

# **Analyse des données «santé mentale» de l'enquête nationale de santé, Belgique 1997**

## **“Mental health data” analysis from the national health survey, Belgium 1997**

by

Kittel F.<sup>1</sup>, Ribourdouille M.<sup>2</sup>, Dramaix M.<sup>3</sup>

---

### **Abstract**

*A secondary analysis of data relevant for mental health extracted from the data collected by the National Health Survey in 1997 has been performed. A subsample of individuals aged 15 years and more, namely only those subjects having a GHQ score (General Health Questionnaire 12 items), were included in the analysis (N = 8184). The other “mental health” indicators considered are: depression during the last 12 months, and psychotropic drug consumption (tranquillizers, sleep inducing pills, antidepressants) the last 2 weeks.*

<sup>1</sup> Address for correspondance: KITTEL F. Co-Directeur du Département Epidémiologie et Promotion de la Santé, Responsable de l'Unité de Psychologie de la Santé, Ecole de Santé Publique de l'U.L.B. Campus Erasme 808, route de Lennik CP 596, 1070 – Bruxelles.

<sup>2</sup> RIBOURDOUILLE M. Coordinatrice, Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

<sup>3</sup> DRAMAIX M. Directeur du Laboratoire de Statistique Médicale, Ecole de Santé Publique de l'U.L.B.

*This study aimed to answer following questions:*

- ✓ *What is the mental health state of the population?*
- ✓ *Is it possible to determine some subgroups at risk for mental health problems?*
- ✓ *Do people from the Brussels-Capital Region having mental health problems present more medical consumption, and if so which ones?*

*In the present article a selection of relevant findings are presented.*

*A less favourable situation in terms of mental health appears for Brussels-Capital and Wallonia in comparison to Flanders, indicating most probably socio-economic and cultural differences*

*Mental health indicators are associated with socio-demographic and behavioral variables as well as with satisfaction of social contacts, underlining the close relationship between mental, physical and social health.*

## **Keywords**

Belgium, Epidemiology, Health Surveys, Mental health, Prevalence.

## **1. Introduction**

Selon une publication récente de l'OMS (1) les troubles mentaux et neurologiques comptent parmi les principaux problèmes qui contribuent à la charge mondiale de morbidité.

En considérant comme indicateur le nombre d'années de vie en bonne santé perdues (DALY's) dans le monde, les problèmes de santé mentale viennent en 3<sup>ème</sup> position (10.5%), juste après les traumatismes accidentels (11%) et après les maladies infectieuses et parasitaires (22.9%).

Parmi les principaux troubles concernés, l'O.M.S. estime le nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs à 340 millions, et de troubles liés à l'alcool à 288 millions, alors que les tentatives de suicide représentent 10 à 20 millions de personnes (dont 10-20% réussis). Or trop souvent encore, par manque de données en matière de bien-être

psychosocial et mental, le taux de suicide sert d'indicateur indirect dans les comparaisons internationales (2).

En termes de maladies, l'O.M.S. prévoit qu'avec le vieillissement de la population et l'aggravation des problèmes et des troubles sociaux, les troubles dépressifs deviendront la 2<sup>ème</sup> cause de morbidité en 2020.

## 2. Méthodes

La description de l'enquête a été publiée antérieurement (3).

L'échantillon sur lequel portent les analyses secondaires est extrait intégralement de la base de données fournie par l'Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur «Enquête de Santé, Belgique, 1997» (4).

### *Indicateurs de santé mentale*

- ✓ Le premier indicateur est celui fourni par le «General Health Questionnaire» («bien-être émotionnel») dans sa version comprenant 12 questions: il s'agit d'un questionnaire d'auto-passation à choix multiple complété uniquement par les sujets de 15 ans et plus, portant sur les **dernières semaines**. Il existe sous différentes formes comportant soit 12, 28, 30 ou 60 questions. C'est un outil fréquemment utilisé en Europe. Bien que dans la littérature il soit fait plus souvent usage du GHQ-28, il apparaît néanmoins que le GHQ-12 est un bon instrument pour discriminer globalement les individus présentant ou non des problèmes de santé mentale dans une population générale (5). Le seuil utilisé dans l'Enquête Nationale de Santé est de 2.
- ✓ Le deuxième indicateur est la dépression. Cette information est obtenue à partir de la réponse fournie par l'interviewé à la question «*Voici une liste de maladies ou d'affections. Pouvez-vous, pour chacune d'entre elles, m'indiquer si vous souffrez ou si vous en avez souffert au cours des **12 derniers mois**?*», suit une liste de 37 propositions.
- ✓ Un troisième indicateur concerne la consommation de psychotropes qui est formée à partir des réponses données à l'interview à la question «*Au cours des **2 dernières semaines**, avez-vous pris: des somnifères? des médicaments pour la dépression? des tranquillisants ou autres médicaments pour les nerfs?*» (parmi une liste de 23 types de médicaments).

L'analyse statistique utilisée dans les tableaux présentés est le test de Chi<sup>2</sup> pour des tables de contingences et des comparaisons de proportions. Dans la partie discussion l'analyse par régression logistique est mentionnée, celle-ci ayant pour variable dépendante l'un des indicateurs de santé mentale en ajustant d'une part pour des variables socio-démographiques âge, sexe, niveau d'études et d'autre part en y ajoutant séparément en plus pour chaque modèle, les comportements de santé, la morbidité, la santé subjective et la santé sociale.

### 3. Résultats

Toutes les analyses effectuées sur ce thème particulier de Santé Mentale à partir de l'Enquête de Santé, Belgique 1997, peuvent être trouvées intégralement dans le rapport (en version abrégée) rédigé par KITTEL F. & DRAMAIX M. (6).

TABLEAU 1  
Prévalence (%) de problèmes de santé mentale selon les indicateurs de santé mentale par région et par sexe

Région	Sexe	GHQ ≥ 2 %	Dépression %	Consommation de psychotropes		
				Tran- quillisants %	Somnifères %	Anti- dépresseurs %
<b>Bruxelles- Capitale</b> N = 2389	Hommes N = 1147	30.5	6.5	6.0	6.9	4.0
	Femmes N = 1242	40.7	10.2	8.6	11.6	6.8
<b>Wallonie</b> N = 2895	Hommes N = 1376	28.7	5.2	5.9	5.6	3.5
	Femmes N = 1519	39.3	10.6	9.1	10.4	7.1
<b>Flandre</b> N = 2910	Hommes N = 1446	22.6	3.4	2.1	2.9	1.4
	Femmes N = 1464	30.4	6.6	4.8	7.2	3.9
Test Chi <sup>2</sup>	Hommes	.001	.001	.001	.001	.001
	Femmes	.001	.001	.001	.001	.001

TABLEAU 2  
Prévalence (%) des problèmes de santé mentale en fonction des variables socio-démographiques (Région de Bruxelles-Capitale)

Variables socio-démographiques	GHQ $\geq 2$ %	Test Chi <sup>2</sup> p	Dépression Oui %	Test Chi <sup>2</sup> p
Sexe				
Masculin	30.5	.001	6.5	.001
Féminin	40.7		10.2	
Etat civil				
Mariés/Cohabitants	33.5	.001	7.7	.002
Divorcés	49.2		14.7	
Veuf/veuve	35.8		9.3	
Célibataire	35.4		7.3	
Niveau d'Instruction				
Pas ou < primaire	27.2	.03	16.3	.001
Niveau primaire	42.2		15.0	
Secondaire inférieur	36.7		11.9	
Secondaire supérieur	35.7		7.2	
Niveau supérieur	33.3		5.1	

TABLEAU 3  
Prévalence (%) des problèmes de santé mentale en fonction des comportements de santé (Région de Bruxelles-Capitale)

Comportements de santé	GHQ	Dépression	Consommation de psychotropes		
	$\geq 2$ %	Oui %	T %	S %	AD %
<i>Tabagisme</i>					
Jamais	33.9	6.7	5.1	8.4	3.4
Ex-fumeur	30.5	8.6	8.4	12.4	5.5
Fumeur modéré (< 20)	39.8	9.6	8.8	6.0	6.5
Gros fumeur ( $\geq 20$ )	44.9	13.1	11.0	9.5	10.6
<i>Activité Physique</i> (par semaine)					
Activité intense (4 h et+)	26.6	3.6	3.3	3.3	2.2
Activité modérée (< 4 h)	31.9	6.5	4.9	6.7	3.2
Sédentaire	43.9	13.5	11.8	15.3	10.2
<i>Nutrition: Equilibre repas</i>					
Mauvais	65.0	35.0	17.5	15.0	20.0
Moyen	44.4	17.4	14.0	7.0	10.5
Bon	40.0	9.1	7.3	7.6	5.8
Très bon	32.4	6.9	6.8	9.9	4.6

T = Tranquillisants.

S = Somnifères.

AD = Anti-dépresseurs.

### 3.1. Prévalence des problèmes de santé mentale – Analyse des 3 Régions

Le tableau 1 distingue les personnes en moins bonne santé mentale (GHQ  $\geq 2$ ) et celles déclarant un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois. La consommation de médicaments mentionnée représente le pourcentage de personnes qui ont consommé un des 3 psychotropes repris dans le tableau.

L'ampleur de cette problématique varie de manière statistiquement significative selon les régions, soit que la Région de Bruxelles-Capitale et la Wallonie présentent une situation plus défavorable que la Flandre.

Il faut préciser toutefois que les différences de prévalence entre régions de dépression déclarée au cours des 12 derniers mois, se maintiennent pour le milieu suburbain et rural, mais ces différences entre régions disparaissent pour les villes (non repris dans ce tableau).

### 3.2. Association de la Santé mentale avec d'autres variables – Analyse de Bruxelles-Capitale

Certains sous-groupes d'individus sont davantage à risque en terme de santé mentale, quelle que soit la région (Tableau 2) : les femmes, les divorcés, les individus de classe sociale défavorisée (niveau d'études, type de travail, montant des revenus, ...), les habitants des villes.

TABLEAU 4  
Prévalence (%) des problèmes de santé mentale en fonction de la santé sociale  
(Région de Bruxelles-Capitale)

Santé Sociale	GHQ $\geq 2$ %	Test Chi <sup>2</sup> p	Dépression Oui %	Test Chi <sup>2</sup> p
<i>Jugement contacts sociaux</i>				
Très satisfaisants	24.5		6.4	
Plus ou moins satisfaisants	37.9		7.0	
Pas tellement satisfaisants	72.4		23.4	
Pas du tout satisfaisants	80.9	0.001	42.6	0.001
<i>Fréquence des contacts</i>				
> 1 x par semaine	33.5		6.6	
1 x par semaine	36.8		10.2	
au moins 1 x par mois	48.7		15.2	
< 1 x par mois	52.5	0.001	25.4	0.001

La présence de problèmes de santé mentale ou de dépression déclarée au cours des 12 derniers mois est associée à diverses autres problématiques, telles que: une comorbidité physique plus importante (affections ou incapacité), davantage de comportements de santé à risque (Tableau 3), une perception de santé plus négative, davantage de plaintes et finalement une santé sociale moins bonne (Tableau 4).

En effet il existe une très forte relation positive entre les indicateurs de santé mentale et la santé sociale: parmi les insatisfaits en matière de contacts sociaux, il y a presque 4 fois plus de sujets en moins bonne santé mentale (GHQ  $\geq 2$ ) que parmi les très satisfaits et il y a 7 fois plus de déprimés.

#### 4. Discussion

Ce travail résulte d'une analyse secondaire d'une enquête nationale de santé dont l'objectif était d'obtenir un aperçu global de la santé de la population et de ce fait relativement peu de données très spécifiques pour la santé mentale ont été récoltées.

Le taux de participation (60%) et le taux de réponse (40%) peuvent paraître relativement faibles, mais la plupart des enquêtes de ce type relevées dans la littérature, ne révèlent pas de taux supérieurs. Il n'en reste pas moins vrai que la généralisation des résultats à l'entièreté de la population belge devra être envisagée avec la prudence requise.

Parmi les répondants à l'enquête, il y a apparemment une sur-représentation des classes sociales favorisées concernant le niveau d'études des Belges, soit pour l'enseignement supérieur (universitaire et non-universitaire) 42.5% dans la présente enquête contre 20.3% si l'on se réfère aux chiffres fournis par l'Institut National de Statistiques (7).

Par ailleurs, il faut relever la difficulté de comparaison des indicateurs dans leurs associations avec les diverses variables, dans la mesure où ces indicateurs portent sur des périodes différentes. La durée de la période concernée peut par exemple influencer la prévalence de la dépression (8).

De plus, dans le cadre de l'enquête, la dépression – un des 3 indicateurs – est investiguée au moyen d'une réponse donnée à une question qui réfère généralement à un diagnostic donné par le médecin à son patient. Ceci peut constituer un biais entraînant une sous-estimation de la prévalence comme l'ont démontré plusieurs études (9).

Une suggestion faite par les auteurs serait d'introduire des instruments de mesure plus valides et précis, en particulier pour ce qui concerne la dépression, mais également en ce qui concerne les mesures de niveaux d'anxiété et de support social. Des recommandations en matière d'indicateurs et de leurs instruments de mesure ont été faites au niveau Européen (10).

Pour la prochaine enquête qui sera réalisée en 2001, les commanditaires ont choisi de garder le GHQ12 en y ajoutant quatre sous-échelles du SCL-90 (Symptoms Check List) pour la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil et les troubles somatiques.

Globalement, il semble ressortir des analyses (en l'occurrence des régressions logistiques, non reprises dans le présent article) que les différences de santé mentale persistent entre d'une part la Flandre et Bruxelles – Capitale ou Wallonie d'autre part, et ce en défaveur de la partie francophone du pays, même après ajustement pour les variables socio-démographiques, les maladies ou affections ou l'incapacité, les comportements de santé, la santé sociale.

Par contre, après ajustement des variables socio-démographiques et de la santé subjective les différences régionales en matière de santé mentale disparaissent.

La réponse à cette question en pose une autre à laquelle ce type d'étude ne permet pas encore de répondre, ne fut-ce que parce que l'étude est transversale et qu'elle ne permet pas de distinguer les causes des effets.

Les différences de santé mentale entre régions s'expliquent-elles par de différences réelles de santé subjectives? Dans ce cas au-delà des différences individuelles de niveau socio-économique le contexte socio-économique global influencerait défavorablement les régions francophones du pays (il est montré dans la littérature internationale que le degré de mal-être peut être lié aux écarts socio-économiques perçus par les individus).

Par ailleurs il a été mis en évidence dans plusieurs études que ce gradient nord/sud existe pour d'autres problèmes de santé dans notre pays telles que maladies coronariennes (11), ainsi que pour des facteurs/comportements de risque pour la santé.

Ou alors s'agit-il d'un artefact et les différences de santé subjective observées ne résultent que d'un biais d'enregistrement par nos indica-



teurs de santé mentale et n'expriment-ils en fait qu'une différence culturelle dans la façon de répondre aux questions? De plus, d'après la littérature, la «déclaration» des répondants différerait également selon le sexe, le niveau socio-économique etc. Ces différences imputables à des différences sociodémographiques et socioculturelles ne semblent que se vérifier en partie et de plus sont donc inhérentes au mode d'investigation par questionnaire.

Au-delà des différences régionales, au travers des analyses intra-régionales, les associations entre problèmes de santé mentale et d'autres variables présentent d'un point de vue des stratégies préventives sans doute également des pistes intéressantes de réflexion. A titre d'exemple, il semble important de mettre en parallèle dans l'enquête nationale de santé les résultats obtenus en matière de «santé sociale» dans l'étude réalisée sur les besoins en matière de santé mentale perçus par les intervenants (12) et dans celle à propos des besoins en santé mentale perçus par la population (13). Concrètement, dans l'étude des besoins en santé mentale perçus par les intervenants, le besoin de contacts sociaux est un de ceux qui restent le plus souvent insatisfaits. Il s'est présenté chez 155 «clients» sur 445 (34.83%) et il est resté insatisfait dans 54.69% des cas (un peu moins de la moitié des clients attribuent l'insatisfaction du besoin à une offre inexistante ou trop limitée).

Dans le volet perception de la population de cette même étude, il est mentionné que tous les entretiens réalisés, sans exception, ont évoqué le besoin de contacts sociaux et, parmi les suggestions, en premier lieu, les personnes ont cherché à combler ce manque en demandant la création de points de rencontre, de groupes où on puisse se sentir écouté et accepté, de lieux d'accueil où voir les gens ...

## 5. Conclusion

Ce type d'analyse secondaire doit être envisagée comme une première étape dans la mise en évidence d'un certain nombre d'éléments qui permettent de mieux cerner la problématique de la santé mentale en Belgique et, part conséquent, de mieux la gérer. Idéalement cette enquête devrait être répétée afin d'en vérifier l'évolution et en plus des études longitudinales plus approfondies devraient pouvoir être envisagées afin de mieux en comprendre les mécanismes.

La prévalence de problèmes de santé mentale dans la population belge – exprimée au travers des 3 indicateurs de santé mentale – indique

donc qu'il s'agit d'un problème réel dont il importe de tenir compte d'un point de vue de la santé publique. Cette perspective est abordée également au niveau Européen (14) qui en plus de ce constat préconise des mesures d'intervention qui concernent aussi bien l'établissement de critères de qualité pour des programmes modèles basés sur des «evidence-based outcomes», que la promotion de la santé mentale, la prévention de désordres mentaux et de suicides, les soins de santé mentale et la revalidation.

L'association des problèmes de santé mentale avec diverses dimensions telles que les variables socio-démographiques permettent dès à présent de déterminer certains groupes davantage à risque, quelque soit la région considérée.

L'amélioration de la santé en général et mentale en particulier au niveau d'une population est un processus à long terme. Néanmoins le changement peut être initié en utilisant justement les résultats de tels types d'enquêtes menées à un niveau national afin d'informer les intervenants du terrain (praticiens, médecins généralistes, CPAS etc.) quant aux déterminants de la santé mentale dans leur communauté, entraînant dès lors une prise de conscience chez ceux-ci de la situation.

Par ailleurs des interventions ciblées auprès des groupes davantage exposés en y intégrant des actions de promotion de la santé en général – comme le préconise la charte d'Ottawa – sont à envisager. Ainsi la création d'environnements favorables (conditions de travail, logement, crèches), la réorientation des services de santé vers une approche globale, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes personnelles pour tous, l'établissement d'une politique publique saine en conférant les moyens et en promouvant l'idée de l'importance de la problématique en seront les conditions indispensables.

Il est donc évident que cette problématique de la santé mentale devrait interpeller les pouvoirs publics, les acteurs de terrain mais également les citoyens. L'année 2001 est l'année de la santé mentale. En Belgique elle a pour slogan «La santé mentale, j'en parle» et puis... au-delà des discours, nous les Belges agissons-nous?

## **Références**

1. OMS, Bureau de l'information: Nouvelle définition de la charge de morbidité due aux problèmes de santé mentale. Aide-Mémoire 1999; 217-220 ([www.who.int](http://www.who.int)).

2. European Communities and WHO: Highlights for the 15 EU countries – Health Status; July 1997 ([www.who.dk](http://www.who.dk)).
3. VAN OYEN H, TAFFOREAU J, HERMANS H et al. The Belgian Health Interview Survey Archives in Public Health 1997; 55: 1-13.
4. DEMAREST S, LEURQUIN P, TAFFOREAU J, TELLIER V, VAN der HEYDEN J, VAN OYEN. La santé de la population en Belgique. Enquête de santé par interview, Belgique, 1997. Résumé des résultats. CROSP, ISSP-LP, Bruxelles 1998; 1-147.
5. REIJNEVELD SA, SCHENE AH. Higher prevalence of mental disorders in socio-economically deprived areas in the Netherlands: a community or personal advantage? J. Epidemiol. Community Health 1998; 52(1): 2-7.
6. KITTEL F, DRAMAIX M. Analyse des données de santé mentale de l'enquête santé, Belgique 1997 de la région Bruxelles-Capitale et comparaison avec les régions de Flandre et Wallonie. Rapport réalisé à la demande de la Plate-forme de Concertation de Santé mentale pour Bruxelles-Capitale 2000; pp 65.
7. INS Statistiques de la population Belge – Juillet 1998 ([statbel.fgov.be](http://statbel.fgov.be)).
8. DAVIES T. ABC of mental health – Mental health assessment BMJ 1997; 314: 1536-1539.
9. SARTORIUS N, ÜSTÜN B, LECRUBIER Y, WITTCHEN HU. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO Study on psychological disorders in primary health care. Brit. J. Psychiatry 1996; 168 (suppl 30): 38-42.
10. KORKEILA J. Measuring aspects of mental health. Themes 6/2000. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
11. DE HENAUW S, DE BACQUER D, DE SMET P, KORNITZER M, DE BACKER G. Trends in coronary heart disease in two Belgian areas: results from the MONICA Ghent-Charleroi Study. J-Epidemiol-Community-Health 1999; 53(2): 89-98.
12. MOLENBERGHS G, VANDERSMISSEN V. Etude des besoins en matière de santé mentale. Perception des intervenants. Mars 2000.
13. HOROWITZ R. Etude des besoins en matière de santé. Perception de la population. Mars 2000.
14. LAVIKAINEN J, LAHTINEN E, LEHTINEN V. (Eds) Public Health approach on Mental Health in Europe. Ministry of Social Affairs and Health of Finland, European Commission, STAKES, 2000; pp 137.