

CENTRE DE RÉFÉRENCE EN SANTÉ MENTALE

---

# OBSERVATOIRE DES CHIFFRES

Les chiffres de la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s en Wallonie et à Bruxelles

---



CENTRE DE RÉFÉRENCE EN SANTÉ  
MENTALE (CRÉSAM ASBL) AGRÉÉ  
ET SUBVENTIONNÉ PAR LA RÉGION  
WALLONNE D/2026/9810/1



AVIQ CRÉSAM

Asbl

# Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES .....</b>	<b>6</b>
<b>DONNÉES RÉCENTES RELATIVES À LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES EN WALLONIE ET À BRUXELLES .....</b>	<b>9</b>
1. LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ .....	10
2. LE SOUTIEN SOCIAL .....	11
3. LE BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL.....	13
4. LE STRESS.....	14
5. LE SENTIMENT DE SOLITUDE .....	15
6. LES INDICATEURS DE RISQUE DE TROUBLES MENTAUX .....	17
6.1. <i>Difficultés émotionnelles</i> .....	19
6.2. <i>Difficultés de conduite</i> .....	20
6.3. <i>Difficultés attentionnelles / hyperactivité</i> .....	21
6.4. <i>Difficultés relationnelles</i> .....	21
6.5. <i>Troubles d'internalisation et d'externalisation</i> .....	22
6.6. <i>Troubles du comportement alimentaire</i> .....	23
6.7. <i>Troubles du spectre de l'autisme</i> .....	24
7. LES DONNÉES RELATIVES AU SUICIDE .....	25
<b>DONNÉES RÉCENTES EN WALLONIE ET À BRUXELLES RELATIVES À DES THÉMATIQUES ASSOCIÉES AUX QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>28</b>
1. LE BIEN-ÊTRE À L'ÉCOLE .....	28
2. LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE CANNABIS .....	31
3. LE HARCÈLEMENT .....	32
3.1. <i>Harcèlement à l'école</i> .....	33
3.2. <i>Cyberharcèlement</i> .....	35
4. L'USAGE DES ÉCRANS ET DES RÉSEAUX SOCIAUX .....	37
<b>RECOURS AUX SERVICES DE SOINS EN SANTÉ MENTALE.....</b>	<b>40</b>
1. LA CONNAISSANCE DES SERVICES D'AIDE .....	40
2. LE RECOURS AUX SERVICES DE SOINS EN SANTÉ MENTALE .....	41
2.1. <i>Consommation de médicaments et de soins en ambulatoire</i> .....	41
2.2. <i>Activité hospitalière pédopsychiatrique</i> .....	44
3. CE QUE NOUS APPRENNENT D'AUTRES SERVICES DESTINÉS AUX JEUNES.....	45
3.1. <i>SOS Enfants</i> .....	45
3.2. <i>Services d'aide à la jeunesse</i> .....	45
3.3. <i>Action en milieu ouvert</i> .....	46
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>56</b>

# Liste des figures et tableaux

Figure 1 – Support familial et support des amis perçus par les enfants scolarisés en primaire en FWB.....	11
Figure 2 – Support familial et support des amis perçus par les adolescent·e·s scolarisé·e·s en secondaire en FWB .....	12
Figure 3 – Bien-être émotionnel des enfants et des adolescent·e·s en FWB .....	14
Figure 4 – Proportion d'enfants et d' adolescent·e·s avec un niveau de stress élevé en FWB .....	15
Figure 5 – Le sentiment de solitude des enfants et des adolescent·e·s en FWB .....	16
Figure 6 – Représentation des scores globaux des élèves du secondaire en FWB au « Strength and Difficulties Questionnaire ».....	18
Figure 7 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles émotionnels » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB .....	19
Figure 8 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles comportementaux » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB .....	20
Figure 9 – Représentation des scores à l'échelle « Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.....	21
Figure 10 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles relationnels avec les pairs » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB .....	22
Figure 11 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles d'internalisation » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB .....	23
Figure 12 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles d'externalisation » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB .....	23
Figure 13 – Le risque de troubles du comportement alimentaire des adolescent·e·s en FWB .....	24
Figure 14 – Proportion d'enfants et d' adolescent·e·s stressé·e·s par le travail scolaire en FWB .....	29
Figure 15 – Victimes de harcèlement à l'école chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB .....	34
Figure 16 – Auteurs de harcèlement à l'école chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB .....	35
Figure 17 – Victimes de cyberharcèlement chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB .....	35
Figure 18 – Auteurs de cyberharcèlement chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB .....	36
Figure 19 – Utilisation problématique des réseaux sociaux chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB .....	37
Table 1 – Comparaison internationale du support social perçu de la famille.....	13
Table 2 – Comparaison internationale du support social perçu des amis .....	13
Table 3 – Comparaison internationale du niveau de bien-être émotionnel.....	14
Table 4 – Comparaison internationale du sentiment de solitude .....	17
Table 5 – Taux (%) de jeunes affiliés Solidaris avec APTS par tranche d'âge et par sexe sur la période 2022-2024.....	26
Table 6 – Taux (%) de jeunes affiliés Solidaris avec APTS par tranche d'âge et par région sur la période 2022-2024 .....	27
Table 7 – Comparaison internationale du stress lié au travail à l'école .....	29
Table 8 – Comparaison internationale de la proportion de jeunes harcelé·e·s à l'école .....	34
Table 9 – Comparaison internationale de la proportion de jeunes cyberharcelé·e·s .....	36



# Introduction

Le CRéSaM, en tant qu’interlocuteur majeur du secteur en Wallonie, est régulièrement questionné sur l’existence de chiffres concernant la santé mentale de la population wallonne ainsi que sur son évolution. **L’objectif de ce document est de proposer une synthèse analytique des rapports et enquêtes récents proposant des données chiffrées concernant la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s en Wallonie et à Bruxelles, mais aussi concernant le recours aux services de soins en santé mentale par cette population.**

La santé mentale peut être définie comme « *un processus d’équilibre psychique chez une personne à un moment donné, lequel s’apprécie, entre autres, par le niveau de bien-être subjectif, l’exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu* (Desjardins et al., 2008) ». L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère une bonne santé mentale durant l’enfance comme étant préalable à « *un développement psychologique optimal, à des rapports sociaux de qualité, à un apprentissage efficace, à l’aptitude à s’occuper de soi et à une bonne santé physique à l’âge adulte* (Moro & Radjack, 2022) ». L’enfance et l’adolescence apparaissent ainsi comme des phases de développement psychologique et social essentielles et fondatrices d’une bonne santé mentale tout au long de la vie.

L’enfance comme l’adolescence sont jalonnées de périodes critiques caractérisées par des tensions internes et des changements dans les relations avec les parents et la société. Ces périodes de croissance psychologique se caractérisent par la survenue d’épreuves, de « crises » à surmonter qui participent activement au développement des jeunes. Ainsi, le développement dans l’enfance, comme dans l’adolescence, peut s’accompagner de symptômes qui pourraient être interprétés hâtivement comme pathologiques alors qu’ils sont en réalité le reflet d’une évolution normale. En réalité, ces symptômes ne sont réellement inquiétants que si l’enfant/l’adolescent·e ne parvient pas à les surmonter, à s’y adapter sans rester bloqué dans des conflits internes ou avec les autres (Allès-Jardel & Mouraille, 2003). En effet, faible estime de soi, impulsivité, humeur instable, fluctuations dans les résultats scolaires ou encore consommation ponctuelle de substances sont autant d’exemples de manifestations qui, chez les enfants/adolescent·e·s, ne signalent pas nécessairement une détérioration de la santé mentale (Butler & Pang, 2014). Lorsque ces symptômes se manifestent de manière transitoire et modérée, ils doivent plutôt être envisagés comme faisant partie du développement typique de cette période de transformation identitaire, d’expérimentation, voire de contestation. Pour le dire autrement, la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s ne se définit pas par l’absence de symptômes, mais plutôt par la capacité de ces derniers à faire face aux enjeux développementaux qui sont les

leurs, à mobiliser les ressources de leur environnement, à apprendre, et à se construire une identité ainsi qu'un sentiment de confiance en eux. Un enfant ou un·e adolescent·e en bonne santé mentale n'est donc pas exempt de difficultés, mais possède les ressources pour y faire face (Moro & Radjack, 2022). De ce constat, une difficulté majeure semble apparaître : comment évaluer la santé mentale à ces âges ? En effet, contrairement à l'approche que l'on peut classiquement avoir avec les adultes, l'enjeu avec les plus jeunes ne va pas tant être de détecter la présence ponctuelle d'un symptôme ou d'une crise, mais plutôt d'identifier une éventuelle impossibilité à retrouver un équilibre. Cette complexité inhérente aux caractéristiques développementales de l'enfance et de l'adolescence explique combien il est difficile de définir avec précision, et plus encore d'évaluer, la santé mentale durant ces périodes de la vie (Allès-Jardel & Mouraille, 2003). A ce titre, la littérature scientifique souligne un déficit notable de recherches approfondies sur la santé mentale et le bien-être émotionnel des enfants et des adolescent·e·s (Coverdale & Long, 2015).

Il est incontestable aujourd'hui que la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s est devenue une préoccupation croissante au sein des sociétés occidentales, notamment à la suite de la crise du COVID-19 dont l'impact sur les jeunes a été largement étudié et discuté (Conseil Supérieur de la Santé, 2021). À l'échelle mondiale, on estime qu'un·e enfant ou adolescent·e sur sept (âgé de 10 à 19 ans) est atteint d'un trouble mental (Organisation Mondiale de la Santé, 2025). La dépression, l'anxiété et les troubles du comportement sont parmi les principales problématiques rencontrées. A l'échelle européenne, on parle de 11,2 millions d'enfants et de jeunes âgés de moins de 19 ans souffrant d'un trouble de santé mentale (UNICEF, 2024). En Wallonie, le suicide est la première cause de mortalité pour les jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans (29% des décès) et la troisième cause pour les jeunes hommes (15% des décès ; Iweps, 2025). Comme nous le verrons au travers de ce document, plusieurs études à large échelle ont été menées en Belgique francophone au cours des 5 dernières années, chacune ayant pour objectif d'établir un état des lieux de la santé mentale et/ou du bien-être des jeunes. Différentes approches méthodologiques ont été adoptées, et différents outils de mesure ont été utilisés. Certains de ces outils avaient vocation à évaluer le bien-être des jeunes, là où d'autres visaient plutôt à estimer le risque d'être confronté à une problématique de santé mentale pour ceux-ci. En ce sens, il est important de ne pas envisager une bonne santé mentale comme le simple opposé de la présence de troubles mentaux. En effet, comme chez les adultes, santé mentale positive (ou bien-être émotionnel) et troubles mentaux ne sont pas les extrêmes d'un même continuum, mais bien deux dimensions devant être envisagée de façon indépendante (Howell et al., 2013). En effet, il a été démontré que bien-être et psychopathologie peuvent s'expérimenter conjointement comme séparément (Greenspoon & Saklofske, 2001). Cela plaide pour une approche globale de la santé mentale des jeunes prenant en compte à la fois les facteurs de vulnérabilité et les indicateurs positifs de bien-être.

# Les déterminants de la santé mentale des jeunes

La santé mentale des jeunes, comme des adultes, est généralement considérée à l'aune de ses déterminants. La littérature s'accorde généralement sur un modèle des déterminants de la santé mentale qui classe ces derniers dans trois catégories de facteurs : 1) les facteurs individuels, 2) les facteurs économiques et sociaux et 3) les facteurs sociétaux (Pereira et al., 2021). Au sein de chacune de ces catégories, différents facteurs spécifiques pouvant avoir un impact sur la santé mentale ont été identifiés :

## 1. Facteurs individuels :

- Les facteurs biologiques : la santé physique, des facteurs génétiques, le genre, le fait d'appartenir à une minorité sexuelle, le fait d'appartenir à une minorité ethnique...
- Les facteurs psychologiques : la personnalité, les compétences psychosociales...
- Les facteurs liés au parcours de vie : les expériences négatives dans la petite enfance, le statut migratoire...

## 2. Facteurs économiques et sociaux :

- Les facteurs liés aux proches et au cercle social : les caractéristiques familiales, le soutien social perçu (famille, amis, proches)...
- Les facteurs liés à la situation économique : le statut socio-économique, le niveau d'éducation...

## 3. Facteurs sociétaux :

- Les facteurs liés aux politiques sociales et économiques : les inégalités sociales, les services sociaux, les politiques de l'emploi, les crèches et écoles...
- Les facteurs liés à l'environnement et aux infrastructures : les infrastructures (e.g., logement), l'exposition à la violence et à la criminalité, la sécurité et confiance de quartier...
- Les facteurs liés à la culture : la stigmatisation, les croyances culturelles...

Nous vous invitons à consulter une précédente publication du CRÉSaM pour un regard plus approfondi sur ces déterminants de la santé mentale (CRÉSaM, 2025).

A ce stade, il est important de rappeler que si la santé mentale peut être influencée par l'un de ces facteurs, elle dépend évidemment surtout de leur interaction. Ainsi, lorsque l'on parle de promotion/prévention de la santé mentale, ces interactions doivent être gardées à l'esprit, notamment en envisageant les relations entre les facteurs dits « protecteurs » et les facteurs dits « de risque ». Lorsque l'on se penche plus

spécifiquement sur le cas des enfants et des adolescent·e·s, la littérature nous apprend que certains facteurs de risque semblent avoir un impact prépondérant sur la santé mentale, mais aussi sur la probabilité de recourir à un service de soins de santé mentale. Des études ont par exemple permis de mettre en évidence que la composition du foyer, le niveau de revenu des parents, le niveau d'éducation des parents ou encore l'origine ethnique étaient liés à la santé mentale (Berger & Sarnyai, 2015; Lee et al., 2016; Sciensano, 2023). Une review de Howell et al. (2013) a montré que « *les jeunes qui ont un haut niveau de santé mentale positive diffèrent systématiquement de ceux ayant un bas niveau sur les traits de personnalité (e.g. extraversion, neuroticisme), certains aspects cognitifs (e.g. l'espoir, l'optimisme), le support social (e.g. les relations avec les parents), les activités (e.g. implication pour la nature), et les expériences transcendantales (e.g. spiritualité, sens de la vie)* ». Pour finir, il a également été démontré qu'une composition familiale autre que celle avec deux parents biologiques, des problèmes de symptômes externalisés et des comportements délinquants sont régulièrement associés avec l'utilisation de services de soins de santé mentale. A contrario, l'âge, l'environnement urbain et les plaintes somatiques n'apparaissent pas influencer ce recours (Eijgermans et al., 2021).

Il est important de souligner que la relation entre bien-être, santé mentale et troubles mentaux chez les jeunes ne se limite pas forcément à l'analyse de leurs seuls indicateurs, qu'ils soient positifs ou négatifs. De nombreux modèles ont été développés afin d'en affiner la compréhension. A titre d'exemple, Kia-Keating et al. (2011) placent la résilience au centre de leur conception de la santé mentale et des troubles mentaux des jeunes, considérant celle-ci comme un élément fondamental à prendre en compte dans le développement positif de ces derniers. Ainsi, dans leur modèle, ces auteurs intègrent plusieurs facteurs essentiels au développement des enfants et des adolescent·e·s. Tout d'abord, ce modèle identifie la famille, l'école, la communauté, la culture et l'individu lui-même comme les acteurs clés de ce processus. Ils considèrent que deux voies principales peuvent mener à un développement sain : la première, appelée « *protecting pathway* », aboutit à des résultats positifs lorsque les risques sont atténués par des facteurs de protection, tels que les capacités de résilience ; la seconde, nommée « *promoting pathway* », soutient le développement à travers les assets, c'est-à-dire les ressources internes et externes de l'individu (e.g., les compétences psychosociales, le support familial...). Ce modèle insiste sur les interactions dynamiques entre ces différents éléments, et ce, dans les domaines du développement social, émotionnel, comportemental et cognitif. Un autre exemple d'approche de la santé mentale et du bien-être chez les jeunes repose sur le concept de « *thriving* » (prospère, florissant en français ; Benson & Scales, 2009). Ce concept renvoie à un état optimal de santé mentale positive, un idéal vers lequel les jeunes peuvent tendre. Les individus qualifiés de « *thriving* » (prospère) se distinguent par divers indicateurs de bien-être, tels que des émotions positives, une passion dans un domaine particulier, l'optimisme, une orientation vers autrui, ou encore un sentiment de vitalité. Selon Benson et Scales (2009), cet état peut être atteint grâce à un environnement favorable, caractérisé par un soutien social, des limites et des attentes claires, ainsi qu'une utilisation constructive du temps, et par la

mobilisation de rétroactions internes au service d'objectifs d'apprentissage et de développement personnel. Parallèlement, les modèles biopsychosociaux ont suscité un intérêt croissant au cours des deux dernières décennies. Ces modèles cherchent à comprendre les trajectoires positives ou négatives de la santé mentale, de la petite enfance à l'âge adulte, en mettant en lumière les interactions dynamiques entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Black & Hoeft, 2015). Leur postulat central est que ces interactions influencent fortement la probabilité de développer des troubles mentaux ultérieurement, notamment en raison de la grande plasticité cérébrale propre à la petite enfance. Ainsi, la pauvreté, par exemple, accroît les risques pour la santé physique et mentale (Hackman et al., 2010). Cette relation s'expliquerait en partie par l'exposition chronique au stress, fréquente dans les contextes de précarité. En effet, la pauvreté s'accompagne souvent d'une instabilité familiale, d'un faible soutien social, et d'une plus grande exposition à la violence (Evans, 2004). Selon la perspective biopsychosociale, la combinaison entre une plasticité cérébrale élevée et une exposition répétée à ces stresseurs pourrait augmenter la vulnérabilité aux troubles mentaux, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte.

Ces approches montrent que la santé mentale des jeunes a été étudiée sous de multiples angles, le plus souvent dans une perspective développementale. Sans prétendre à l'exhaustivité, certains éléments communs émergent de la littérature scientifique pour caractériser un bon état de santé mentale chez les enfants et les adolescent·e·s . Selon l'OMS (2021), le développement d'habitudes sociales et émotionnelles saines constitue un déterminant essentiel du bien-être des jeunes. Cela inclut de bonnes routines de sommeil, la pratique régulière d'une activité physique, le renforcement des capacités d'adaptation, de résolution de problèmes, ainsi que le développement des compétences interpersonnelles et de gestion des émotions. À l'inverse, les troubles de santé mentale se manifestent par des dysfonctionnements comportementaux, développementaux, cognitifs et émotionnels (Brito et al., 2010), et peuvent être décrits comme des changements significatifs dans la manière dont les enfants apprennent, se comportent ou régulent leurs émotions (Vandendorren et al., 2021).



# Données récentes relatives à la santé mentale des jeunes en Wallonie et à Bruxelles

Il est difficile d'envisager la notion de santé mentale indépendamment de celle de bien-être. Comme nous venons de l'évoquer rapidement, la santé mentale devrait être envisagée à travers le prisme de la notion de bien-être, elle ne se limite effectivement pas à l'absence de maladie (Doré & Caron, 2017). L'OMS appuie d'ailleurs ce point de vue et considère effectivement que la santé mentale ne se définit pas par l'absence de trouble mental, mais plutôt autour des notions de bien-être et de fonctionnement de l'individu. Selon l'OMS (2022), la santé mentale est « *une réalité complexe qui varie d'une personne à une autre, avec divers degrés de difficulté et de souffrance et des manifestations sociales et cliniques qui peuvent être très différentes* ». Elle précise cette définition de la manière suivante : « *La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté.* »

A l'heure d'envisager le bien-être des jeunes, une recherche fait office de référence, l'étude « Health Behaviour in School-Aged » (HBSC). Il s'agit d'une étude internationale à laquelle participent environ 50 pays, dont la Belgique, sous le patronage du Bureau Régional de l'OMS. Sa déclinaison belge en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), aussi appelée « Enquête Comportements, Bien-être et Santé des élèves », est menée tous les 4 ans par le « Service d'Information Promotion Éducation Santé » (SIPES) et l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Cette enquête a été réalisée à 6 reprises depuis 2002 (dernière occurrence en 2022). Elle vise à décrire les comportements de santé, l'état de santé et le bien-être des enfants et adolescent·e·s à partir de la 5<sup>ème</sup> primaire. Elle a également pour objectif d'identifier les disparités démographiques, scolaires et sociales. Les thématiques abordées sont les suivantes :

- Comportement de santé (alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil) ;
- Etat de santé (symptômes psychosomatiques, perception de la santé) ;
- Santé mentale, bien-être et relations sociales ;
- Consommation de substances (tabac, alcool, produits illicites) ;
- Vie à l'école ;
- Vie relationnelle, affective et sexuelle.

Il est important de noter d'emblée que les enquêtes HBSC ont toujours été menées au sein des établissements scolaires. Les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des jeunes résidant en FWB, mais uniquement aux jeunes scolarisés sur ce territoire. Le présent document se penchera principalement sur les résultats de l'étude HBSC réalisée en 2022 en FWB (SIPES-ULB, 2024). Lorsque cela s'avèrera pertinent, ces

résultats pourront être comparés avec ceux d'autres pays<sup>1</sup> ayant pris part à l'enquête HBSC.

Une autre recherche récente sera également largement mobilisée dans ce rapport. Elle a été réalisée en 2024 par l'Observatoire de l'Enfance, la Jeunesse et l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ) auprès des enfants de 8 à 18 ans (OEJAJ, 2025). Elle a eu pour objectif d'évaluer le bien-être des enfants sous le prisme des difficultés émotionnelles et comportementales rencontrées, mais aussi de mieux appréhender la connaissance et le recours des jeunes aux services d'aide disponibles pour elles et eux dans le secteur de la santé mentale. Tout comme les enquêtes HBSC, cette étude a porté sur une très large cohorte d'enfants scolarisés (environ 2400).

## 1. Les comportements de santé

Si l'on s'intéresse dans un premier temps aux comportements de santé pouvant avoir un effet sur le bien-être et la santé mentale, plusieurs résultats de l'enquête HBSC de 2022 méritent d'être mis en avant (SIPES-ULB, 2024).

Tout d'abord, on constate qu'à peine 11,7% des jeunes déclarent avoir une activité physique globale suffisante<sup>2</sup>. Si cette statistique est stable depuis 2010 pour les jeunes du secondaire (autour de 10%), il apparaît clairement que les élèves de 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> primaire sont proportionnellement moins en 2022 à avoir une activité physique globale suffisante (16,6 % en 2022, pour 21,5 % en 2010).

Ensuite, on constate également que les habitudes de sommeil, et plus précisément le temps de sommeil, a tendance à se réduire au cours de la scolarité. Ainsi, l'étude HBSC (SIPES-ULB, 2024) montre que si seulement 5,8% des enfants de primaire ont un temps de sommeil que l'on pourrait qualifier d'insuffisant<sup>3</sup>, ils sont 21% à le déclarer dans le 1<sup>er</sup> degré du secondaire et 41,7% à le déclarer dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire. Il s'agit d'une donnée particulièrement importante à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la prévention en santé mentale, notamment sachant qu'il a été démontré qu'un sommeil de mauvaise qualité et/ou de quantité insuffisante est un facteur prédictif de certains troubles pédopsychiatriques (Schroder et al., 2024).

Pour finir, sur le plan de l'alimentation, l'enquête HBSC (SIPES-ULB, 2024) pointe que 17,3% des jeunes scolarisés en FWB sont en situation d'insécurité alimentaire<sup>4</sup>. A

<sup>1</sup> Les études mentionnées dans la suite de ce document qui comparent les résultats de l'enquête HBSC menée par le groupe SIPES-ULB aux moyennes internationales impliquent les pays suivants : Albanie, Allemagne, Arménie, Autriche, Belgique (Communauté flamande), Belgique (Communauté française), Bulgarie, Canada, Chypre, Croatie, Danemark, Danemark (Groenland), Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Malte, Moldavie (République de), Norvège, Pays-Bas (Royaume des), Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre), Royaume-Uni (Écosse), Royaume-Uni (Pays de Galles), Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan.

<sup>2</sup> Dans cette étude, la pratique d'activité physique est considérée comme suffisante en cas de combinaison d'une activité physique quotidienne de 60 minutes et d'une pratique sportive deux fois par semaine.

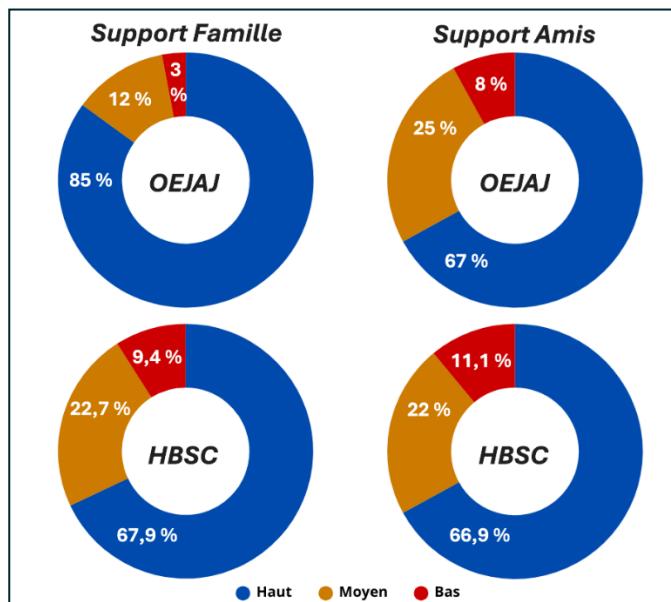
<sup>3</sup> Dans cette étude, le temps de sommeil était considéré comme insuffisant s'il était inférieur à 9h pour les jeunes de moins de 14 ans et s'il était inférieur à 8h pour ceux de 14 ans et plus. Ces seuils sont basés sur les recommandation de la « National Sleep Foundation » (Hirshkowitz et al., 2015).

<sup>4</sup> La notion d'insécurité alimentaire renvoie ici à « une situation dans laquelle se trouve une personne lorsque sa capacité, ou celle de sa famille, d'acquérir des aliments favorables à la santé, en adéquation avec ses préférences alimentaires, est limitée ou incertaine »

noter que la proportion de jeunes faisant face à cette problématique est plus grande à Bruxelles qu'en Wallonie (19,9% contre 16,5%). Il a été montré que le fait de vivre ce type d'insécurité durant l'enfance est notamment associé « positivement » avec l'usage de cannabis, les comportements de harcèlement et l'abandon scolaire durant l'adolescence (Paquin et al., 2021), mais aussi avec des symptômes d'anxiété, de dépression et d'hyperactivité (Melchior et al., 2012).

## 2. Le soutien social

Le manque de support social et émotionnel a régulièrement été associé aux problématiques de santé mentale, voire aux troubles mentaux (Oshio et al., 2013). Nous mentionnions d'ailleurs précédemment qu'un haut support social perçu était généralement associé à une bonne santé mentale chez les enfants et les adolescent·e·s (Howell et al., 2013). L'étude de l'OEJAJ ainsi que l'enquête HBSC (OEJAJ, 2025 ; SIPES-ULB, 2024) ont évalué le support perçu de la famille et des amis en utilisant la même échelle de mesure, à savoir la « *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* » (MSPSS ; Zimet et al., 1988). Chez les enfants scolarisés en primaire, on constate que les deux enquêtes mettent en évidence un support familial et un support des amis perçu « moyen » à « haut » dans une grande majorité des cas (cf. Figure 1).

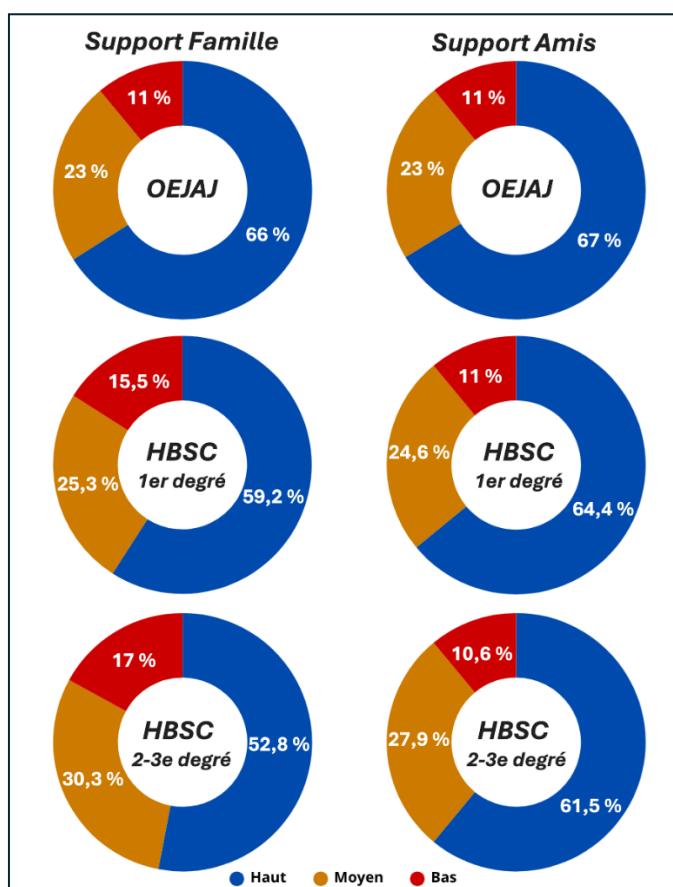


**Figure 1 – Support familial et support des amis perçus par les enfants scolarisés en primaire en FWB.** Pourcentage d'enfants ayant obtenu des scores haut, moyen et bas sur l'échelle MSPSS (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par l'OEJAJ et le groupe SIPES-ULB (OEJAJ, 2025; SIPES-ULB, 2024)).

On remarque néanmoins une différence marquée entre les deux études concernant la proportion d'enfants signifiant un support familial « haut » (85 % dans l'étude de l'OEJAJ vs. 67,9 % dans l'étude HBSC). Cette différence peut avoir plusieurs explications, la plus

(SIPES-ULB, 2024). Dans cette étude, l'insécurité alimentaire a été mesurée à l'aide du « *Child Food Security Survey Module* » (Connell et al., 2004), un outil composé de 9 items évaluant le niveau de sécurité alimentaire au cours des 12 derniers mois.

plausible étant que les modalités de réponse restreintes mises en place dans l'étude de l'OEJAJ (3 modalités au lieu de 7) ont créé un effet plafond. En ce qui concerne les jeunes scolarisés dans le secondaire, plusieurs constats peuvent être faits (cf. Figure 2). Tout d'abord, on remarque que l'étude de l'OEJAJ met en avant des résultats similaires à ceux des enfants du primaire concernant le support des amis. En revanche, on note que le support familial semble perçu à une moindre fréquence comme « haut » par les adolescent·e·s (66 % contre 85 % chez les enfants du primaire). Cette observation est renforcée par l'étude HBSC qui montre une augmentation du nombre de jeunes percevant le soutien familial comme « bas » tout au long de la scolarité ( primaire : 9,4 %, secondaire 1<sup>er</sup> degré : 15,5 %, secondaire 2-3<sup>ème</sup> degré : 17 %). Il est par contre intéressant de noter que le support social perçu des amis semble relativement stable quel que soit l'âge, comme en attestent les deux recherches.



**Figure 2 – Support familial et support des amis perçus par les adolescent·e·s scolarisé·e·s en secondaire en FWB.**  
Pourcentage d'adolescent·e·s ayant obtenu des scores haut, moyen et bas sur l'échelle MSPSS. (L'étude HBSC différencie les jeunes du 1<sup>er</sup> degré du secondaire de ceux du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par l'OEJAJ et le groupe SIPES-ULB (OEJAJ, 2025; SIPES-ULB, 2024)).

Il est finalement important de noter que les garçons apparaissent proportionnellement plus nombreux (62,4 %) que les filles (53,2 %) à percevoir un soutien familial élevé. Cela est principalement vrai de la 6<sup>ème</sup> primaire à la 3<sup>ème</sup> secondaire (SIPES-ULB, 2024). La recherche de l'OEJAJ (2025) démontre également que le fait d'avoir un foyer unique

augmente la probabilité de déclarer un haut niveau de soutien par les élèves du secondaire dans les différentes sous-échelles. De plus, quel que soit l'âge, cette recherche montre aussi que le nombre de frères et/ou sœurs est associé à un score plus faible sur les différentes sous-échelles utilisées (famille et amis). En d'autres termes, plus la fratrie est grande, moins le support social perçu est important.

A l'échelle internationale, une étude montre que les jeunes belges francophones, filles et garçons, perçoivent un support familial moindre que ce qui est observé en moyenne dans les pays ayant pris part à l'enquête HBSC de 2022, et ce, quel que soit l'âge. Ce constat est également vrai si l'on effectue la comparaison spécifiquement avec les jeunes flamands (cf. Table 1 ; Badura et al. (2024)).

<b>Support familial</b>	<b>11 ans</b>		<b>13 ans</b>		<b>15 ans</b>	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
HBSC (44 pays)	77	75	71	62	65	57
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>73</b>	<b>68</b>	<b>69</b>	<b>51</b>	<b>60</b>	<b>49</b>
Belgique (néerlandophone)	80	76	76	66	69	55

**Table 1 – Comparaison internationale du support social perçu de la famille.** Comparaison du pourcentage moyen de filles (♀) et de garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans reportant un support social élevé de sa famille dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec les pourcentages observés en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Badura et al. (2024)).

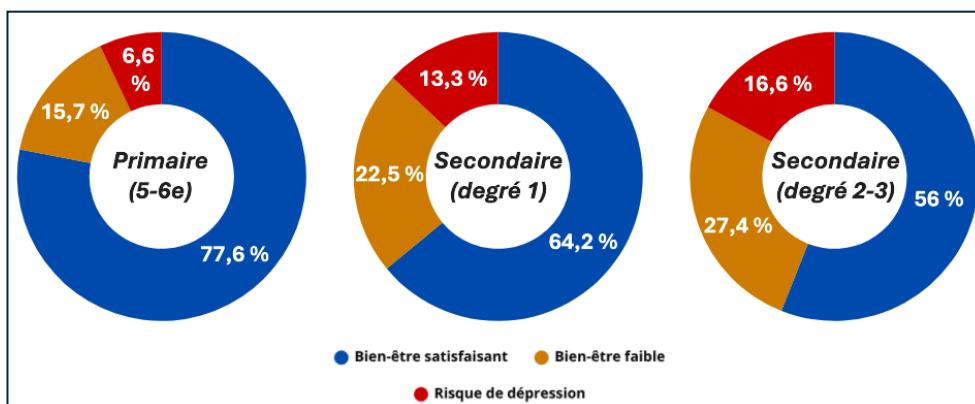
On notera en revanche que la même étude ne montre pas de différence lorsque l'on parle du support social perçu des amis, à l'exception peut-être pour les garçons de 15 ans (cf. Table 2 ; Badura et al. (2024)).

<b>Support des amis</b>	<b>11 ans</b>		<b>13 ans</b>		<b>15 ans</b>	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
HBSC (44 pays)	57	65	53	60	54	59
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>57</b>	<b>62</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>46</b>	<b>54</b>
Belgique (néerlandophone)	58	63	54	60	53	56

**Table 2 – Comparaison internationale du support social perçu des amis.** Comparaison du pourcentage moyen de filles (♀) et de garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans reportant un support social élevé de ses amis dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec les pourcentages observés en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Badura et al. (2024)).

### 3. Le bien-être émotionnel

L'OMS a développé un indice de bien-être émotionnel basé sur une échelle de 5 items (OMS, 1998). Cet outil, le « WHO-5 », a été administré dans le cadre de l'enquête HBSC pour la première fois en 2022. Le score obtenu permet de différencier les jeunes en trois catégories : « Bien-être satisfaisant », « Bien-être faible sans risque de dépression » et « Risque de dépression ». Il est important de signifier que cet outil n'a aucune valeur diagnostique et que l'interprétation des résultats doit en ce sens rester mesurée. Les résultats de l'étude HBSC (SIPES-ULB, 2024) mettent en évidence une diminution de la proportion de jeunes rapportant un niveau de bien-être satisfaisant avec l'âge (cf. Figure 3). Par effet domino, on observe une augmentation de la proportion de jeunes ayant un niveau de bien-être faible et de jeunes présentant un risque de dépression entre le primaire, le 1<sup>er</sup> degré du secondaire et les 2-3<sup>ème</sup> degrés du secondaire.



**Figure 3 – Bien-être émotionnel des enfants et des adolescent·e·s en FWB.** Pourcentage de jeunes du primaire, du 1<sup>er</sup> degré du secondaire et des 2<sup>ème</sup>-3<sup>ème</sup> degrés du secondaire présentant un niveau de bien-être satisfaisant, faible ou faible avec un risque de dépression selon l'indice de bien-être émotionnel développé par l'OMS (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB, (2024)).

L'étude s'est également attachée à comparer garçons et filles sur cet indicateur. On observe que les garçons (tous âges confondus) sont proportionnellement plus nombreux (72,1 %) à éprouver un sentiment de bien-être satisfaisant que les filles (53,3 %). Ce constat peut être fait pour toutes les tranches d'âge.

A l'échelle internationale, on constate que les jeunes belges francophones rapportent un niveau de bien-être légèrement sous la moyenne de 44 pays ayant participé à l'enquête HBSC de 2022, et ce, quel soit l'âge ou le genre. Ce constat est également vrai si l'on effectue la comparaison spécifiquement avec les jeunes flamands (cf. Table 3 ; Cosma et al. (2024)).

<b>Bien-être émotionnel</b>	<b>11 ans</b>		<b>13 ans</b>		<b>15 ans</b>	
	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>
HBSC (44 pays)	69,7	64,2	65,4	54,3	62	49,9
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>68,5</b>	<b>62,5</b>	<b>63,4</b>	<b>51,1</b>	<b>58,5</b>	<b>48,2</b>
Belgique (néerlandophone)	71,8	65,4	67,6	55,2	63,9	48,9

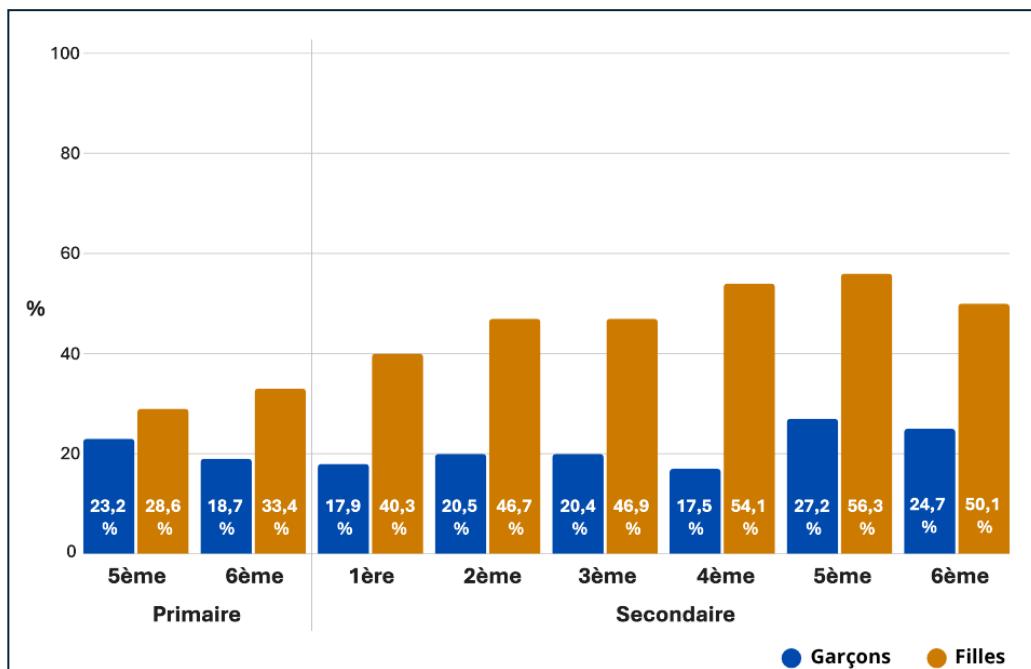
**Table 3 – Comparaison internationale du niveau de bien-être émotionnel.** Comparaison du score moyen observé au questionnaire WHO-5 dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec le score moyen observé en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone pour les filles (♀) et les garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Cosma et al. (2024)).

## 4. Le stress

Il est important de différencier la notion de stress de celle d'anxiété. L'anxiété est une peur projective ou anticipative, orientée vers un avenir relativement lointain et s'accompagnant d'un malaise physique. Les inquiétudes soulevées sont souvent excessives, voire irréalistes. Ressentie dans une proportion extrême, elle sera associée à des psychopathologies (e.g., anxiété généralisée, agoraphobie...). A contrario, le stress est déclenché par des événements actuels, qui se déroulent donc ici et maintenant ou qui se produiront dans un avenir très rapproché. La réaction de l'organisme au stress, généralement accompagnée d'un inconfort corporel, permet de faire face à une menace, qu'elle soit réelle ou perçue (Hébert, 2020). Ainsi, le stress a plutôt une fonction d'adaptation aux situations nouvelles, imprévisibles ou qui menacent notre égo. On

considère généralement qu'un certain niveau de stress permet d'améliorer le niveau de performance, mais qu'à un niveau trop élevé, il va faire chuter notre capacité à répondre efficacement à la situation.

L'étude HBSC a intégré la « *Cohen Perceived Stress Scale* » (Cohen et al., 1983) pour évaluer le niveau de stress ressenti par les jeunes de primaire et de secondaire au cours du dernier mois (SIPES-ULB, 2024). L'équipe de recherche rapporte que 33,5 % des jeunes scolarisés présentent un niveau de stress faible, 33,5 % un niveau de stress intermédiaire et 33 % un niveau de stress élevé. Les auteurs constatent également que la proportion de jeunes présentant un niveau de stress élevé augmente avec l'âge. Ainsi, 26 % des élèves de primaire, 31,2 % des élèves du 1<sup>er</sup> degré du secondaire et 37 % des élèves des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire apparaissent avoir un niveau de stress élevé. Il est particulièrement intéressant de constater que le genre semble avoir un impact important sur cette observation. En effet, la proportion de garçons dont les réponses à l'enquête révèlent un niveau de stress élevé est significativement moindre que celle des filles (21,2 % contre 45 % pour les filles). De plus, il apparaît assez clairement que l'augmentation de la proportion de jeunes stressés avec l'âge est spécifiquement observée pour les filles (cf. Figure 4). La proportion de garçons stressés apparaît beaucoup plus stable tout au long de la scolarité.



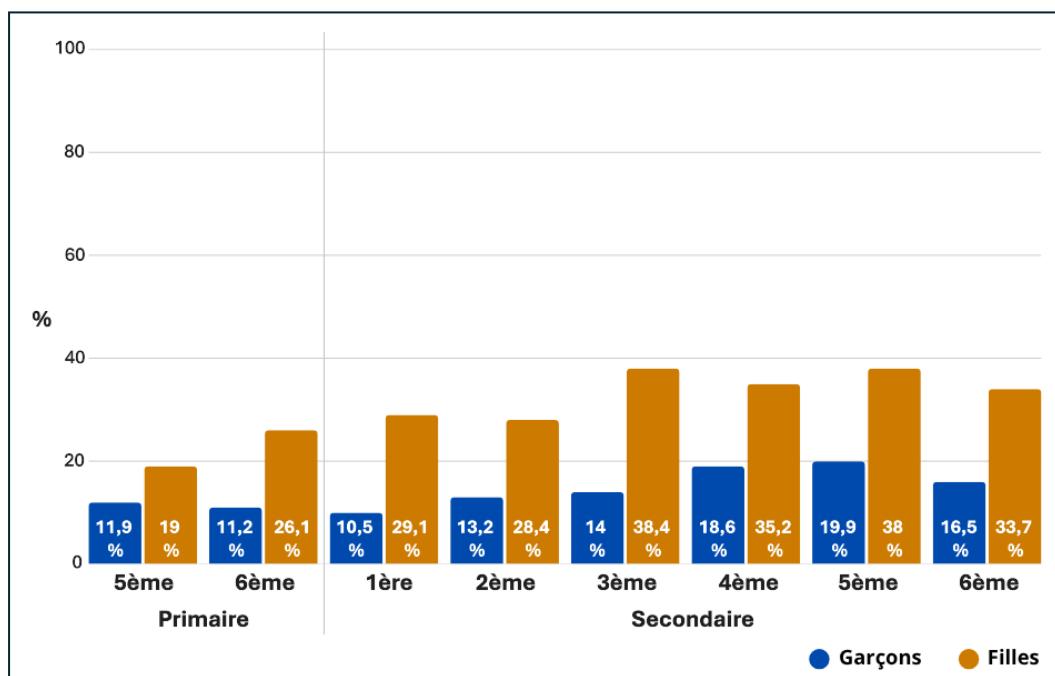
**Figure 4 – Proportion d'enfants et d'adolescent·e·s avec un niveau de stress élevé en FWB.**  
Pourcentage de garçons et de filles par année scolaire présentant un niveau de stress élevé (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB, (2024)).

## 5. Le sentiment de solitude

La littérature scientifique nous montre que le sentiment de solitude est particulièrement élevé durant l'adolescence. Classiquement, il augmenterait au début de l'adolescence pour ensuite diminuer au début de l'âge adulte (Van Rode et al., 2015). Le sentiment de solitude est fortement associé à une faible estime de soi, et ce à tous les

âges (Vanhalst et al., 2013). De plus, une forte association a été démontrée entre la solitude subjective et les troubles anxieux chez les enfants et les adolescent·e·s (e.g., Inderbitzen-Pisaruk et al., 1992; Storch & Masia-Warner, 2004). Ce constat vaut d'ailleurs aussi à l'âge adulte. En ce sens, une étude récente conduite en Wallonie a mis en évidence une association entre le sentiment d'isolement et le risque de trouble anxieux chez les adultes, notamment chez les jeunes de 18 à 24 ans (Iweps, 2025b). Ainsi, évaluer le sentiment de solitude chez les jeunes (comme chez les adultes) apparaît comme un indicateur particulièrement pertinent au moment de questionner leur santé mentale.

En 2022, l'étude HBSC a montré que 22,8 % des jeunes en FWB déclaraient se sentir seuls « toujours » ou « la plupart du temps » (SIPES-ULB, 2024). L'enquête montre également que le pourcentage de jeunes se déclarant ainsi augmente au cours de la scolarité. En effet, si 17 % des enfants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> déclarent se sentir seuls « toujours » ou « la plupart du temps », ce pourcentage passe à 20,1 % pour les jeunes du 1<sup>er</sup> degré du secondaire et à 26,6 % pour ceux des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire. Cette augmentation avec l'âge du pourcentage de jeunes se sentant seuls apparaît présent tant pour les garçons que pour les filles, même si cette observation est plus marquée pour ces dernières (cf. Figure 5).



**Figure 5 – Le sentiment de solitude des enfants et des adolescent·e·s en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles par année scolaire déclarant se sentir seul·e·s « toujours » ou « la plupart du temps » (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB, (2024)).

A ce titre, il est important de préciser que 31,5 % des filles interrogées rapportaient se sentir seules « toujours » ou « la plupart du temps », pour 14,5 % des garçons. Cette différence entre genre est plus ou moins marquée selon l'âge, mais toujours présente.

A l'échelle internationale, on constate que les jeunes filles belges francophones sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à rapporter un niveau de solitude élevé que ce que l'on observe en moyenne dans les 44 pays ayant participé à l'enquête

HBSC de 2022, et ce, quel soit l'âge. Ce constat est également vrai si l'on effectue la comparaison spécifiquement avec les jeunes flamandes (cf. Table 4 ; Cosma et al. (2024)). Il convient de souligner ici que ces résultats en Belgique francophone ne se situent pas uniquement en dessous de la moyenne internationale, mais placent la FWB comme l'un des trois territoires, aux côtés de l'Angleterre et de la Pologne, où les filles déclarent le plus fréquemment se sentir seules.

<b>Sentiment de solitude</b>	<b>11 ans</b>		<b>13 ans</b>		<b>15 ans</b>	
	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>
HBSC (44 pays)	8	14	10	23	13	28
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>37</b>
Belgique (néerlandophone)	9	13	7	18	10	27

**Table 4 – Comparaison internationale du sentiment de solitude.** Comparaison du pourcentage moyen de filles (♀) et de garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans déclarant se sentir seul·e·s « toujours » ou « la plupart du temps » dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec les pourcentages observés en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Cosma et al. (2024)).

## 6. Les indicateurs de risque de troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale peuvent s'exprimer sous la forme d'une grande variété de symptômes. Dans cette section, nous souhaitons mettre en évidence les données existantes concernant les troubles psychologiques courants chez les enfants et adolescent·e·s. Un questionnaire est largement utilisé pour évaluer les difficultés émotionnelles et comportementales chez ceux-ci, il s'agit du « *Strength and Difficulties Questionnaire* » (SDQ ; Goodman & Goodman, 2009). Cet outil de mesure est particulièrement pertinent pour identifier les risques de troubles émotionnels (anxiété, dépression), de troubles du comportement (agressivité, opposition), de troubles hyperactifs (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité - TDAH) et de problèmes avec les pairs. Le SDQ n'est cependant en aucun cas un outil diagnostique. Il fournit une mesure globale du "besoin clinique probable". En Belgique, le SDQ a été utilisé dans l'étude sur la santé mentale des jeunes de l'OEJAJ (OEJAJ, 2025), mais uniquement avec les élèves du secondaire. Il a également été utilisé dans l'étude « Health Interview Survey » (HIS) conduite par Sciensano en 2018 (Gisle et al., 2020), mais ici via l'administration à un proxy<sup>5</sup> pour les enfants de moins de 15 ans. Les jeunes de 15 à 18 ans répondent eux-mêmes au questionnaire. Si des résultats intéressants ressortent de ces deux études, elles sont en revanche difficilement comparables, et ce, pour plusieurs raisons :

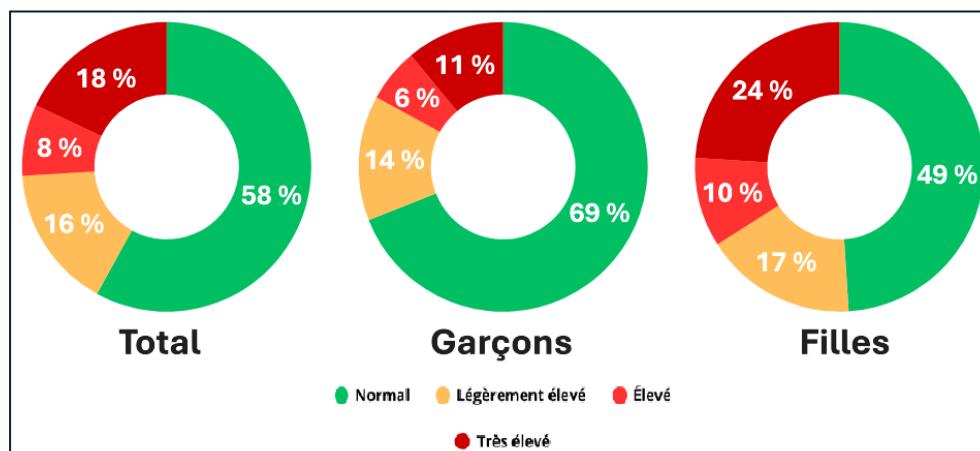
- La taille de l'échantillon de l'étude HIS est largement inférieure : Environ 600 jeunes dans celle-ci pour environ 1200 dans l'étude de l'OEJAJ ;
- Les tranches d'âge représentées dans les échantillons ne sont pas les mêmes : l'étude HIS intègre des enfants/adolescent·e·s de 2 à 18 ans, là où l'étude de l'OEJAJ se concentre sur les jeunes de 12 à 18 ans ;

<sup>5</sup> **Administration à un proxy** : mode de recueil des données dans lequel les réponses au questionnaire sont fournies par un tiers agissant comme répondant substitut, le plus souvent un parent ou un représentant légal, lorsque la personne concernée n'est pas en mesure d'y répondre elle-même, notamment en raison de son âge.

- Le mode d'administration du questionnaire n'est pas le même : administration à un proxy jusqu'à 15 ans dans l'étude HIS et auto-administration dans l'étude de l'OEJAJ ;
- La méthode de notation diffère entre les deux études : un score catégorisé « pathologie probable » dans l'étude HIS correspond approximativement aux scores catégorisés « élevé » ou « très élevé » dans l'étude de l'OEJAJ.

En 2018, sur base des résultats au SDQ, l'étude HIS (Gisle et al., 2020) montrait que 82,5% des jeunes wallons et 87,3 % des jeunes bruxellois étaient exempts de troubles psychiques (tranche d'âge : 2 – 18 ans). Le rapport de l'étude mettait aussi en avant que 11 % des jeunes wallons et 6,9 % des jeunes bruxellois avaient des scores globaux au SDQ dépassant le seuil d'une pathologie probable. De plus, si les résultats ne permettaient pas de mettre en évidence de différence entre les filles et les garçons à Bruxelles, il apparaissait qu'en Wallonie, les garçons étaient proportionnellement plus nombreux (13,6%) que les filles (8,4 %) à obtenir un score global indiquant une pathologie probable (tous âges confondus).

En 2024, l'administration du SDQ aux élèves du secondaire en FWB a mis en évidence des résultats sensiblement différents (OEJAJ, 2025). En effet, cette recherche a montré que seuls 74% des jeunes (score « normal » + score « légèrement élevé », cf. figure 6) présentaient un score suggérant l'absence de troubles psychiques selon les critères de notation établis dans l'étude HIS. Nous étions à 82,5% à Bruxelles et 87,3 % en Wallonie dans l'étude HIS.



**Figure 6 – Représentation des scores globaux des élèves du secondaire en FWB au « Strength and Difficulties Questionnaire ».** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score au SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEJAJ (2025)).

Ces différences sont très probablement la conséquence des différences méthodologiques évoquées ci-dessus concernant ces deux recherches. Néanmoins, il est également possible que la crise liée à la COVID-19 contribue en partie à expliquer cette apparente détérioration des résultats. Les données recueillies auprès des adultes permettent de soutenir cette hypothèse. En effet, l'étude « Belhealth » a montré que, chez les adultes, l'augmentation des symptômes dépressifs et anxieux observée durant la pandémie ne s'est jamais résorbée pour revenir aux niveaux pré-pandémiques (Jonker et

al., 2025). Si nous revenons maintenant à l'étude de l'OEJAJ (2025), il est intéressant de constater que les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à obtenir un score global au SDQ très élevé (cf. Figure 6). De plus, des analyses de régressions effectuées sur les données ont également permis de démontrer que la présence du père et une aisance financière dans la famille agissent comme des facteurs de protection, alors que le fait d'avoir plusieurs foyers peut être considéré comme un facteur de risque. L'âge du répondant ne semble par contre pas avoir d'influence sur les scores globaux au SDQ, tout comme le nombre de frères et sœurs (OEJAJ, 2025).

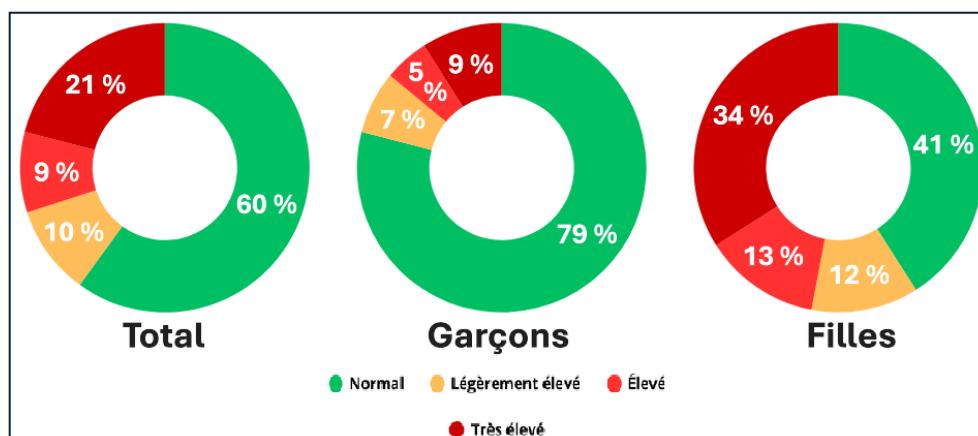
De manière intéressante, le SDQ permet d'obtenir des scores sur différentes sous-échelles et ainsi d'affiner notre compréhension des problématiques de santé mentale qui touchent plus ou moins largement les jeunes interrogés. Ces sous-échelles sont les suivantes :

- L'échelle « Troubles émotionnels » ;
- L'échelle « Troubles comportementaux » ;
- L'échelle « Attention/Hyperactivité » ;
- L'échelle « Troubles relationnels avec les pairs ».

Nous allons maintenant passer en revue les résultats obtenus dans l'étude de l'OEJAJ pour ces différentes sous-échelles.

### 6.1. Difficultés émotionnelles

La sous-échelle « Troubles émotionnels » du SDQ s'intéresse principalement à l'expression des symptômes d'anxiété et de dépression. L'étude de l'OEJAJ montre que 30 % des jeunes présentent un score considéré comme élevé voire très élevé, suggérant la présence de troubles anxieux ou dépressifs chez une proportion significative d'entre eux (OEJAJ, 2025). De plus, il apparaît assez nettement que cette observation est principalement vraie pour les filles qui sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses dans cette situation (47 % contre 14 % chez les garçons ; cf. Figure 7).



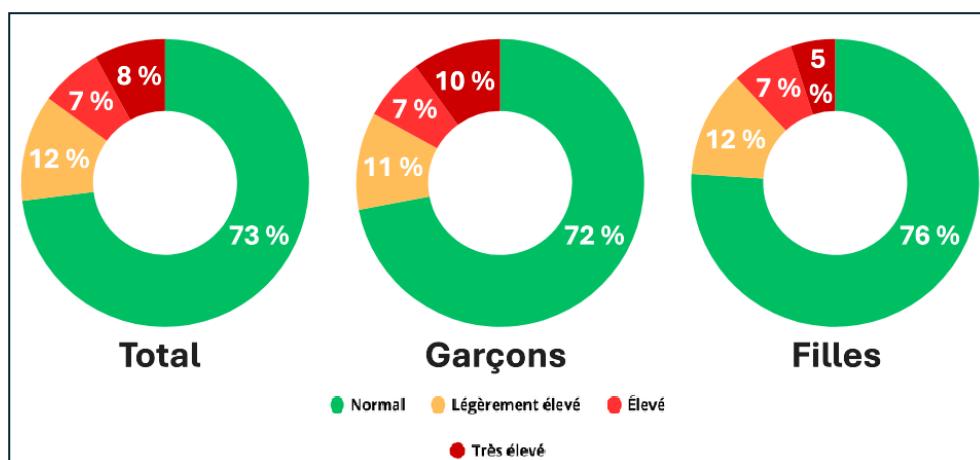
**Figure 7 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles émotionnels » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score à l'échelle « Troubles émotionnels » du SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEJAJ (2025)).

L'étude de l'OEJAJ (2025) nous apprend également que l'aisance financière de la famille et le fait de vivre dans un foyer unique agissent comme des facteurs de protection contre les difficultés d'ordre émotionnel. L'âge apparaît également jouer un rôle dans la probabilité de rencontrer des difficultés, avec une augmentation observée entre 12 et 18 ans.

Pour conclure, il est intéressant de constater que l'étude HIS ne montrait pas de différence entre les garçons et les filles à l'échelle de la Belgique chez les jeunes enfants (tranches d'âge : 2-4 ans ; 5-9 ans). Il n'y avait pas de différence flagrante non plus de la proportion d'enfants en difficulté entre ces deux périodes de vie (Gisle et al., 2020). Ce constat était également fait en région Bruxelloise. En région Wallonne, on constatait en revanche une proportion plus élevée de filles de 2 à 4 ans dont les scores laissaient présager des difficultés d'ordre émotionnel. Ces résultats par région doivent cependant être lus avec prudence considérant les faibles tailles d'échantillon et le fait que le questionnaire était administré à un parent.

## 6.2. Difficultés de conduite

Les scores à la sous-échelle « Troubles comportementaux » du SDQ ont montré des résultats similaires entre les garçons et les filles lors de la recherche de l'OEJAJ (2025). Cette sous-échelle porte sur les comportements antisociaux tels que le vol, le mensonge ou la colère exprimée à l'égard des autres. Il apparaît que 15 % des adolescent·e·s obtiennent un score considéré comme « élevé » ou « très élevé » (cf. Figure 8). De plus, la recherche montre que les difficultés de conduite, à l'inverse des difficultés émotionnelles, apparaissent diminuer avec l'âge. En revanche, l'aisance financière familiale n'apparaît plus comme un facteur de protection, contrairement à l'indice socio-économique de l'école qui lui est négativement associé à la probabilité d'avoir un score élevé.



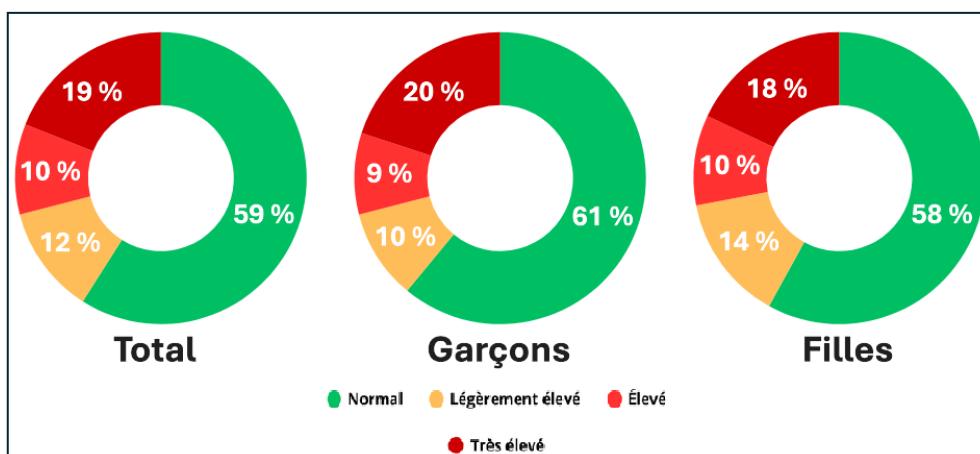
**Figure 8 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles comportementaux » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score à l'échelle « Troubles comportementaux » du SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEJAJ (2025)).

Pour les jeunes enfants (2-9 ans), les résultats de l'étude HIS s'avèrent particulièrement difficiles à interpréter, notamment lorsqu'ils sont confrontés aux données présentées ci-dessus. En effet, la variabilité marquée des résultats observée

entre les régions, ainsi qu'entre garçons et filles au sein d'une même tranche d'âge, ne présente pas de cohérence systématique. Cette absence de régularité, tant entre régions qu'entre sexes pour les groupes 2-4 ans et 5-9 ans, rend donc l'interprétation des résultats délicate, en particulier lorsqu'elle est mise en regard des observations issues de l'étude de l'OEJAJ (Gisle et al., 2020; OEJAJ, 2025).

### 6.3. Difficultés attentionnelles / hyperactivité

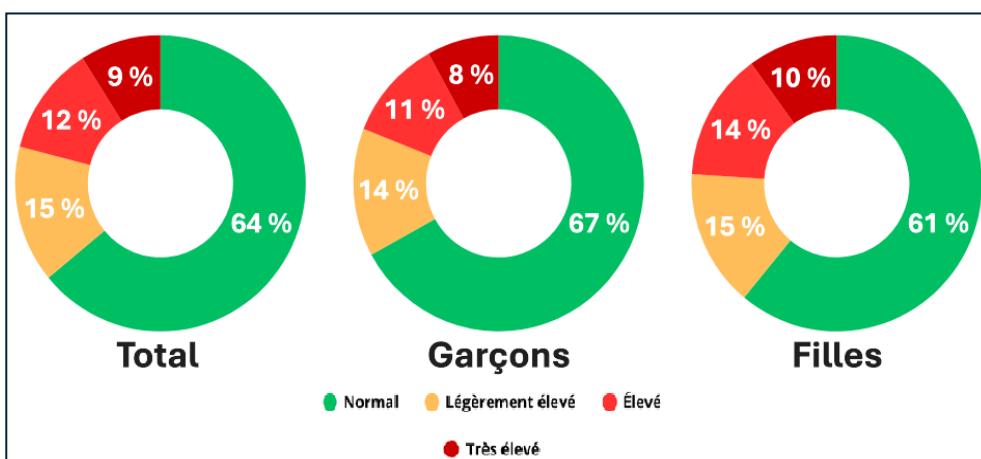
La sous-échelle « Attention/Hyperactivité » du SDQ porte sur les symptômes classiquement associés au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. La recherche de l'OEJAJ (2025) permet de constater que 29 % des jeunes présentent un score « élevé » ou « très élevé » sur cette échelle (cf. Figure 9). Elle ne démontre pas de différence notable entre garçons et filles à ce niveau. L'avancée en âge et le fait d'avoir un foyer unique apparaissent comme des facteurs de protection. A l'instar des résultats de l'échelle « Troubles comportementaux », les résultats de cette échelle dans l'étude HIS nous apparaissent difficilement discutables au niveau des régions pour les tranches d'âges des enfants les plus jeunes (2-9 ans ; Gisle et al., 2020).



**Figure 9 – Représentation des scores à l'échelle « Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score à l'échelle « Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité » du SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEJAJ (2025)).

### 6.4. Difficultés relationnelles

La dernière sous-échelle du SDQ concerne les « Troubles relationnels avec les pairs » et investigue la capacité à entretenir des relations positives avec des pairs de son âge. Les résultats de l'étude de l'OEJAJ (2025) montrent que 21 % des adolescent·e·s obtiennent un score considéré comme « élevé » ou « très élevé » (cf. Figure 10). La recherche ne met pas en évidence de différence notable entre filles et garçons. Elle démontre en revanche que les facteurs de protection sont assez similaires à ceux associés aux difficultés émotionnelles, à savoir l'absence de difficulté financière au niveau familial, fréquenter une école avec indice socio-économique élevé et vivre dans un foyer unique. On notera que l'étude semble démontrer que l'avancée en âge est positivement liée à la probabilité de rencontrer une problématique d'ordre relationnel.



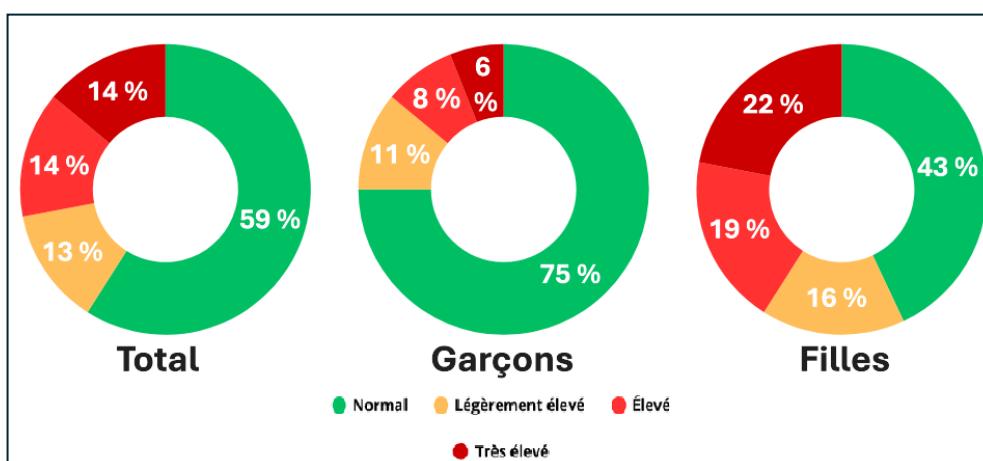
**Figure 10 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles relationnels avec les pairs » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score à l'échelle « Troubles relationnels avec les pairs » du SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEJAJ (2025)).

Parallèlement, l'étude HIS montrait pour les tranches d'âge 2-4 ans et 5-9 ans des résultats similaires entre filles et garçons en région bruxelloises. En revanche, en région wallonne, l'étude HIS observait une proportion nettement plus importante de garçons avec des difficultés relationnelles (Gisle et al., 2020).

### 6.5. Troubles d'internalisation et d'externalisation

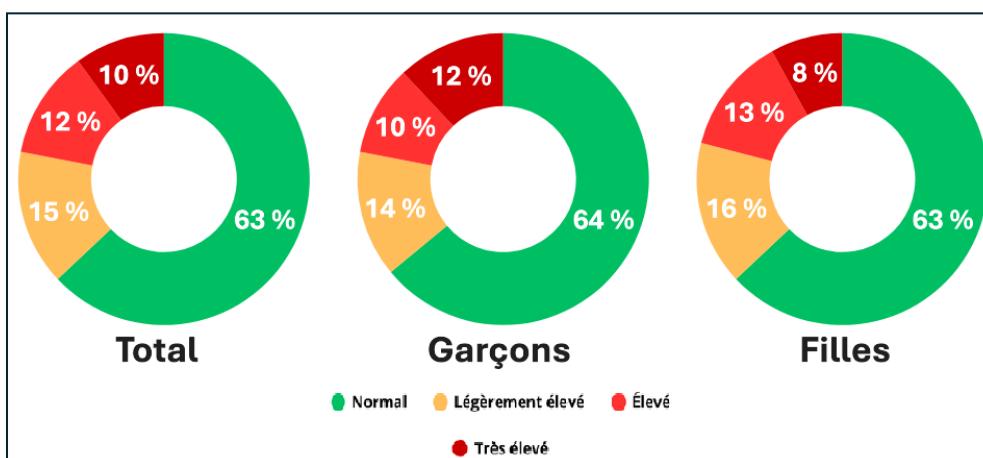
Pour rappel, nous évoquions précédemment que 74 % des jeunes obtenaient des scores globaux au SDQ suggérant l'absence de troubles psychiques (OEJAJ, 2025). Il est cependant intéressant de noter que seuls 27 % des jeunes interrogés présentent des scores qualifiés de normaux sur les 4 différentes sous-échelles présentées ci-dessus. Cela ne signifie en rien que le reste des jeunes font face à une problématique de santé mentale, mais cela reflète une certaine réalité de difficultés rencontrées et exprimées, peut-être propre à l'adolescence. Cela montre aussi que l'utilisation de ces 4 sous-échelles n'est peut-être pas la façon la plus adaptée de présenter les résultats issus d'un échantillon de jeunes tout-venants. En ce sens, Goodman et Goodman soulignait d'ailleurs que ces 4 sous-échelles sont en réalité surtout utiles dans le cas d'échantillons pour lesquels une suspicion de troubles est importante (Goodman & Goodman, 2009; OEJAJ, 2025). En fait, l'utilisation des échelles « Troubles d'internalisation » et « Troubles d' externalisation » développées par les auteurs du SDQ est peut-être plus indiquée dans le contexte qui nous occupe ici (Goodman & Goodman, 2009; OEJAJ, 2025). En effet, ces échelles permettent d'analyser les réponses au SDQ en prenant d'une part les dimensions du questionnaire qui évaluent l'expression de symptômes tournés vers l'intérieur (e.g., les émotions ressenties), et d'autre part les dimensions du questionnaire qui évaluent les symptômes tournés vers l'extérieur (e.g., les comportements).

Tout d'abord, considérant la potentielle présence de troubles internalisés, l'étude de l'OEJAJ constate que 28% des adolescent·e·s présentent un score largement au-dessus de la normale (« élevé » ou « très élevé »). Il apparaît aussi assez clairement que les filles rapportent significativement plus souvent ce type de difficultés (41 % de filles pour 14 % de garçons ; cf. Figure 11).



**Figure 11 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles d'internalisation » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score à l'échelle « Troubles d'internalisation » du SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEAJ (2025)).

Ensuite, considérant l'échelle « Troubles d'externalisation », les auteurs constatent que 22 % des jeunes présentent des scores « élevé » ou « très élevé » (cf. Figure 12). En revanche, ils n'observent pas de différence significative entre les filles et les garçons.



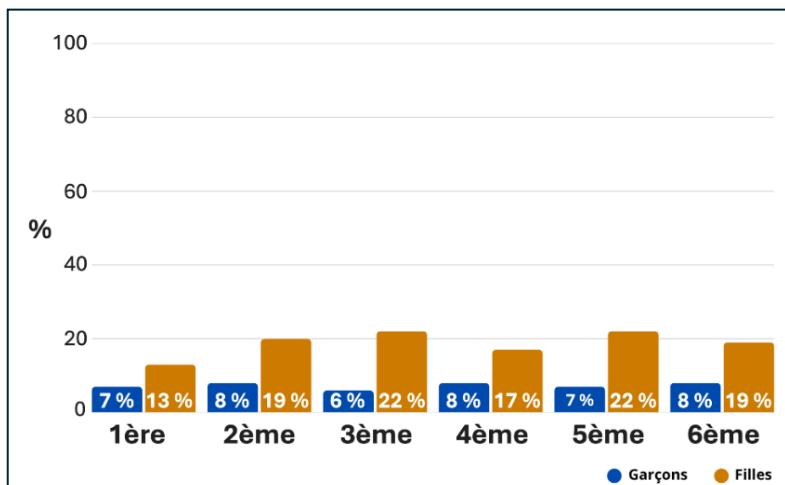
**Figure 12 – Représentation des scores à l'échelle « Troubles d'externalisation » du SDQ chez les élèves du secondaire en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles du secondaire dont le score à l'échelle « Troubles d'externalisation » du SDQ est qualifié de « normal », « légèrement élevé », « élevé » et « très élevé » (Figure basée sur les résultats de l'étude de l'OEAJ (2025)).

## 6.6. Troubles du comportement alimentaire

La question des troubles du comportement alimentaire (TCA) est une thématique largement discutée dans la littérature scientifique, notamment lorsqu'il s'agit de parler de la santé mentale des adolescent·e·s (e.g., Coret et al., 2024; Paris & Isnard, 2024). Toutefois, il n'existe pas de données précises concernant la prévalence de ces troubles en Wallonie et à Bruxelles, du moins lorsqu'il s'agit de prendre en compte uniquement les diagnostics établis sur la base d'une classification internationale telle que celle du DSM-5<sup>6</sup>. En revanche, des données récentes sont disponibles lorsque l'on parle de suspicion de TCA. L'étude HBSC a exploré cette thématique pour la première fois en 2022 (SIPES-ULB, 2024), en recourant à la version à sept items du « *Eating Attitudes Test* » (Björnelv et

<sup>6</sup> Le DSM-5 est la version la plus récente du « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » élaborée et publiée par l'« American Psychiatric Association », une classification des troubles psychiatriques et psychiques.

al., 2002). Les résultats indiquent que 12,9 % des élèves de l'enseignement secondaire en Wallonie et à Bruxelles présentent un risque de TCA. Une différence significative entre les filles et les garçons a également été observée. Les filles apparaissent près de trois fois plus nombreuses à présenter un risque (18,8 % contre 7,2 %). Cette tendance se maintient de la deuxième à la sixième secondaire (cf. Figure 13). Une étude plus récente menée par Sciensano confirme ces constats à l'échelle de la population belge. En utilisant un autre outil d'évaluation, le « SCOFF » (Morgan et al., 1999), elle rapporte des résultats similaires (Sciensano, 2024). Selon cette recherche, 7 % des garçons et 18 % des filles âgé·e·s de 10 à 17 ans présenteraient une suspicion de TCA.



**Figure 13 – Le risque de troubles du comportement alimentaire des adolescent·e·s en FWB.** Pourcentage de garçons et de filles par année scolaire dont les résultats au test EAT indique un risque de TCA (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB (2024)).

## 6.7. Troubles du spectre de l'autisme

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ne relèvent pas directement de la santé mentale. Néanmoins, comme le souligne le Conseil Supérieur de la Santé (2025) dans un avis récent relatif à la santé mentale des jeunes enfants, les troubles du neurodéveloppement, dont font partie les TSA, constituent des conditions d'adversité pour les enfants concernés, adversités pouvant être handicapantes et engendrer des conséquences négatives (e.g., échecs répétés, orientation vers l'enseignement spécialisé, sentiment d'exclusion...). Il apparaît dès lors pertinent de les intégrer dans les réflexions autour des problématiques de santé mentale des enfants.

Les TSA comptent parmi les problématiques en lien avec la santé mentale les plus fréquemment diagnostiquées chez les enfants en Belgique (SPF Santé publique, 2023). Il existe de grandes disparités dans l'estimation de la prévalence des TSA au niveau mondial. En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) rapportait en 2013 une prévalence d'environ 100 cas pour 15 000 habitants (Conseil Supérieur de la Santé, 2013). Des données plus récentes issues d'une review de la littérature scientifique avancent une médiane de 100 cas pour 10 000 (soit 1 %) à l'échelle mondiale (Zeidan et al., 2022). Les résultats de cette recherche démontrent également que la prévalence des TSA a été en augmentation ces 10-12 dernières années. Les auteurs avancent plusieurs explications,

notamment l'intensification de la sensibilisation sur le sujet et les réponses de politiques publiques, mais aussi les progrès réalisés dans l'identification et le diagnostic des cas.

En 2013, un rapport du CSS soulignait qu'en Belgique, les centres de référence créés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour poser le diagnostic de TSA rencontraient d'importantes difficultés à remplir leur mission dans des délais raisonnables (Conseil Supérieur de la Santé, 2013). Le rapport ajoutait qu'une fois le diagnostic établi, les familles se heurtaient également à la complexité du parcours de prise en charge, qui relève de plusieurs niveaux d'autorité (fédéral, communautés, régions) et de différents secteurs (petite enfance, handicap, santé, enseignement, etc.). Ainsi, en 2013, les délais d'attente pour obtenir un diagnostic et accéder à une prise en charge variaient selon les centres, mais s'étendaient alors déjà souvent sur plusieurs mois. En Belgique francophone, la situation semble s'être aggravée au cours des dix dernières années. A titre d'exemple, le Centre d'Evaluation Autisme Namur (CEAN), un des 5 centres de référence pour le diagnostic de l'autisme, rapporte qu'il faut attendre entre neuf mois et un an et demi pour avoir un premier rendez-vous (Bordecq, 2024). Belgique Autisme, un groupement d'associations actives du secteur, rapporte que pour un enfant de 11 ans, les familles ont souvent dû effectuer plus de trente démarches auprès d'institutions situées en Wallonie, à Bruxelles et parfois même au Luxembourg, pour accéder à une prise en charge adaptée. Partout, le constat reste identique : absence de places disponibles, manque de dispositifs adaptés et délais d'attente d'un an ou plus (Belgique Autisme, 2025).

## 7. Les données relatives au suicide

En Belgique, le taux de mortalité par suicide s'élevait en 2021 à 14,3 décès pour 100.000 habitants. La tendance observée entre 2003 et 2021 est positive puisqu'en 2003 ce taux atteignait 20,1 décès pour 100.000 habitants. Cependant, le taux belge reste nettement supérieur à la moyenne des 27 pays de l'Union européenne, établie à 10,24 pour 100.000 habitants. Sur la même période, une amélioration est constatée tant en Wallonie (de 25 décès à 17,31 pour 100.000 habitants) qu'à Bruxelles (de 21 décès à 9,81 pour 100.000 habitants), même si cette amélioration n'a pas été d'égale ampleur dans les deux régions (Indicators.be, 2024).

Concernant les jeunes, un rapport de l'AVIQ indiquait que, en 2013, 0,9 % des hommes et 8,3 % des femmes âgées de 15 à 24 ans avaient eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (AVIQ, 2016). Pour cette même tranche d'âge, 0,13 % des hommes et 0,31 % des femmes avaient été hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Toujours selon ce rapport, le suicide représentait, en 2013, la cinquième cause de décès chez les garçons de 1 à 14 ans (soit 4,5 % des décès) et la septième cause chez les filles du même âge (3,1 % des décès). Chez les 15–24 ans, il constituait la première cause de décès chez les hommes (23,8 %) et la deuxième chez les femmes (15,8 %). En Wallonie, les rapports de l'IWEPS relatifs aux causes de mortalité montrent une stabilité apparente du pourcentage de décès dus au suicide chez les jeunes (Iweps, 2018, 2023, 2025a). Entre 2013 et 2015, 19 % des décès des 10–24 ans étaient liés à un suicide.

Ce pourcentage est monté à 21 % en 2020, avant de redescendre à 19 % en 2022. Ces proportions doivent toutefois être interprétées à la lumière du nombre total de décès enregistrés chaque année : en moyenne 192 décès entre 2013 et 2015, contre 159 en 2020 et 154 en 2022. Ainsi, cette stabilité relative correspond en réalité à une légère diminution du nombre de décès par suicide sur la période. Néanmoins, il convient de souligner qu'en 2022, le suicide demeure la première cause de mortalité chez les jeunes femmes de 10 à 24 ans (29 % des décès) et la troisième cause chez les jeunes hommes (15 % des décès).

Il est maintenant important de souligner que si les chiffres des décès par suicide chez les jeunes apparaissent plus ou moins stables depuis 10 ans, ce n'est absolument pas le cas de ceux qui concernent les tentatives de suicide. Une étude récente de Solidaris (2025) s'est penchée sur la question des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide (APTS) en Belgique, et ce, sur une période s'étendant de 2013 à 2024. Les chiffres sont particulièrement interpellants. Premier constat, le nombre d'affilié·e·s Solidaris âgé·e·s de 13 à 24 ans ayant vécu une admission à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide a pratiquement doublé en 10 ans sur l'ensemble du territoire belge, passant de 0,78 % à 1,45 %. On notera en revanche une certaine stabilité pour les enfants de 12 ans et moins. Sur la période 2022-2024, l'étude constate que les jeunes fragilisés socio-économiquement (statut BIM) sont proportionnellement plus nombreux à être concernés par une APTS (3,26% des affiliés avec un statut BIM contre 1,82 % des autres). Cette observation est également faite concernant les jeunes qui vivent dans un foyer monoparental (3,61 % contre 1,6 % dans un foyer non-monoparental). Les filles sont également proportionnellement plus nombreuses à avoir été admises à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide, et ce, quelle que soit la tranche d'âge (cf. Table 5).

Âge	Filles	Garçons
8-10 ans	0,11	0,04
11-13 ans	2,45	0,47
14-16 ans	7,44	1,37
17-19 ans	5,74	1,77
20-22 ans	3,68	2,11
23-25 ans	3,32	1,92
<b>Population Totale</b>	<b>3,63</b>	<b>1,20</b>

**Table 5 – Taux (%) de jeunes affiliés Solidaris avec APTS par tranche d'âge et par sexe sur la période 2022-2024** (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Solidaris (2025)).

En 2023, toujours d'après les données de l'étude de Solidaris (2025), 17 % des jeunes âgés de 8 à 25 ans récidivent après avoir été hospitalisés pour une tentative de suicide, soit un jeune sur six. Par ailleurs, 20 % des jeunes n'ont eu aucun contact avec un médecin généraliste dans les trois mois précédent ou suivant leur hospitalisation. 46 % n'ont eu aucun contact avec un psychiatre dans ce même intervalle. Environ 85 % n'ont eu aucun contact avec un psychologue de première ligne, avant ou après l'hospitalisation. Environ 40% n'ont bénéficié d'aucune prise en charge médicamenteuse, toujours dans cet intervalle de temps. En 2023, 6,23 % des jeunes de 13 à 24 ans hospitalisés pour une tentative de suicide n'ont bénéficié d'aucune prise en

charge, que ce soit avant ou après l'hospitalisation (consultation ambulatoire, médication, admission en hôpital ou service psychiatrique).

Pour conclure, on notera que les chiffres sont tout particulièrement alarmants en Wallonie. En effet, quelle que soit la tranche d'âge entre 8 et 25 ans, le taux de jeunes affiliés Solidaris ayant eu une APTS est largement supérieur à celui observé à Bruxelles et en Flandres (cf. Table 6), cela pour la période 2022-2024.

<b>Âge</b>	<b>Flandres</b>	<b>Bruxelles</b>	<b>Wallonie</b>
8-10 ans	0,02	0,04	0,16
11-13 ans	0,61	0,62	2,72
14-16 ans	2,57	1,86	7,24
17-19 ans	3,36	1,79	4,74
20-22 ans	2,67	2,46	3,27
23-25 ans	2,46	1,34	3,29
<b>Population Totale</b>	<b>1,81</b>	<b>1,27</b>	<b>3,46</b>

**Table 6 – Taux (%) de jeunes affiliés Solidaris avec APTS par tranche d'âge et par région sur la période 2022-2024**  
(Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Solidaris (2025)).



# Données récentes en Wallonie et à Bruxelles relatives à des thématiques associées aux questions de santé mentale

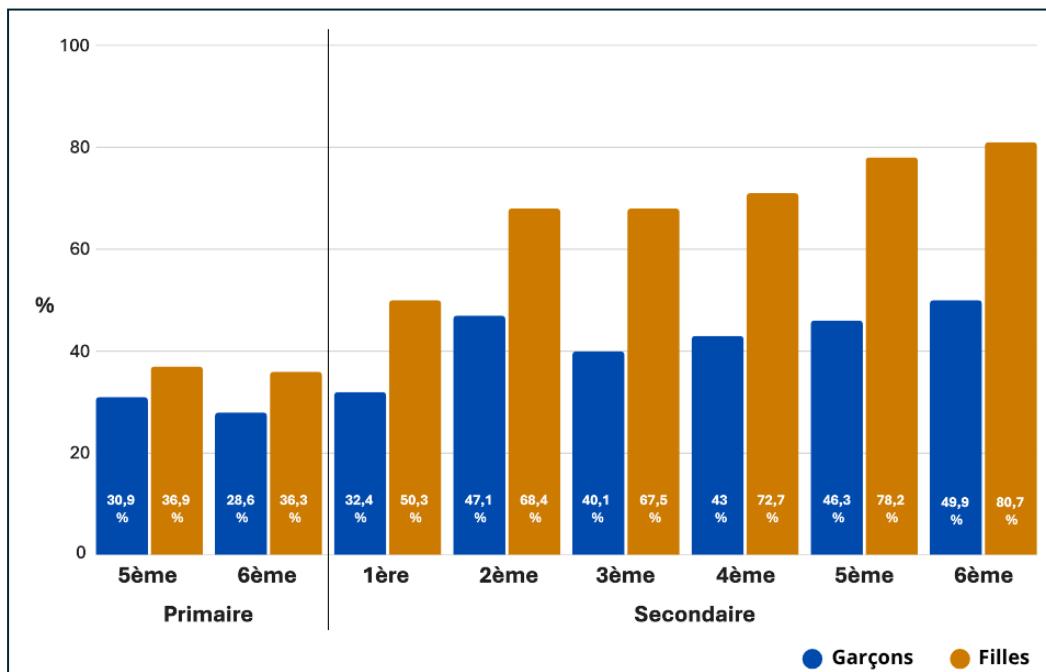
La réalisation d'un état des lieux de la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s nécessite une approche globale, qui dépasse la seule observation des indicateurs cliniques ou psychologiques. En effet, le bien-être psychique des jeunes s'inscrit dans un ensemble complexe d'interactions entre leurs expériences scolaires, leurs relations sociales, leurs comportements de santé ou encore leur environnement numérique et culturel. Ces dimensions, que l'on pourrait qualifiées de déterminants psychosociaux, permettent d'éclairer les conditions dans lesquelles se construisent la santé mentale des jeunes et les déséquilibres qui peuvent l'affecter.

Dans cette perspective, il apparaît essentiel d'examiner des indicateurs complémentaires relatifs à la vie quotidienne des enfants et des adolescent·e·s, tels que le bien-être à l'école, la consommation de substances (alcool, cannabis...), les phénomènes de harcèlement ou encore l'usage des écrans et des réseaux sociaux. Ces thématiques, largement documentées par des enquêtes récentes menées en FWB, offrent un aperçu précieux des contextes dans lesquels s'expriment les difficultés psychologiques et relationnelles des jeunes. L'exploration de ces dimensions vise ainsi à mieux comprendre les dynamiques de risque et de protection qui se jouent tout au long du développement. Elle permet également de situer la santé mentale des jeunes dans une approche intégrée, où les comportements, les environnements éducatifs et les pratiques numériques interagissent étroitement avec les trajectoires individuelles. Enfin, ces données constituent un point d'articulation avec la section suivante de ce document, consacrée aux indicateurs de recours aux services de santé mentale, et qui abordera les modalités de prise en charge, les soins ambulatoires, les hospitalisations et l'usage de traitements médicamenteux.

## 1. Le bien-être à l'école

L'institution scolaire occupe une place majeure dans le quotidien des jeunes. Le bien-être à l'école constitue un élément central du développement global des enfants et des adolescent·e·s (e.g., Barry et al., 2017). L'environnement scolaire, à travers les relations qui s'y tissent, les pratiques pédagogiques et le sentiment d'appartenance, exerce une influence déterminante sur la santé mentale des jeunes. Il est clairement établi aujourd'hui que promouvoir le bien-être des jeunes à l'école, tant sur le plan émotionnel que social, est un déterminant important de leur développement permettant d'obtenir des résultats positifs à l'école, plus tard au travail, et dans la vie de manière plus générale (Délégué général aux droits de l'enfant, 2025; OCDE, 2015, 2025).

Depuis 15 ans, un fait apparaît particulièrement établi, les enfants et les adolescent·e·s sont de plus en plus stressé·e·s par le travail scolaire. En effet, l'étude HBSC démontre que tant en primaire qu'en secondaire, le niveau de stress des élèves a évolué négativement de manière particulièrement significative. Ainsi, en 2010, 17 % des élèves de primaire et 26,8 % des élèves de secondaire se déclaraient stressés par le travail scolaire. En 2022, ils sont respectivement 32,8 % et 58,6 % (SIPES-ULB, 2024). Cette évolution apparaît tout particulièrement marquée chez les jeunes filles, avec une augmentation saisissante au cours de la scolarité de la proportion d'entre elles se déclarant stressées (cf. Figure 14).



**Figure 14 – Proportion d'enfants et d'adolescent·e·s stressé·e·s par le travail scolaire en FWB.**

Pourcentage de garçons et de filles par année scolaire stressé·e·s par le travail scolaire (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB, (2024)).

A l'échelle internationale, on constate que les jeunes belges francophones sont plus souvent stressé·e·s par le travail scolaire que la moyenne observée dans les 44 pays ayant participé à l'enquête HBSC de 2022, et ce, quel que soit l'âge et particulièrement chez les filles. Ce constat est également vrai si l'on effectue la comparaison spécifiquement avec les jeunes flamand·e·s (cf. Table 7 ; Badura et al. (2024)).

Stress scolaire	11 ans		13 ans		15 ans	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
HBSC (44 pays)	29	32	40	53	43	62
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>61</b>	<b>46</b>	<b>69</b>
Belgique (néerlandophone)	23	23	37	46	43	63

**Table 7 – Comparaison internationale du stress lié au travail à l'école.** Comparaison du pourcentage moyen de filles (♀) et de garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans déclarant se sentir stressé·e·s par le travail scolaire dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec les pourcentages observés en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de (Badura et al., 2024)).

L'enquête « OASE 7 - Climat scolaire et bien-être » menée par la FWB dans le cadre du « Pacte pour un Enseignement d'excellence » s'est, elle, penchée sur le niveau de satisfaction des élèves du primaire et du secondaire à propos de leur école, de leurs enseignants et de leurs relations sociales (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2024). Dans ce contexte, les élèves ont notamment été invités à se prononcer sur le soutien émotionnel qu'ils estiment recevoir de la part des équipes éducatives. Dans l'enseignement primaire, 90 % des élèves déclarent que les adultes de leur école « font tout leur possible » pour les aider à apprendre. Toutefois, environ 20 % estiment que ces adultes ont tendance à les laisser se débrouiller seuls face à leurs difficultés. Globalement, l'indicateur de soutien émotionnel<sup>7</sup> calculé dans cette étude atteint 7,6 sur 10 dans le primaire. Dans l'enseignement secondaire, 75 % des élèves considèrent que les adultes de leur école « font tout leur possible » pour les aider à apprendre, tandis que près de 30 % se disent « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'affirmation selon laquelle les adultes les laissent se débrouiller seuls lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Autrement dit, les résultats demeurent positifs en secondaire, mais dans une moindre mesure que dans le primaire : l'indicateur de soutien émotionnel s'élève ici à 6,1 sur 10. Dans un second temps, les élèves ont aussi été invités à exprimer leur niveau de satisfaction scolaire, mesurée à travers quatre domaines : les relations avec les pairs, les relations avec les enseignants, les apprentissages et l'école en général. Chez les élèves du primaire, plus de 80 % se déclarent satisfaits de leur école, de leurs relations avec les autres élèves et leurs enseignants, ainsi que de leurs apprentissages, sans différences notables entre ces dimensions. L'indicateur global de satisfaction scolaire<sup>8</sup> calculé dans cette étude s'élève ainsi à 7,7 sur 10 dans le primaire. Chez les élèves du secondaire, les résultats apparaissent plus contrastés. Si la majorité demeure globalement satisfaite de sa situation scolaire, des écarts se dégagent selon les domaines. Plus de huit élèves sur dix (82 %) se disent satisfaits de leurs relations avec leurs pairs ou leurs enseignants, plus de 70% se disent satisfaits de leur école, mais seulement 64 % se déclarent satisfaits de leurs apprentissages. L'indice global de satisfaction scolaire atteint ici 6,6 sur 10.

Les résultats de l'enquête « OASE 7 » mettent en évidence un niveau globalement satisfaisant de bien-être et de soutien émotionnel perçu par les élèves, mais révèlent également une tendance à la baisse de ces indicateurs au passage vers le secondaire. Cette évolution peut interroger sur le rapport que les adolescent·e·s entretiennent à l'école et au sens des apprentissages. Cette diminution du sentiment de soutien et de satisfaction scolaire pourrait constituer un facteur de vulnérabilité chez certains jeunes, pouvant notamment fragiliser l'engagement scolaire. L'augmentation du niveau de stress au cours de la scolarité en est un autre. Dans cette perspective, la question du décrochage scolaire, et par extension de l'abandon scolaire, apparaît comme une problématique importante à aborder au regard des données actuellement disponibles. A ce sujet, fin 2024, un communiqué de presse conjoint de FAPEO, de la Ligue des Familles

<sup>7</sup> L'indicateur de soutien émotionnel se rapporte « à la perception qu'ont les élèves que les adultes (l'équipe éducative) se soucient d'eux, s'intéressent à ce qu'ils vivent, sont disponibles pour leur apporter de l'aide en cas de besoin et sont attentifs à prendre en compte leur point de vue » (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2024).

<sup>8</sup> L'indicateur de satisfaction global se rapporte à quatre domaines de satisfaction : satisfaction vis-à-vis des pairs, vis-à-vis des enseignants, concernant les apprentissages et l'école en général (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2024).

et du Délégué Général aux Droits de l'Enfant alertait sur l'augmentation significative du nombre d'élèves en décrochage scolaire ces dernières années. En effet, entre 2020 et 2024, le nombre de jeune en décrochage, c'est-à-dire ayant eu une absence injustifiée de longue durée (9 demi-jours à minima), est passé de 50.000 à 93.000 (+ 86 %). Cela concerne ainsi 13 % des jeunes francophones scolarisés en 2023-24. Ce chiffre grimpe à 24,9 % dans l'enseignement spécialisé et 33 % pour les élèves du secondaire (e.g., La Ligue des Familles, 2024). Cette évolution suggère clairement une augmentation du nombre de jeunes rencontrant des difficultés (mentales, familiales, sociales...). En ce sens, les données relatives aux jeunes « *Neither in Employment nor in Education or Training* » (NEET) de 15 à 29 ans en Wallonie et à Bruxelles sont aussi interpellants. En 2024, ils représentent 13,1 % des jeunes, ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 9,9 % (STATBEL, 2025). Il n'existe pas de données sur les besoins spécifiques de ces jeunes en matière de soins en santé mentale en Belgique.

## 2. La consommation d'alcool et de cannabis

Il est aujourd'hui clairement établi que la précocité de la consommation d'alcool constitue l'un des facteurs de risque les plus prédictifs de la survenue ultérieure de troubles et de problèmes liés à l'usage non seulement d'alcool, mais également d'autres substances psychoactives (Bailly, 2016). De plus, il a été montré que les enfants de 11-12 ans qui consomment régulièrement de l'alcool rapportent plus fréquemment que leurs pairs des difficultés relationnelles et d'adaptation sociale, une insatisfaction à l'égard de leur vie actuelle, ainsi qu'un manque de confiance en eux. Ces jeunes expriment également plus souvent un sentiment de déprime et un attrait marqué pour les conduites à risque, traduisant une vulnérabilité psychosociale plus importante (Bailly et al., 2015). L'association entre la consommation de cannabis et la santé mentale des jeunes a elle aussi fait l'objet de nombreuses recherches. A titre d'exemple, différents travaux mettent en évidence une forte corrélation entre la consommation quotidienne de cannabis et la dépression chez les adolescent·e·s et les jeunes adultes (Grant & Bélanger, 2017). Ces constats soulignent l'importance de pouvoir monitorer régulièrement les habitudes de consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes, afin d'en suivre l'évolution au fil des années et de mieux orienter les actions de prévention et de promotion de la santé.

L'étude HBSC (SIPES-ULB, 2024) rapporte que 66 % des élèves scolarisés à Bruxelles et en Wallonie déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours du mois précédent l'enquête. 34% déclarent en revanche en avoir consommé au moins un jour. Les jeunes sont ainsi 14,5 % à déclarer avoir bu un à deux jours sur le mois, 8 % trois à cinq jours, 5,4 % six à neuf jours, 3,8 % dix à dix-neuf jours, 1,2 % vingt à vingt-neuf jours, et 1,1 % rapportent avoir consommé de l'alcool chaque jour du mois. La proportion de filles (34,1 %) et de garçons (33,9 %) ayant consommé de l'alcool au moins un jour au cours du mois apparaît comparable. L'âge ne semble pas avoir d'effet sur cet équilibre entre les garçons et les filles. Cependant, la consommation d'alcool varie selon le degré scolaire. Elle est plus élevée dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire que dans le 1<sup>er</sup> degré, elle-même supérieure à celle des élèves de 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> primaire. Ainsi, la recherche rapporte que 94 % des enfants du primaire, 81,6 % des adolescent·e·s du 1<sup>er</sup> degré du

secondaire et 46,2 % de ceux des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés n'ont jamais consommé sur le mois précédent l'enquête. Dans le 1<sup>er</sup> degré du secondaire, ils sont 6,1% à avoir consommé au moins 3 à 5 jours sur le mois et 33,8 % dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés. On notera que la proportion de jeunes de 11 ans déclarant avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois se situe dans la moyenne des 44 pays ayant participé à l'enquête HBSC 2022, mais qu'elle est légèrement supérieure à la moyenne chez les jeunes de 13 et 15 ans (Charrier et al., 2024).

En ce qui concerne la consommation de cannabis, l'enquête HBSC rapporte que 76,2 % des élèves des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire déclarent ne jamais en avoir consommé au cours de leur vie (SIPES-ULB, 2024). Ils sont 8,5 % à en avoir consommé entre un et deux jours, 8 % entre trois et vingt-neuf jours, et 7,2 % trente jours ou plus. La proportion d'élèves ayant expérimenté le cannabis au moins une fois varie selon le type d'enseignement : elle est plus faible dans l'enseignement général et technique de transition (19,4 %) que dans l'enseignement technique de qualification (33,1 %) ou professionnel (25,5 %). Il n'est pas observé de différence notable entre la proportion de filles (21,7 %) et de garçons (25,8 %) ayant expérimenté le cannabis, cela quelle que soit l'année scolaire. Notons finalement que la proportion de jeunes francophones de 15 ans à avoir déjà consommé du cannabis est dans la moyenne de ce qui est observé dans les autres pays ayant participé à l'enquête HBSC 2022 (Charrier et al., 2024). La recherche du groupe SIPES-ULB s'est aussi intéressée à la consommation de ces jeunes au cours du mois écoulé. Si 88,9 % de ceux-ci déclarent ne pas avoir consommé de cannabis au cours du dernier mois, ils sont 4,6 % à rapporter un à deux jours de consommation, 1,8 % trois à cinq jours, 0,9 % six à neuf jours, 1,1 % dix à dix-neuf jours, 0,6 % vingt à vingt-neuf jours et 2 % plus de trente jours. Les enfants du primaire et du 1<sup>er</sup> cycle du secondaire n'ont pas été interrogés à ce sujet.

### **3. Le harcèlement**

En préambule, il est intéressant de souligner que Chester et al. (2015) relevaient une tendance générale à la diminution des phénomènes de harcèlement entre élèves entre 2000 et 2010 dans les pays occidentaux. Cette observation contraste avec l'impression actuelle d'une augmentation du phénomène, sans doute amplifiée par une médiatisation accrue depuis une quinzaine d'années et par l'émergence du cyberharcèlement dans le débat public (Galand, 2021). En fait, il est toujours aujourd'hui difficile d'évaluer l'ampleur de la problématique. Les taux de prévalence du harcèlement varient fortement d'une étude à l'autre, oscillant généralement entre 10 % et 30 % de jeunes impliqués, selon les critères retenus par chaque recherche (e.g., Modecki et al., 2014). Les enquêtes de victimisation, où les élèves déclarent les situations de harcèlement dont ils ont été victimes, mettent en évidence une diminution progressive de la prévalence entre 8 et 16 ans (e.g., Smith et al., 1999). Cette diminution avec l'âge s'accompagne d'une transformation des formes de violence auxquelles les élèves sont exposés. Ainsi, on observe une diminution des violences physiques parallèlement à une hausse (suivie d'un recul) des violences relationnelles, ainsi que l'émergence des cyberviolences chez les adolescent·e·s plus âgés (Finkelhor et al., 2015). Globalement, les recherches tendent à

démontrer qu'à mesure que les jeunes avancent en âge, la proportion d'élèves directement impliqués dans des situations de harcèlement diminue progressivement (Zych et al., 2020).

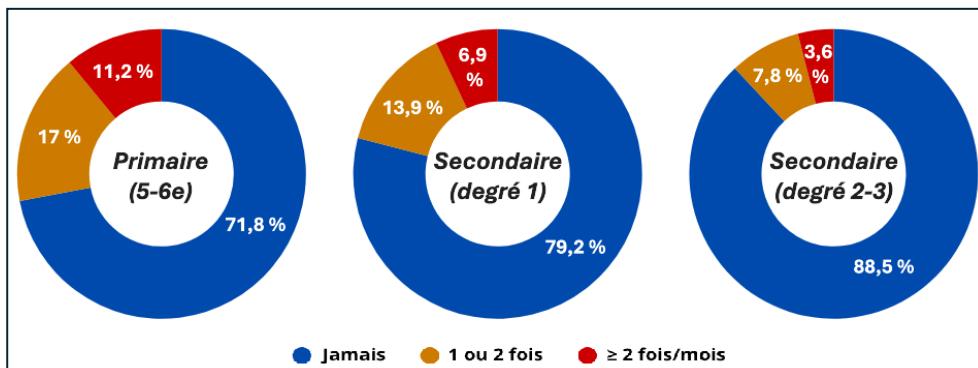
Le harcèlement durant l'enfance et l'adolescence peut prendre différentes formes : physique, verbale, psychologique voire numérique avec l'apparition du cyberharcèlement. Les recherches démontrent d'ailleurs que les auteurs de harcèlement recourent à une diversité de comportements d'agression plutôt que de se spécialiser dans une forme spécifique (Olivier et al., 2022). L'exposition au harcèlement a des conséquences délétères sur la santé mentale des jeunes, augmentant le risque de troubles anxieux, de dépression, d'automutilation et de pensées suicidaires (Moore et al., 2017). A ce titre, il est important de souligner qu'il existe différentes manières d'être exposé au harcèlement. La plupart des représentations théoriques traitant de l'implication des jeunes dans des situations d'agression entre pairs supposent l'existence de quatre profils d'élèves : les élèves non impliqués, les victimes, les agresseurs et les victimes-agresseurs (e.g., Salmivalli & Nieminen, 2002; Solberg & Olweus, 2003). Selon une méta-analyse publiée en 2023, le risque de dépression chez les enfants et adolescent-e-s victimes de harcèlement serait 2,77 fois plus élevé que chez celles et ceux qui ne sont pas harcelé-e-s (Ye et al., 2023). Cette méta-analyse montre également que les jeunes auteurs de harcèlement ont 1,73 fois plus de chance de développer une dépression que les jeunes non-impliqués. Ce chiffre monte à 3,19 fois plus de chance pour les jeunes « victimes-agresseurs », c'est-à-dire les jeunes ayant été victime et auteur de harcèlement.

L'ensemble de ces données doit nous sensibiliser sur l'importance de traiter la thématique du harcèlement chez les jeunes lorsque l'on aborde la question de leur santé mentale à l'échelle sociétale, cela sans être uniquement concentré sur les jeunes victimes de harcèlement, mais aussi sur ceux qui en sont auteurs.

### 3.1. Harcèlement à l'école

L'enquête HBSC nous apprend que 82,4 % des jeunes interrogés en FWB déclarent ne pas avoir subi de harcèlement à l'école au cours des deux derniers mois (SIPES-ULB, 2024). La recherche montre également que 11,4 % des répondants rapportent avoir été harcelés une ou deux fois par mois au cours des deux derniers mois, 2,6 % deux ou trois fois, 1,3 % environ une fois par semaine et 2,2 % plusieurs fois par semaine. Il est intéressant de constater que les proportions d'élèves se déclarant harcelés à minima une ou deux fois par mois diminuent au cours de la scolarité (cf. Figure 15). Ainsi, ils sont 29,2 % à le déclarer en 5-6<sup>ème</sup> primaire, 20,8 % dans le 1<sup>er</sup> degré secondaire et 11,4 % dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire. On notera qu'il n'y a pas de différence notable entre ce que déclarent les filles et les garçons, cela quelle que soit l'année scolaire. En moyenne, 6,5 % des filles et 5,8 % des garçons déclarent subir du harcèlement à l'école. On note chez les filles comme chez les garçons une diminution avec l'âge de la proportion de jeunes déclarant être victime de harcèlement à l'école. La recherche montre également que 1,2 % des élèves se déclarent à la fois victimes et auteurs de harcèlement. Cette

proportion est plus élevée chez les élèves de primaire (2,4 %) que chez ceux du 1<sup>er</sup> degré de l'enseignement secondaire (1,0 %) ou des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés (0,8 %).



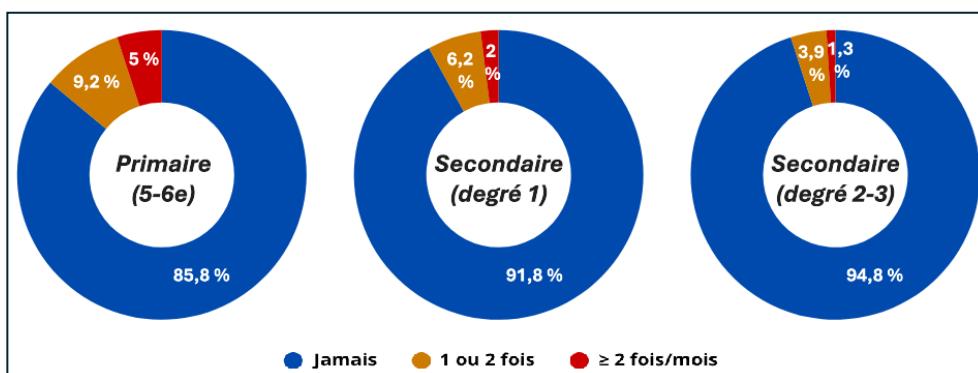
**Figure 15 – Victimes de harcèlement à l'école chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB.** Pourcentage d'enfants et d'adolescent-e-s du primaire et du secondaire se déclarant victime de harcèlement à l'école « une à deux fois par mois » ou « plus de 2 fois par mois » au cours des deux derniers mois (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB (2024)).

Si l'on compare les chiffres du harcèlement à l'école en Belgique francophone avec ceux des autres pays ayant participé à l'étude HBSC 2022, les résultats présentés ci-dessus apparaissent sous la moyenne de ce qui peut être observé ailleurs (cf. Table 8 ; Cosma, Molcho, et al. (2024)). Cela semble tout particulièrement vrai à l'âge de 15 ans.

<b>Victime de harcèlement</b>	<b>11 ans</b>		<b>13 ans</b>		<b>15 ans</b>	
	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>
HBSC (44 pays)	13	12	12	12	9	8
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Belgique (néerlandophone)	11	14	8	8	8	6

**Table 8 – Comparaison internationale de la proportion de jeunes harcelé·e·s à l'école.** Comparaison du pourcentage moyen de filles (♀) et de garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans déclarant avoir été harcelé·e·s à l'école au moins 2-3 fois par mois dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec les pourcentages observés en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Cosma, Molcho, et al. (2024)).

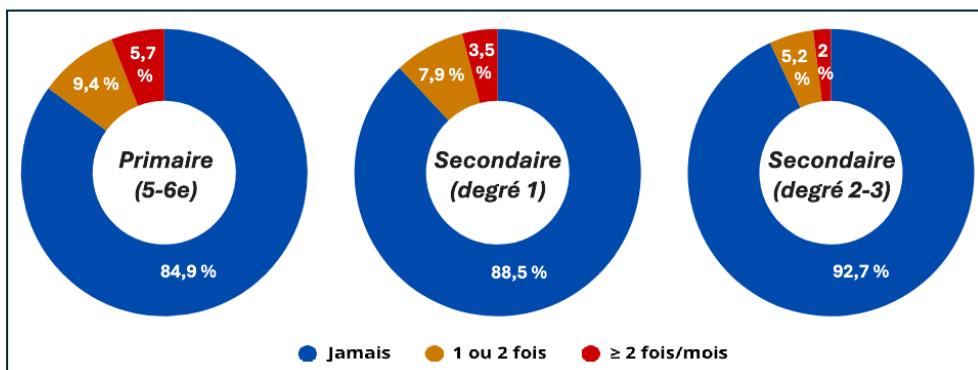
L'enquête HBSC s'est également penchée sur la question des auteurs de harcèlement à l'école. Les jeunes ont ainsi été interrogés afin de déterminer la proportion d'entre eux s'estimant auteur de harcèlement. Il apparaît que 92% des enfants et adolescent-e-s questionné-e-s déclarent ne pas avoir été auteurs de harcèlement à l'école au cours des deux derniers mois. Parallèlement, 5,7 % des élèves rapportent avoir harcelé un autre élève une ou deux fois par mois, 1,1 % deux ou trois fois, 0,5 % à peu près une fois par semaine et 0,8 % plusieurs fois par semaine. On constate que la proportion d'élèves se déclarant auteur de harcèlement à minima une ou deux fois par mois diminue au cours de la scolarité (cf. Figure 16). Ainsi, ils sont 14,2 % à le déclarer en 5-6<sup>ème</sup> primaire, 8,2 % dans le 1<sup>er</sup> degré secondaire et 5,2 % dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire. Notons que les garçons apparaissent proportionnellement deux fois plus nombreux à se déclarer auteurs de harcèlement (3,1% contre 1,6% chez les filles).



**Figure 16 – Auteurs de harcèlement à l'école chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB.** Pourcentage d'enfants et d'adolescent-e-s du primaire et du secondaire se déclarant auteur de harcèlement à l'école « une à deux fois par mois » ou « plus de deux fois par mois » au cours de deux derniers mois (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB (2024)).

### 3.2. Cyberharcèlement

L'enquête HBSC nous apprend que 89,9 % des jeunes interrogés déclarent ne pas avoir subi de cyberharcèlement au cours des deux derniers mois. La recherche montre également que 6,8 % des répondants rapportent avoir été cyberharcelés une ou deux fois par mois au cours des deux derniers mois, 1,6% deux ou trois fois, 0,6 % environ une fois par semaine et 1 % plusieurs fois par semaine. Il est intéressant de constater que les proportions d'élèves se déclarant harcelés à minima une ou deux fois par mois diminuent au cours de la scolarité (cf. Figure 17). Ainsi, ils sont 15,1 % à le déclarer en 5-6<sup>ème</sup> primaire, 11,4 % dans le 1<sup>er</sup> degré secondaire et 7,2 % dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire. Notons que les filles sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer subir du cyberharcèlement (11,7 % contre 8,5 % chez les garçons). Cette disparité est principalement observée en 6<sup>ème</sup> primaire et en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> secondaire. De la même manière que pour le harcèlement à l'école, la proportion d'élèves se déclarant cyberharcelés diminue avec l'âge, et ce, quel que soit le genre.



**Figure 17 – Victimes de cyberharcèlement chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB.** Pourcentage d'enfants et d'adolescent-e-s du primaire et du secondaire se déclarant victime de cyberharcèlement « une à deux fois par mois » ou « plus de deux fois par mois » au cours de deux derniers mois (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB (2024)).

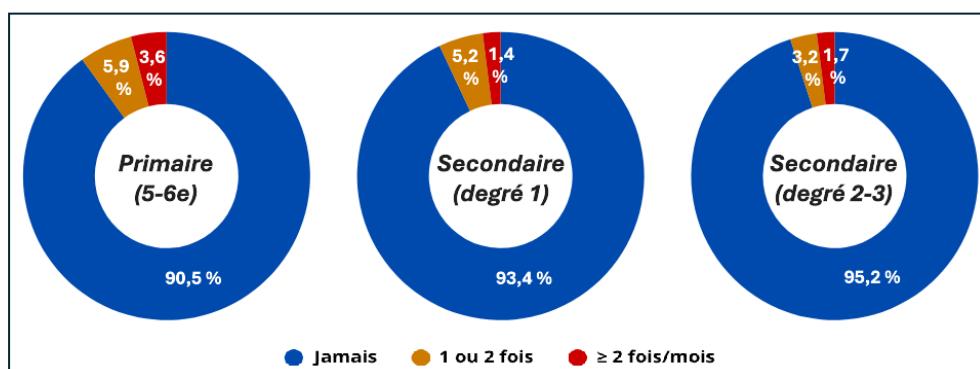
Il est intéressant de constater que ces résultats sont en partie corroborés par d'autres études. Par exemple, l'étude « Génération 24 » réalisée par l'ASBL Média Animation (en partenariat avec le Conseil Supérieur de l'Education aux Médias de la FWB) a montré qu'environ 15 % des jeunes déclarent avoir été harcelés en ligne de façon répétée au

cours de l'année (40 % déclarent en avoir été témoins). L'étude montre également que les auteurs sont généralement des personnes que les victimes connaissent (Asbl Média Animation, 2024). Si l'on compare les chiffres du cyberharcèlement chez les jeunes en Belgique francophone avec ceux des autres pays ayant participé à l'étude HBSC 2022, les résultats présentés ci-dessus apparaissent sous la moyenne de ce qui peut être observé ailleurs (cf. Table 9 ; Cosma, Molcho, et al. (2024)). Cela semble tout particulièrement vrai à l'âge de 13 ans.

<b>Victime de cyberharcèlement</b>	<b>11 ans</b>		<b>13 ans</b>		<b>15 ans</b>	
	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>	<b>♀</b>
HBSC (44 pays)	16	16	15	18	14	14
<b>Belgique (francophone)</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>10</b>
Belgique (néerlandophone)	12	18	10	15	10	14

**Table 9 – Comparaison internationale de la proportion de jeunes cyberharcelé·e·s.** Comparaison du pourcentage moyen de filles (♀) et de garçons (♂) de 11, 13 et 15 ans déclarant avoir été cyberharcelé·e·s au moins 2-3 fois par mois dans 44 pays ayant pris part à l'enquête HBSC 2022 avec les pourcentages observés en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone (Table réalisée sur base des résultats de l'étude de Cosma, Molcho, et al. (2024)).

L'enquête HBSC s'est également penchée sur la question des auteurs de cyberharcèlement. Les enfants et adolescent·e·s ont ainsi été interrogé·e·s afin de déterminer la proportion d'entre eux s'estimant auteurs de cyberharcèlement. Il apparaît que 93,7 % des enfants et adolescent·e·s questionné·e·s déclarent ne pas avoir été auteurs de harcèlement en ligne au cours des deux derniers mois. Parallèlement, 4,3 % des élèves rapportent avoir harcelé un autre élève une ou deux fois par mois, 0,8 % deux ou trois fois, 0,5 % à peu près une fois par semaine et 0,7 % plusieurs fois par semaine. On constate que la proportion d'élèves se déclarant auteurs de cyberharcèlement à minima une ou deux fois par mois diminue au cours de la scolarité (cf. Figure 18). Ainsi, ils sont 9,5 % à le déclarer en 5-6<sup>ème</sup> primaire, 6,6 % dans le 1<sup>er</sup> degré secondaire et 4,9 % dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés du secondaire. Notons que la proportion de garçons et de filles à se déclarer auteurs de cyberharcèlement est similaire (6,9 % des garçons et 5,8 % des filles), cela quelle que soit l'année scolaire. On observe chez les filles comme chez les garçons une diminution avec l'âge de la proportion de jeunes déclarant être auteur de cyberharcèlement.

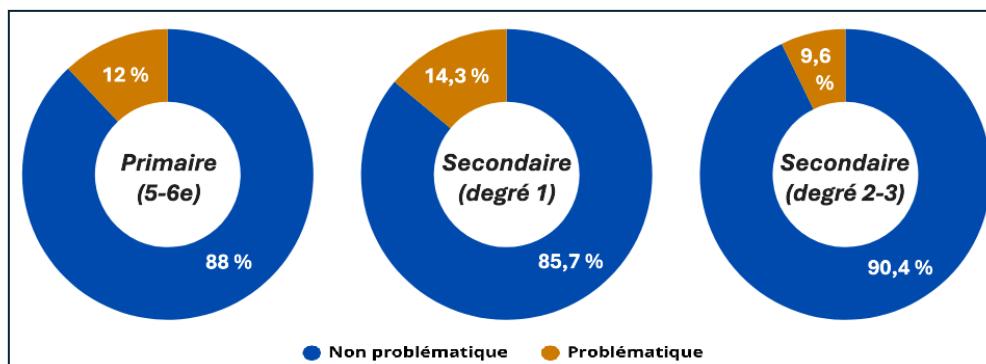


**Figure 18 – Auteurs de cyberharcèlement chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB.** Pourcentage d'enfants et d'adolescent·e·s du primaire et du secondaire se déclarant auteur de cyberharcèlement « une à deux fois par mois » ou « plus de deux fois par mois » au cours de deux derniers mois (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB (2024)).

## 4. L'usage des écrans et des réseaux sociaux

L'utilisation des écrans, et en particulier des réseaux sociaux, constitue aujourd'hui l'un des sujets les plus débattus dans l'espace public, notamment lorsqu'il est question du bien-être et de la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s. Il est intéressant de constater qu'à l'heure actuelle, la littérature scientifique consacrée à ce sujet présente des résultats relativement contrastés, ce qui conduit les revues de la littérature à faire preuve d'une grande prudence lorsqu'il s'agit de conclure quant aux effets potentiellement bénéfiques ou délétères des usages. Ainsi, par exemple, une *umbrella review* de Sala et al. (2024) avance que la relation entre l'utilisation des médias sociaux et la santé mentale des adolescent·e·s se caractérise par une grande complexité, celle-ci étant modulée à la fois par des facteurs individuels (démographiques et psychosociaux), par le type d'usage des réseaux, ainsi que par le contenu et la conception des plateformes.

Dans le cadre de l'étude HBSC, la question de l'usage des réseaux sociaux par les jeunes a été investiguée (SIPES-ULB, 2024). Ainsi, un indice d'usage problématique a été mesuré à l'aide de la « *Social Media Disorder Scale* » (échelle SMD), une échelle aux propriétés psychométriques consistantes (Vandendorren et al., 2021). De manière globale, les résultats mettent en évidence que la proportion de jeunes ayant un usage problématique des réseaux sociaux tend à décroître durant l'adolescence, mais est relativement équivalente entre les élèves de primaire et ceux du 1<sup>er</sup> degré du secondaire (cf. Figure 19).



**Figure 19 – Utilisation problématique des réseaux sociaux chez les élèves du primaire et du secondaire en FWB.** Pourcentage d'enfants et d'adolescent·e·s du primaire et du secondaire présentant un usage des réseaux sociaux qualifiés de problématique par l'échelle SMD (Figure basée sur les résultats et représentations graphiques communiqués par le groupe SIPES-ULB (2024)).

De plus, les résultats montrent qu'une part non négligeable des jeunes présente des signes de dépendance comportementale, c'est-à-dire des difficultés à réduire le temps passé en ligne, un sentiment de manque lors des périodes sans connexion et/ou une perte de contrôle sur l'usage. Néanmoins, il semble important de rappeler que ces données restent limitées en termes d'interprétations pouvant en être faites. Ces mesures mériteraient d'être affinées à minima en les mettant en perspective avec le temps d'écran, le type de plateforme utilisée et la qualité des usages, mais aussi au regard d'informations d'ordre socio-démographique et psychosociale. Pour un regard nuancé

sur l’interaction entre adolescence, média sociaux et santé mentale, nous vous invitons à lire la note n°4 de l’Observatoire « Vies Numériques » du CRÉSaM (Minotte, 2020).

Dans la continuité de cette réflexion sur les pratiques numériques des jeunes, il est intéressant d’élargir le regard à l’usage des écrans dans leur ensemble. Les données de l’enquête « Génération 24 » montrent en effet une évolution notable dans la manière dont les jeunes wallons évaluent leur propre consommation avec le temps (Asbl Média Animation, 2024). Ainsi, plus ils avancent en âge, plus ils sont nombreux à estimer qu’ils passent trop de temps devant les écrans (34 % en 5-6<sup>ème</sup> primaire et 64 % en 5-6<sup>ème</sup> secondaire) et qu’ils y « perdent leur temps » (26 % en 5-6<sup>ème</sup> primaire et 55 % en 5-6<sup>ème</sup> secondaire).

Sur un plan plus théorique, il est important de rappeler que l’usage des écrans, pris dans sa globalité, ne semble pas présenter des effets uniformément négatifs. En ce sens, l'*umbrella review* développée par Sanders et al. (2023) montre que, lorsque des liens significatifs sont observés entre le temps d’écran et certains indicateurs de santé (e.g., la dépression), les tailles d’effet restent systématiquement faibles. Par ailleurs, la littérature souligne aussi que les impacts observés varient selon le type d’usage. Par exemple, si une consommation excessive de télévision peut effectivement être associée à une diminution du bien-être (e.g., Sweetser et al., 2012), ce lien apparaît moins évident pour d’autres pratiques, comme les jeux vidéo, qui peuvent même s’avérer bénéfiques dans certaines conditions (e.g., Li & Atkins, 2004). En résumé, une certaine prudence est nécessaire lorsqu’il s’agit d’interpréter des résultats sur l’usage des écrans ou de formuler des recommandations visant à mitiger les effets potentiellement délétères de ceux-ci. D’autre part, s’agissant plus spécifiquement de l’usage des réseaux sociaux, la littérature met en évidence certaines tendances intéressantes à souligner. Premièrement, les filles semblent investir davantage ces plateformes à des fins relationnelles, ce qui peut leur apporter des bénéfices plus marqués (e.g. soutien social perçu), mais aussi les exposer à davantage d’effets négatifs (McCrae et al., 2017). Deuxièmement, plusieurs travaux montrent que les jeunes adolescent·e·s (entre 10 et 15 ans), en particulier ceux·celles qui utilisent intensivement les réseaux sociaux, présentent une vulnérabilité accrue au développement de symptômes dépressifs et anxieux (Keles et al., 2020; Sarmiento et al., 2020). Cette sensibilité plus élevée serait notamment liée à leurs compétences encore limitées en matière de régulation sociale et émotionnelle (Vidal et al., 2020). Un usage intensif des réseaux sociaux à cet âge est ainsi associé à davantage de détresse émotionnelle et à des difficultés comportementales susceptibles de persister plusieurs années (Bozzola et al., 2022).

Il existe peu d’études à large échelle qui étudient l’influence de l’usage des écrans et des médias sociaux sur la santé mentale des jeunes wallons. L’objectif de cette section n’était évidemment pas de proposer une revue exhaustive de la littérature sur le sujet, d’excellents travaux existent déjà en la matière (Sala et al., 2024; Sanders et al., 2023), mais plutôt de souligner les éléments essentiels à envisager à l’avenir pour traiter de la question. Il apparaît clairement que toute étude ou enquête future menée en Wallonie sur l’usage des écrans et des réseaux sociaux gagnera à tenir compte non seulement des

caractéristiques individuelles des jeunes (âge, sexe, compétences psychosociales, etc.), mais aussi des types d'usages et des plateformes mobilisées. C'est à cette condition que l'on pourra mieux appréhender la diversité des expériences numériques des enfants et des adolescent·e·s, et leur impact sur le bien-être et/ou la santé mentale.

# Recours aux services de soins en santé mentale

L'organisation des soins de santé mentale en Belgique est complexe, notamment car la responsabilité de ce secteur est répartie entre les Communautés, les Régions et l'Etat fédéral (e.g., services de psychiatrie des hôpitaux couverts par l'assurance maladie nationale ; services ambulatoires organisés et financés par les entités fédérées). Conséquemment, certaines difficultés apparaissent au moment d'analyser le recours et/ou l'accessibilité des services de soins de santé mentale, cela notamment en raison de la multitude des sources de données existantes. A ce titre, certaines données suggèrent que l'accessibilité à certains services ne serait pas/plus suffisante. Par exemple, à l'échelle de la Belgique, on dénombrait 1,74 psychiatres pour 10 000 habitants en 2021 et 12,5 psychologues cliniciens agréés (2,5 enregistrés auprès de l'INAMI). Ces chiffres sont à peine plus haut qu'en 2010 en ce qui concerne les psychiatres. Parallèlement, le baromètre « Consommation de soins de santé mentale » de Solidaris (Maron et al., 2022) a montré que pour la même période, une forte hausse des consultations psychiatriques était observée, notamment chez les plus jeunes (e.g., +226,6 % d'augmentation de consultation chez un pédopsychiatre). De la même manière, un rapport du KCE datant de 2019 a mis en évidence l'importante pénurie de psychiatre au sein des « Services de Santé Mentale » (SSM), avec pour conséquence un impact négatif sur les soins spécialisés de longue durée pour les personnes stabilisées après un problème de santé mentale « grave » (Mistiaen et al., 2019). Ces indicateurs mettent en évidence de façon assez nette qu'une augmentation de la demande a été observée sans que les ressources, en l'occurrence le nombre de psychiatres et de pédopsychiatres, n'ait augmenté en parallèle.

Dans cette section, nous souhaitons parcourir les données récentes à disposition concernant le recours aux services de soins en santé mentale par les enfants et les adolescent·e·s. A ce titre, nous aborderons tout d'abord la question de la connaissance qu'ont les jeunes des différentes aides auxquelles ils peuvent avoir recours. Nous traiterons ensuite la question dudit recours en regardant les données chiffrées existantes concernant la prise de médicaments, les consultations de psychologues et les hospitalisations en pédopsychiatrie. Nous terminerons en examinant les informations disponibles issues d'autres services comme ceux de l'Aide à la Jeunesse.

## 1. La connaissance des services d'aide

Le rapport « Santé mentale des jeunes » réalisé par l'OEJAJ a traité la question de la connaissance qu'ont les jeunes des services d'aide à leur disposition en matière de santé mentale (OEJAJ, 2025). La recherche révèle une réalité contrastée entre les élèves du primaire et ceux du secondaire quant à la connaissance et l'usage de ces services. Chez

les plus jeunes ( primaire), la méconnaissance est en fait frappante : 15 % des élèves de primaire ne connaissent absolument aucun service d'aide et, pour les autres, la notoriété de ces dispositifs demeure limitée, aucun ne dépassant le seuil des 50 % de reconnaissance<sup>9</sup>. En moyenne, les enfants identifient 2,5 services parmi la liste proposée, mais leurs représentations de ceux-ci apparaissent parfois floues. Les services les plus fréquemment « connus » des enfants sont les CPMS (44%), l'équipe SOS enfants (37%) et les maisons de jeunes (31%). À l'inverse, les élèves du secondaire se montrent nettement plus au fait de l'existence des structures. Seuls 5 % d'entre eux déclarent n'en connaître aucune et la moyenne s'élève à 3,2 services connus par élève. Le CPMS est le service le mieux connu, avec 87 % de jeunes qui en ont déjà entendu parler, suivi par les maisons de jeunes (62 %) et les centres de planning familial (48%). Il est intéressant de noter que le numéro d'appel 103 n'est connu que de 25% des enfants et des adolescent·e·s, suggérant que ce service bénéficierait sans aucun doute de davantage de visibilité, pourquoi pas via les établissements scolaires.

La recherche de l'OEJAJ s'interroge également sur les freins à la fréquentation de ces services d'aide. Ainsi, il apparaît tout d'abord que 43 % des élèves du primaire et 58 % des élèves du secondaire estiment qu'ils ne pourraient pas contacter l'un de ces services, même s'ils en avaient besoin. Il est d'ailleurs intéressant de noter que parmi les jeunes ayant obtenu un score « critique » au questionnaire SDQ, 60 % estiment qu'ils ne pourraient pas contacter un de ces services et 28 % qu'ils le pourraient mais qu'ils perçoivent un certain nombre de freins. Les freins évoqués sont assez variables. On retrouve néanmoins le plus souvent évoqués la peur ou la honte, le fait de n'avoir confiance en personne, la peur que les parents l'apprennent ou encore le fait de ne pas savoir comment s'y prendre pour entrer en contact avec ces services. On notera que pour la prise de contact, les parents sont en général le moyen principal envisagé. Néanmoins, pour les jeunes du secondaire, des moyens plus autonomes sont plus régulièrement envisagés (téléphone, mail, se rendre directement sur place).

## 2. Le recours aux services de soins en santé mentale

### 2.1. Consommation de médicaments et de soins en ambulatoire

En préambule à cette section, il nous apparaît intéressant de spécifier que l'offre de soins ambulatoire peut se différencier selon qu'elle prend place au sein d'un SSM ou dans un cabinet de psychologue ou de psychiatre. De plus, depuis la mise en place de la convention des soins psychologiques de première ligne en 2021, l'offre ambulatoire se distingue aussi selon deux fonctions<sup>10</sup> : 1) les « Soins Psychologiques de Première Ligne » (SPPL) qui visent une intervention précoce, brève et accessible, pour des difficultés

<sup>9</sup> L'étude de l'OEJAJ a proposé aux répondants une liste de services pour lesquels ils devaient indiquer si ils les connaissaient ou non. Dans cette liste se trouvaient les services suivants : PMS/CPMS, équipe SOS enfants, maison de jeunes, centre/service de santé mentale, le numéro d'appel 103, équipe mobile, centre de planning familial, AMO.

<sup>10</sup> Depuis avril 2024, trois nouvelles fonctions remplacent celles citées ci-dessus, à savoir les interventions communautaires, le soutien psychologique de première ligne et le traitement psychologique de première ligne. Dans le cadre du présent rapport, nous conserverons les appellations utilisées dans le texte principal, afin de rester cohérents avec les données présentées. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site de l'INAMI : « [Vos soins psychologiques de 1re ligne : remboursés via les réseaux de santé mentale | INAMI](#) ».

psychiques légères à modérées ; 2) les « Soins Psychologiques Spécialisés » (SPS) qui s'adressent à des problématiques psychiques plus complexes, sévères ou chroniques, nécessitant un suivi plus intensif. Dans cette section, nous tenterons de faire la distinction, lorsque cela est possible, entre ces différentes formes de prises en soins ambulatoires.

Selon des données, certes anciennes, issues d'un rapport du KCE, en 2006, près de 40 % des personnes ayant bénéficié à l'époque de soins dans un SSM en région wallonne étaient des mineurs, soit environ 11 000 enfants et adolescent·e·s (Mommerency et al., 2011). En 2013, l'AVIQ citait une enquête de l'Institut Scientifique de Santé Publique renseignant que 4,1% des enfants wallons et 3,8 % des enfants bruxellois de 0 à 14 ans avaient consulté un psychologue ou un psychothérapeute (pour les 15-24 ans, c'était respectivement 4 % des wallons et 6 % des bruxellois ; AVIQ, 2016 ; Institut Scientifique de Santé Publique, 2015). Pour l'année 2024, les données du Collège Intermutualiste National (CIN) nous apprennent que le recours à des soins psychologiques en Wallonie et à Bruxelles est plus important pour les jeunes filles que pour les jeunes garçons, quelles que soient les tranches d'âge (0-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans). Les données du CIN montrent également que le nombre de patients a eu tendance à augmenter graduellement dans les deux régions au cours de l'année, passant d'environ 7.000 à 11.000 à Bruxelles et de 20.000 à 24.000 en Wallonie. Cette augmentation du nombre de patients est observée depuis 2022 en Wallonie (environ 1000 enfants/jeunes pour janvier 2022) et depuis 2023 à Bruxelles (environ 1900 enfants/jeunes début 2023). On observe une stabilisation du nombre de patients actifs par mois à partir de début 2025. Notons que les données du CIN intègrent l'ensemble des prestations de soins psychologiques de première ligne remboursés dans le cadre belge, et ayant fait l'objet d'une facturation via l'application « *Mental Health Care* ». Cela peut donc concerter aussi bien un rendez-vous en cabinet privé qu'au sein d'un SSM.

Des rapports récents publiés par différentes mutualités apportent des éléments de réponses complémentaires quant à la consommation de médicaments et de soins ambulatoires des enfants et des adolescent·e·s. Le baromètre « Consommation de soins de santé mentale » de Solidaris nous informe par exemple sur ses usagers pour l'année 2021 (Maron et al., 2022). Ainsi, en ce qui concerne les plus jeunes, ce baromètre nous montre que la consommation de soins de santé mentale<sup>11</sup> concerne 2,5 % des enfants de moins de 12 ans et 5,4 % des adolescent·e·s de 12 à 17 ans. En ce qui concerne les moins de 12 ans, le baromètre précise que 0,5 % des enfants consomment des médicaments<sup>12</sup>, 2,2 % sont concernés par des rendez-vous en ambulatoire<sup>13</sup> et 0,2 % par une hospitalisation. Pour les 12-17 ans, c'est 2,2 % des usagers de Solidaris qui sont concernés par la prise de médicaments, 4,4 % par des rendez-vous en ambulatoire et 0,6 % par une hospitalisation. Toujours selon Solidaris, sur la période 2011-2021, on est

<sup>11</sup> La notion de « consommation de soins de santé mentale » peut ici recouvrir différentes réalités : la prise de médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques), le recours à des consultations ambulatoires (en SSM ou en cabinet privé), les hospitalisations, ou encore une combinaison de ces différents types de soins.

<sup>12</sup> Les médicaments dont il est question ici sont les antidépresseurs et les antipsychotiques.

<sup>13</sup> Par rendez-vous ambulatoire, il faut ici lire l'ensemble des consultations et téléconsultations des psychiatres et pédopsychiatres, ainsi que des psychologues à partir de 2019 suite à l'introduction du remboursement en assurance obligatoire.

passé de 1,8 % à 2,2 % des enfants de 0 à 12 ans concernés par des contacts ambulatoires. Pour les jeunes de 12 à 17 ans, on est passé de 3,2 % à 4,4 %. Il apparaît donc que les consultations en ambulatoire ont vu une augmentation significative depuis 10 ans. Le baromètre montre aussi que les filles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours aux services de soins de santé mentale, et ce, quel que soit le type de service. Une étude récente de la Mutualité Libre (Vandenthoren et al., 2024) s'est intéressée, elle, spécifiquement à l'évolution de la consommation des services et soins de santé mentale chez les jeunes. La recherche met en évidence que la consommation d'antidépresseur a connu une augmentation d'environ 44 % entre 2019 et 2023 chez les adolescent·e·s âgé·e·s de 12 à 18 ans (1,67 % en 2023 contre 1,16 % en 2019). La proportion d'enfants de 0 à 11 ans consommant des antidépresseurs est en revanche restée stable pour cette période (entre 0,06 % et 0,08 %). Ces chiffres apparaissent confirmés par la Mutualité Chrétienne qui observe aussi une hausse (+ 54 %) du recours aux antidépresseurs chez les 12-17 ans entre 2013 et 2023, portant le nombre d'utilisateurs chez les adolescent·e·s à 1,6 % (Mutualité Chrétienne, 2024). En ce qui concerne la consommation d'antipsychotiques, les données de la Mutualité Libre indiquent que la proportion d'utilisateurs a significativement augmenté entre 2019 et 2023, tant chez les 0-11 ans (+19,5 %) que chez les 12-18 ans (+26,5 %). Cela concernait en 2023 0,42 % des enfants de 0 à 11 ans et 1,47 % des adolescent·e·s de 12 à 18 ans (Vandenthoren et al., 2024). L'étude constate aussi une relative stabilité des consultations psychiatriques dans les deux tranches d'âges (0-11 ans : 1,51 % en 2023 ; 12-18 ans : 3,97 % en 2023). On notera finalement que les enfants et les adolescent·e·s apparaissent surreprésentés parmi les bénéficiaires des offres de soins psychologiques de première ligne (SPPL) et de soins psychologiques spécialisés (SPS), notamment lorsque ces offres prennent la forme de séance de groupe. Ainsi, 33,2 % des séances de groupes SPPL et 21,9 % des séances de groupes SPS concernent des enfants âgés de 0 à 11 ans. Les adolescent·e·s sont concerné·e·s par 17 % et 12,4 % de ces séances, respectivement. Les séances individuelles SPPL concernent, dans 11,6 % des cas, des enfants et, dans 13,1 % des cas, des adolescent·e·s de 12 à 18 ans. Pour les séances individuelles SPS, ces proportions s'élèvent à 10,3 % pour les 0-11 ans et à 13,7 % pour les 12-18 ans.

En résumé, il apparaît assez clairement que la consommation de médicaments et de soins ambulatoires des enfants et des adolescent·e·s a augmenté au cours des 15 dernières années. Le renforcement du dispositif de psychologues de première ligne en 2021 a considérablement élargi l'offre de prise en soins. Il reste toutefois à déterminer si cette augmentation de l'offre a réellement permis d'absorber la croissance des demandes. Il s'agit cependant d'une question complexe pour laquelle les sources d'information ne sont pas toujours suffisantes, notamment en Wallonie. Par exemple, il n'existe pas de données disponibles concernant le temps d'attente pour un premier et second contact en face-à-face dans les SSM en Wallonie. En Flandre, on relevait en 2022 un délai moyen de 46 jours pour un premier contact et de 54 jours pour un second en ce qui concerne les enfants et les adolescent·e·s. Ce qui est plus long que pour les autres groupes d'âge. À Bruxelles, le rapport « Saturation II » montre que le quart des demandes

adressées aux SSM bruxellois en 2022-2023 concerne des enfants âgé·e·s de 0 à 10 ans (13 %) et des adolescent·e·s âgé·e·s de 10 à 17 ans (14 % ; La Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale, 2025). Chez les 0-10 ans, la répartition par genre est de 31 % de filles et 69 % de garçons. Parmi ces demandes, 22 % débouchent sur un nouveau suivi, 38 % sont réorientées en raison de la saturation du service, 13 % sont réorientées vers un service plus adapté, 10 % sont placées sur liste d'attente et, pour 17 %, la suite n'est pas connue. Pour les 10-17 ans, la population se compose de 57 % de filles et de 43 % de garçons. Dans cette tranche d'âge, 26 % des demandes donnent lieu à un nouveau suivi, 35 % sont réorientées à cause de la saturation du service, 11 % sont réorientées vers un service plus adapté, 10 % sont mises en liste d'attente et, pour 18 %, la suite est inconnue. A titre de comparaison, chez les adultes, 32 % des demandes sont suivies d'une prise en soins, soit environ 10 % de plus. On notera que, que ce soit chez les enfants ou chez les adolescent·e·s, les demandes sont plus souvent suivies d'une prise en soins chez les filles que chez les garçons (enfants : 29 % contre 23 % ; adolescent·e·s : 32 % contre 25 %). En d'autres termes, les SSM bruxellois apparaissent saturés par les demandes, notamment celles des plus jeunes. En Wallonie, il n'y a pas de données récentes pour objectiver cette saturation des SSM, saturation néanmoins largement relayée par les professionnel·le·s de terrain.

## 2.2. Activité hospitalière pédopsychiatrique

La Belgique compte 27 services psychiatriques pour enfants et adolescent·e·s dans des hôpitaux généraux (SPHG) et 25 services dans des hôpitaux psychiatriques (HP). En Wallonie, cette offre est assez déséquilibrée entre les différentes provinces. En effet, ces services sont principalement concentrés autour de Charleroi et Namur, ainsi que dans la province du Brabant Wallon. Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, il y avait en Belgique 1 345 lits et places agréés dans les services psychiatriques pour enfants et adolescent·e·s. En région wallonne, pour 100 000 habitants, cela représente 35 places en hospitalisation résidentielle (K), 25 en hospitalisation de jour (k1) et 3 en hospitalisation de nuit (k2). Dans la région Bruxelles-Capitale, il s'agit de 54 place K, 52 places k1 et 4 places k2 pour 100 000 habitants. Notons que le nombre de places et lits agréés est plutôt stable depuis 2005, à l'exception des places en hospitalisation de jour qui sont passées d'environ 160 à 560 à l'échelle de la Belgique (SPF Santé publique, 2023).

En 2021, on a dénombré 8 152 séjours en HP et SPHG dans des services psychiatriques pour enfants et adolescent·e·s en Belgique (SPF Santé publique, 2023). La répartition des séjours entre les deux types d'établissements apparaissait relativement homogène. La durée moyenne de ces séjours était inférieure à trois mois (80 %). De plus, plus de la moitié desdits séjours concernait des jeunes âgés de 13 à 17 ans (57 %). On notera finalement que la majorité des enfants/adolescent·e·s hospitalisé·e·s étaient de sexe féminin (57%). Entre 2007 et 2021, le nombre de séjours d'enfants et adolescent·e·s a augmenté de 50,1 % au sein des HP et SPHG belges. Ce sont d'ailleurs les SPHG qui ont vu le nombre de séjours de jeunes croître le plus sur la période : 72,7 % d'augmentation pour 33,6 % dans les HP. Toujours entre 2007 et 2021, on a observé des évolutions marquantes des séjours en fonction des tranches d'âge. Ainsi, le nombre de séjours des plus petits (0-3 ans) a presque triplé sur la période, tandis que la tranche des 18-23 ans

est apparue légèrement moins représentée. Pour finir, on a observé qu'entre 2007 et 2021, le nombre total de journées d'hospitalisation résidentielle apparaissait en augmentation modérée (+8,7 %), tandis que le volume d'hospitalisation de jour a lui crû de manière extrêmement importante (+151 %), soulignant le basculement vers des prises en charge plus courtes et plus ambulatoires.

Les diagnostics qui émergent de ces séjours racontent des histoires variées mais convergentes entre les HP et SPHG. En 2021, les trois diagnostics principaux les plus fréquents chez les enfants et les adolescent·e·s étaient les troubles de l'adaptation, les troubles du spectre autistique et les troubles dépressifs, représentant entre 44 % et 49 % des situations selon l'établissement. Suivaient ensuite des catégories telles que les troubles de l'attention et du comportement, les troubles anxieux et liés au stress, les troubles de l'alimentation et, plus rares mais présents, les troubles psychotiques (SPF Santé publique, 2023).

### **3. Ce que nous apprennent d'autres services destinés aux jeunes**

#### 3.1. SOS Enfants

En Fédération Wallonie Bruxelles, le nombre de signalements recensés par les équipes SOS enfants est en augmentation croissante depuis 2011 : 5.318 signalements en 2011, pour 6.183 en 2023 (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2025b). En 2023, la victime n'était le signaleur des faits que dans 3,7 % des cas. On notera que les types de maltraitance avérée sont le plus souvent les conflits/violences conjugales (28,8 % des cas) et les négligences graves (20,1 % des cas). Les violences physiques (15,2 % des cas), psychologiques (17,9 % des cas) et sexuelles (17,4 % des cas) sont également souvent signalées, mais un peu moins fréquemment.

#### 3.2. Services d'aide à la jeunesse

Entre 2013 et 2023, les chiffres de l'aide à la jeunesse montrent une oscillation stable en termes d'aide consentie, entre 11.500 et 12.500 situations chaque année. En revanche, l'aide non consentie a connu une tendance à la hausse sur la même période, passant d'environ 8.500 cas par an à 10.500. Les motifs d'intervention des services d'aide à la jeunesse sont divers et se répartissent de la façon suivante pour l'année 2023 : 9.181 cas (de suspicion) de maltraitance, 10.725 cas de difficultés des parents à assumer le rôle parental, 3.346 cas de difficultés financières et matérielles, 10.725 cas de difficultés personnelles des parents, 10.942 cas de difficultés personnelles du jeune et 9.604 cas de problèmes relationnels au sein de la famille. On constate que depuis 2016, ce sont principalement les cas de maltraitance, de difficultés à assumer la fonction parentale et les problèmes relationnels intra-familiaux qui ont augmenté, les autres situations ayant connu une relative stabilité dans leur nombre. Dans le cadre des situations (de suspicion) de maltraitance, les données détaillées de 2023 révèlent 2.423 cas de maltraitance physique, 2.148 cas de maltraitance psychologique, 1.251 cas de maltraitance sexuelle et 5.538 cas de négligence. Globalement, ces chiffres soulignent à la fois la constance de l'aide consentie et l'augmentation des situations nécessitant une intervention non-

consentie. En 2023, le demandeur d'aide était le plus souvent la sphère judiciaire (7.306 cas), suivi de la famille ou des proches (4.438 cas), des services de première ligne (3.453 cas) et du jeune lui-même en de rares occasions (372 cas). L'ensemble de ces données sont communiquées sur le site de la FWB (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2025a).

Un rapport récent du Service de la Recherche et des Statistiques de l'Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse et du centre pour mineurs dessaisis (AGAJcmd) traite de la problématique des jeunes à la croisée des secteurs. Dans ce contexte précis, l'appellation « jeunes à la croisée des secteurs » (JCS) est utilisé pour rendre compte de situations dont une part de la problématique dépasse le champ d'expertise de l'Aide à la Jeunesse. Précisément, il s'agit de jeunes dont la prise en charge a été mandatée par un conseiller de l'Aide à la Jeunesse, un directeur de la protection de la jeunesse ou un juge de la jeunesse et qui ont fait l'objet d'une prise en charge effective (ou en attente) dans le secteur du handicap, de la santé mentale ou d'autres services (hôpital psychiatrique ou autre service conventionné par l'INAMI). Le rapport montre que le nombre global de jeunes dits « à la croisée des secteurs » a augmenté de 15 % entre 2019 et 2023 (AGAJcmd, 2025). Chaque année, le secteur du handicap concerne le plus grand nombre de jeunes (environ 1.900 personnes en 2019, pour environ 2.100 en 2023), suivie par le secteur de la santé mentale (environ 1.300 personnes en 2019, pour environ 1.650 en 2023). Si les chiffres dans le secteur du handicap concernent les prises en charge effectives et en attente, ceux concernant le secteur de la santé mentale ne tiennent compte que des prises en charge effectives. Les JCS représentent actuellement environ 9 % des prises en charge totales de l'Aide à la Jeunesse, en hausse par rapport aux 8 % observés en 2019-2020. Entre 2019 et 2023, le nombre de jeunes ayant eu une prise en charge effective (hors attente) a augmenté de 14 %. Le nombre de jeunes en attente de prise en charge a lui aussi augmenté, notamment en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques où on observe 78% de jeunes en attente en plus en 2023 par rapport à 2019. On notera également que la proportion de jeunes ayant une prise en charge dans le secteur de la santé mentale dans les SAJ est de 3,64 % pour 3,37 % dans les SPJ. On ajoutera que 0,53 % des jeunes en SAJ ont reçu une prise en charge en hôpital psychiatrique en 2023 (0,41 % en 2019), cela concerne 2,01 % des jeunes en SPJ (1,71 % en 2019). Dans le secteur de la santé mentale, on notera aussi que pour les JCS, le nombre annuel de jeunes en attente est toujours supérieur au nombre annuel de jeunes pris en charge. On constate également que si les prises en charge effectives sont en hausse, les attentes de prise en charge augmentent également.

### 3.3. Action en milieu ouvert

Les services d'Actions en Milieu Ouvert (AMO) ont pour vocation de mener des actions de prévention sociale et éducative auprès des jeunes. Ils les accompagnent directement dans leur cadre de vie quotidien, que ce soit au sein de la famille, à l'école ou dans le quartier, afin de les soutenir au plus proche de leurs réalités. Ils sont plus de 80 en Wallonie et à Bruxelles et l'on ne dispose pas de données qui synthétisent leurs activités.

Les rapports d'activité des services d'AMO et des dispositifs d'accompagnement des jeunes laissent à penser qu'il y a une augmentation généralisée des demandes, particulièrement celles nécessitant un suivi individuel. Le CEMO, AMO qui est aussi le service jeunesse du CPAS de Saint-Gilles, illustre clairement cette évolution (CEMO, 2024). En 2023, il a ouvert 1 163 dossiers, un nombre en hausse par rapport à l'année précédente, confirmant une progression continue de la demande d'accompagnement. Parmi ces dossiers, 30 % relèvent d'un accompagnement global individuel indiquant la persistance de situations complexes nécessitant un suivi approfondi. Le dispositif KAP (Kot Autonomie Project) mis en place au CEMO connaît également une croissance notable, avec 148 candidatures, soit une augmentation de 25 %. L'AMO Samarcande à Etterbeek observe une dynamique similaire (Samarcande, 2024). Elle a enregistré 420 demandes individuelles en 2023, tout comme l'année précédente. Toutefois, en tenant compte des demandes non encodées (environ 29 %), le volume réel est estimé entre 590 et 600 demandes. Parmi les demandes encodées, 65 ont conduit à l'ouverture ou la poursuite d'un suivi individuel, confirmant une part importante de situations nécessitant un accompagnement durable. L'AMO Jeun'Est, située dans le Brabant wallon, constate, elle, que les situations individuelles et familiales des jeunes se complexifient, notamment au regard des problématiques de santé mentale (AMO Jeun'Est, 2023). Pour la période 2022-2023, l'AMO a principalement enregistré des demandes d'accompagnement individuel chez les jeunes âgé·e·s de 13 à 18 ans (environ 67 % des demandes). Le reste se répartit entre les tranches d'âge de 2 à 13 ans et de 19 à 22 ans. Ces demandes concernent les filles et les garçons dans des proportions similaires. Elles sont majoritairement liées à des difficultés familiales (23 %), au décrochage scolaire (11 %), au soutien à la parentalité (11 %) et à la recherche d'activités (13 %).

# Discussion

La réalisation de ce rapport s'inscrit dans le prolongement d'une préoccupation croissante et largement relayée, et ce, tant par les professionnel·le·s de soins de santé mentale que par les acteurs du réseau éducatif et psycho-social non-spécialisés (école, PSE, Aide à la Jeunesse...) : la santé mentale des jeunes semble s'être fragilisée au fil des dernières années. Le dernier rapport annuel du Délégué général aux Droits de l'Enfant, « Des Maux aux Mots », met en ce sens l'accent sur le mal-être grandissant des jeunes et invite à questionner les grands enjeux qui touchent les enfants à travers le prisme de leur santé mentale (Délégué général aux droits de l'enfant, 2025). Ainsi, ce document a été construit afin d'offrir une vue d'ensemble sur les données récentes constituant des indicateurs du bien-être psychologique et de la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s en Wallonie et à Bruxelles. L'objectif était à la fois de réaliser une forme de bilan des connaissances actuelles concernant la santé mentale des jeunes, mais aussi de voir s'il était possible d'objectiver par des chiffres cette préoccupation majeure d'un niveau de bien-être en forte détérioration. En s'appuyant sur un ensemble d'enquêtes relativement récentes, notamment l'étude HBSC (SIPES-ULB, 2024), l'étude de l'OEJAJ (2025), l'Enquête de Santé HIS (Gisle et al., 2020), ou encore les données issues de mutualités et de rapports du KCE, ce rapport propose une photographie que l'on a souhaité la plus riche possible des réalités vécues et ressenties par l'ensemble des enfants et des adolescent·e·s wallon·ne·s et bruxellois·es.

## Les indicateurs de bien-être et de santé mentale : Quelques constats !

Les résultats présentés dans ce document mettent en évidence plusieurs tendances claires !

**Les chiffres concernant les comportements de santé dont l'impact sur le bien-être et la santé mentale sont démontrés sont questionnantes.** Une part importante des adolescent·e·s a une durée de sommeil inférieure à ce que préconisent les recommandations internationales, avec une tendance à l'augmentation de la proportion de jeunes présentant un déficit du temps de sommeil à mesure que l'âge augmente. L'activité physique régulière reste, elle aussi, largement insuffisante (moins de 15 % des jeunes atteignent les seuils conseillés), tandis que l'insécurité alimentaire touche près d'un jeune sur cinq. A ce sujet précis, la Ligue des Familles alertait en cette fin d'année 2025 sur l'effet des coupes budgétaires projetées dans l'enseignement, notamment dans les aides au soutien des enfants les plus défavorisés, qui risque d'entrainer la fin de la gratuité dans certaines cantines scolaires pour les enfants en situation de pauvreté. Il s'agit donc là d'une problématique essentielle dont l'ampleur pourrait croître à relativement court terme. Ces facteurs (sommeil, activité physique et alimentation) ne

sont pas des indicateurs de santé anodins. Ils peuvent aussi bien agir comme des facteurs de protection du bien-être psychologique que comme des facteurs de risque participant à sa dégradation et renforçant certains symptômes, comme la fatigue chronique, l'anxiété ou la baisse de concentration.

**Plusieurs indicateurs de bien-être des jeunes montrent une détérioration avec l'avancée en âge.** L'entrée dans l'adolescence apparaît ainsi comme une période critique marquée par une augmentation du stress et du sentiment de solitude, mais aussi par une diminution du bien-être émotionnel ressenti. Le passage de l'école primaire vers le secondaire est souvent considéré, notamment par les pédopsychiatres, comme une transition problématique de ce point de vue. A titre d'exemple, une étude réalisée par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH, 2019) montrait par exemple que le stress augmente fortement entre l'âge de 11 et 13 ans, et ce, surtout chez les filles. Ces observations ne doivent cependant pas occulter le fait que les enfants plus jeunes expérimentent également stress, solitude et bien-être faible dans une proportion non négligeable (e.g. bien-être émotionnel faible voire très faible pour environ 22% des enfants de 10-12 ans).

**La proportion des adolescent·e·s ayant un « besoin clinique probable » en matière de santé mentale est très importante (18 %).** Cela concerne 24 % des filles et 11 % des garçons (OEAJ, 2025). On notera que des facteurs de protection, mais aussi de risque ont été mis en évidence. Ainsi, la présence du père et une aisance financière dans la famille agissent comme des facteurs de protection, alors que le fait d'avoir plusieurs foyers peut être considéré comme un facteur de risque. L'âge du répondant ne semblait pas avoir d'influence, tout comme le nombre de frères et sœurs.

**Les différentes enquêtes confirment de fortes différences selon le genre.** Les filles rapportent plus souvent de la détresse émotionnelle, un niveau de stress élevé et des symptômes anxieux ou dépressifs, et ce, quel que soit l'âge. Elles sont aussi significativement plus nombreuses à présenter un risque de trouble du comportement alimentaire. Plus alarmant encore, entre 8 et 25 ans, la proportion de jeunes filles/femmes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide est trois fois supérieure à celle des jeunes garçons/hommes (3,63 % contre 1,20 %). Le suicide est d'ailleurs actuellement la première cause de mortalité chez les filles de 10 à 24 ans. On notera que les garçons, quant à eux, apparaissent davantage impliqués dans des difficultés de conduite comme le harcèlement et les comportements antisociaux tels que le vol, le mensonge ou la colère exprimée à l'égard des autres. Néanmoins, ces disparités entre garçons et filles sur le plan comportemental apparaissent nettement moins marquées que celles relevées pour les indicateurs d'états internalisés, où les filles se montrent particulièrement « défavorisées ». Ces écarts, observés dans plusieurs enquêtes, soulignent l'importance d'intégrer la dimension du genre dans toute politique de prévention et d'intervention.

**La relation entre l'usage des réseaux sociaux/des écrans et la santé mentale est abordée, mais de façon relativement succincte.** Par exemple, la question du cyberharcèlement est traitée dans l'enquête HBSC (2022). On constate qu'il n'est pas

observé dans des proportions aussi importantes que le harcèlement dans le cadre scolaire, que la proportion de jeunes s'en déclarant victime diminue avec l'âge et qu'il est généralement le fait de personne(s) connue(s) par ces dernières. La proportion de jeunes avec un usage problématique des réseaux sociaux apparaît elle aussi diminuer au fur et à mesure de l'adolescence, ce qui finalement contraste avec le constat que l'avancée en âge augmente le risque d'être confronté à une problématique de santé mentale. Le travail mené par l'asbl Média Animation permet en ce sens de décrire les différentes habitudes d'usage selon l'âge et de mettre en évidence une conscience croissante des jeunes en grandissant de ce qui peut être considéré comme un temps excessif passé sur les écrans (Asbl Média Animation, 2024). Considérant que l'usage du numérique est souvent agité comme cause de tous les maux, les recherches sur le sujet apparaissent contrastées. Certaines suggèrent l'existence d'un lien entre l'usage des médias sociaux et la dépression chez les adolescent·e·s et les jeunes adultes (Twenge et al., 2019), tandis que d'autres ne mettent en évidence aucune corrélation significative entre ces variables (e.g., Coyne et al., 2020; Jensen et al., 2019). À l'inverse, plusieurs travaux indiquent que les médias sociaux peuvent contribuer positivement au bien-être psychosocial (e.g., Chan, 2018; Ellison et al., 2007), et que leur usage fréquent est parfois associé à une réduction du sentiment de solitude (Deters & Mehl, 2013). Des constats similaires ont été formulés à propos des jeux vidéo, dont la pratique est, dans certaines études, positivement corrélée au bien-être psychologique et social (Johannes et al., 2021). Ainsi, loin de confirmer les discours parfois alarmistes, il semble que l'usage des réseaux sociaux et des environnements vidéoludiques puisse également favoriser le bien-être des jeunes, selon les contextes et les modalités d'utilisation. Il n'est évidemment pas ici question non plus de remettre en cause les problématiques de santé mentale des jeunes qui peuvent être associées à l'usage du numérique, il apparaît seulement nécessaire que les enquêtes futures qui cherchent à traiter cette question sur une large population (e.g., les jeunes wallon·ne·s et/ou bruxellois·es) puissent mettre les données récoltées en résonnance avec d'autres facteurs pouvant affecter la santé mentale (e.g., composition familiale, situation financière de la famille ...). Le rôle médiateur du sommeil est également un facteur qu'il serait sans doute intéressant d'intégrer à la réflexion.

### Les populations plus vulnérables sous-représentées dans les études

Il est maintenant important de signifier que les études à grande échelle mobilisées pour poser ces constats interrogent généralement exclusivement les jeunes scolarisés dans l'enseignement ordinaire. Il s'agit évidemment d'une approche méthodologique qui permet de toucher une très grande proportion des jeunes wallon·ne·s et bruxellois·es. Cependant, cette approche occulte tout une partie de la population qui n'entre pas dans cette catégorie. On pense notamment ici aux enfants et adolescent·e·s dont les parents ont fait le choix d'une instruction à domicile, à ceux qui sont scolarisé·e·s dans l'enseignement spécialisé, à ceux·celles qui se trouvent dans des institutions (hôpitaux, services résidentiels pour jeunes ...), à ceux qui sont en rupture avec le système scolaire, ou encore aux enfants et adolescent·e·s demandeur·euse·s d'asile. Ces absences sont une limite importante au moment de faire cette photographie de la santé mentale des jeunes en Wallonie et à Bruxelles. De plus, cela amène sans doute à sous-estimer la

présence de certaines problématiques au sein de cette population. Dans ce contexte, il semble essentiel de réfléchir à la manière d'intégrer, à l'avenir, l'ensemble des jeunes dans les grandes enquêtes ou baromètres destinés à dresser un panorama de la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s. Ce constat vaut également pour les enfants de moins de 10 ans, qui font rarement l'objet d'investigations de grande ampleur permettant de formuler des conclusions généralisables. Cette situation résulte probablement de plusieurs facteurs : les importantes ressources humaines nécessaires à la réalisation de telles enquêtes, la difficulté de concevoir des outils de mesure adaptés, ainsi que les enjeux éthiques liés à l'évaluation des enfants. Ainsi, à l'heure actuelle, pour mieux comprendre les questions de santé mentale propres à ces groupes, il est souvent nécessaire de s'appuyer sur les données issues des services de soins en santé mentale ou des institutions et organismes d'aide à la jeunesse. Ce sont aujourd'hui ces sources qui s'avèrent les plus informatives.

A ce stade, il semble aussi intéressant de souligner que les enquêtes réalisées et citées dans ce document n'ont pas investigué la question de l'influence de l'orientation sexuelle ou de la culture sur la vulnérabilité aux problèmes de santé mentale. Soulignons cependant que l'orientation sexuelle comme l'origine ethnique sont associées à la santé mentale dans la littérature scientifique. Précisément, appartenir à une minorité apparait négativement lié à celle-ci, probablement en conséquence aux discriminations pouvant en découler (Berger & Sarnyai, 2015; Lee et al., 2016) et non à une fragilité mentale liée à cette caractéristique fixe (Alegría et al., 2018).

Pour finir, nous souhaitons aborder ici la thématique de l'inceste. En Belgique, il n'existe pas de données statistiques officielles complètes sur la prévalence de l'inceste (nombre de cas, proportions par âge, etc.). Les informations disponibles proviennent surtout d'associations, d'indicateurs plus larges sur les violences sexuelles ou de comparaisons avec d'autres pays. En Belgique, 84 % des viols recensés concernent des victimes mineures. Lors de son intervention lors d'un colloque, Marie-Colline Leroy, alors Secrétaire d'État à l'Égalité des genres, à l'Égalité des chances et à la Diversité, a indiqué qu'on estime qu'un enfant sur dix serait victime d'inceste en Belgique (Faniel & Acheroy, 2023). A titre de comparaison, en France, on estime qu'environ 160 000 enfants chaque année subissent viols, incestes ou autres agressions sexuelles. Selon l'association française « Mémoire traumatique et victimologie », près d'une agression sexuelle sur mineur sur deux est commise par un membre de la famille. Un sondage Ipsos de 2020 révèle que 10 % de la population française déclare avoir été victime d'inceste (Face à L'Inceste, 2020). Parmi ces victimes, 8 sur 10 sont des femmes (78 %) et 1 sur 5 un homme (22 %). La moitié des enfants victimes d'inceste avaient moins de 10 ans lors de la première occurrence des faits (CODE, 2021). Ces chiffres illustrent l'ampleur et la gravité du phénomène de l'inceste, soulignant l'urgence de disposer de données fiables en Belgique afin de mieux prévenir, détecter et accompagner les victimes dès le plus jeune âge.

### Les enfants et les adolescent·e·s vont-ils moins bien ?

La comparaison des résultats de l'étude HIS (Gisle et al., 2020) et de l'étude de l'OEJAJ (2025) au questionnaire SDQ tendrait à laisser penser que la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s s'est détériorée au cours des dernières années. Nous avons néanmoins discuté dans le document de la nécessité de considérer cette observation avec prudence, notamment car elle repose sur la comparaison de données acquises et traitées sur le plan statistique selon des modalités très différentes. Néanmoins, le constat de la recherche de l'OEJAJ (2025) est relativement sans appel pour les adolescent·e·s : la proportion de jeunes dont les réponses au SDQ sont de nature à signifier un « besoin clinique probable » est très importante (18%). Parallèlement, la plupart des indicateurs de bien-être récoltés dans le cadre de la dernière enquête HBSC (2024) en étaient à leur première occurrence, rendant ainsi impossible tout jugement en termes d'évolution au cours des dernières années. En d'autres termes, sur base des données issues d'enquêtes réalisées auprès des jeunes, il est difficile d'affirmer que les enfants et les adolescent·e·s vont moins bien qu'avant. Néanmoins, ces études démontrent qu'une souffrance psychique est très régulièrement exprimée et que les déterminants associés classiquement à la santé mentale peuvent souvent apparaître comme des indicateurs fiables du risque d'expérimenter un niveau de bien-être faible et/ou des symptômes psychopathologiques. Les conditions matérielles de vie, qu'il s'agisse de l'aisance financière de la famille, du statut socio-économique de l'école fréquentée ou encore de l'expérience de l'insécurité alimentaire, sont fortement associées au bien-être et à la santé mentale des jeunes. Les études démontrent que les jeunes issus de milieux moins favorisés présentent plus fréquemment des scores élevés de détresse, et leur accès aux ressources d'aide apparaît souvent limité. En 2022, on estimait que 14,7 % des enfants belges vivaient dans un ménage exposé au risque de pauvreté monétaire, c'est-à-dire disposant d'un revenu inférieur à 3 045 euros pour un foyer composé de deux parents et deux enfants. De plus, une étude publiée par la Fondation Roi Baudouin en 2023 montre aussi que, si la déprivation infantile a reculé dans l'ensemble de l'Union européenne depuis 2014, cette diminution est nettement moins marquée en Belgique (Guio & Van Lancker, 2023). Ainsi, 12,8 % des enfants belges sont en situation de « déprivation matérielle », avec des taux plus élevés encore en Wallonie (17,3 %) et à Bruxelles (21 %). En résumé, ces études démontrent que la santé mentale des enfants et des adolescent·e·s est une problématique à prendre à bras le corps en Wallonie comme à Bruxelles ; l'âge, le sexe et le statut socio-économique se conjuguant pour créer des vulnérabilités différencierées, qu'il est essentiel de prendre en compte dans les stratégies de prévention et de soutien.

Les indicateurs de recours aux services de soins de santé mentale démontrent eux en revanche une évolution au cours des 15 dernières années. En effet, ce rapport met en lumière une hausse de la demande, visible à travers l'augmentation des consultations ambulatoires dans les services de santé mentale et le nombre croissant d'hospitalisations pour troubles psychiques, que ce soit dans les SPHG ou les HP. On constate par exemple que sur la période allant de 2007 à 2021, il y eu une hausse significative des hospitalisations pour les plus petits (0-3 ans ; +200%), suggérant ainsi

une augmentation du nombre d'enfants en bas âge concerné par une problématique de santé mentale. Il se pourrait également que les situations sensibles soient aujourd'hui mieux détectées. La consommation de médicaments apparaît elle aussi en augmentation. Ainsi, la prise d'antipsychotiques semble avoir augmenté chez les enfants de 0 à 11 ans. Chez les adolescent·e·s, la proportion de jeunes consommateurs d'antipsychotiques a aussi augmenté, tout comme celle d'antidépresseurs. On notera en revanche que les consultations psychiatriques semblent relativement stables, un constat facilement explicable par l'absence d'évolution du nombre de pédopsychiatres disponibles. S'ajoute à cela un décalage entre les besoins exprimés et le recours effectif aux services. En effet, une proportion importante de jeunes déclare ne pas savoir vers qui se tourner en cas de difficulté, ou pense qu'il ne leur serait pas possible de contacter un service d'aide. La honte, la peur du jugement, la méconnaissance des ressources constituent des barrières supplémentaires. On notera d'ailleurs que le manque de données sur les trajectoires d'accès aux services de soins, sur les délais d'attente et les obstacles rencontrés par les jeunes est une des limites majeures à l'analyse fine des données présentées dans ce rapport. En effet, si les différents services rapportent généralement être saturés par la demande, il est difficile d'objectiver l'ampleur de cette saturation, mais aussi la proportion de jeunes qui auraient besoin d'une aide mais ne sont pas dans une démarche de recherche.

En résumé, la conjonction entre les résultats des enquêtes menées directement auprès des jeunes sur leur bien-être et les données provenant des services de santé publique, des mutuelles ou encore de l'Aide à la jeunesse laisse peu de place au doute : si l'on considère de manière globale le bien-être et la santé mentale des jeunes, la tendance actuelle en Wallonie et à Bruxelles apparaît clairement négative et alarmante. En ce sens, la rédaction de ce rapport a été l'occasion pour nous de relever certaines zones d'ombre ou plutôt d'insuffisances des données disponibles. La fragmentation des sources ne permet pas de relier de façon consistante les scores suggérant un besoin d'accompagnement (par exemple, les jeunes identifiés comme à risque par le SDQ ; (OEJAJ, 2025)) et le recours réel aux services (consultations, hospitalisations, traitements). Les données longitudinales manquent, ce qui empêche de suivre les évolutions individuelles sur plusieurs années. De plus, les informations croisées sur les groupes les plus « marginalisés », jeunes issus de minorités sexuelles, de l'immigration, de familles monoparentales ou en situation de grande pauvreté restent insuffisantes, alors qu'on sait que l'intersection de ces facteurs accroît le risque de difficultés psychiques. On notera pour finir qu'un facteur potentiellement explicatif d'une part de la détérioration du bien-être et de la santé mentale des jeunes commence à faire l'objet de nombreuses études universitaires, il s'agit de l'exposition à l'actualité. Chez les jeunes (comme dans la population générale), la consommation répétée d'images violentes ou anxiogènes, qu'il s'agisse de catastrophes, de conflits armés ou de constats sur l'évolution du climat peut affecter la santé mentale. Si l'on prend par exemple l'exposition à des informations relatives à l'évolution du climat, des études montrent que l'effet sur la santé mentale va être modéré par des facteurs tels que le niveau socio-économique, le genre ou encore l'âge, les jeunes y étant plus sensibles (e.g., Della Libera et al., 2024). Il

s'agit sans doute d'une thématique qu'il sera important de prendre en compte à l'avenir pour une meilleure appréhension de l'ensemble des mécanismes influençant le bien-être.

### Conclusion

Ce rapport rappelle que la santé mentale des jeunes résulte d'une interaction complexe entre des facteurs individuels (âge, genre, ressources psychologiques), familiaux et sociaux (niveau socio-économique, composition du foyer, environnement scolaire). La Wallonie et Bruxelles disposent de nombreuses sources de données potentielles pour explorer cette question provenant notamment de l'OEJAJ, de Sciensano, des mutuelles, de l'INAMI, des services de santé mentale, des hôpitaux ou encore des services d'aide à la jeunesse. Toutefois, il demeure une difficulté à ce que certaines données soient traitées et diffusées de manière régulière (e.g., nombre de demandes, nombre de réorientations et temps d'attente dans les SSM wallons). Cela entraîne des obstacles au moment d'analyser de manière fine et objective le rapport entre la demande de prise en soins et l'offre existante. De plus, certaines populations restent sous-représentées dans les enquêtes plus larges, comme les enfants scolarisés dans l'enseignement spécialisé, les jeunes demandeurs d'asile ou encore ceux vivant en institution. Il serait dès lors pertinent que les études futures visent une meilleure représentativité des populations de jeunes plus vulnérables, en s'appuyant sur des données épidémiologiques solides. Pour progresser, il est essentiel de développer des enquêtes longitudinales permettant de suivre les trajectoires individuelles, de recueillir des informations plus fines sur l'accès aux soins et d'intégrer pleinement les dimensions d'équité sociale et de diversité culturelle. Une politique ambitieuse en matière de santé mentale des jeunes devrait ainsi s'articuler autour de trois axes majeurs :

1. Améliorer la connaissance des besoins réels et des obstacles rencontrés par les jeunes et leurs familles ;
2. Renforcer la prévention ciblée, par exemple en matière de sommeil, d'activité physique, de lutte contre le harcèlement ou de promotion d'un usage équilibré du numérique en tenant compte des vulnérabilités spécifiques aux différents « groupes » de jeunes ;
3. Garantir un accès équitable et effectif aux services de soins en santé mentale.

Ainsi, la réflexion doit intégrer des questions cruciales pour les futures politiques de prévention et d'intervention. Comment adapter les stratégies aux facteurs de risque spécifiques aux filles, confrontées à une surreprésentation dans les indicateurs de stress, de troubles internalisés ou de TCA ? La même question peut être posée pour d'autres groupes comme les jeunes demandeurs d'asile ou encore les jeunes appartenant à des minorités (orientation sexuelle, culturelle...). Comment articuler la santé mentale avec les politiques sociales pour réduire l'impact de la précarité ? Comment lever les barrières psychologiques et sociales au recours aux soins ? Quelles stratégies adopter pour limiter, voire combler, l'écart persistant entre l'offre et la demande ?

Enfin, ce rapport met en évidence une tension importante entre les principes portés par la réforme 107 des soins en santé mentale et la réalité des parcours de soins observés. Alors que cette réforme vise explicitement la désinstitutionnalisation et le développement de soins continus et intégrés au plus près du milieu de vie des personnes, les trajectoires de jeunes hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide soulèvent des questions quant à la capacité du système à assurer une continuité effective des soins. En effet, on observe qu'une proportion significative de jeunes sont sans suivi médical avant ou après une hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide (20 % n'ont eu aucun contact avec un médecin généraliste, 46 % aucun contact avec un psychiatre, environ 85 % aucun suivi psychologique de première ligne, 40 % n'ont bénéficié d'aucune prise en charge médicamenteuse). Il s'agit d'un constat qui doit nous interroger sur les moyens mis en œuvre dans la poursuite de cet objectif d'apporter des soins directement dans le milieu de vie des personnes en situation de souffrance psychique.

# Bibliographie

Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse et du centre pour mineurs dessaisis

(AGAJcmd). (2025). *Kit de données relatif aux jeunes à la croisée des secteurs—Explication et commentaire des données récoltées.*

<https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/ressources/etudes-et-recherches/>

Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health : Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>

Allès-Jardel, M., & Mouraille, S. (2003). Étude de la santé mentale chez des enfants de 6–10 ans : Comparaison entre 2 groupes issus de milieux scolaires et socioculturels différents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51(5), Article 5. [https://doi.org/10.1016/S0222-9617\(03\)00058-8](https://doi.org/10.1016/S0222-9617(03)00058-8)

AMO Jeun'Est. (2023). *Rapport d'activités 2022-2023*. <https://www.amojeunest.be/wp-content/uploads/2024/03/Rapport-dactivites-2022-2023.pdf>

Asbl Média Animation. (2024). #Génération 2024—Les jeunes et les pratiques numériques. <https://generation2024.be/>

AVIQ. (2016). *Indicateurs de Santé mentale en Wallonie* (No. D/2017/7646/1). [https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2023-05/2016-ws6-sante-mentale.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-05/2016-ws6-sante-mentale.pdf)

Badura, P., Eriksson, C., García-Moya, I., Löfstedt, P., Melkumova, M., Sotiroska, K., Wilson, M., Brown, J., & Inchley, J. (2024). *A focus on adolescent social contexts in*

*Europe, central Asia and Canada.* WHO Regional Office for Europe.

<https://www.cemoasbl.be/le-rapport-dactivites/>

Bailly, D. (2016). La consommation d'alcool chez les enfants : Une réalité méconnue.

*Archives de Pédiatrie*, 23(5), 549-553.

<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.02.011>

Bailly, D., Rouchaud, A., Garcia, C., Roehrig, C., & Ferley, J.-P. (2015). Consommation d'alcool chez les jeunes adolescents : Enquête en milieu scolaire. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 510-517. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.02.016>

Barry, M. M., Clarke, A. M., & Dowling, K. (2017). Promoting social and emotional well-being in schools. *Health Education*, 117(5), 434-451. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2016-0057>

Belgique Autisme. (2025). *Autisme et handicap mental : Un manque criant de solutions, une urgence de réformes.* [https://autisme-belgique.be/autisme-lecole-en-crise/?utm\\_source=chatgpt.com](https://autisme-belgique.be/autisme-lecole-en-crise/?utm_source=chatgpt.com)

Benson, P. L., & C. Scales, P. (2009). The definition and preliminary measurement of thriving in adolescence. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 85-104. <https://doi.org/10.1080/17439760802399240>

Berger, M., & Sarnyai, Z. (2015). "More than skin deep" : Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.3109/10253890.2014.989204>

Björnelv, S., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2002). The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7(4), 284-292. <https://doi.org/10.1007/BF03324974>

- Black, J. M., & Hoeft, F. (2015). Utilizing Biopsychosocial and Strengths-Based Approaches Within the Field of Child Health : What We Know and Where We Can Grow: Utilizing Biopsychosocial and Strengths-Based Approaches. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2015(147), 13-20. <https://doi.org/10.1002/cad.20089>
- Bordecq, C. (2024). A Namur, le centre de diagnostic de l'autisme « a comblé un manque ». *Le guide social*. <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/a-namur-le-centre-de-diagnostic-de-l-autisme-a-comble-un-manque>
- Bozzola, E., Spina, G., Agostiniani, R., Barni, S., Russo, R., Scarpato, E., Di Mauro, A., Di Stefano, A. V., Caruso, C., Corsello, G., & Staiano, A. (2022). The Use of Social Media in Children and Adolescents : Scoping Review on the Potential Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9960. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169960>
- Brito, A., Khaw, A. J., Campa, G., Cuadra, A., Joseph, S., Rigual-Lynch, L., Olteanu, A., Shapiro, A., & Grant, R. (2010). Bridging Mental Health and Medical Care in Underserved Pediatric Populations : Three Integrative Models. *Advances in Pediatrics*, 57(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2010.08.001>
- Butler, M., & Pang, M. (2014). *Questions d'actualité en santé mentale au Canada – La santé mentale des enfants et des adolescents* (Nos. 2014-13-F). Bibliothèque du Parlement.
- CEMO. (2024). *Rapport d'activités 2023*.
- Chan, M. (2018). Digital communications and psychological well-being across the life span : Examining the intervening roles of social capital and civic engagement.

- Telematics and Informatics*, 35(6), 1744-1754.  
<https://doi.org/10.1016/j.tele.2018.05.003>
- Charrier, L., Van Dorsselaer, S., Canale, N., Baska, T., & Kilibarda, B. (avec Comoretto, R. I., Galeotti, T., Brown, J., & Vieno, A.). (2024). *A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada*. WHO Regional Office for Europe.
- Chester, K. L., Callaghan, M., Cosma, A., Donnelly, P., Craig, W., Walsh, S., & Molcho, M. (2015). Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 61-64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv029>
- CODE. (2021). *Quels sont les droits de l'enfant face à l'inceste?* <http://lancode.be/publication/droits-de-lenfant-face-a-linceste/>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Connell, C. L., Nord, M., Lofton, K. L., & Yadrick, K. (2004). Food Security of Older Children Can Be Assessed Using a Standardized Survey Instrument. *The Journal of Nutrition*, 134(10), 2566-2572. <https://doi.org/10.1093/jn/134.10.2566>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2013). *Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille (Avis No. 8747)*. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/19092155/Qualit%C3%A9%20de%20vie%20des%20jeunes%20enfants%20autistes%20et%20de%20leur%20famille%20%28novembre%202013%29%20%28CSS%208747%29.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19092155/Qualit%C3%A9%20de%20vie%20des%20jeunes%20enfants%20autistes%20et%20de%20leur%20famille%20%28novembre%202013%29%20%28CSS%208747%29.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19—Enfants & jeunes (Avis No. 9662)*. <https://www.hgr-css.be/file/download/0e08b9f0-990f-4a66-9677-05e2e63e65ef/4ORNOHVHeADUJSgfrdDtG8fzNMP0wtC39XGDOTHQs3d.pdf>

Conseil Supérieur de la Santé. (2025). *La santé mentale des jeunes enfants (0—5 ans) (Avis No9742)*. [www.conseilsuperieurdelasante.be](http://www.conseilsuperieurdelasante.be)

Coret, M., Vyver, E., Harrison, M., Toulany, A., Vandermorris, A., & Agostino, H. (2024). Un guide pour la prise en charge communautaire des troubles des conduites alimentaires en pédiatrie. *Paediatrics & Child Health*, 29(7), 454-462. <https://doi.org/10.1093/pch/pxae039>

Cosma, A., Abdurakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2024). *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada*. WHO Regional Office for Europe.

Cosma, A., Molcho, M., & Pickett, W. (2024). *A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada*. WHO Regional Office for Europe.

Coverdale, G. E., & Long, A. F. (2015). Emotional wellbeing and mental health : An exploration into health promotion in young people and families. *Perspectives in Public Health*, 135(1), 27-36. <https://doi.org/10.1177/1757913914558080>

Coyne, S. M., Rogers, A. A., Zurcher, J. D., Stockdale, L., & Booth, M. (2020). Does time spent using social media impact mental health? : An eight year longitudinal study. *Computers in Human Behavior*, 104, 106160. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106160>

CRÉSaM. (2025). *Où obtenir quelles données chiffrées pour suivre l'évolution de la santé mentale de la population wallonne adulte ?* <https://www.cresam.be/wp->

<content/uploads/2025/09/observatoire-des-chiffres-donnees-chiffrees-sante-mentale.pdf>

Délégué général aux droits de l'enfant. (2025). *Droits de l'Enfant—Des Maux au Mots.*

<https://www.defenseurdesenfants.be/rapports-annuels>

Della Libera, C., Daouda, C. M., Deschieter, G., & Heeren, A. (2024). Dérèglement climatique, santé mentale et éco-anxiété. *Louvain médical*, 143(1), 46.

Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., & Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec.

Deters, F. G., & Mehl, M. R. (2013). Does Posting Facebook Status Updates Increase or Decrease Loneliness? An Online Social Networking Experiment. *Social Psychological and Personality Science*, 4(5), 579-586.  
<https://doi.org/10.1177/1948550612469233>

Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), Article 1. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

Eijgermans, D. G. M., Fang, Y., Jansen, D. E. M. C., Bramer, W. M., Raat, H., & Jansen, W. (2021). Individual and contextual determinants of children's and adolescents' mental health care use : A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 131, 106288. <https://doi.org/10.1016/j.chillyouth.2021.106288>

Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The Benefits of Facebook "Friends:" Social Capital and College Students' Use of Online Social Network Sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4), 1143-1168.  
<https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00367.x>

- Evans, G. W. (2004). The Environment of Childhood Poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77-92. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.77>
- Face à L'Inceste. (2020). *Le nouveau chiffre de l'inceste en France*. <https://facealinceste.fr/blog/publication/le-nouveau-chiffre-de-l-inceste-en-france>
- Faniel, A., & Acheroy, C. (2023). *L'inceste : L'enfant, la loi et la culture—Changer de regard*. D/2023/15693/01. <https://www.cere-asbl.be/ressources/linceste-lenfant-la-loi-la-culture-changer-de-regard-communique-de-presse-mars-2024/>
- Fédération Wallonie-Bruxelles. (2024). *Première analyse de l'objectif d'amélioration de la qualité du système éducatif: OASE 7—Climat scolaire et bien-être*. <https://pactepourunenseignementdexcellence.cfwb.be/wp-content/uploads/2025/01/OASE7-Premiere-analyse-Climat-scolaire-et-bien-etre-2024-PEE.pdf>
- Fédération Wallonie-Bruxelles. (2025a). *Aide à la jeunesse—Jeunes en difficulté et/ou en danger*. <https://statistiques.cfwb.be/aide-a-la-jeunesse/jeunes-en-difficulte-etou-en-danger/>
- Fédération Wallonie-Bruxelles. (2025b). *Signalements aux équipes SOS enfants*. <https://statistiques.cfwb.be/transversal-et-intersectoriel/one/enfance-maltraitee/signalements-aux-equipes-sos-enfants/>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse : Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>
- Galand, B. (2021). *Le harcèlement à l'école*. Retz.

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Santé mentale. Enquête de santé 2018* (No. D/2020/14.440/3). Sciensano. [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)

Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), Article 4.  
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181985068>

Grant, C. N., & Bélanger, R. E. (2017). Le cannabis et les enfants et adolescents canadiens. *Paediatrics & Child Health*, 22(2), 103-108.  
<https://doi.org/10.1093/pch/pxx018>

Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81-108.  
<https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>

Guio, A. C., & Van Lancker, W. (2023). *La déprivation des enfants en Belgique et dans ses régions : Que disent les nouvelles données ?* Fondation Roi Baudouin; D/2848/2023/18.

Hackman, D. A., Farah, M. J., & Meaney, M. J. (2010). Socioeconomic status and the brain : Mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(9), 651-659. <https://doi.org/10.1038/nrn2897>

Hébert, A. (2020). *Stress et anxiété : Stratégies et techniques pour les gérer*. Éditions de Mortagne.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hillard, P. J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., & Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep

duration recommendations : Final report. *Sleep Health*, 1(4), 233-243.

<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>

Howell, A. J., Keyes, C. L. M., & Passmore, H.-A. (2013). Flourishing Among Children and Adolescents : Structure and Correlates of Positive Mental Health, and Interventions for Its Enhancement. In C. Proctor & P. A. Linley (Éds.), *Research, Applications, and Interventions for Children and Adolescents* (p. 59-79). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6398-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6398-2_5)

Inderbitzen-Pisaruk, H., Clark, M. L., & Solano, C. H. (1992). Correlates of loneliness in midadolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(2), 151-167.

<https://doi.org/10.1007/bf01537334>

Indicators.be. (2024). Bonne santé et bien-être : Suicide. [https://indicators.be/fr/i/G03\\_SUI/Suicide\\_%28i19%29?utm\\_source=chatgpt.co  
m](https://indicators.be/fr/i/G03_SUI/Suicide_%28i19%29?utm_source=chatgpt.com)

Institut Scientifique de Santé Publique. (2015). *Enquête de Santé 2013—Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. D/2015/2505/02.

lweps. (2018). Causes de mortalité. [https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2018/06/S001-MORTALITE-062018\\_full1.pdf](https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2018/06/S001-MORTALITE-062018_full1.pdf)

lweps. (2023). Causes de mortalité. [https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2023/06/S001-MORTALITE-062023\\_full1.pdf](https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2023/06/S001-MORTALITE-062023_full1.pdf)

lweps. (2025a). Causes de mortalité. [https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2025/09/S001-MORTALITE-092025\\_Full1.pdf](https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2025/09/S001-MORTALITE-092025_Full1.pdf)

Iweps. (2025b). *Santé mentale en Wallonie (2025) : Analyse des inégalités territoriales et individuelles*. 2025/10158/18. <https://www.iweps.be/publication/sante-mentale-en-wallonie-2025-analyse-des-inegalites-territoriales-et-individuelles/>

Jensen, M., George, M. J., Russell, M. R., & Odgers, C. L. (2019). Young Adolescents' Digital Technology Use and Mental Health Symptoms : Little Evidence of Longitudinal or Daily Linkages. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1416-1433. <https://doi.org/10.1177/2167702619859336>

Johannes, N., Vuorre, M., & Przybylski, A. K. (2021). Video game play is positively correlated with well-being. *Royal Society Open Science*, 8(2), rsos.202049, 202049. <https://doi.org/10.1098/rsos.202049>

Jonker, H., Duveau, C., Charafeddine, R., Gisle, L., & Demarest, S. (2025). *Synthèse des résultats BELHEALTH - Vague 1 à 6 : Données sur la santé mentale des adultes belges à la suite du COVID-19 : Septembre 2022 – Juin 2024*. Sciensano (Belgium). <https://doi.org/10.25608/23GM-S227>

Keles, B., McCrae, N., & Greathouse, A. (2020). A systematic review : The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>

Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M. L., & Noam, G. G. (2011). Protecting and Promoting: An Integrative Conceptual Model for Healthy Development of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.006>

La Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale. (2025). *Saturation II - Résultats du 2ème recensement des demandes adressées aux services de santé mentale bruxellois*

(2022-2023). [https://lbsm.be/ressources-publications/rapports/saturation-ii-resultats-du-2eme-recensement-des-demandes-adressees-aux-services.html?var\\_mode=calcul](https://lbsm.be/ressources-publications/rapports/saturation-ii-resultats-du-2eme-recensement-des-demandes-adressees-aux-services.html?var_mode=calcul)

La Ligue des Familles. (2024). *Les chiffres du décrochage scolaire explosent.* <https://liguedesfamilles.be/article/les-chiffres-du-decrochage-scolaire-explosent>

Lee, J. H., Gamarel, K. E., Bryant, K. J., Zaller, N. D., & Operario, D. (2016). Discrimination, Mental Health, and Substance Use Disorders Among Sexual Minority Populations. *LGBT Health*, 3(4), 258-265. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0135>

Li, X., & Atkins, M. S. (2004). Early Childhood Computer Experience and Cognitive and Motor Development. *Pediatrics*, 113(6), 1715-1722. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.1715>

Maron, L., Vos, B., & Vrancken, J. (2022). *Baromètre Consommation de soins de santé mentale : Données 2021.* Solidaris.

McCrae, N., Gettings, S., & Purssell, E. (2017). Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence : A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 2(4), 315-330. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0053-4>

Melchior, M., Chastang, J.-F., Falissard, B., Galéra, C., Tremblay, R. E., Côté, S. M., & Boivin, M. (2012). Food Insecurity and Children's Mental Health : A Prospective Birth Cohort Study. *PLoS ONE*, 7(12), e52615. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052615>

Minotte, P. (2020). Adolescence, médias sociaux & santé mentale. *Observatoire « Vies Numériques » du CRÉSaM*, 4.

- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., Farfan-Portet, M.-I., & Ricour, C. (2019). *Organisation of mental health care for adults in Belgium* (1<sup>re</sup> éd.). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). <https://doi.org/10.57598/R318C>
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying Prevalence Across Contexts : A Meta-analysis Measuring Cyber and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602-611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>
- Mommerency, G., Ven Den Heede, K., Verhaeghe, N., Swartenbroekx, N., Annemans, L., Schoentjes, E., & Eyssen, M. (2011). *Organisation of child and adolescent mental health care : Study of the literature and an international overview*. (No. KCE Reports 170C; Health Services Research (HSR)). D/2011/10.273/78.
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence : A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire : Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467-1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Moro, M. R., & Radjack, R. (2022). Vers une équité en santé mentale pour les enfants de migrants : Propositions transculturelles. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(6), 766-774. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.01.026>
- Mutualité Chrétienne. (2024). *Médicaments : Quelle tendance chez les enfants ?* <https://www.mc.be/en-marche/sante/medecine/medicaments-quelle-tendance-chez-les-enfants>

OCDE. (2015). *Skills for Social Progress : The Power of Social and Emotional Skills*. OECD.

<https://doi.org/10.1787/9789264226159-en>

OCDE. (2025). *Promoting good mental health in children and young adults—Best practices in public health.*

<https://www.oecd.org/en/publications/support/corrigenda.html>

OEJAJ. (2025). *Etude portant sur la santé mentale et le recours aux services d'aide auprès d'enfants de 8 à 18 ans*. OEJAJ - Fédération Wallonie-Bruxelles.

<https://oejaj.cfwb.be/catalogue/oejajdetails/fiche/etude-portant-sur-la-sante-mentale-et-le-recours-aux-services-daide-aupres-denfants-de-8-a-18-ans/?fbclid=IwY2xjawPNsSNleHRuA2FlbQIxMABicmlkETBZdnNoYWpncTZhOWFnDBXc3J0YwZhcHBfaWQQMjlyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHtJjYBvrOUGf0M5vM->

xuXC0GO2nxiTyQvFVowgPD4OqFRpzyQXOGdvUvHeC5\_aem\_JXjy22hYFdTpFXNXtJcaTw

Olivier, E., Morin, A. J. S., Vitaro, F., & Galand, B. (2022). Challenging the “Mean Kid” Perception : Boys’ and Girls’ Profiles of Peer Victimization and Aggression from 4th to 10th Grades. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP15095-NP15129.

<https://doi.org/10.1177/0886260521997949>

Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project : Report on a WHO meeting.*

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-349766>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Mental health of adolescents*. World Health Organization : WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Santé mentale : Renforcer notre action.* World

Health Organization : WHO. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organisation Mondiale de la Santé. (2025). *Santé mentale des adolescentes et des adolescents.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

OSH. (2019). *Regard sur la santé des jeunes—Bien-être à l'école.* D/2019/14.371/9. [https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2019/10/Sante\\_en\\_Hainaut\\_14\\_RSJ-2019.pdf](https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2019/10/Sante_en_Hainaut_14_RSJ-2019.pdf)

Oshio, T., Umeda, M., & Kawakami, N. (2013). Impact of interpersonal adversity in childhood on adult mental health : How much is mediated by social support and socio-economic status in Japan? *Public Health*, 127(8), 754-760. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.05.005>

Paquin, V., Muckle, G., Bolanis, D., Courtemanche, Y., Castellanos-Ryan, N., Boivin, M., Tremblay, R., Côté, S., & Geoffroy, M.-C. (2021). Longitudinal Trajectories of Food Insecurity in Childhood and Their Associations With Mental Health and Functioning in Adolescence. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140085. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40085>

Paris, C., & Isnard, P. (2024). Les troubles alimentaires et leurs mécanismes psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent en situation d'obésité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 72(3), 99-102. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2024.02.001>

Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet, A.-M. (2021). *Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique.* Minds - Promotion de la santé mentale à

Genève. [https://assets-global.website-files.com/64d2152959dc0e3dfa75ff28/650069beb37f93229e425bd4\\_Les%20de%CC%81terminants%20de%20la%20sante%CC%81%20mentale.pdf](https://assets-global.website-files.com/64d2152959dc0e3dfa75ff28/650069beb37f93229e425bd4_Les%20de%CC%81terminants%20de%20la%20sante%CC%81%20mentale.pdf)

Sala, A., Porcaro, L., & Gómez, E. (2024). Social Media Use and adolescents' mental health and well-being: An umbrella review. *Computers in Human Behavior Reports*, 14, 100404. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100404>

Salmivalli, C., & Nieminen, E. (2002). Proactive and reactive aggression among school bullies, victims, and bully-victims. *Aggressive Behavior*, 28(1), 30-44. <https://doi.org/10.1002/ab.90004>

Samarcande. (2024). *Rapport d'activités 2023.* [https://samarcande.be/IMG/pdf/ra\\_2023.pdf](https://samarcande.be/IMG/pdf/ra_2023.pdf)

Sanders, T., Noetel, M., Parker, P., Del Pozo Cruz, B., Biddle, S., Ronto, R., Hulteen, R., Parker, R., Thomas, G., De Cocker, K., Salmon, J., Hesketh, K., Weeks, N., Arnott, H., Devine, E., Vasconcellos, R., Pagano, R., Sherson, J., Conigrave, J., & Lonsdale, C. (2023). An umbrella review of the benefits and risks associated with youths' interactions with electronic screens. *Nature Human Behaviour*, 8(1), 82-99. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01712-8>

Sarmiento, I. G., Olson, C., Yeo, G., Chen, Y. A., Toma, C. L., Brown, B. B., Bellmore, A., & Mares, M.-L. (2020). How Does Social Media Use Relate to Adolescents' Internalizing Symptoms? Conclusions from a Systematic Narrative Review. *Adolescent Research Review*, 5(4), 381-404. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0095-2>

- Schroder, C. M., Zanfonato, T., Royant-Parola, S., & Mazza, S. (2024). Sommeil et santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 208(7), 928-934. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2024.05.003>
- Sciensano. (2023, août 11). *Santé mentale des adolescents, Health Status Report*. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/sante-mentale-des-adolescents>
- Sciensano. (2024). *Statut pondéral et troubles du Comportement alimentaire : Troubles du comportement alimentaire, Enquête de Consommation alimentaire 2022-2023*. <https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-l-enquete-nationale-de-consommation-alimentaire-2022-2023/statut-ponderal-et-troubles-du-comportement-alimentaire/troubles-du-comportement>
- Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES-ULB). (2024). *Enquête HBSC 2022*. <https://sipes.esp.ulb.be/publications/enquetes-hbsc>
- Smith, P. K., Madsen, K. C., & Moody, J. C. (1999). What causes the age decline in reports of being bullied at school? Towards a developmental analysis of risks of being bullied. *Educational Research*, 41(3), 267-285. <https://doi.org/10.1080/0013188990410303>
- Solberg, M. E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29(3), 239-268. <https://doi.org/10.1002/ab.10047>
- Solidaris. (2025). *Admission à l'hôpital pour tentative de suicide—Analyse des profils, des facteurs de risque et évolution de la prise en charge (2013-2024)*. <https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2025/11/Etude-sante-mentale-2025.pdf>

- SPF Santé publique. (2023). *Données phare dans les soins de santé* (No. D/2023/2196/34). SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- [https://www.healthybelgium.be/images/HEALTH/Geestelijke\\_Gezondheidszorg/2023/FOD%20Volksgezondheid%20-%20Blikvanger%2002%20-%20FR.pdf](https://www.healthybelgium.be/images/HEALTH/Geestelijke_Gezondheidszorg/2023/FOD%20Volksgezondheid%20-%20Blikvanger%2002%20-%20FR.pdf)
- STATBEL. (2025). *Jeunes sans emploi ni formation : Un taux de 9,9% en 2024.*
- [https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/neet?utm\\_source=chatgpt.com](https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/neet?utm_source=chatgpt.com)
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.003>
- Sweetser, P., Johnson, D., Ozdowska, A., & Wyeth, P. (2012). Active versus Passive Screen Time for Young Children. *Australasian Journal of Early Childhood*, 37(4), 94-98. <https://doi.org/10.1177/183693911203700413>
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185-199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
- UNICEF. (2024). *Santé mentale des enfants et soutien psychologique.*
- <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/bien-etre-des-enfants/#Quelques-chiffres-cl%C3%A9s-sur-la-sant%C3%A9-mentale>
- Van Rode, V., Rotsaert, M., & Delhaye, M. (2015). Solitude et adolescence : Implications cliniques et perspectives. Revue de littérature. *Revue Médicale de Bruxelles*, 36, 415-420.

Vandenthoren, L., Saerens, R., Karakaya, G., Van der Cruyssen, L., & De Backer, M. (2024).

*Evolutions en matière de santé mentale—Une analyse des membres des Mutualités Libres entre 2019 et 2023.*

Vandentorren, S., Khriridine, I., Estevez, M., Stefano, C. de, Rezzoug, D., Oppenchain, N., Haag, P., Oui, A., Gensburger, S., Delaville, E., Gindt-Ducros, A., & Habran, E. (2021). Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid-19 en France. *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire, Cov\_8*, 2-17.

Vanhalst, J., Luyckx, K., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., & Goossens, L. (2013). Low Self-Esteem as a Risk Factor for Loneliness in Adolescence : Perceived - but not Actual - Social Acceptance as an Underlying Mechanism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1067-1081. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9751-y>

Vidal, C., Lhaksampa, T., Miller, L., & Platt, R. (2020). Social media use and depression in adolescents : A scoping review. *International Review of Psychiatry*, 32(3), 235-253. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1720623>

Ye, Z., Wu, D., He, X., Ma, Q., Peng, J., Mao, G., Feng, L., & Tong, Y. (2023). Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC Psychiatry*, 23(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04681-4>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism : A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Zych, I., Ttofi, M. M., Llorent, V. J., Farrington, D. P., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2020). A Longitudinal Study on Stability and Transitions Among Bullying Roles. *Child Development, 91*(2), 527-545. <https://doi.org/10.1111/cdev.13195>