : le sentiment d'isolement, les difficultés financières et l'insatisfaction au travail**.

Tableau 2 : Probabilité de rapporter un risque de trouble anxieux : régressions logistiques binaires sur l'ensemble des variables indépendantes avec sélection *stepwise* selon AIC

Variables		Modèle multivariable avec sélection <i>stepwise</i>	Modèles bivariés
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Âge (ref = 45-64)	18-24 ans	1,48 (1,18-1,84)	1,58 (1,35-1,85)
	25-44 ans	1,54 (1,39-1,70)	1,72 (1,58-1,87)
	65-90 ans	0,89 (0,74-1,09)	0,52 (0,47-0,58)
Sexe (ref = masculin)	Féminin	1,65 (1,52-1,80)	1,74 (1,62-1,87)
Situation de vie (ref = couple avec enfant(s))	Couple sans enfant	1,03 (0,92-1,15)	0,65 (0,60-0,72)
	Seul ou seule	0,65 (0,57-0,74)	0,87 (0,79-0,96)
	Seul ou seule avec enfant(s)	0,83 (0,71-0,98)	1,49 (1,30-1,71)
	Avec parent(s)	0,71 (0,58-0,87)	1,17 (1,00-1,37)
	Avec ami(s)	0,66 (0,44-0,97)	1,07 (0,75-1,50)
	Autre	0,86 (0,62-1,17)	0,93 (0,70-1,21)
Niveau d'éducation (ref = élevé)	Bas	1,32 (1,18-1,49)	1,48 (1,35-1,62)
	Moyen	1,17 (1,06-1,29)	1,40 (1,29-1,53)
Capacité à faire de longs trajets (ref = toujours)	En général	1,00 (0,91-1,11)	1,55 (1,42-1,69)
	Non	1,23 (1,02-1,48)	2,31 (1,97-2,69)
Problème de mobilité (emploi ou activités de loisir)	Oui	1,23 (1,10-1,37)	2,53 (2,32-2,76)
Accès à internet dans de bonnes conditions (ref = oui)	Non	1,22 (1,09-1,37)	1,91 (1,73-2,10)
	Ne souhaite pas	1,45 (1,10-1,88)	1,05 (0,83-1,31)
Satisfaction travail (ref= élevée)	Pas d'emploi	1,08 (0,94-1,22)	1,07 (0,98-1,16)
	Faible	3,51 (2,79-4,42)	5,26 (4,27-6,49)
	Moyenne	1,91 (1,68-2,18)	2,76 (2,45-3,11)
Demandeur d'emploi	Oui	0,73 (0,58-0,92)	1,62 (1,34-1,95)
Incapacité de longue durée	Oui	1,53 (1,28-1,83)	3,08 (2,69-3,53)
Pensionné ou pensionnée	Oui	0,63 (0,51-0,77)	0,39 (0,36-0,42)
Boucler le budget du ménage (ref = très facilement)	Très difficilement	2,16 (1,67-2,78)	7,61 (6,17-9,40)
	Difficilement	1,75 (1,48-2,08)	3,58 (3,11-4,14)
	Facilement	1,22 (1,05-1,42)	1,47 (1,28-1,69)

Variables		Modèle multivariable avec sélection <i>stepwise</i>	Modèles bivariés
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Évolution de la situation financière sur 12 mois (ref = identique)	Aggravée	1,37 (1,24-1,52)	2,50 (2,30-2,72)
	Améliorée	1,06 (0,94-1,20)	0,96 (0,92-1,07)
Sentiment d'isolement (ref = jamais)	Toujours	13,48 (9,8-18,7)	19,95 (15,0-26,8)
	Souvent	6,05 (5,27-6,94)	8,49 (7,54-9,57)
	Parfois	1,91 (1,74-2,10)	2,29 (2,10-2,50)
Satisfaction du logement	Score 0-10	0,90 (0,88-0,93)	0,76 (0,74-0,77)

3.2. QUAND LES VULNÉRABILITÉS SE CUMULENT : UNE LECTURE INTERSECTIONNELLE

Les résultats du modèle multivarié mettent en évidence plusieurs facteurs indépendamment associés à une probabilité accrue de troubles anxieux. Toutefois, cette approche statistique considère chaque facteur séparément, « toutes choses égales par ailleurs », et ne rend pas pleinement compte des situations où plusieurs vulnérabilités se cumulent dans la réalité vécue par les individus. Or, notre santé et notre santé mentale sont façonnées par l'interaction de multiples dimensions (sociales, économiques, relationnelles, etc.) dont les effets ne s'additionnent pas simplement, mais peuvent se renforcer mutuellement. L'approche intersectionnelle vise précisément à analyser ces effets combinés. Elle permet d'identifier des profils de population où se superposent plusieurs désavantages (par exemple être jeune, isolé socialement et en difficulté financière), conduisant à des niveaux de risque beaucoup plus élevés que ce que chaque facteur pris isolément laisserait supposer.

Afin d'explorer les **combinaisons de facteurs individuels** associés à une probabilité accrue de présenter un risque de trouble anxieux, un **arbre de décision à inférence conditionnelle** (*Conditional Inference Tree*, ou *CTree*) a été mis en œuvre. L'algorithme du *CTree* segmente l'échantillon de manière hiérarchique : pour chaque niveau, il sélectionne la variable la plus pertinente pour **discriminer les groupes selon leur probabilité de présenter un trouble anxieux**. Le résultat prend la forme d'une **arborescence**, dont chaque embranchement représente une variable discriminante, et chaque feuille un sous-groupe de répondants présentant un profil homogène. Plus d'informations sur la méthodologie du *Ctree* et le modèle utilisé dans ce rapport sont disponibles à l'annexe 6.2.

Cette approche présente plusieurs **avantages pour l'analyse en santé publique** :

- Elle permet de **détecter des effets complexes d'interaction** (par exemple : le fait d'être une femme seule n'aura pas la même implication selon l'âge ou les conditions de logement) ;
- Elle fournit une **lecture intuitive des profils à risque**, en identifiant non pas des facteurs isolés, mais des « **chemins de vulnérabilité** » ;
- Elle s'inscrit pleinement dans une **approche intersectionnelle**, en révélant comment des dimensions sociales (sexe, statut socio-économique, isolement, etc.) se combinent et s'accumulent, pour produire des inégalités de santé mentale.

L'arbre obtenu (cf. figure 4) peut ainsi être utilisé comme un outil opérationnel pour **cibler des groupes prioritaires**, concevoir des **interventions différenciées**, ou encore **mieux comprendre les**

logiques de cumul des désavantages dans la population générale. La lecture de l'arbre se fait de haut en bas : à chaque nœud, la population est divisée en deux sous-groupes en fonction de la variable la plus discriminante à ce stade de l'arbre. À l'extrémité de chaque branche se trouve un **nœud terminal** (ou « feuille »), représentant un groupe homogène de répondants, avec son effectif total et la proportion de personnes à risque de trouble anxieux (en noir).

Les résultats issus de l'arbre de décision sont également résumés dans le tableau 3, qui présente, pour chacun des nœuds terminaux, le **nombre total de répondants**, le **pourcentage non pondéré et pondéré de risque de trouble anxieux**, ainsi qu'un **odds ratio (OR)** obtenu par régression logistique binaire. Cette régression permet de quantifier l'excès de risque relatif, en prenant comme référence la feuille n°22 (cf. figure 4), qui correspond au groupe présentant la plus faible prévalence de risque de trouble anxieux. Ce tableau permet ainsi de compléter la lecture visuelle de l'arbre en apportant une **quantification des écarts de risque** entre les différents profils identifiés.

Principaux résultats :

L'analyse confirme que certains parcours de vie – caractérisés par l'isolement social, la précarité, une mauvaise satisfaction des conditions de vie et de travail ou un jeune âge – mènent à une probabilité accrue de troubles anxieux. À l'inverse, un environnement protecteur composé de liens sociaux préservés, d'un emploi satisfaisant et de ressources stables est associé à un niveau de risque faible.

Voici quelques exemples de profils à risque identifiés :

- **Nœud 5** : Les personnes toujours isolées, non pensionnées, et dont la situation financière s'est aggravée présentent le risque le plus élevé de l'ensemble de l'arbre, avec une prévalence pondérée de risque de trouble anxieux de 82,3 % (85,0 % non pondérée) et un *odds ratio* (OR) de 47,8 (IC95 % : 29,60-81,86) par rapport au groupe de référence (feuille 22).
- **Nœud 9** : Ce nœud regroupe des femmes qui se déclarent souvent ou toujours isolées, qui ne sont pas pensionnées, dont la situation financière est identique ou améliorée. Malgré l'absence de précarité économique directe (situation financière stable ou en amélioration), ces femmes présentent une prévalence pondérée du risque de trouble anxieux élevée : 64,5 % (60,3 % non pondéré), avec un OR de 12,81 (IC95 % : 10,78-15,24).
- **Nœud 28** : Ce nœud regroupe des personnes qui ne se sentent pas isolées (parfois ou jamais), qui ont une satisfaction moyenne ou faible vis-à-vis de leur emploi, sont âgées de 25 à 44 ans, et qui déclarent des fins de mois très difficiles ou difficiles. La prévalence pondérée du risque de trouble anxieux dans ce groupe atteint 51,8 % (56,0 % non pondérée) soit un niveau particulièrement élevé, avec un OR de 10,7 (IC95 % : 8,6-13,5), ce qui en fait un des profils les plus à risque parmi les personnes non isolées.
- **Nœud 18** : Ce nœud rassemble des individus non isolés, qui affichent une satisfaction professionnelle élevée (ou pas d'emploi), qui ont une faible satisfaction vis-à-vis de leur logement et des fins de mois difficiles. La prévalence pondérée y atteint 34,2 % (34,0 % non pondérée), avec un OR de 4,3 (IC95 % : 3,8-4,9).

Note Figure 4 : evolution_fin = évolution de la situation financière sur 12 mois, fin_mois = capacité à boucler le budget du ménage à la fin du mois, TF à TD = Très facile à très difficile



Tableau 3 : Description des résultats du CTree

N° feuilles finales	Total des in- dividus	Description	Risque de trouble anxieux		
			% non pondéré	% pondéré	Régression logis- tique binaire OR (IC95%)
5	120	Isolement (toujours), non pensionné, situation financière aggravée	85,0	82,3	47,82 (29,60-81,86)
6	624	Isolement (souvent), non pensionné, situation financière aggravée	67,5	71,1	17,50 (14,63-21,00)
8	461	Isolement (toujours/souvent), non pensionné, situation financière identique ou améliorée, hommes	46,4	47,9	7,31 (6,01-8,88)
9	632	Isolement (toujours/souvent), non pensionné, situation financière identique ou améliorée, femmes	60,3	64,5	12,81 (10,78-15,24)
11	100	Isolement (toujours), pensionné	65,0	60,2	15,67 (10,41-24,00)
13	362	Isolement (souvent), pensionné, fin de mois très difficile ou difficile	47,0	46,2	7,47 (6,01-9,28)
14	344	Isolement (souvent), pensionné, fin de mois facile ou très facile	35,2	36,3	4,58 (3,62-5,76)
18	1 578	Isolement (parfois/jamais), satisfaction emploi (élevée, sans emploi), fin de mois très difficile ou difficile, satisfaction logement plus faible	34,0	34,2	4,34 (3,83-4,91)
19	305	Isolement (parfois/jamais), satisfaction emploi (élevée, sans emploi), fin de mois très difficile ou difficile, satisfaction logement plus élevée	22,4	24,5	2,44 (2,19-2,72)
21	3 548	Isolement (parfois/jamais), satisfaction emploi (élevée, sans emploi), fin de mois très facile ou facile, 18 à 44 ans	21,6	21,1	2,32 (2,09-2,58)
22	8 948	Isolement (parfois/jamais), satisfaction emploi (élevée, sans emploi), fin de mois très facile ou facile, 45 à 90 ans	10,6	11,6	Reference
25	673	Isolement (parfois), satisfaction emploi (moyenne/faible), 18-24 ans et 45 ans+	38,3	39,5	5,25 (4,43-6,21)
26	415	Isolement (jamais), satisfaction emploi (moyenne/faible), 18-24 ans et 45 ans+	24,1	25,5	2,68 (2,11-3,38)
28	325	Isolement (parfois/jamais), satisfaction emploi (moyenne/faible), 25-44 ans, fin de mois très difficile ou difficile	56,0	51,8	10,74 (8,55-13,52)
29	555	Isolement (parfois/jamais), satisfaction emploi (moyenne/faible), 25-44 ans, fin de mois très facile ou facile	37,3	37,3	5,02 (4,17-6,03)

4. Conclusion

"Isolation is the new smoking."

(L'isolement social est le nouveau tabac.)

— Julianne Holt-Lunstad (Brigham University)

4.1 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce travail propose une double lecture de la santé mentale en Wallonie, articulant **une approche territoriale** et **une approche individuelle**, à partir des données les plus récentes disponibles via l'enquête ISADF et d'autres sources administratives. L'objectif était d'identifier, d'une part, les disparités géographiques en matière de besoins, d'offre et d'accès aux soins en santé mentale et, d'autre part, de caractériser les profils de personnes les plus à risque. Les résultats sont une proposition de base empirique pour développer des stratégies et interventions avec une double focale :

- un **ciblage territorial** : prioriser les territoires à haut besoin et faible offre/accès aux soins ;
- un **ciblage populationnel** : identifier des groupes à risque à l'intérieur des territoires, pour développer des stratégies de prévention et de soins adaptées.

4.1.1. Approche territoriale : une typologie des communes wallonnes

Le premier volet de l'étude a permis de construire une typologie des communes wallonnes à partir d'une analyse en composantes principales (ACP). L'ACP présente un intérêt méthodologique fort : elle permet de ramener un ensemble complexe d'indicateurs à un nombre réduit de dimensions synthétiques, tout en préservant l'information essentielle. En effet, la santé étant un champ multidimensionnel, il est difficile de résumer les besoins ou la qualité de l'offre et de l'accès aux soins par un seul indicateur. L'ACP permet ici de croiser différents aspects des besoins (auto-rapportés, objectifs, soins utilisés) et de l'offre/accès (perceptions et données d'accessibilité), pour en extraire deux axes structurants et interprétables :

- un **axe « offre et accessibilité »**, expliquant 44,2 % de la variance, structuré par les indicateurs de qualité perçue de l'offre de soins et d'accessibilité géographique perçue ;
- un **axe « besoins »**, expliquant 19,7 % de la variance, structuré par les indicateurs de prévalence des troubles anxieux auto-déclarés, de taux de suicide et de proportion d'utilisation d'antidépresseurs.

En combinant ces deux dimensions, chaque commune a pu être positionnée dans un espace à deux dimensions, reflétant son profil relatif en matière de santé mentale. Ce modèle pourra être affiné par l'intégration d'indicateurs complémentaires sur les deux dimensions. Concernant les besoins, il serait pertinent d'y ajouter la prévalence d'autres troubles de santé mentale, des indicateurs de bien-être subjectif, etc. Pour l'offre et l'accessibilité, des indicateurs sur l'offre de psychologues conventionnés ou d'autres services de santé mentale, ou sur les délais d'attente, permettraient d'améliorer la précision du diagnostic territorial.

Le *clustering K-means* a ensuite permis d'identifier **quatre groupes de communes aux profils distincts** :

- Territoires à risque élevé : utilisation des soins et indicateur médico-administratif des besoins élevés, offre et accès très faibles ;
- Territoires vulnérables : indicateur auto-rapporté besoins élevés, offre et accès faibles ;
- Territoires médians : proches de la moyenne sur les deux dimensions de besoin et offre / accès aux soins
- Territoires favorables : besoins faibles, offre et accès plus élevés.

Cette typologie propose une lecture opérationnelle utile pour orienter/prioriser certaines actions. Il convient de souligner que cette typologie constitue une lecture possible des profils territoriaux, fondée sur les données disponibles et les options statistiques retenues.

4.1.2. Approche individuelle : des parcours de vulnérabilité différenciés

Le second volet, centré sur les facteurs individuels de risque de troubles anxieux, a mis en évidence plusieurs **déterminants majeurs** : l'**isolement social**, les **difficultés financières**, la **satisfaction vis-à-vis du logement ou de l'emploi**, ainsi que certaines caractéristiques sociodémographiques comme le **jeune âge** ou le **sexe féminin**.

L'utilisation d'un **arbre de décision (CTree)** a permis d'aller plus loin en identifiant **des profils combinés de vulnérabilité**, révélant des effets d'interaction et de cumul :

- Le niveau de risque le plus élevé est observé chez les personnes qui se sentent toujours isolées, ne sont pas pensionnées, et dont la situation financière s'est récemment détériorée : plus de **huit personnes sur dix** dans ce groupe présentent un risque élevé de troubles anxieux ;
- D'autres groupes présentent également des niveaux de risque marqués, notamment les femmes isolées, même lorsqu'elles ne rencontrent pas de difficultés économiques directes, avec plus de **six personnes sur dix** dans ce groupe qui présentent un risque élevé de troubles anxieux ;
- L'analyse montre aussi que le risque reste élevé chez certaines personnes non isolées : par exemple, celles âgées de 25 à 44 ans, exprimant une faible satisfaction professionnelle et rencontrant des difficultés financières, ou encore des personnes non isolées, satisfaites de leur emploi, mais insatisfaites de leur logement, et ayant des fins de mois difficiles.

Ces résultats illustrent la multitude et la diversité des parcours de vulnérabilité, où des dimensions subjectives (satisfaction, isolement) interagissent avec des considérations matérielles (revenus, logement).

4.2 MISE EN PERSPECTIVE : PENSER UN SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE EFFICACE ET ÉQUITABLE

En matière d'organisation du système de soins de santé mentale, la **pyramide des services de santé mentale proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)** (cf. figure 5) constitue une référence internationale largement mobilisée pour guider les réformes structurelles. En Belgique, ce modèle a notamment inspiré la réforme dite « 107 », officiellement intitulée « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » (SPF Santé Publique, 2010). Lancée en 2010, cette réforme visait à réorganiser en profondeur le système de santé mentale belge, historiquement centré sur l'utilisation des hôpitaux psychiatriques, en favorisant une approche plus communautaire, orientée vers le rétablissement des usagers.

Ce modèle, simple en apparence, est porteur d'une vision ambitieuse et cohérente de la répartition des rôles et des ressources dans un système de soins de santé mentale efficace. Il distingue d'abord les **soins informels** (base de la pyramide), constitués des soutiens provenant de la sphère personnelle (soi-même, la famille, les proches, les réseaux communautaires), des **soins formels** (plus haut dans la pyramide) qui vont des soins de première ligne jusqu'aux services spécialisés et soins hospitaliers.

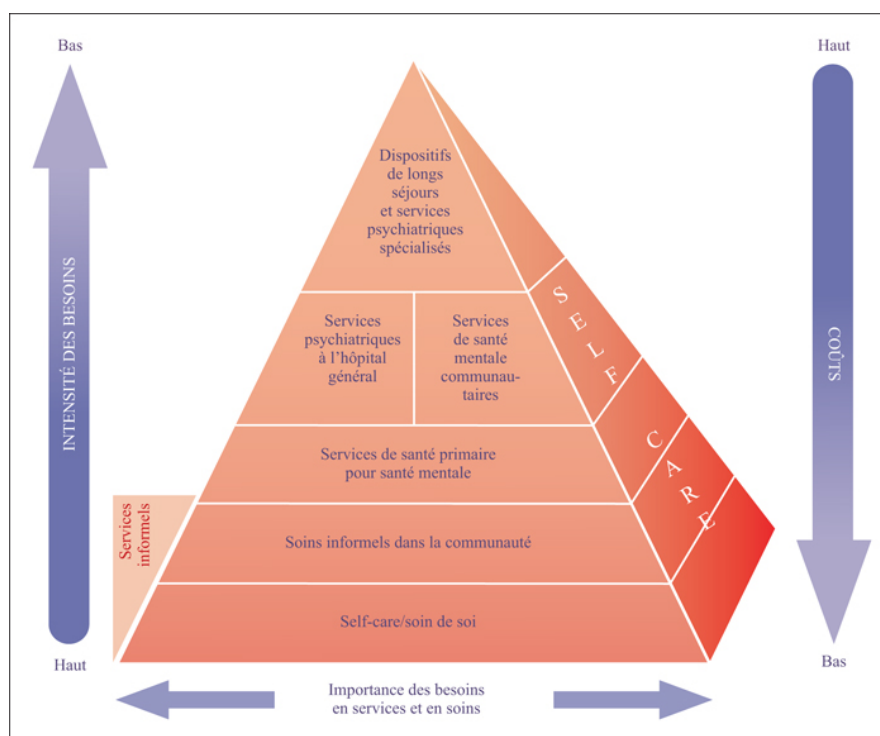
La pyramide propose ensuite une **stratification des services** selon trois dimensions complémentaires :

- leur **fréquence théorique d'usage** pour répondre aux besoins de la population générale ;
- leur **degré de spécialisation** ;
- leur **cout** pour le système.

Ainsi :

- **à la base** se trouvent les services (d'abord informels puis formels) capables de répondre à la majorité des besoins en santé mentale. Leur offre doit donc être abondante. Ils sont également les moins spécialisés et les moins coûteux, ce qui renforce l'efficacité globale du système ;
- **en remontant dans la pyramide**, les services deviennent plus spécialisés, s'adressant à des situations plus complexes, mais aussi plus rares. Ils peuvent donc être déployés en moindre quantité, d'autant plus qu'ils sont plus coûteux.

Figure 5 : Pyramide des services de santé mentale proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)



Source : OMS. The Optimal Mix of Services for Mental Health (2008). Adaptation française publiée dans : Santé mentale et soins de santé primaires – Une perspective globale, Informations Psychiatriques, 84(8), 739–751.

En Wallonie, le CRESAM a proposé une adaptation du modèle de l'OMS, sous forme de pyramide interactive⁵. Ce travail constitue une première pierre importante, car il décrit les types de services existants en Wallonie et les situe sur la pyramide. Cependant, il ne permet pas d'évaluer la quantité d'offres par type de service ni leur couverture territoriale. **Une question fondamentale persiste donc : les systèmes de santé mentale belge et wallon correspondent-ils à ce modèle d'organisation pyramidal, ou ressemblent-ils plus à un entonnoir (c'est-à-dire un système qui reposerait essentiellement sur les services les plus spécialisés et les plus coûteux) ou toute autre forme ?**

⁵ <https://www.cresam.be/pyramide/>

Quelques études antérieures peuvent éclairer cette question. Commençons par le **haut de la pyramide : les hôpitaux psychiatriques**. En Belgique, le processus de désinstitutionnalisation des soins de santé mentale a débuté vers 1975, mais était loin d'être achevé dans les années 2000. En 2008, le taux de lits psychiatriques pour 100 000 habitants était le deuxième plus élevé d'Europe (153/100 000) (WHO, 2008). Depuis 2010, l'un des objectifs de la réforme 107 est la désinstitutionnalisation et l'intensification des hospitalisations psychiatriques (c'est-à-dire la réduction du nombre de lits disponibles, de la fréquentation et de la durée de séjour en service psychiatrique) (Smith *et al.*, 2021). Des chiffres récents montrent cependant que certains objectifs ne sont pas vraiment atteints. Par exemple, Eurostat a mis en évidence qu'en 2022, la Belgique avait le ratio le plus élevé avec 140,7 lits pour 100 000 habitants (Eurostat, 2022). En parallèle, un élément plus encourageant est mis en lumière dans le dernier rapport du KCE sur la performance du système de santé belge (KCE, 2024) : la diminution du nombre de jours d'hospitalisation psychiatrique de 789 jours pour 1 000 habitants en 2010 à 550 en 2021. Ce chiffre reflète une réduction de l'intensité d'utilisation de l'hospitalisation à l'échelle de la population, ce qui pourrait signaler une évolution vers des prises en charge plus courtes ou une meilleure orientation des cas vers les alternatives ambulatoires. Ces deux informations mises côte à côte semblent indiquer une évolution en demi-teinte. D'un côté, la charge globale d'hospitalisation diminue, ce qui pourrait témoigner d'une montée en puissance progressive des alternatives communautaires. D'un autre côté, la capacité hospitalière reste élevée, ce qui suggère que le virage vers les soins communautaires est encore partiel en comparaison à d'autres pays.

En ce qui concerne **les services situés plus bas dans la pyramide** — ceux qui devraient, en théorie, répondre à la majorité des besoins en santé mentale de la population — le rapport du KCE (2024) met également en lumière plusieurs éléments. Tout d'abord, il souligne un manque significatif de données concernant les services et soins ambulatoires, ce qui limite fortement l'évaluation de l'adéquation, de l'accessibilité et de la performance de ces soins. Des informations qualitatives existent toutefois, notamment sur la pénurie de certains professionnels, la saturation des services et les tensions récurrentes entre approches médicales et sociales, en particulier pour les publics précarisés. Parmi les données disponibles, certaines avancées sont à noter, comme la réforme INAMI de 2022 qui a permis d'élargir l'accessibilité aux soins psychologiques de première ligne (Noirhomme *et al.*, 2024). Toutefois, d'importants défis subsistent. Le rapport met notamment en évidence des délais d'attente prolongés pour accéder aux services de santé mentale ambulatoires en Flandre, en l'absence de données spécifiques pour la Wallonie. Il pointe également un taux de réadmission élevé en hôpital psychiatrique (17,6 % dans les 30 jours suivant la sortie), ce qui pourrait traduire des failles dans la continuité des soins ou un accès insuffisant aux alternatives ambulatoires, en particulier pour les publics les plus fragilisés. Ces éléments suggèrent que la base du système de soins formels reste fragile.

Mises en perspective, ces différentes observations laissent penser que notre pyramide conserve un sommet encore assez large (héritage d'un système historiquement hospitalo-centré), tandis que les réformes entreprises pour renforcer sa base, bien que réelles, restent insuffisamment consolidées. Comme l'avaient déjà souligné les résultats de l'évaluation de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique menée en 2019 (Mistiaen *et al.*, 2019 ; Smith *et al.*, 2019), sous la coordination du KCE et d'un consortium de centres de recherche universitaires, cela interroge sur l'efficacité de la transition vers un modèle de soins davantage communautaire. Cela met également en lumière la nécessité d'investissements plus soutenus et durables dans les soins de première ligne, les services de proximité et les dispositifs de prévention.

Un élément qui n'a pas encore été abordé est celui de la **répartition territoriale des services**. En effet, un système peut apparaître, en moyenne, conforme au modèle pyramidal, tout en souffrant d'inégalités dans la distribution géographique de ses ressources. Cet enjeu est particulièrement critique

pour les services situés à la base de la pyramide (ex. : les soins et services de première ligne, tels que les médecins généralistes, les psychologues de première ligne, les maisons médicales ou les centres de santé mentale) qui, par définition, doivent être accessibles au plus près des personnes et des communautés. **Les résultats du présent rapport**, notamment l'analyse en composantes principales (ACP), apportent un éclairage sur cette dimension. Ils révèlent **des profils communaux contrastés**, tant en matière de besoins en santé mentale que d'offre et d'accessibilité aux soins. Ces écarts témoignent d'une répartition vraisemblablement inégale des services, sans nécessairement correspondre à un clivage urbain-rural simple. Surtout, l'analyse met en évidence **des zones cumulant les vulnérabilités** : des territoires où la prévalence des besoins est élevée, mais où l'offre et l'accès sont jugés insuffisants par les habitants. Ces résultats soulignent l'intérêt d'un diagnostic territorial à une échelle fine, capable d'orienter les ressources vers les endroits où les écarts entre besoins et offre sont les plus grands.

Enfin, **qu'en est-il des soins informels, qui forment la base de la pyramide de l'OMS ?** Ces soins informels incluent à la fois le soutien que les personnes reçoivent de leur entourage (famille, amis, communauté, etc.) et les ressources qu'elles mobilisent par elles-mêmes, dans une logique d'auto-prise en charge (*self-care*). Les soins informels, bien qu'invisibles dans les statistiques d'offre de services, constituent le socle essentiel de la santé mentale populationnelle, particulièrement dans une logique de prévention.

Or, les résultats de ce rapport mettent en évidence un facteur de vulnérabilité majeur : **l'isolement social**. Il apparaît comme la première variable discriminante dans l'arbre de régression (*CTree*), structurant les parcours de vulnérabilité identifiés, et se retrouve systématiquement dans les parcours à plus forte prévalence de troubles anxieux. Ce rôle central est confirmé par l'analyse multivariée, dans laquelle le sentiment d'isolement ressort comme le prédicteur individuel le plus puissant du risque de trouble anxieux (*Odds Ratio* = 13,5 pour les personnes se disant « toujours isolées »), bien au-delà des autres dimensions matérielles comme le revenu, l'emploi ou le logement. Cette association est bien entendu bilatérale : d'une part, l'isolement social peut accroître le risque de problème de santé mentale, en réduisant les opportunités de soutien émotionnel, de régulation du stress et de sentiment d'appartenance. D'autre part, les problèmes de santé mentale peuvent eux-mêmes entraîner un repli sur soi, des évitements sociaux ou une perte de lien avec l'entourage, alimentant ainsi un cercle vicieux entre détresse psychique et isolement.

Ce résultat soulève une **question fondamentale sur la solidité de la base informelle de notre système : si le lien social se fragilise à l'échelle populationnelle, c'est l'ensemble de l'édifice — y compris les soins formels — qui se retrouve sous pression**. Il s'inscrit par ailleurs dans un constat plus large : de nombreux travaux internationaux évoquent une « épidémie d'isolement social ». En Belgique, l'enquête de santé de 2018 (Sciensano, 2018) a mis en évidence que 15,7 % de la population de 15 ans et plus rapportait avoir un niveau de soutien social faible, et ce chiffre était de 19,6 % en Région wallonne. Cette enquête a aussi mis en avant qu'en 2018, 12,1 % de la population (10,1 % en Région wallonne) indiquait avoir des contacts sociaux moins d'une fois par semaine avec des parents, des enfants, des amis ou des connaissances, et ce pourcentage était de 6,9 % en 2001, indiquant une augmentation significative sur les 20 dernières années. En France, l'enquête « Solitudes 2024 » (Fondation de France, 2024) indiquait que 21 % de la population se sentait régulièrement seule, une hausse de 4 points depuis 2020. En 2023, aux États-Unis, le Chief Medical Officer du gouvernement fédéral en fonction à l'époque publiait un rapport d'une centaine de pages intitulé « *Our Epidemic of Loneliness and Isolation* » (OSG, 2023).

Les conséquences sanitaires de cette « crise de la solitude » sont multiples et bien documentées. De nombreuses recherches ont démontré que l'isolement social et la solitude sont associés à un

risque accru de problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, idées suicidaires) (Jin *et al.*, 2025 ; Santini *et al.*, 2020), mais également de maladies cardiovasculaires, d'AVC, de démence et de mortalité prématurée (Kuiper *et al.*, 2015 ; Valtorta *et al.*, 2016). En 2015, une méta-analyse (Holt-Lunstad *et al.*, 2015) a calculé que le manque de lien social augmente le risque de décès prématuré de 26 à 32 %, un impact comparable au tabagisme, à l'obésité ou à l'inactivité physique. Ces conséquences sont liées à plusieurs mécanismes biologiques et psychologiques, car la solitude affecte la régulation immunitaire, augmente le stress chronique, altère la qualité du sommeil et aggrave la réponse inflammatoire de l'organisme.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer l'augmentation de l'isolement social au cours des dernières décennies, notamment (non exhaustif) :

- changements des conditions de travail : la précarisation de l'emploi, la multiplication des contrats temporaires, l'augmentation du télétravail contribuent à une individualisation croissante des parcours professionnels, réduisant les occasions de lien social structuré (Charalampous *et al.*, 2019) ;
- l'urbanisation croissante : la densification urbaine, les contraintes spatiales et le manque d'espaces sociaux favorisent le sentiment d'isolement (Lai *et al.*, 2021 ; Ochnik *et al.*, 2024) ;
- technologies numériques et réseaux sociaux : si les outils numériques facilitent certaines formes de contact, leur usage excessif, en particulier des réseaux sociaux, peut remplacer des interactions en personne plus profondes et protectrices, et aggraver le sentiment de solitude chez certains groupes, notamment les jeunes (Hancock *et al.*, 2022 ; Liu *et al.*, 2018 ; Primack *et al.*, 2017) ;
- autres facteurs : l'augmentation de la mobilité résidentielle, la fragmentation des structures familiales traditionnelles, l'accentuation des inégalités sociales sont autant de tendances sociétales de long terme qui fragilisent les réseaux de soutien social et favorisent l'isolement relationnel, en particulier pour les populations vulnérables (OSG, 2023 ; Saeri *et al.*, 2018).

Les constats présentés dans ce rapport, combinés aux recommandations d'organismes internationaux, convergent vers **une orientation claire pour les politiques futures : renforcer durablement la base de la pyramide des soins, tant formels qu'informels, en santé mentale et adapter l'offre aux besoins locaux, afin de répondre aux vulnérabilités spécifiques de chaque territoire.**

Par exemple, le **Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale à l'horizon 2030** souligne que les soins informels, la prévention, les interventions communautaires et les services de proximité doivent être des piliers centraux d'un système de santé mentale efficace, équitable et durable (OMS, 2022). Ces recommandations prennent un sens particulier dans un contexte budgétaire contraint. Comme le souligne aussi l'OMS, les interventions en bas de la pyramide sont souvent les plus efficaces en coût et permettent d'éviter, en amont, des prises en charge plus lourdes, spécialisées et coûteuses. Par conséquent, **une politique ambitieuse de santé mentale devrait considérer l'investissement dans le lien social et les soutiens informels comme un véritable levier de transformation du système.**

À titre d'exemple, au Royaume-Uni, la solitude a été définie comme une priorité de santé publique avec l'adoption de la **"Loneliness Strategy"** en 2018 (UK Government, 2018). Cette initiative a été présentée comme la première stratégie gouvernementale au monde consacrée à ce problème. Elle vise à reconnaître la solitude comme un déterminant majeur de la santé et de la santé mentale, au même titre que le tabagisme ou l'obésité. Elle repose sur plusieurs axes : le développement de programmes communautaires financés localement (clubs sociaux, espaces culturels, initiatives intergénérationnelles), le déploiement du *"social prescribing"* par les médecins généralistes et les *"link workers"* pour orienter les patients vers des activités sociales adaptées, et l'intégration systématique

d'un indicateur de solitude (ONS, 2018) dans les enquêtes nationales menées par l'Office for National Statistics (ONS), afin de suivre l'évolution du phénomène et d'évaluer les politiques. La stratégie encourage également le rôle du secteur associatif et des collectivités locales dans la lutte contre l'isolement social, tout en promouvant la sensibilisation à grande échelle. Les premières évaluations (UK Government, 2023) montrent des résultats positifs dans certains groupes, notamment chez les personnes âgées participant à des programmes de *social prescribing*, mais les effets populationnels restent encore difficiles à mesurer. Néanmoins, le modèle britannique a inspiré d'autres pays (Japon, Australie, pays nordiques) et constitue aujourd'hui une référence internationale pour penser la solitude comme un enjeu de santé publique.

4.3 RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes s'inscrivent dans le prolongement des résultats de ce rapport, qui a mis en évidence à la fois des inégalités territoriales et individuelles en santé mentale. Elles s'appuient également sur les modèles de référence internationaux, tels que la pyramide des soins de santé mentale proposée par l'OMS, et sur les stratégies récentes et inspirantes mises en œuvre dans d'autres pays. L'objectif est de proposer des axes d'action concrets pour renforcer l'efficacité et l'équité du système de santé mentale en Wallonie.

4.3.1 Développer et renforcer la logique de management populationnel en santé mentale

Il est crucial de renforcer notre approche de **gestion populationnelle** (*population health management*) pour organiser l'offre de soins en fonction des besoins locaux réels. Cela implique de :

- réaliser des diagnostics territoriaux croisant plusieurs indicateurs de besoins et d'offre et accès aux soins ;
- intégrer les données issues de la recherche, de l'expérience des usagers (indicateurs PROMs et PREMs, voir recommandation n°2) et des professionnels pour une lecture fine des inégalités territoriales ;
- prioriser les territoires à double vulnérabilité : besoins élevés et offre/accès insuffisant.

La mise en œuvre de cette logique de management populationnel repose sur l'existence d'un système de *monitoring* robuste, capable de produire des indicateurs fiables, comparables et actualisés ; ce qui constitue précisément l'objet de la recommandation suivante.

4.3.2 Mettre en place un *monitoring* pour évaluer la performance du système.

La mise en place d'un système de *monitoring* est indispensable pour la planification, le pilotage et l'allocation optimale des ressources. Les données actuellement disponibles restent limitées. Dès lors, il est crucial de **développer de nouveaux outils de recueil de données** au sein des services d'aide et du soin. Ces outils doivent à la fois être simples à utiliser, légers en charge pour les soignants et utiles au suivi clinique individuel, tout en permettant une agrégation standardisée en indicateurs systémiques. Ces outils pourraient renforcer la collecte systématique d'indicateurs clés, tels que :

- le profil socio-économique des usagers (identifier des convergences ou divergences entre les usagers et les groupes cibles) ;
- les délais d'attente ;
- les taux de réadmission ;
- la répartition territoriale des différents types de services.

À cela s'ajoute la nécessité d'**intégrer des indicateurs centrés sur l'expérience et les résultats perçus par les usagers**, tels que :

- les **PROMs** (*Patient-Reported Outcome Measures*), qui mesurent l'évolution de l'état de santé ou du bien-être perçu par la personne elle-même ;
- et les **PREMs** (*Patient-Reported Experience Measures*), qui évaluent la manière dont l'utilisateur a vécu le soin.

Ces indicateurs, déjà utilisés dans plusieurs pays européens, permettent de compléter les données administratives et cliniques par une approche centrée sur l'utilisateur, et de mieux évaluer la qualité et l'efficacité des services de santé et de santé mentale du point de vue des premiers concernés.

Enfin, au-delà de ces indicateurs quantitatifs, un *monitoring* complet devrait également intégrer des approches qualitatives. Celles-ci permettent de documenter des dimensions difficiles à capter par les données administratives ou standardisées, comme les mécanismes de non-recours, les expériences d'isolement social, les tensions organisationnelles entre services ou les perceptions des acteurs de terrain concernant la saturation, les ruptures de parcours ou les difficultés d'orientation.

4.3.3 Inscrire la santé mentale dans toutes les politiques publiques (Mental Health in All Policies - OMS, 2021)

Les principaux **déterminants de la santé mentale se situent hors du champ strict de la santé** : éducation, emploi, environnement, mobilité, numérique, urbanisme, etc. Intégrer la santé mentale dans les autres politiques est la clé pour créer des environnements favorables à la santé mentale (écoles, lieux de travail, etc.) et lutter contre les facteurs structurels de stress et d'isolement. Plusieurs leviers d'action ont été mis en évidence dans la littérature internationale, comme :

- intégrer la santé mentale dans les évaluations d'impact (*Impact Assessments*) de politiques non sanitaires (urbanisme, transport, logement, etc.) pour que chaque décision publique soit examinée à travers le prisme des effets sur la santé mentale (et la santé en général) (EC, 2020) ;
- certains états ont instauré des unités dédiées à la santé mentale et au bien-être au sein de ministères non sanitaires, afin de garantir une coordination intersectorielle et une intégration systématique de ces enjeux dans les politiques publiques (Psychiatry, 2025) ;
- d'autres recherches ont identifié des mécanismes opérationnels efficaces : création de groupes intersectoriels permanents, budgets partagés entre ministères, formation des agents publics à la littératie en santé et santé mentale, inclusion de critères de santé / santé mentale dans les appels d'offres et les règlements de subvention (Cain *et al.*, 2022).

4.3.4 Renforcer durablement la base de la pyramide : prévention, soins primaires et ressources de proximité

Le système reste aujourd'hui structuré autour d'un recours important aux soins spécialisés, malgré les efforts entrepris pour développer des alternatives communautaires à partir de ressources institutionnelles existantes (ex. réforme 107). Or, la majorité des besoins en santé mentale pourraient être pris en charge plus efficacement, plus tôt et à moindre coût, à travers des ressources situées à la base de la pyramide : **la prévention, les soins de première ligne et les soutiens communautaires**.

Pour opérer un véritable virage de système, il faut agir à plusieurs niveaux :

- des soins de première ligne accessibles et intégrés ;
- des dispositifs de prévention précoce, y compris hors du secteur de la santé ;
- des actions de promotion de la santé mentale (renforcement des compétences psychosociales, campagnes de déstigmatisation) ;

- une meilleure articulation entre soins formels et informels, particulièrement avec les aidants proches, pour éviter les ruptures de parcours.

Par ailleurs, l'implémentation de mécanismes de type "**step-care**" devrait être renforcée. Ce modèle, recommandé par de nombreuses agences de santé publique, repose sur le principe de progressivité : chaque personne est d'abord orientée vers le niveau de soin le plus léger, le plus accessible et le plus proche de son milieu de vie, en fonction de ses besoins. Si cela ne suffit pas, des niveaux de soins plus spécialisés peuvent être mobilisés. Ce modèle vise à éviter la surutilisation des soins spécialisés, à mieux utiliser les ressources disponibles et à réduire les inégalités d'accès.

4.3.5 Renforcer les pratiques d'*outreach* pour améliorer l'accès aux soins et lutter contre l'isolement

L'intégration de pratiques d'*outreach*, consistant à « **aller vers** » les publics des services, constitue une stratégie essentielle pour améliorer l'accès aux soins, prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles et lutter contre l'isolement social. Ces pratiques permettent aussi de repérer plus précocement les besoins non rencontrés, de renforcer la confiance envers les institutions et d'assurer une meilleure équité d'accès aux services.

À l'international, l'*outreach* est reconnu comme une **pratique evidence-based** dans plusieurs modèles de santé communautaire, tels que l'*Assertive Community Treatment* (ACT), les *Community Health Workers* (CHW) ou le *Housing First*.

En Wallonie, cette approche pourrait être renforcée à travers :

- la création de ponts entre les services de soins, les acteurs sociaux, les lieux de vie (quartiers, écoles, maisons médicales...) et le renforcement de dispositifs communautaires (ex. : équipes mobiles), en s'appuyant sur les initiatives qui existent déjà et qui peuvent être renforcées ;
- l'extension des pratiques d'*outreach* dans les services existants, à l'instar de ce que permet déjà la nouvelle convention INAMI pour les psychologues de première ligne.

4.3.6 Déployer une stratégie régionale de lutte contre la solitude, comme levier de santé publique

À l'instar de la *Loneliness Strategy* britannique (UK Government, 2018), la Wallonie pourrait se doter d'un **plan intégré de lutte contre l'isolement social**, reconnu comme déterminant majeur de la santé et de la santé mentale. Ce plan pourrait inclure :

- le soutien structurel aux initiatives locales de lien social (espaces culturels, lieux de vie partagés, dispositifs intergénérationnels, etc.) ;
- le développement du "*social prescribing*" (possibilité pour professionnels de la santé de prescrire des activités communautaires)⁶ ;
- la valorisation du secteur associatif, des aidants et de la *pair-aidance* comme composantes à part entière du système ;
- une campagne de sensibilisation publique pour normaliser le fait de parler de solitude et encourager la solidarité communautaire.

4.4 LIMITES ET PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES

Certaines limites méthodologiques doivent être prises en compte dans l'interprétation de nos résultats. Sur le plan des données, les analyses reposent en grande partie sur l'enquête ISADF, dont les indicateurs sont forcément auto-rapportés, ce qui expose à des biais de déclaration. L'approche transversale constitue également une limite, puisqu'elle ne permet pas d'établir de liens de

⁶ <https://social-prescribing.eu/>

causalité : des données longitudinales (enquêtes répétées, données médico-administratives avec suivi individuel) seraient nécessaires pour identifier les trajectoires de vulnérabilité.

Concernant l'approche territoriale, l'analyse en composantes principales (ACP) suivie d'un *clustering* constitue une première tentative de typologie des communes wallonnes selon les besoins en santé mentale et l'offre/accès aux soins. L'interprétation des axes de l'ACP reste toutefois approximative, car elle ne capture qu'une partie de la variance, et la classification est sensible au choix du nombre de groupes et aux variables retenues. **L'intégration d'indicateurs supplémentaires** tels que l'offre de psychologues de première ligne, les temps d'attente, l'offre de services spécialisés (ex. : centres de santé mentale) ou des mesures fines d'accessibilité géographique permettrait d'obtenir une vision plus complète.

Du côté des analyses individuelles, les arbres de décision (*CTree*) offrent une lecture intersectionnelle intéressante, mais ils demeurent sensibles aux paramètres retenus et relèvent davantage de l'exploration que de la confirmation. Ils pourraient utilement **être complétés par des modèles de régression hiérarchiques ou mixtes, afin de mieux articuler les niveaux individuel et territorial**. Ces modèles permettent en effet de tenir compte du fait que les individus sont « imbriqués » dans des contextes locaux (par exemple, les communes ou les *clusters* de communes identifiés). Ainsi, il devient possible d'estimer à la fois l'effet des caractéristiques individuelles (âge, sexe, statut socio-économique, soutien social...) et celui des caractéristiques contextuelles (typologie territoriale, accessibilité aux soins, densité de services disponibles). Par exemple, un modèle logistique hiérarchique pourrait montrer qu'à caractéristiques individuelles comparables, résider dans un *cluster* de communes caractérisé par une faible offre de soins psychologiques augmente significativement la probabilité de déclarer une mauvaise santé mentale. Ce type d'approche permet non seulement de quantifier la part de variance attribuable aux différences territoriales, mais aussi de tester des interactions entre niveaux : par exemple, l'effet du chômage individuel pourrait être amplifié dans un environnement communal marqué par une forte vulnérabilité collective.

Enfin, de futures recherches pourraient élargir la compréhension des déterminants en **intégrant des dimensions complémentaires de la santé mentale**, telles que le bien-être psychologique ou les troubles liés aux addictions. Il est important de rappeler que la présente étude offre un éclairage principalement centré sur les besoins en santé mentale dans la population générale et ne couvre pas pleinement la réalité des personnes souffrant de troubles sévères de santé mentale, moins fréquents, mais plus incapacitants, tels que les troubles psychotiques ou bipolaires sévères. Des travaux complémentaires seront nécessaires pour documenter spécifiquement les besoins, les trajectoires et les conditions de prise en charge de ces personnes, afin de disposer d'une vision plus exhaustive des enjeux de santé mentale en Wallonie.

En dépit de ces limites, la combinaison des approches territoriales et individuelles constitue une base solide pour alimenter la réflexion en santé publique. Ces résultats, bien qu'exploratoires, offrent des repères utiles pour affiner l'analyse et soutenir le développement de politiques de santé mentale plus ciblées et équitables.

5. Bibliographie

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs (Project Hope)*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Cain, R., Greece, J. A., Galea, S., Knight, E. K., Manco, A., Parikh, A., & Jones, D. K. (2022). Improving health across sectors : Best practices for the implementation of health in all policies approaches. *Preventive Medicine Reports*, 29, 101961. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101961>
- Charalampous, M., Grant, C. A., Tramontano, C., & Michailidis, E. (2019). Systematically reviewing remote e-workers' well-being at work : A multidimensional approach. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(1), 51-73. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1541886>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *U. Chi. Legal F.*, 1989, 139.
- EC. (2020). Joint Action on. Mental Health and Well-being. Situation analysis and recommendations for action. https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/2017_towardsmhcare_en_0.pdf
- Eurostat. (2022). Mental health and related issues statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
- Feraud, B., Reginster, I., & Ruyters, C. (2025). L'Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) 2025. IWEPS. <https://www.iweps.be/publication/lindicateur-syntheique-dacces-aux-droits-fondamentaux-isadf-2025/>
- Fondation de France. (2024). Étude Solitudes 2024 : L'isolement à l'épreuve du temps. <https://www.fondationdefrance.org/fr/les-solitudes-en-france?view=article&id=4474:etude-solitudes-2024-lisolement-a-lepreuve-du-temps&catid=110>
- Hancock, J., Liu, S. X., Luo, M., & Mieczkowski, H. (2022). Psychological Well-Being and Social Media Use : A Meta-Analysis of Associations between Social Media Use and Depression, Anxiety, Loneliness, Eudaimonic, Hedonic and Social Well-Being (SSRN Scholarly Paper No. 4053961). *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4053961>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality : A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- INAMI. (2016). Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides Régime des salariés et régime des indépendants. Période 2007—2016. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf
- Jin, Y., Kieslich, K., Hall, A., & Pitman, A. (2025). Association between Loneliness and Suicidal Thoughts and Attempts in Adolescence and Young Adulthood : A Longitudinal Analysis of a Nationally Representative US Sample. *Archives of Suicide Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2025.2489159>
- KCE. (2024, février 1). Performance du système de santé belge : Rapport 2024 |. <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/performance-du-systeme-de-sante-belge-rapport-2024>

- Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.380>
- Kliem, S., Sachser, C., Lohmann, A., Baier, D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Gündel, H. (2025). Psychometric evaluation and community norms of the GAD-7, based on a representative German sample. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1526181>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39-57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>
- Lai, K. Y., Sarkar, C., Kumari, S., Ni, M. Y., Gallacher, J., & Webster, C. (2021). Calculating a national Anomie Density Ratio: Measuring the patterns of loneliness and social isolation across the UK's residential density gradient using results from the UK Biobank study. *Landscape and Urban Planning*, 215, 104194. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2021.104194>
- Lass-Hennemann, J., Sopp, M. R., Ruf, N., Equit, M., Schäfer, S. K., Wirth, B. E., & Michael, T. (2024). Generation climate crisis, COVID-19, and Russia-Ukraine-War: Global crises and mental health in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 2203-2216. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02300-x>
- Leung, C. M. C., Ho, M. K., Bharwani, A. A., Cogo-Moreira, H., Wang, Y., Chow, M. S. C., Fan, X., Galea, S., Leung, G. M., & Ni, M. Y. (2022). Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: A systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 12(1), 205. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01946-6>
- Liu, D., Wright, K. B., & Hu, B. (2018). A meta-analysis of Social Network Site use and social support. *Computers & Education*, 127, 201-213. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2018.08.024>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., Farfan-Portet, M., & Ricour, C. (2019). Organisation of mental health care for adults in Belgium. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), KCE Reports 318. D/2019/10 273/50.*
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2024). La convention « soins psychologiques » dans le paysage des soins de santé mentale. État des lieux de l'utilisation des soins de santé mentale remboursés et des besoins rencontrés et non rencontrés en Belgique. *Sciensano (Belgian Institute for health)*. <https://www.sciensano.be/en/biblio/la-convention-soins-psychologiques-dans-le-paysage-des-soins-de-sante-mentale-etat-des-lieux-de>
- Ochnik, D., Buława, B., Nagel, P., Gachowski, M., & Budziński, M. (2024). Urbanization, loneliness and mental health model—A cross-sectional network analysis with a representative sample. *Scientific Reports*, 14(1), 24974. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-76813-z>

OECD. (2018). Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en.html

OMS. (2022). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>

ONS. (2018). Measuring loneliness: Guidance for use of the national indicators on surveys—Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/methodologies/measuringlonelinessguidanceforuseofthenationalindicatorsonsurveys>

OSG. (2023). Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community. US Department of Health and Human Services. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595227/>

Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaitte, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., Colditz, J. B., Radovic, A., & Miller, E. (2017). Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. American Journal of Preventive Medicine, 53(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010>

Psychiatry, T. L. (2025). Mental health in all policies. The Lancet Psychiatry, 12(8), 543. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00214-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00214-7)

Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorient, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. Frontiers in Psychiatry, 12, 575553. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575553>

Saeri, A. K., Cruwys, T., Barlow, F. K., Stronge, S., & Sibley, C. G. (2018). Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 52(4), 365-374. <https://doi.org/10.1177/0004867417723990>

Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. The Lancet Public Health, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

Sciensano. (2018). Santé sociale : Enquête de santé belge 2018. <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>

Sciensano. (2025a). BELHEALTH - Cohorte Belge Santé et Bien-être [Text]. sciensano.be. <https://www.sciensano.be/fr/projets/cohorte-belge-sante-et-bien-etre>

Sciensano. (2025b). Enquête de santé belge 2023. Santé et qualité de vie [Text]. Sciensano.Be. <https://www.sciensano.be/en/results-health-interview-survey-2023-2024/health-and-quality-life>

Sciensano. (2025c, juin 26). Fardeau des maladies—Belgique. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues>

Smith, P., Nicaise, P., Neyens, I., Hermans, K., Thunus, S., Walker, C., Van Audenhove, C., & Lorient, V. (2019). Values and sets of possible organisational solutions: A choice-based stakeholder analysis survey. In: Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C (Editors) Organisation of mental health care for adults in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 318. D/2019/10.273/50

Smith, P., Nicaise, P., Thunus, S., Neyens, I., Walker, C., & Lorant, V. (2021). Stakeholder Coalitions and Priorities Around the Policy Goals of a Nation-Wide Mental Health Care Reform. *Administration and Policy in Mental Health*, 48(4), 639-653. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01100-8>

SPF Santé Publique. (2010). Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique.

UK Government. (2018). A connected society : A strategy for tackling loneliness. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>

UK Government. (2023). Tackling Loneliness annual report March 2023 : The fourth year. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/loneliness-annual-report-the-fourth-year/tackling-loneliness-annual-report-march-2023-the-fourth-year>

ULB, & UGent. (2006). Recherche des déterminants de l'absentéisme pour cause de maladies chez les hommes et chez les femmes. <https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/RAPPORT%20DE%20RECHERCHE%20BELSTRESS%20III.pdf>

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke : Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression : Women's accounts of their health problems. *Social Science & Medicine* (1982), 36(4), 393-402. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90401-o](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90401-o)

WHO. (2008). Policies and Practices for Mental Health in Europe – Meeting the Challenges. Copenhagen: WHO Europe.

WHO. (2014). Preventing suicide : A global imperative. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

WHO. (2024). Social determinants of mental health (No. Geneva, World Health Organization). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>

6. Annexes

6.1 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE ISADF 2024

L'enquête ISADF 2024⁷ a été conduite par l'IWEPS dans l'ensemble des 252 communes francophones de Wallonie afin de mesurer l'accès effectif de la population à divers droits fondamentaux, y compris la santé et l'accès aux soins. La méthodologie adoptée repose sur un échantillonnage aléatoire réalisé à partir du Registre national des personnes physiques. Au total, 102 000 individus ont été tirés au sort et invités à participer à l'enquête. Plutôt que de travailler directement au niveau des communes, l'équipe a choisi de constituer 51 *clusters* de communes, regroupant des entités contiguës et présentant des profils socio-économiques similaires sur la base des résultats de l'ISADF 2018. Deux exceptions ont été retenues : les villes de Charleroi et de Liège, en raison de leur taille et de leur forte hétérogénéité interne, ont chacune constitué un *cluster* à part entière. Dans chacun des 51 clusters, 2 000 personnes ont été sélectionnées aléatoirement, de sorte à constituer un échantillon global suffisant pour assurer la représentativité des résultats à ce niveau géographique. Les résultats issus de cette enquête sont représentatifs au niveau des *clusters* de communes et, par agrégation, pour l'ensemble de la Wallonie francophone. En revanche, ils ne permettent pas d'établir des estimations robustes à l'échelle de chaque commune individuellement, puisque toutes les communes d'un même *cluster* se voient attribuer une valeur identique. Cette approche méthodologique offre néanmoins une assise solide pour l'analyse régionale et pour l'évaluation des inégalités territoriales.

Afin de renforcer la qualité statistique de l'échantillon, une stratification a été opérée sur trois variables : le sexe, l'âge et le revenu disponible équivalent. Les classes d'âge ont été définies en quatre catégories (18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65-90 ans). Pour le revenu, les personnes appartenant aux ménages les plus modestes ont fait l'objet d'un suréchantillonnage, de manière à compenser leur participation généralement plus faible aux enquêtes par sondage et à accroître la robustesse des résultats pour ce sous-groupe de population.

La collecte des données s'est déroulée entre le 15 septembre 2024 et le 1^{er} janvier 2025. Les personnes sélectionnées pouvaient répondre au questionnaire soit sous format papier, soit en ligne, ce qui a permis de diversifier les canaux de participation. Au terme de la période de terrain, 24 087 questionnaires exploitables ont été reçus, correspondant à un taux de réponse net de 23,6 %. Ce taux est conforme, voire supérieur, aux standards actuels des enquêtes de grande envergure menées sur échantillon aléatoire, en particulier lorsque la collecte s'effectue sans entretien en face-à-face.

L'indicateur de santé mentale utilisé dans l'enquête ISADF est le *Generalized Anxiety Disorder scale* (GAD-7). Le GAD-7 est un instrument largement validé pour mesurer la sévérité de l'anxiété généralisée. Il comprend sept items évaluant la fréquence de symptômes anxieux au cours des deux dernières semaines, chacun coté de 0 (« jamais ») à 3 (« presque tous les jours »), pour un score total variant de 0 à 21. Dans la littérature, le seuil de 10 points est le plus couramment retenu pour identifier les cas d'anxiété généralisée cliniquement significative, avec une sensibilité d'environ 89 % et une spécificité de 82 % (Kroenke *et al.*, 2007 ; Löwe *et al.*, 2008). Dans l'enquête ISADF, l'item 7 (« Se sentir effrayé-e comme si quelque chose d'horrible allait arriver ») a été retiré lors des consultations d'experts, car jugé trop sensible dans un contexte généraliste. Afin de reconstruire un score comparable au GAD-7 classique, nous avons estimé cet item manquant à partir des six autres items disponibles. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les corrélations inter-items observées dans une étude psychométrique récente et représentative de la population adulte générale en Allemagne (Kliem *et al.*,

⁷ <https://isadf.iweps.be/>

2025). L'item manquant a été imputé comme une moyenne pondérée des six autres. Le score total estimé est alors calculé comme la somme des six items observés plus l'item imputé (score de 0 à 21). Ce score est ensuite recodé en une variable binaire, définissant le risque de trouble anxieux significatif si le score est supérieur ou égal à 10. Au total, 21 735 réponses valides ont pu être exploitées pour les items de l'échelle GAD-7, soit 9,8 % de données manquantes sur l'ensemble des répondants à l'enquête.

6.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ARBRE DE DÉCISION À INFÉRENCE CONDITIONNELLE (CTREE)

Pour identifier les profils de personnes les plus à risque de présenter un trouble anxieux, un modèle d'arbre de décision à inférence conditionnelle (*Conditional Inference Tree* ou *CTree*) a été utilisé. Cette méthode, proposée dans le *package R* (*partykit*), permet de construire des arbres de classification en se basant sur des tests statistiques conditionnels, tout en évitant certains biais associés aux arbres de décision classiques comme CART (notamment le biais en faveur des variables à fort nombre de modalités).

L'analyse a été menée sur les données individuelles issues de l'enquête ISADF. La variable dépendante est un indicateur binaire construit à partir de l'échelle GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder* – 7 items), qui évalue le risque de trouble anxieux (score supérieur ou égal à 10). Le modèle a intégré un large ensemble de variables sociodémographiques, économiques et contextuelles potentiellement associées à la santé mentale, listées dans le tableau 1.

Plusieurs spécifications ont été testées afin d'évaluer la robustesse des résultats et de sélectionner un arbre à la fois informatif et interprétable. Au total, huit arbres de classification ont été comparés : quatre utilisant la méthode *CTree* (*Conditional Inference Tree*) et quatre la méthode CART (*Classification and Regression Trees*), en faisant varier les paramètres de complexité (α pour *CTree*, cp pour CART).

Les modèles *CTree* ont été estimés avec un niveau de signification α fixé à 1 % ou à 0,1 %, tous deux avec correction de Bonferroni, c'est-à-dire un ajustement du seuil de significativité destiné à éviter les faux positifs lorsque de nombreux tests sont effectués simultanément. Le choix de ne pas utiliser le niveau par défaut de 5 % vise à limiter la complexité excessive de l'arbre et à garantir une meilleure robustesse des résultats.

Les modèles CART ont été testés avec un paramètre de complexité (cp) de 0,01 (valeur par défaut dans R) et 0,005. Pour ces modèles, la sélection de l'arbre final s'est appuyée sur la technique du 1-SE rule, c'est-à-dire la sélection du sous-arbre le plus simple dont l'erreur de classification croisée restait dans un écart-type de l'arbre ayant l'erreur minimale.

Le modèle retenu est un **arbre CTree**, construit avec les paramètres suivants :

- Profondeur maximale : 4 niveaux ;
- Taille minimale des sous-groupes : 25 observations ;
- Critère de scission : Bonferroni ajusté, seuil α = 1 %.



L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) est un institut scientifique public. D'une part, il est l'autorité statistique de la Région wallonne. Dans ce cadre, il a pour mission de développer, produire et diffuser des statistiques officielles en réponse aux besoins des utilisateurs wallons (monde socio-économique, environnemental et scientifique, société civile, institutions publiques). Il coordonne à cette fin les activités du système statistique wallon. Il revêt par ailleurs la qualité d'autorité statistique de la Région au sein de l'Institut interfédéral de statistique. D'autre part, par sa mission générale d'aide à la décision, il produit des études et analyses diverses qui vont de la présentation de travaux statistiques et d'indicateurs à la réalisation de travaux d'évaluation de politiques publiques, de prospective et de prévision ainsi que de recherches et ce, dans tous les domaines de compétence de la Région.

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



2025