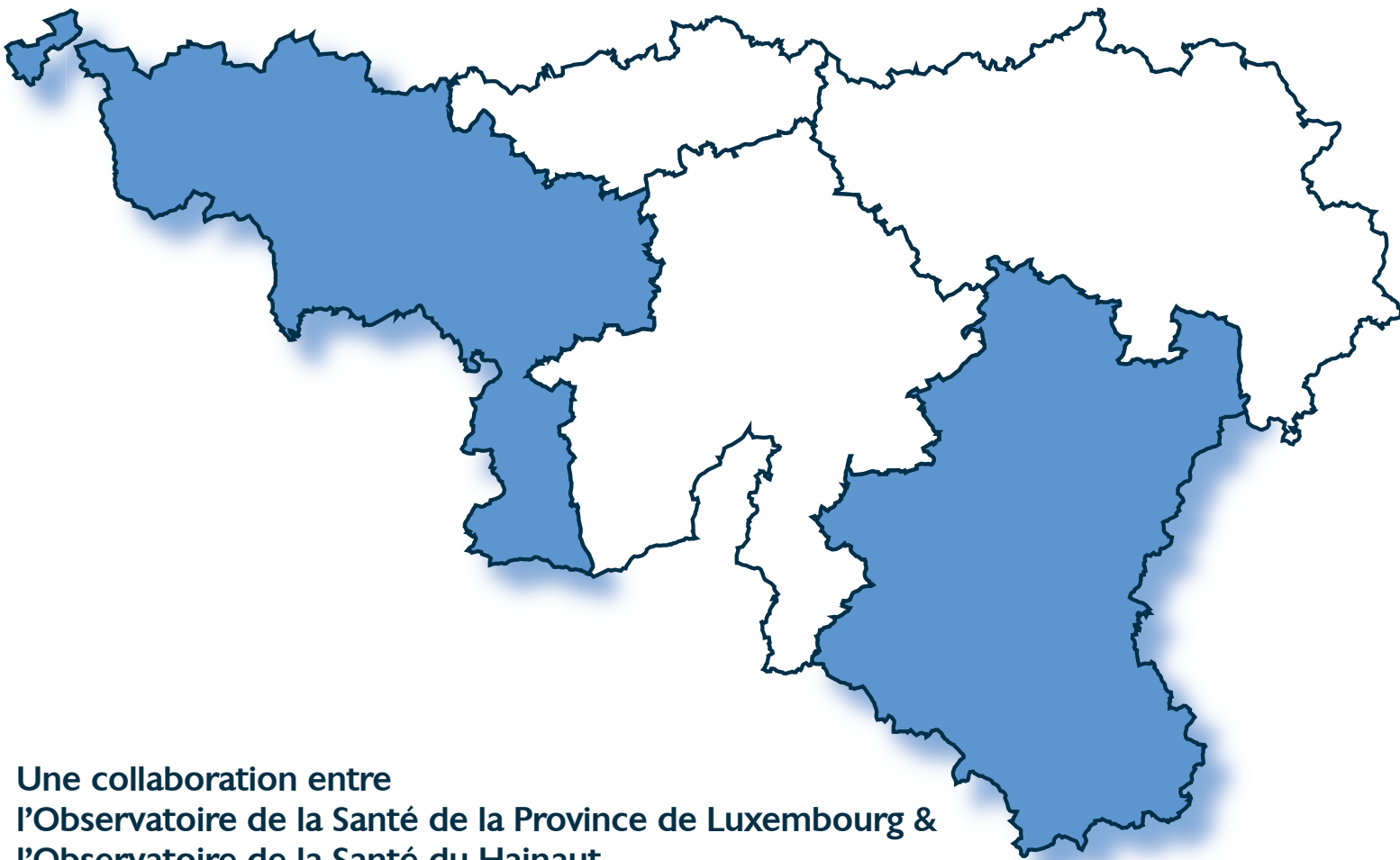


Regard sur la **Santé**
des **Jeunes**
Province de Hainaut
Province de Luxembourg



Une collaboration entre
l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg &
l'Observatoire de la Santé du Hainaut



La santé pour mieux vivre



Préface

Depuis 1997 et la première enquête menée auprès des jeunes fréquentant les écoles du Hainaut, l'Observatoire de la Santé du Hainaut s'est engagé dans un partenariat avec la médecine scolaire. Le réseau des Centres de Santé Scolaires Vigies (CSSV) a ainsi vu le jour pour pérenniser cette enquête. Il s'est étoffé au fil du temps pour compter 32 implantations de services de promotion de la santé à l'école et centres psycho-médico-sociaux de l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Le réseau CSSV couvre à présent la majorité des établissements d'enseignement du Hainaut.

Régulièrement¹, des enquêtes sur la santé des jeunes hainuyers sont ainsi menées lors de la visite médicale scolaire. Les résultats pour l'année 2012 sont présentés ici ainsi que leur évolution au cours du temps.

Obésité, alimentation déséquilibrée, faible pratique d'activité physique, sédentarité, tabagisme et abus d'alcool touchent un nombre important de jeunes hainuyers. Certains comportements alimentaires évoluent favorablement et l'accroissement de l'obésité semble marquer une pause. A l'inverse, la consommation de tabac montre un regain de popularité chez les adolescents entre 2010 et 2012. C'est donc un constat nuancé que nous révèlent les enquêtes successives.

Il nous a paru important d'analyser la santé des jeunes en fonction du contexte dans lequel ils vivent. Les inégalités sociales de santé se traduisent à l'âge adulte par une morbidité et une mortalité plus élevées pour les personnes défavorisées. Nos enquêtes montrent que ces inégalités se marquent déjà dans l'enfance et à l'adolescence au niveau des comportements de santé, mais aussi de l'état de santé. Bien en amont de l'accès aux soins, la situation sociale influence l'état de santé à travers l'environnement physique, social et culturel dans lequel le jeune évolue. Ces éléments montrent la nécessité d'une approche des programmes de promotion de la santé qui accorde une attention particulière aux groupes les moins favorisés de la société. La notion d'universalisme proportionné prend ici tout son sens en s'adressant à l'ensemble de la population avec un effort particulier envers ceux qui en ont le plus besoin. Ce principe guide de façon transversale les interventions de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Bonne lecture,

Michel Demarteau,
Directeur en Chef

Dr Christian Massot,
Médecin de santé publique

¹ Tableau de bord de la santé des Jeunes, 1998, Carnet de bord de la santé des Jeunes 2001, Carnet de bord de la santé des Jeunes 2004, Carnet de bord de la santé des Jeunes 2010

Colophon

Ce "Regard sur la santé des jeunes" est le résultat du travail de toute une équipe :

Coordination de l'édition

Christian Massot

Conception Enquête Jeunes 2010-2012

Christian Massot · Véronique Tellier · Valérie Wathieu

Enquêtrices OSH

Sylvie Brohé · Catherine Grégoire · Martine Hautain · Nicole Thauvoye

Analyse des données - Rédaction - Bibliographie

OSH : Catherine Grégoire · Norbet Jates · Christian Massot · Annick Vanlierde · Valérie Wathieu

OSL : Charles-Henri Boeur · Frédéric De Ceulaer

Secrétariat

Maria Milioto

Informatique

Alain Léonard

Graphisme et mise en page

OSH : Daniela Majois

OSL : Benoit Adam · Marie Maron

Relecteurs

Paul Berra · Pierre Bizel · Alain Husdens · Véronique Janzyk · Geneviève Pensis

Remerciements

A toutes les écoles de la province de Hainaut qui ont participé à l'enquête, leurs pouvoirs organisateurs, les directions, les élèves et leurs parents.

A l'ensemble du personnel des Centres de Santé Scolaire Vigies (services PSE et centres PMS de la FWB).

Un remerciement tout particulier à nos collègues de l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSL).

Au Professeur Michèle Dramaix de l'Ecole de santé publique de l'ULB pour ses conseils pour l'analyse statistique.

Droit d'auteur et référence de la publication

Service public provincial, l'Observatoire de la Santé du Hainaut encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication.

L'information extraite portera la référence : "Observatoire de la Santé du Hainaut - Santé en Hainaut n° 10 - Regard sur la santé des jeunes 2015, 2015".

Table des matières

Préface	1
Colophon	2
Chapitre 1. Présentation générale	
1. Introduction	8
2. Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies	8
2.1. Objectifs	8
2.2. Surveillance épidémiologique	9
2.3. Thème de recherche	9
3. Enquête 2010-2012	10
3.1. Protocole	10
3.2. Echantillon	10
3.3. Présentation des résultats	12
3.4. Publication simultanée en province de Luxembourg	12
Chapitre 2. Biométrie	
1. Introduction	14
2. Poids - Taille - Corpulence	15
3. Tour de taille	19
4. Pression artérielle	22
5. Liens entre les différents indicateurs biométriques	25
5.1. Lien entre corpulence et tour de taille	25
5.2. Lien entre corpulence et pression artérielle	26
5.3. Lien entre tour de taille et pression artérielle	27
6. Liens avec d'autres facteurs de santé	27
6.1. Activité physique et sédentarité	27
6.2. Alimentation, perception du corps, régime amaigrissant	29
7. Conclusion	32
8. Bibliographie	33
Chapitre 3. Alimentation	
1. Introduction	36
2. Aliments consommés	37
2.1. Fruits et légumes	37
2.2. Poisson	42
2.3. Produits laitiers	45
2.4. Frites, croquettes	47
2.5. Snacks salés	51
2.6. Snacks sucrés	54
3. Boissons	55
3.1. Eau	55
3.2. Sodas sucrés	58
3.3. Sodas édulcorés (light)	61
3.4. Boissons énergisantes	62
4. Alimentation équilibrée	66

5. Repas	70
5.1. Petit déjeuner	70
5.2. Collation de 10 heures	73
5.3. Gouter	74
5.4. Régime	74
6. Achat de produits alimentaires à l'école	75
7. Liens avec d'autres facteurs de santé	77
7.1. Activité physique et score alimentaire	77
7.2. Régime alimentaire et score alimentaire	78
7.3. Régime pour maigrir et boissons	79
8. Conclusion	81
9. Bibliographie	82

Chapitre 4. Activité physique & sédentarité

1. Introduction	86
2. Activités physiques	87
2.1. Activités physiques la semaine précédant l'enquête	87
2.2. Sport en club	92
2.3. Cours d'éducation physique	95
3. Activités sédentaires	98
3.1. Télévision	99
3.2. Ordinateur, console de jeux et GSM	107
3.3. Ecrans	113
4. Liens croisés entre activités physiques et sédentaires	115
5. Liens avec d'autres facteurs de santé	116
5.1. Facteurs biométriques	116
5.2. Satisfaction par rapport au corps, souhait de maigrir et régime amaigrissant	117
5.3. Alimentation	120
5.4. Assuétudes	123
5.5. Plaintes et problèmes déclarés	126
6. Conclusion	127
7. Bibliographie	129

Chapitre 5. Assuétudes

1. Introduction	134
2. Tabac	135
2.1. Consommation de tabac	136
2.2. Age de la première cigarette	140
2.3. Tabagisme au réveil	140
2.4. Arrêt du tabac	140
2.5. Tabagisme passif	141
2.6. Influence de l'entourage	143
2.7. Chicha	145
2.8. Liens avec d'autres facteurs de santé	146
3. Alcool	150
3.1. Expérimentation de l'alcool	150
3.2. Ivresse	151
3.3. Alcoolisation ponctuelle	154
3.4. Liens avec d'autres facteurs de santé	155
4. Drogues illégales	157
5. Polyconsommation : tabac - alcool - drogue	160
6. Conclusion	162
7. Bibliographie	164

Chapitre 6. Etat de santé, bien-être & consommation de soins

1. Introduction	168
2. Santé subjective	169
2.1. Perception de la santé globale	169
2.2. Plaintes somatiques	173
2.3. Maladies chroniques	177
2.4. Problèmes déclarés	178
2.5. Liens entre les différents indicateurs de santé subjective	180
2.6. Liens avec d'autres facteurs de santé	181
3. Image du corps et souhait de changer de poids	184
3.1. Satisfaction par rapport au corps	184
3.2. Souhait de changer de poids	187
3.3. Liens avec d'autres facteurs de santé	190
4. Sommeil	192
4.1. Durée de sommeil	192
4.2. Liens avec d'autres facteurs de santé	195
5. Consommation de soins	198
6. Conclusion	201
7. Bibliographie	202

Annexes

Annexe I. Protocole de mesures biométriques	206
1. Mesure de la taille	206
2. Mesure du poids	206
3. Mesure de la pression artérielle	206
4. Mesure du tour de taille	207
Annexe 2. Présentation détaillée de l'échantillon	208
Annexe 3. Méthodes d'analyse	212
Abréviations	213
Table des cartes, figures & tableaux	215



Chapitre 1 . Présentation générale



I. Introduction

Depuis 1997, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) mène des enquêtes sur la santé auprès des jeunes de fin de primaire et du secondaire fréquentant les écoles du Hainaut. L'enquête 2010-2012, dont les résultats sont présentés ici, est l'aboutissement d'une démarche menée sur une période de quinze ans.

Plus que toute autre, l'enquête 2010-2012 s'inscrit sous le signe du partenariat :

- avec la médecine scolaire au travers des services de promotion de la santé à l'école (PSE) et des centres psycho-médico-sociaux (PMS) de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) qui, depuis 2000, collaborent à cette enquête au travers du réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV) ;
- avec l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSL) qui, pour la première fois en 2010-2012, a utilisé le même protocole pour une enquête sur son territoire ;
- avec la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD) qui a procédé aux examens dentaires dont les résultats feront l'objet d'une publication distincte.

2. Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies

Le réseau des CSSV a été créé suite à la première enquête réalisée en 1997 par l'OSH en province de Hainaut et par l'Observatoire de la Santé et du Social de Picardie (OR2S) dans le département de l'Aisne en France. Les résultats avaient mis en exergue l'existence, chez les jeunes hainuyers, de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires et l'impact des facteurs socioéconomiques sur leur santé.

Face à ces constats, pour assurer un suivi épidémiologique de la situation, les centres de santé scolaire (services PSE ou centres PMS FWB) ont été sollicités pour former un réseau de CSSV. Sur base volontaire, 10 d'entre eux ont accepté de réaliser une enquête de faisabilité en 1999-2000. Au fil du temps, le réseau s'est étendu à 12 centres en 2002, 20 en 2005 et 23 en 2007. En 2010-2012, 32 implantations (24 centres) sur les 40 que compte le Hainaut ont participé à l'enquête. Ils sont répartis sur toute la province et relèvent des différents réseaux d'enseignement.

Les centres de santé scolaire ont joué un rôle important dans l'élaboration initiale du protocole d'enquête et du questionnaire. Ils participent au choix des thèmes et une rencontre annuelle permet de faire le point sur l'enquête écoulée et d'en programmer une nouvelle. Plusieurs de ces centres font également partie du réseau des services PSE animé par l'OSH et actif dans le domaine de la promotion de la santé à l'école.

2.1. Objectifs

La collaboration entre le réseau CSSV et l'OSH poursuit deux objectifs :

- d'une part, recueillir en continu des données relatives à la santé des jeunes dans une perspective de surveillance épidémiologique (obésité, pression artérielle, comportements de santé) ;
- d'autre part, recueillir à l'occasion de chaque nouvelle enquête un ensemble de données sur une thématique spécifique, retenue en fonction de son intérêt pour améliorer les orientations des programmes et des interventions en promotion de la santé des jeunes.

2.2. Surveillance épidémiologique

La partie du questionnaire à visée de surveillance épidémiologique est identique d'une année à l'autre. La plupart des questions ont été validées lors d'enquêtes nationales ou internationales (Organisation mondiale de la santé (OMS), Enquêtes Nationales de Santé par Interview (ENS)...). Elles portent sur l'état de santé et les habitudes de vie.

2.3. Thème de recherche

La partie du questionnaire relative à un thème de recherche change chaque année. Son élaboration suit différentes étapes. La première consiste à choisir le thème. Ce choix se fait essentiellement en fonction des besoins ressentis par les collègues de l'OSH qui mènent des interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé auprès des jeunes et des besoins identifiés par les centres de santé scolaire. Le choix final du thème de l'année se fait en concertation avec les CSSV. Plusieurs critères sont pris en compte comme la fréquence et la gravité du problème, la possibilité d'intervention sur le thème identifié, les besoins exprimés par les intervenants (CSSV ou autres).

Après une recherche bibliographique sur le sujet, les questionnaires sont élaborés en tenant compte du fait qu'il s'agit d'une enquête quantitative. Ce type d'étude répond surtout à la question du "combien", et à celle de l'identification des associations de facteurs de risque et des groupes à risque.

Chronologie des thèmes propres à chaque année

Année	Thème
1997	Première enquête transfrontalière sur la santé des jeunes
1999-2000	Enquête pilote
2000-2001	Enquête sur le thème des assuétudes
2001-2002	Enquête sur le thème du bien-être
2002-2003	Enquête sur le thème de la sexualité et de la contraception
2003-2004	Deuxième enquête transfrontalière sur la santé des jeunes
2005-2006	Enquête sur le thème de la santé bucco-dentaire en partenariat avec la FSD
2006-2007	Enquête sur l'asthme et les allergies auprès des 2 ^e primaires
2007-2009	Enquête sur le thème de l'alcool
2009-2010	Enquête sur le thème de la sexualité et de la contraception
2010-2012	Enquête sur le thème de la santé bucco-dentaire en partenariat avec la FSD

3. Enquête 2010-2012

3.1. Protocole

L'enquête 2010-2012 comporte trois modules :

- un questionnaire auto-administré portant sur les représentations et la perception de la santé, le bien-être (satisfaction par rapport au corps, souhait de maigrir, ennui, sommeil, plaintes de santé et consommation de soins), les comportements de santé (alimentation, activité physique, activités sédentaires, consommation de tabac, d'alcool et de drogue), la santé bucco-dentaire et quelques questions sur le contexte socioéconomique du jeune. Une ou deux enquêtrice(s) expérimentée(s) (selon le profil de la classe et le nombre d'élèves) supervise(nt) le questionnaire. Elle(s) veille(nt) à la bonne compréhension des questions, sans induire les réponses ;
- un module de biométrie (mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la pression artérielle). Le poids et la taille sont relevés par les infirmières des centres de médecine scolaire. Le tour de taille et la pression artérielle sont mesurés par le personnel de l'OSH. Ces différentes mesures suivent le protocole repris à l'Annexe I. ;
- un examen bucco-dentaire standardisé réalisé par les dentistes de la FSD.

Le questionnaire et les mesures biométriques sont récoltés lors de la visite médicale.

L'examen bucco-dentaire a été réalisé à l'école.

Le protocole et les questionnaires ont été validés par le comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Tivoli de La Louvière. Les parents étaient informés de l'enquête et pouvaient s'opposer par écrit à la participation de leur enfant.

3.2. Echantillon

Les jeunes sont interrogés sur base de leur appartenance à une classe. Initialement, les classes sélectionnées étaient la 5^e primaire, la 2^e secondaire et la 4^e secondaire. En 2002-2003 et depuis l'année scolaire 2005-2006, les classes normalement retenues pour le projet CSSV sont la 6^e primaire, la 2^e secondaire et la 4^e secondaire, classes où est prévue une visite médicale systématique au centre de santé scolaire².

Pour chaque niveau d'étude (6^e primaire, 2^e secondaire, 4^e secondaire), l'objectif est d'avoir au moins 400 répondants. Pour l'enquête 2010-2012, le nombre d'élèves sélectionnés dans l'échantillon a été porté à 600 par niveau d'étude. En effet, un élève présent à la visite médicale scolaire ne participe pas nécessairement à l'examen bucco-dentaire et inversement, ce qui peut diminuer le nombre de participants et limiter les analyses.

2. Sauf pour l'année 2006-2007, année où l'enquête a été menée en 2^e primaire directement dans les classes selon un protocole différent.

Carte 1.1. Répartition géographique des écoles ayant participé à l'enquête en 2010-2012

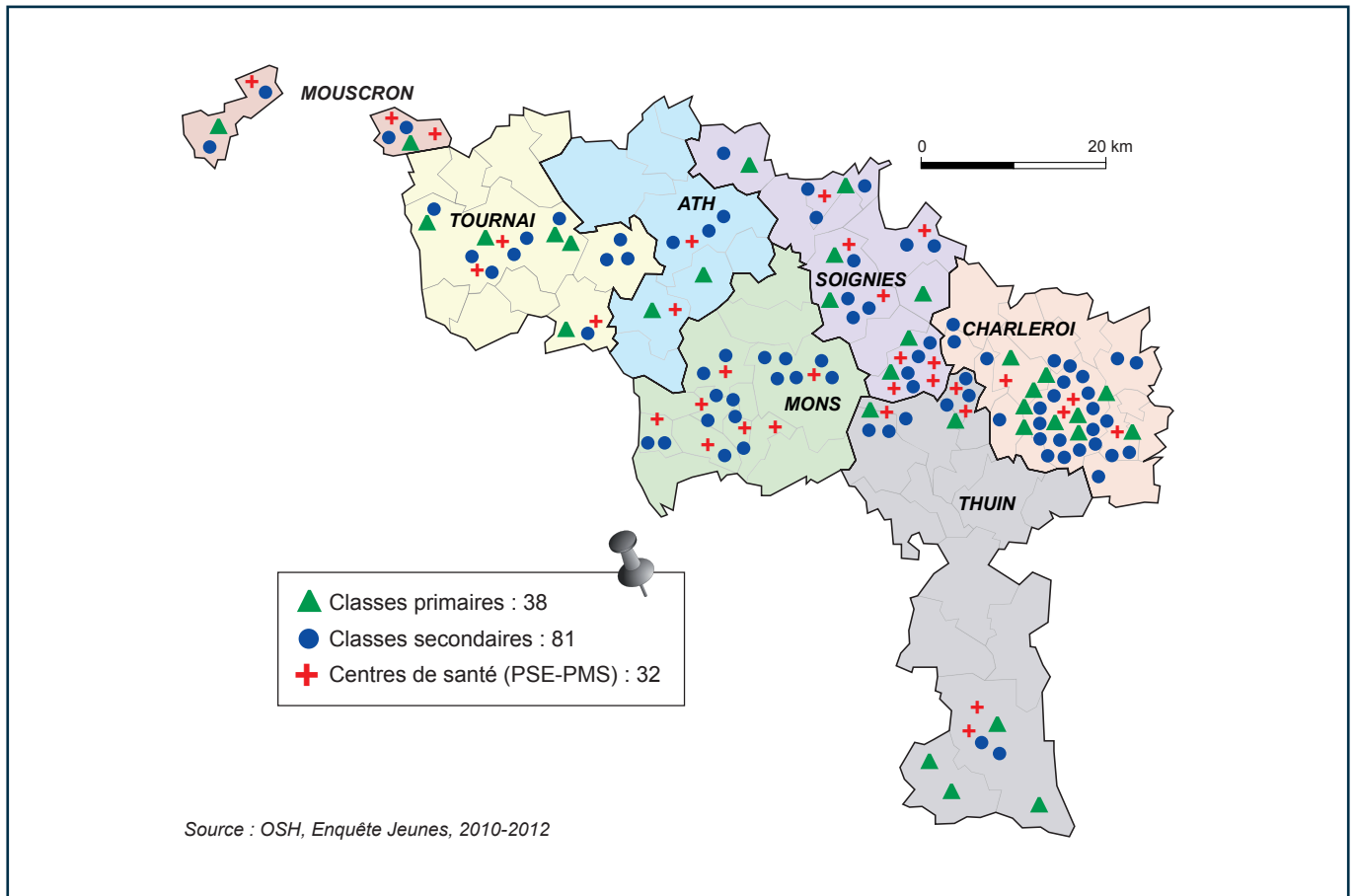


Tableau 1.1. Echantillon de l'enquête de 2010-2012

	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Nombre de jeunes
6 ^e primaire	42	42	668
2 ^e secondaire	37	38	589
4 ^e secondaire	38	43	555
Total	117	123	1 812

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

Au total, 123 classes ont participé dans 117 écoles³, soit un échantillon total de 1 812 jeunes.

3. Une même école peut être comptée une fois dans l'échantillon de 2^e secondaire et une fois dans l'échantillon de 4^e secondaire. Les deux échantillons sont constitués indépendamment l'un de l'autre.

Pour l'analyse, les élèves ont été regroupés en trois groupes d'âge correspondant la plupart du temps au niveau scolaire :

- 11 ans : jeunes de 10 ans accomplis à 12 ans,
- 13 ans : jeunes de 13 ans accomplis à 14 ans,
- 16 ans : jeunes de 15 ans accomplis à 17 ans.

Une description détaillée de l'échantillon et de sa représentativité est donnée à l'Annexe 2.

3.3. Présentation des résultats

Les résultats sont présentés par groupe d'âge et par sexe lorsque les différences entre les groupes le justifient. Les méthodes d'analyses sont décrites à l'Annexe 3.

L'influence d'une série de facteurs socioéconomiques (profession de la mère, du père, type de famille, nombre de parents ayant un revenu du travail⁴ ; filière scolaire en secondaire) a été recherchée pour les principaux indicateurs. Les résultats significatifs sont repris dans un tableau de synthèse. Ils sont exprimés en rapport de prévalence (RP). La présence d'astérisque spécifie que le résultat se révèle statistiquement significatif avec un seuil de 5 %.

Le rapport de prévalence est le rapport de la fréquence de la caractéristique étudiée dans un groupe par rapport à un autre groupe choisi comme référence (par exemple : la fréquence du tabagisme des garçons est de 13 %, celle des filles, de 8,8 %, le RP sera de $13/8,8 = 1,5$). Ceci signifie que la fréquence du tabagisme est plus élevée de 50 % (chez les garçons) par rapport au groupe de référence (les filles). Pour faciliter l'interprétation, le groupe qui présente la fréquence la plus basse est systématiquement choisi comme groupe de référence. De ce fait, le groupe de référence change selon l'indicateur.

Pour les évolutions, seules les questions dont la formulation n'a pas changé de manière significative lors des différentes enquêtes sont présentées. Le protocole de prise de mesures biométriques n'a pas évolué. Pour ces données, toutes les années comportant un nombre suffisant de participants sont reprises dans les courbes d'évolution.

3.4. Publication simultanée en province de Luxembourg

Ce "Regard sur la santé des jeunes" présente les résultats du volet "surveillance épidémiologique" de l'Enquête Jeunes réalisée en Hainaut en 2010-2012. L'OSL publie simultanément les résultats collectés, au même moment et suivant le même protocole, en province de Luxembourg. Ce document s'intitule "Regard sur la santé des jeunes – Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012". Il se présente sous la forme d'un recueil de 6 fiches dont chacune correspond à un de nos chapitres.

Les résultats hainuyers ont été systématiquement comparés aux résultats observés en province de Luxembourg.

4. Le "nombre de parents qui travaillent" est calculé sans tenir compte de la structure familiale (parents séparés, divorcés...) : il vaut "2" si le père et la mère du jeune travaillent, "1" si un seul des deux travaille et "0" si aucun des deux ne travaille.



Chapitre 2. Biométrie



I. Introduction

L'enquête sur la santé des jeunes comporte un module biométrique où le poids, la taille, le tour de taille et la pression artérielle sont mesurés selon un protocole précis (cf. Annexe I).

Chez l'adulte, des seuils internationalement reconnus fixent les critères de normalité de ces mesures. Il n'en va pas de même chez les moins de 18 ans où les valeurs limites varient en fonction de l'âge et du sexe. Plusieurs normes de références coexistent, ce qui complique la comparaison entre différentes publications (Lemelin, 2013 ; Wang, 2002).

Chez l'adulte, l'obésité est un facteur de risque de plusieurs problèmes de santé : maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, problèmes articulaires... (OMS, 2013). Dans son plan d'action sur l'obésité infantile, le Groupe de haut niveau de l'Union européenne sur la nutrition et l'activité physique estime, qu'en Europe, 7 % des dépenses de santé sont entraînées par des maladies liées à l'obésité. La fréquence de l'obésité a augmenté partout dans le monde depuis une quarantaine d'années (OMS, 2003). En Wallonie, elle atteignait 15 % chez les 15 ans et plus en 2008 (Van der Heyden, 2010). Ce chiffre basé sur les déclarations des répondants sous-estime probablement la réalité. Si l'influence négative de l'obésité sur la mortalité est reconnue, l'effet du surpoids surtout chez l'adulte d'âge mûr fait encore débat (Claessen, 2012 ; Donini, 2012).

Une majorité des adultes obèses ne l'étaient pas dans l'enfance. A l'inverse, les jeunes en surpoids ou obèses ont un risque plus élevé que les jeunes de corpulence normale, d'être obèses à l'âge adulte et de développer ultérieurement des complications liées à leur excès pondéral (Baker, 2007 ; Daniels, 2009 ; Rolland-Cachera, 1984).

En 2004, une enquête transfrontalière menée dans le département de l'Aisne (France) et en province de Hainaut avait, par ailleurs, mis en évidence une plus grande fréquence d'anomalies métaboliques et de pression artérielle élevée chez les jeunes obèses (OSH, 2010). Avec l'augmentation de la fréquence et de la gravité de l'obésité apparaissent maintenant, chez l'enfant, des pathologies autrefois typiques de l'adulte comme le diabète de type 2 et le syndrome métabolique (International Diabetes Federation (IDF), 2005). Si elle n'est pas compensée par des progrès (possibles mais coûteux) dans la prise en charge de ces maladies, l'évolution actuelle pourrait aboutir à une diminution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé des jeunes générations.

L'origine du surpoids et de l'obésité est multifactorielle : facteurs génétiques, apport alimentaire excessif, manque d'activité physique... Une fois l'obésité franche installée, sa prise en charge est complexe et coûteuse pour des résultats à long terme aléatoires. Il est, par contre, possible d'intervenir préventivement. Nos comportements sont influencés par des éléments individuels, mais aussi par notre environnement familial, social et plus largement, par la société dans laquelle nous évoluons. C'est pourquoi, les interventions menées par l'OSH tiennent compte autant que possible de ces différents niveaux d'influence.

2. Poids - Taille - Corpulence

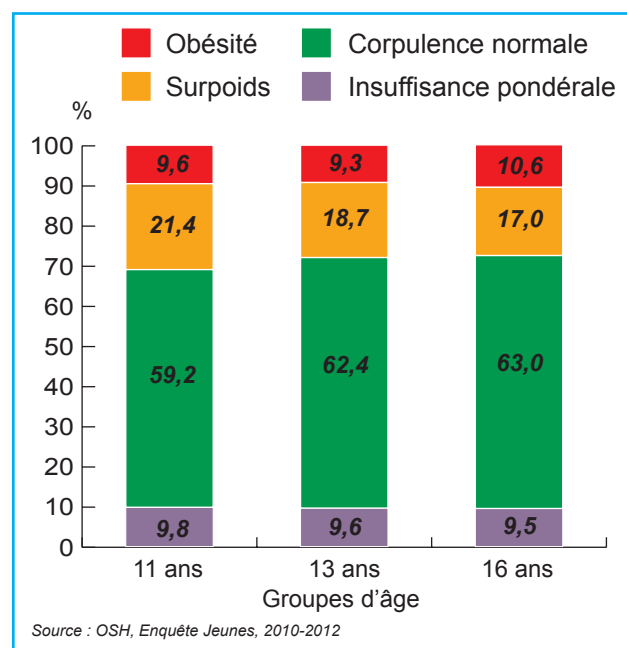
L'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet mesure la corpulence d'une personne. Il est calculé selon la formule suivante : $IMC \text{ (en kg/m}^2\text{)} = \text{poids} / (\text{taille})^2$.

Chez l'adulte, des limites d'IMC internationalement reconnues définissent insuffisance pondérale, normalité, surpoids et obésité. Ces seuils ne sont pas valables pour les moins de 18 ans. Chez les plus jeunes, ils varient avec l'âge et le sexe. C'est vers 6 ans que leurs valeurs sont les plus basses. Elles remontent ensuite jusqu'à 18 ans environ. Les données présentées ci-dessous se basent sur les tables de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF) (Cole, 2000 ; Cole, 2007).

Description de la situation en 2012

En Hainaut, le surpoids touche 19 % des jeunes et l'obésité, 9,8 %. Au total, 29 % ont un poids excessif (surcharge pondérale). A l'inverse, l'insuffisance pondérale concerne 9,6 % des jeunes. Sa forme sévère représente environ 2 % de l'échantillon.

Figure 2.1. Corpulence des jeunes, selon le groupe d'âge (N = 1 787)



► La fréquence du surpoids (environ un jeune sur 5) et de l'obésité (environ un jeune sur 10) ne varie pas significativement en fonction de l'âge et du sexe. Il en est de même de l'insuffisance pondérale (environ un jeune sur 10).

Dans la province de Luxembourg, les jeunes sont moins fréquemment en surpoids (14 %) ou obèses (5 %) qu'en Hainaut. A noter, que les jeunes luxembourgeois de 16 ans présentent plus fréquemment une obésité ou un surpoids que ceux de 11 et 13 ans. On n'observe pas de différence entre les deux provinces pour la fréquence de l'insuffisance pondérale.

La comparaison des fréquences de l'obésité, du surpoids ou de l'insuffisance pondérale entre différentes études est délicate pour des raisons méthodologiques :

- les seuils définissant les différentes catégories de corpulence varient selon les courbes de référence employées et les seuils utilisés (OMS, IOTF, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Vrije Universiteit Brussel (VUB)...)
- certaines études, comme la nôtre, mesurent directement le poids et la taille, d'autres se basent sur les déclarations des jeunes (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)...).

Sur base des données mesurées en Hainaut en 2012, en fonction de la référence choisie, la fréquence de l'obésité peut varier de 9,8 % à 15 %. D'autre part, l'effet du mode de recueil de l'information est encore plus marqué : en utilisant le poids et la taille déclarés, la prévalence de l'obésité passe de 9,8 % à 5,7 %. L'effet combiné du mode de recueil et des références utilisées peut multiplier par 2,6 la proportion de jeunes obèses.

A titre de comparaison, en 2008, une enquête menée en France en fin de primaire (CM2 – assimilable au groupe des 11 ans) (*Chardon, 2013*) rapporte des taux (calculés selon la même norme IOTF) d'obésité de 4 % et de surcharge pondérale de 19 %, soit des valeurs nettement inférieures au Hainaut. Ces prévalences sont stables depuis 2002 mais elles varient selon les régions de 2,3 % (ouest) à 5,5 % (nord).

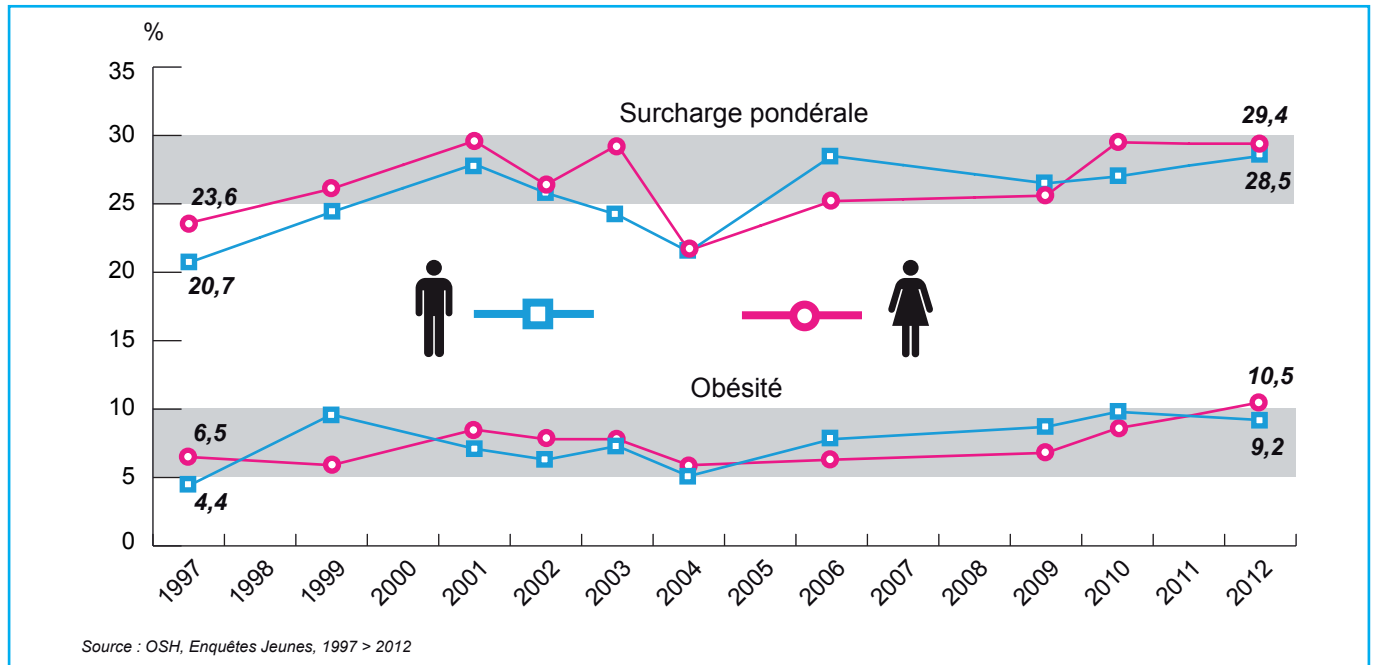
L'enquête HBSC couvrant la FWB se base sur le poids et la taille déclarés par les jeunes en utilisant les courbes de poids établies par la VUB pour la Flandre (*Roelants, 2009*). Avec la même méthode, nous obtenons 10 % d'obèses en Hainaut soit nettement plus que les 5,1 % rapportés pour l'enseignement secondaire ou les 3,2 % annoncés pour le primaire dans toute la FWB. Pour le surpoids (toujours sur base des valeurs déclarées et des normes flamandes), les chiffres s'élèvent à 14 % en Hainaut contre 9,3 % en secondaire et 9,4 % en primaire pour l'enquête HBSC, soit une prévalence de 50 % plus élevée en Hainaut qu'en FWB.

Sur base des données (mesurées) récoltées par l'ensemble des services PSE et des centres PMS lors de la visite médicale scolaire en 6^e primaire, la prévalence de l'obésité atteint 14 % et celle de la surcharge pondérale, 29 % en Hainaut (*Tancredi, 2014*) pour respectivement 11 % et 31 % dans notre enquête (en utilisant les mêmes normes). Les résultats sont similaires.

La comparaison de nos résultats avec différentes études indique une prévalence plus élevée de l'obésité et du surpoids en Hainaut que dans le reste de la FWB ou dans le nord de la France quelle que soit la méthode utilisée.

Evolution

Figure 2.2. Evolution de l'obésité et de la surcharge pondérale (obésité + surpoids), selon le sexe



▼
De 1997 à 2010, on assiste à un doublement de la fréquence de l'obésité chez les jeunes hainuyers. La surcharge pondérale (surpoids + obésité) passe de 22 % à 29 %. Entre 2010 et 2012, la situation semble à peu près stable. Le suivi de cet indicateur dans les années à venir permettra de voir si cette stabilisation est durable.

Durant la même période, plusieurs pays occidentaux ont rapporté une stabilité voire une diminution de l'excès de poids chez les jeunes (Schmidt Morgen, 2013). Certaines études font état d'une tendance pouvant être différente selon les groupes socioéconomiques : les plus favorisés enregistrent une diminution tandis que les groupes défavorisés voient la fréquence du surpoids et de l'obésité augmenter (Danet, 2010 ; Olds, 2011). Si on se réfère à ces études, l'augmentation constatée en Hainaut pourrait être en lien avec la situation économique moins favorable.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 2.1. **Obésité en fonction des facteurs socioéconomiques**

	N	%	RP
Total	1 787	9,8 %	-
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	786	12,3 %	2,73*
Manuel qualifié	221	4,5 %	1
Employé peu ou moyennement qualifié	245	9,8 %	2,18
Employé qualifié ou cadre	266	5,3 %	1,18
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	204	9,3 %	1,48
Manuelle peu qualifiée	446	14,3 %	2,27*
Manuelle qualifiée	78	6,4 %	1,02
Employée peu ou moyennement qualifiée	403	9,2 %	1,46
Employée qualifiée ou cadre	364	6,3 %	1
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	747	8,3 %	1
Qualification	363	13,2 %	1,59*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Tant la surcharge pondérale que l'obésité sont associées à la catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère : la prévalence de l'obésité est la plus basse chez les enfants de travailleurs manuels qualifiés, d'employés qualifiés et de cadres ; par rapport à ces catégories, les enfants de père ou mère manuels peu qualifiés présentent un risque double d'obésité. Cette association se retrouve en province de Luxembourg.

Dans la littérature internationale, une enquête menée en France en 2008 (Chardon, 2013) confirme l'importance de ce facteur avec une prévalence de l'obésité qui varie de 0,8 % à 7,9 % en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des deux parents combinée.

La filière d'enseignement est aussi associée au risque d'obésité, mais l'effet est moindre (augmentation de 60 % de la prévalence dans l'enseignement de qualification par rapport à l'enseignement de transition).

3. Tour de taille

Alors que l'IMC reflète la corpulence globale de l'individu, le tour de taille est un indicateur de la masse graisseuse centrale. Cette adiposité centrale est davantage corrélée aux complications métaboliques et cardiovasculaires que l'obésité générale (Balkau, 2008 ; McCarthy, 2003). Le tour de taille est un indicateur simple qui permet de préciser la situation en termes d'obésité et de risques associés.

Comme pour l'IMC, les valeurs seuils de l'adulte ne sont pas applicables aux moins de 18 ans. Il n'existe pas de normes internationales reconnues en matière de tour de taille car les variations ethniques sont importantes (Hatipoglu, 2007 ; Schwandt, 2013). Pour les jeunes de 10 ans et plus, l'IDF recommande d'utiliser le percentile 90 du tour de taille calculé par âge et sexe comme critère d'obésité centrale dans le diagnostic du syndrome métabolique⁵ (IDF, 2005). Le percentile 90 (P90) est la valeur telle que 90 % des individus ont un tour de taille inférieur à cette valeur.

Nous avons choisi d'utiliser comme référence les valeurs du percentile 90 (P90) observées lors de l'enquête transfrontalière menée en 2004 dans le département de l'Aisne et en province de Hainaut (OR2S, OSH ; 2007). Dans les figures qui suivent, cette valeur de référence est indiquée par P90.

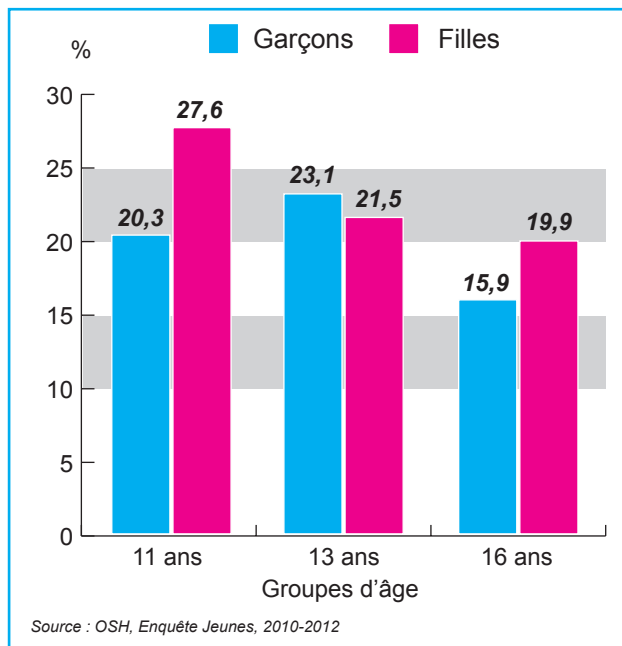
Par définition, 10 % de l'échantillon total de 2004 avait un tour de taille égal ou supérieur aux seuils déterminés (P90). A partir de là, il est possible de comparer différents groupes à cet échantillon de 2004 et aussi de suivre l'évolution au cours du temps. Dans ce document, un pourcentage de jeunes dont le tour de taille est supérieur ou égal au P90 dépassant 10 % indique un accroissement du nombre de jeunes ayant un tour de taille élevé par rapport à l'échantillon de 2004. Inversement, un pourcentage inférieur à 10 % correspond à une diminution.

Description de la situation en 2012

Rappelons que les pourcentages présentés ici n'ont pas de signification dans l'absolu. En 2012, le nombre de jeunes hainuyers présentant un tour de taille au-dessus des valeurs de référence a augmenté de 2,1 fois par rapport à la situation de 2004.

5. Le syndrome métabolique associe obésité centrale à au moins deux autres éléments : élévation des triglycérides, hypertension, hyperglycémie et HDL-cholestérol bas.

Figure 2.3. Tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence (P90), selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 810)

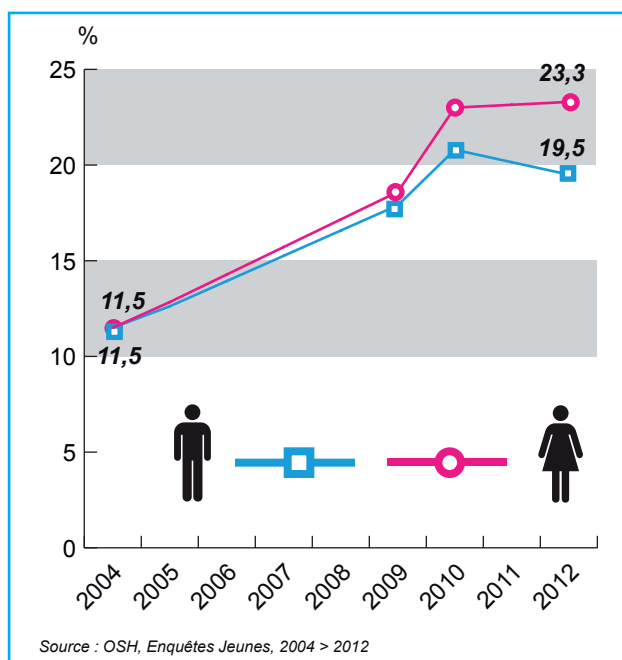


► Globalement, les filles ont plus fréquemment un tour de taille au-dessus de la valeur de référence que les garçons. La fréquence d'un tour de taille supérieur ou égal au P90 diminue avec l'âge.

Les jeunes de la province de Luxembourg ont moins fréquemment un tour de taille au-dessus des valeurs de référence que les jeunes hainuyers (13 % contre 21 %).

Evolution

Figure 2.4. Evolution de la proportion de jeunes dont le tour de taille est supérieur ou égal à la valeur de référence (P90), selon le sexe



► En six ans (de 2004 à 2010), la proportion de jeunes ayant un tour de taille supérieur aux valeurs de référence (P90) a doublé. Cette augmentation est plus rapide que l'augmentation de la proportion d'obèses déterminée à partir de l'IMC. Ceci pourrait indiquer une progression de l'obésité centrale, plus délétère pour la santé. Comme pour l'IMC, nous constatons une stabilisation entre 2010 et 2012.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 2.2. Tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence (P90) en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 810	21,4 %	-
Sexe			
Garçons	899	19,5 %	1
Filles	911	23,3 %	1,19*
Groupe d'âge			
11 ans	659	24,1 %	1,35*
13 ans	521	22,3 %	1,25
16 ans	630	17,8 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	799	24,1 %	1,58*
Manuel qualifié	223	16,1 %	1,05
Employé peu ou moyennement qualifié	249	19,7 %	1,29
Employé qualifié ou cadre	268	15,3 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	23,6 %	1,41
Manuelle peu qualifiée	457	25,8 %	1,54*
Manuelle qualifiée	79	20,3 %	1,22
Employée peu ou moyennement qualifiée	404	20,3 %	1,22
Employée qualifiée ou cadre	366	16,7 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Comme décrit précédemment, les filles et le groupe des 11 ans présentent plus fréquemment un tour de taille supérieur aux valeurs de référence. Comme l'obésité et la surcharge pondérale, un tour de taille excessif se rencontre plus souvent chez les jeunes dont le père ou la mère est manuel peu qualifié (environ 50 % de plus que lorsqu'il ou elle est employé qualifié ou cadre).

En province de Luxembourg, la profession du père et celle de la mère sont aussi liées à la fréquence d'un tour de taille supérieur au P90. De plus, un lien avec la filière scolaire (en défaveur de l'enseignement de qualification) y est également observé, relation que nous ne retrouvons pas en Hainaut.

4. Pression artérielle

Deux mesures sont présentées ici : la pression exercée par le sang sur les artères lors de la phase de contraction et d'éjection des ventricules (pression artérielle systolique (PAS)) et celle exercée lors de la phase de remplissage des cavités cardiaques (pression artérielle diastolique (PAD)). La pression artérielle est mesurée en mm de mercure (mm Hg). La pression artérielle a été mesurée selon un protocole standard avec un tensiomètre électronique en utilisant un brassard adapté au périmètre brachial (cf. Annexe I.).

Chez l'adulte, si elle est chronique, l'hypertension entraîne une augmentation du risque de complications cardiovasculaires, rénales et cérébrovasculaires. Une augmentation de la pression artérielle dans la jeunesse accroît le risque d'hypertension à l'âge adulte, mais tous les enfants dont la pression artérielle est élevée ne deviendront pas nécessairement des adultes hypertendus. Le diagnostic d'hypertension chez le jeune suppose une élévation de la pression systolique ou diastolique lors de mesures répétées à plusieurs semaines d'intervalle. A l'heure actuelle, même si la mesure de la pression artérielle est classiquement recommandée (*National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004*), il n'y a pas suffisamment d'études pour démontrer l'utilité d'un dépistage systématique de l'hypertension artérielle chez l'enfant (*U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF), 2013*).

Au niveau d'une population, la présence de nombreux jeunes ayant une pression artérielle limite ou élevée laisse présager une prévalence élevée de l'hypertension quand ils deviendront adultes, d'où l'intérêt de suivre ce paramètre lors de nos enquêtes.

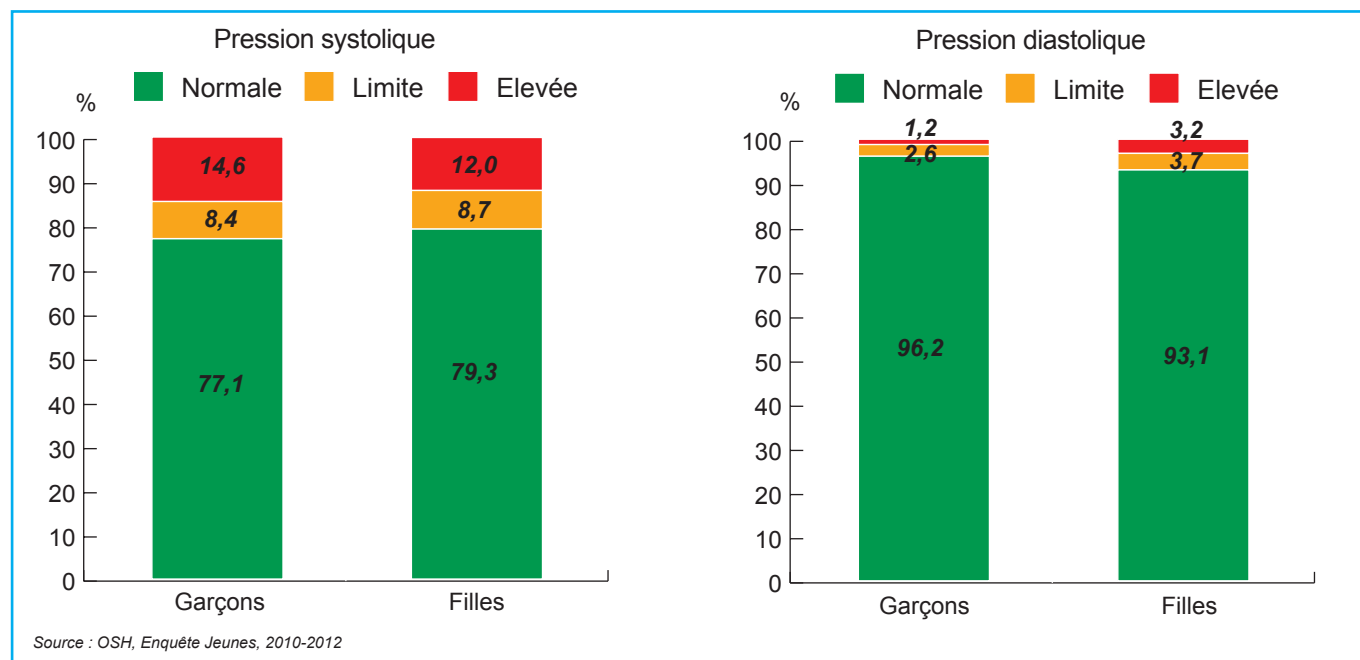
La survenue d'une hypertension primaire (c'est-à-dire non liée à une autre maladie) chez le jeune est en relation avec plusieurs facteurs modifiables ou non : l'IMC, le sexe, le groupe ethnique, la prématurité, l'allaitement au sein... Parmi les facteurs modifiables, l'IMC est le mieux documenté (*Bucher, 2013 ; USPSTF, 2013*).

Comme pour les autres mesures biométriques, les normes utilisées chez l'adulte ne sont pas applicables chez les jeunes. La PAS et la PAD de chaque jeune ont été comparées à des percentiles de référence déterminés à partir d'une population multiethnique de jeunes américains par le National Institutes of Health (NIH) (*NIH, 1996*) en fonction du sexe, de l'âge et de la taille des enfants et des adolescents. La pression artérielle systolique/diastolique est définie comme normale si sa valeur est inférieure à celle du percentile 90 de référence ; elle est élevée si elle est supérieure à celle du percentile 95 de référence défini et elle est limite si elle est comprise entre ces deux valeurs de référence.

Description de la situation en 2012

En Hainaut, 13 % des jeunes ont une pression artérielle systolique élevée et 8,5 % se situent à un niveau limite. Pour la pression diastolique, ces fréquences sont respectivement de 2,2 % et de 3,2 %.

Figure 2.5. Pression artérielle systolique/diastolique, selon le sexe (N = 1 807)

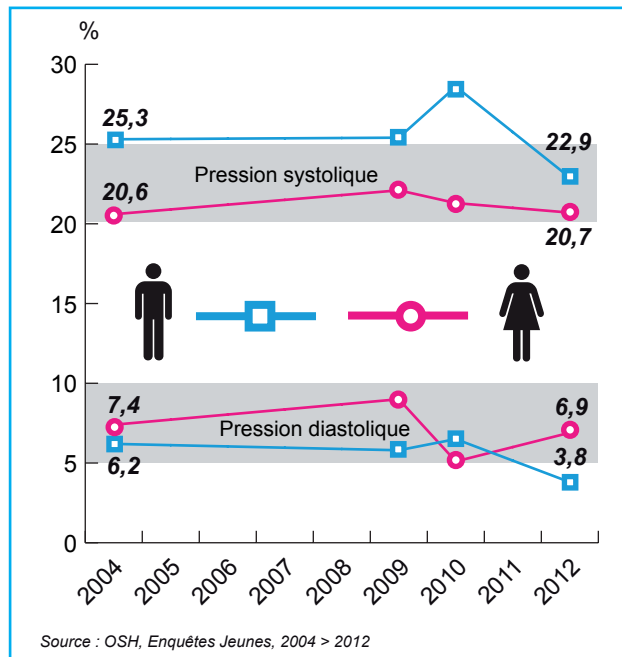


▼
En 2012, tant pour la pression artérielle systolique que diastolique, les variations en fonction de l'âge et du sexe sont limitées et peu significatives.

En province de Luxembourg, les jeunes présentent un peu plus fréquemment qu'en Hainaut une pression artérielle systolique élevée (16 %) ou limite (9,7 %). Cette différence se marque surtout chez les filles.

Evolution

Figure 2.6. Evolution de la proportion de jeunes dont la pression artérielle systolique/diastolique est limite ou élevée, selon le sexe



► La proportion de jeunes présentant une pression artérielle systolique ou diastolique limite ou élevée reste assez stable au cours du temps. La différence garçon-fille pour la pression artérielle systolique, classiquement décrite dans la littérature (USPSTF, 2013), diminue en 2012.

Caractéristiques associées à une pression artérielle limite ou élevée

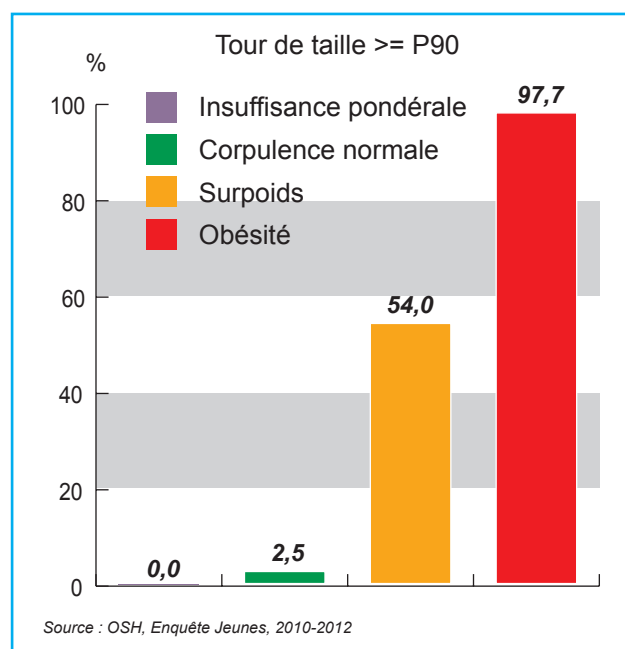
Notre enquête ne met pas en évidence de lien entre pression artérielle élevée et divers comportements de santé : activité physique, temps passé devant la télévision ou l'ordinateur, alimentation, tabagisme.

De même, nous n'avons pas trouvé de lien entre la pression artérielle et les facteurs socioéconomiques étudiés dans l'enquête.

5. Liens entre les différents indicateurs biométriques

5.1. Lien entre corpulence et tour de taille

Figure 2.7. Tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence (P90) en fonction de la corpulence (N = 1 786)



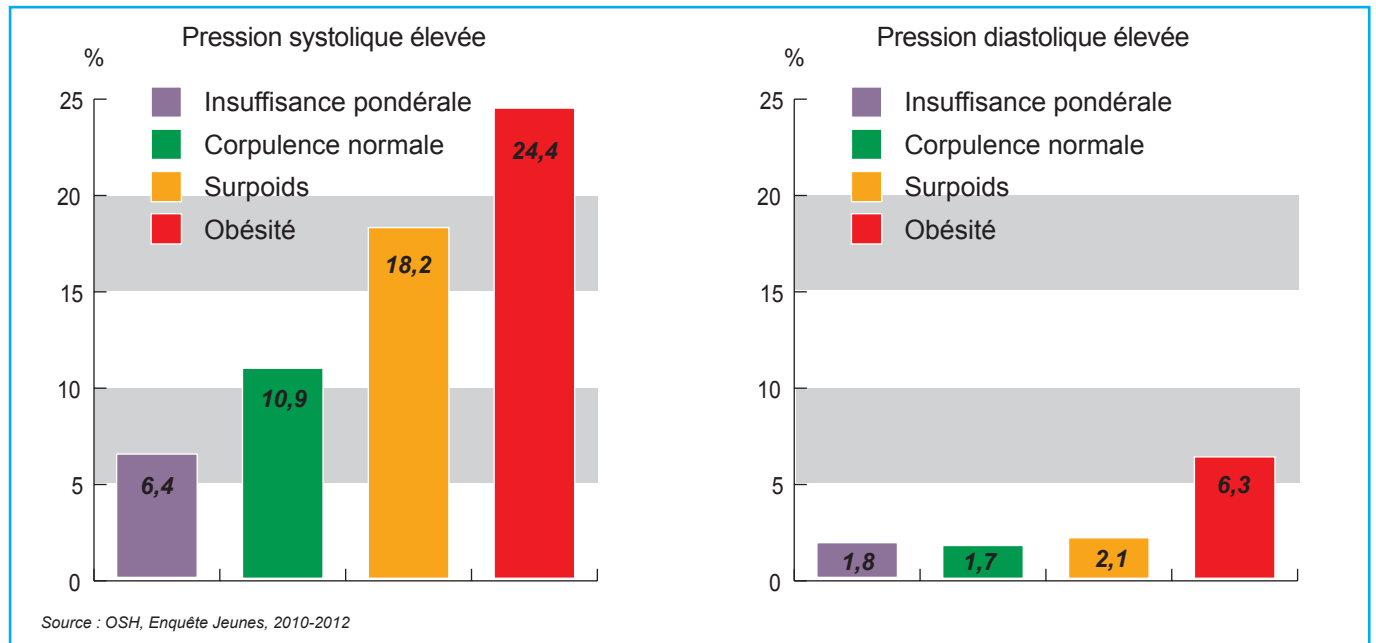
► Il existe une relation entre tour de taille et catégorie d'IMC : en Hainaut, environ la moitié (54 %) des jeunes en surpoids ont un tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence, ce pourcentage atteint 98 % en cas d'obésité. Sans être superposables, ces deux indicateurs sont fortement liés : la catégorie d'IMC se révèle un assez bon prédicteur du tour de taille, l'inverse n'étant pas nécessairement vrai.

En 2004, en Hainaut, on observait le même type de relation avec, toutefois, une plus faible proportion de jeunes en surpoids ayant un tour de taille supérieur ou égal au P90 (36 % en 2004 contre 54 % en 2012).

Les données en province de Luxembourg montrent le même lien entre corpulence et tour de taille avec des proportions plus basses de jeunes ayant un tour de taille élevé.

5.2. Lien entre corpulence et pression artérielle

Figure 2.8. Pression artérielle élevée en fonction de la corpulence (N = 1 785)



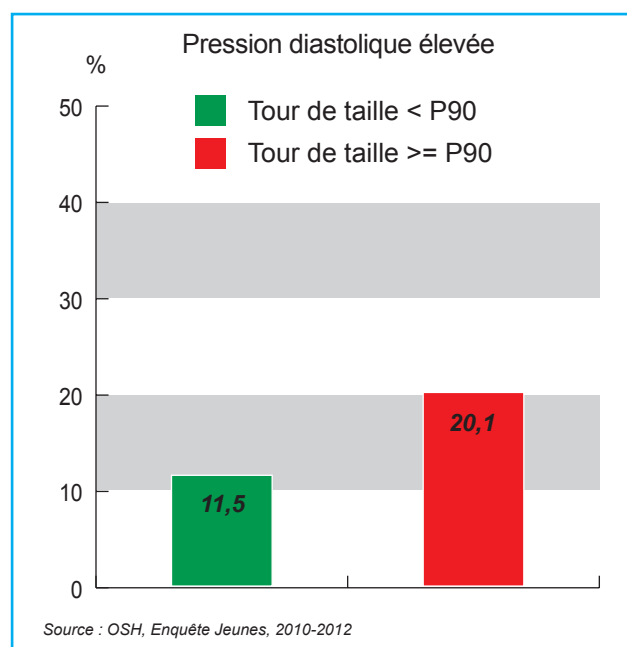
La fréquence d'une pression systolique élevée augmente avec la corpulence passant de 6 % à 24 %. Cette relation est bien démontrée dans la littérature (USPSTF, 2013) et s'observe également en province de Luxembourg.

On retrouve une relation similaire entre pression artérielle diastolique élevée et corpulence.

Les mêmes relations apparaissent dans les résultats de l'enquête menée en Hainaut en 2004.

5.3. Lien entre tour de taille et pression artérielle

Figure 2.9. Pression artérielle systolique élevée en fonction de la catégorie de tour de taille (N = 1 806)



► Il existe un lien fort entre tour de taille et pression artérielle systolique. Les jeunes dont le tour de taille atteint ou dépasse la valeur de référence ont une pression artérielle systolique élevée dans 20 % des cas contre 11 % pour les autres.

Inversement, 32 % des jeunes ayant une pression artérielle systolique élevée présentent un tour de taille supérieur ou égal au percentile 90 contre 20 % pour les autres. Ce lien s'observe également en province de Luxembourg.

Le même type de relation se retrouve entre pression artérielle diastolique et tour de taille en province de Luxembourg. En Hainaut, elle n'a pu être mise en évidence vraisemblablement en raison du trop petit nombre de jeunes présentant une pression artérielle diastolique élevée.

Rappelons que tour de taille supérieur ou égal au percentile 90 de référence et pression artérielle élevée sont des critères retenus par l'IDF pour le diagnostic de syndrome métabolique chez l'enfant (IDF, 2005). Les jeunes qui associent ces deux caractéristiques sont particulièrement à risque pour ce syndrome. Ils représentent 4,3 % de l'échantillon hainuyer et 3,7 % en province de Luxembourg.

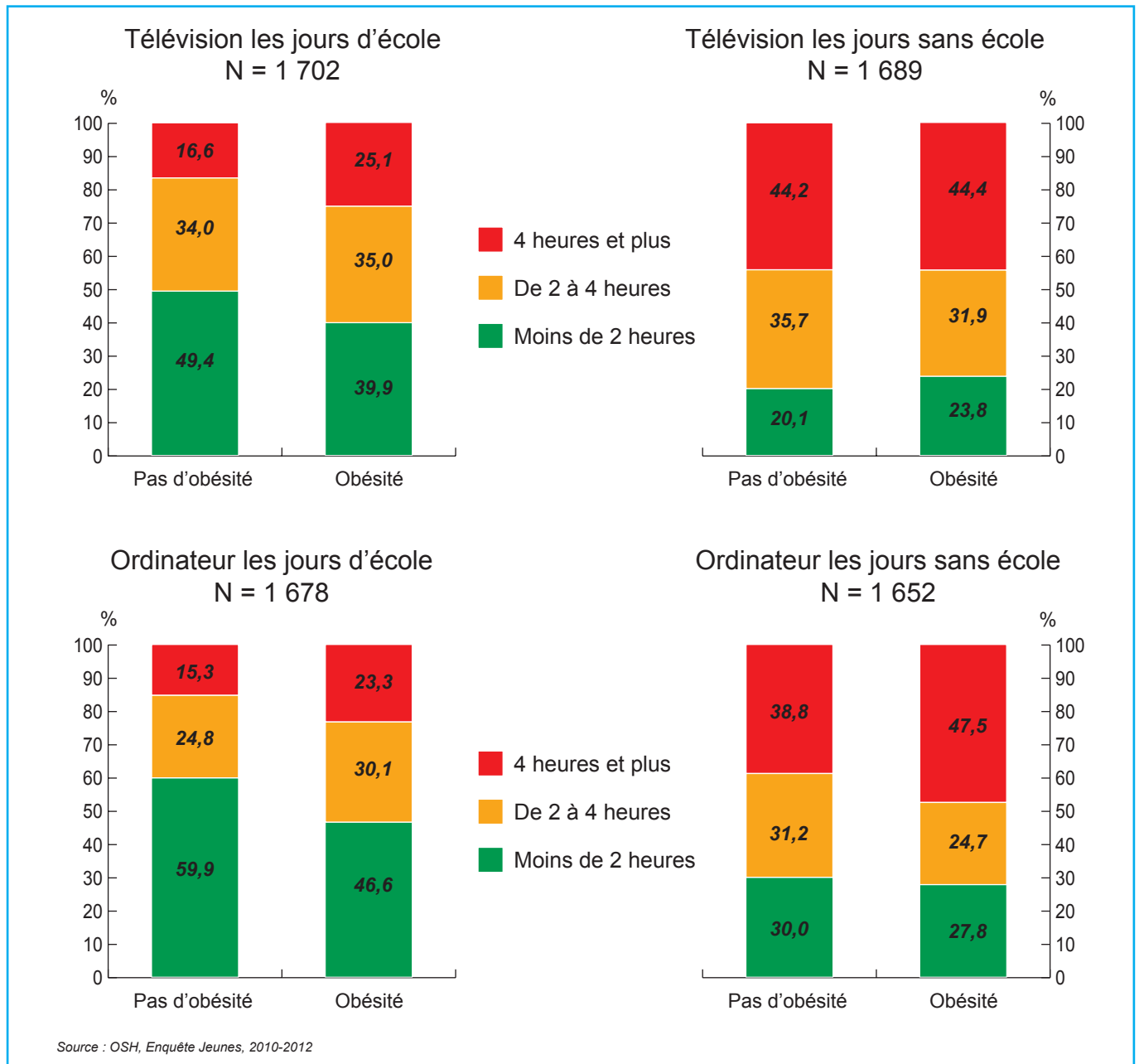
6. Liens avec d'autres facteurs de santé

6.1. Activité physique et sédentarité

Les jeunes dont le tour de taille est supérieur à la valeur de référence sont moins souvent (43 %) inscrits dans un club sportif que les autres (51 %). Ils déclarent également moins fréquemment quatre séances d'activité physique dans la semaine précédant l'enquête (12 % au lieu de 16 %).

Contrairement à ce que rapporte la littérature (Janssen, 2005), nous n'avons pas trouvé de lien univoque entre corpulence et activité physique. Par contre, nous avons observé un lien entre corpulence et activités sédentaires.

Figure 2.10. Temps de télévision ou d'ordinateur et de console de jeux les jours d'école/sans école en fonction de la présence d'obésité

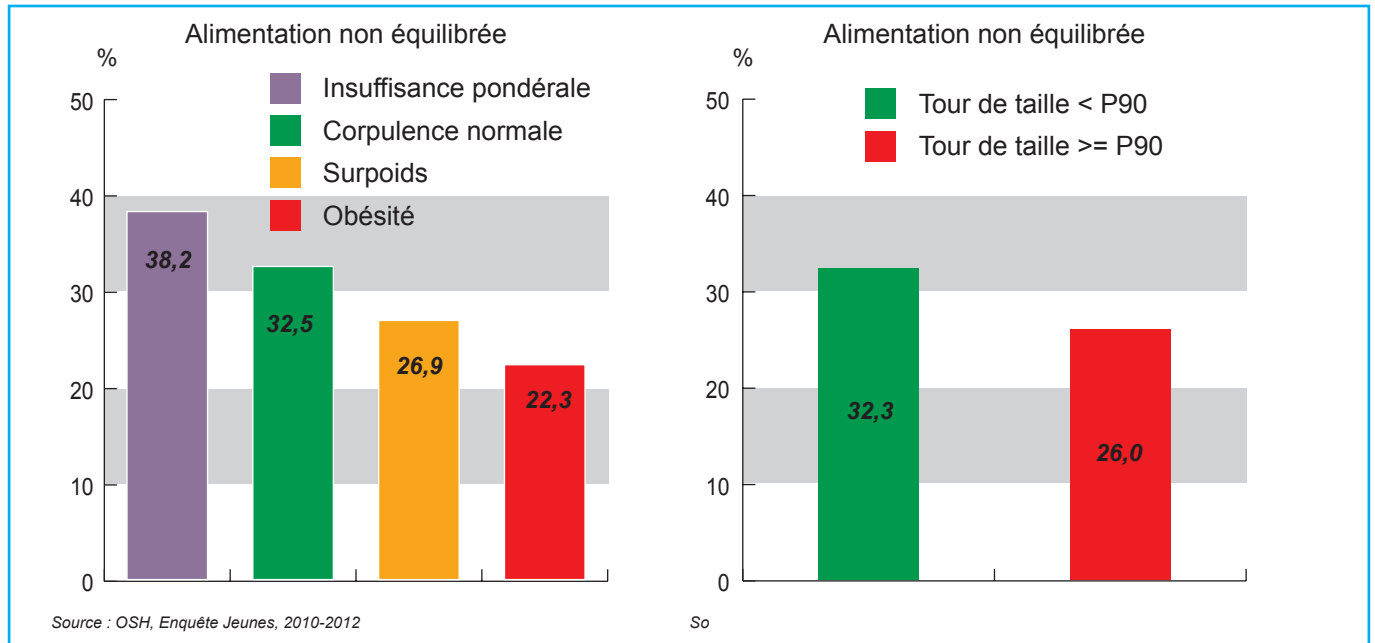


En Hainaut, les jeunes obèses rapportent plus fréquemment que les non-obèses, être devant la télévision (60 % contre 51 %) ou l'ordinateur et la console de jeux (53 % contre 40 %) pendant deux heures ou plus les jours d'école et aussi quatre heures ou plus devant l'ordinateur les jours sans école (48 % contre 39 %). Le temps passé devant la télévision les jours sans école n'est pas lié à l'obésité. Dans l'ensemble, les jeunes obèses consacrent plus de temps aux loisirs sédentaires que les non-obèses. Notre étude ne permet pas de dire s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence de l'obésité. Toutefois, ce comportement ne peut que favoriser le maintien de l'excès de poids.

En province de Luxembourg, les relations entre obésité et sédentarité sont moins marquées et n'atteignent pas le seuil de significativité statistique.

6.2. Alimentation, perception du corps, régime amaigrissant

Figure 2.11. Fréquence d'un score d'alimentation "non équilibrée"⁶ en fonction de la corpulence (N = 1 779) et du tour de taille (N = 1 802)

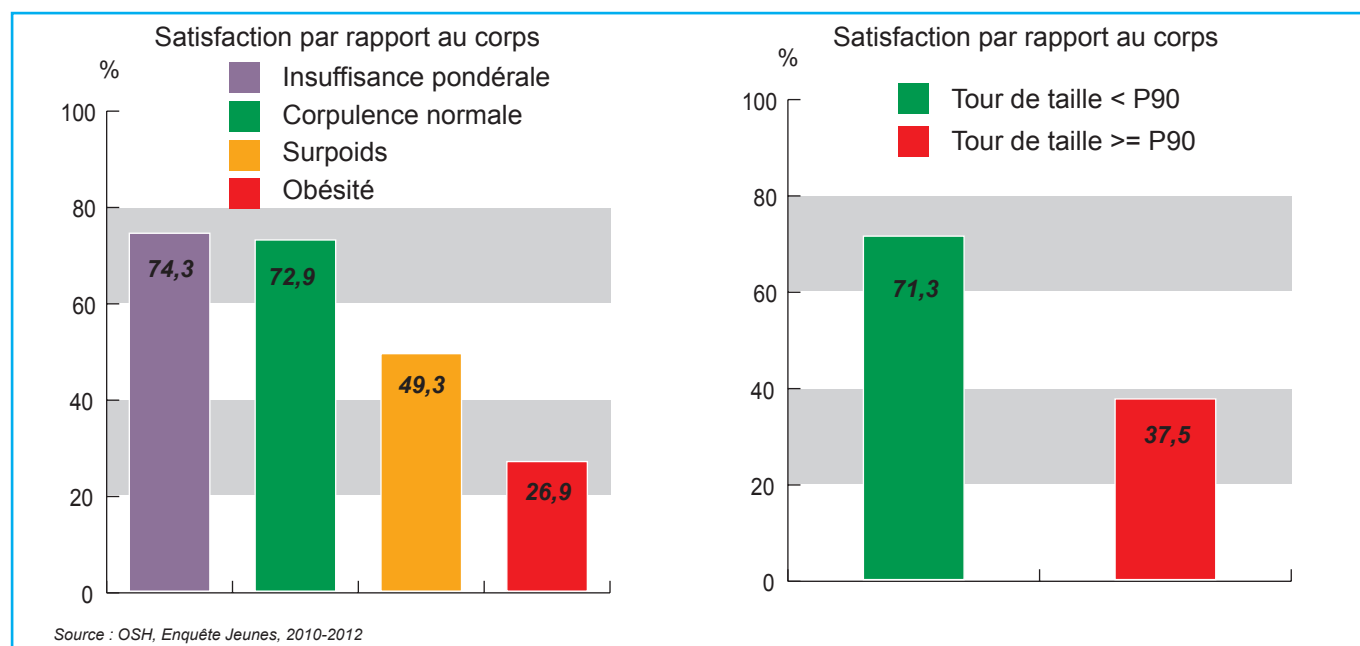


▼
Les jeunes hainuyers déclarent moins fréquemment une alimentation "non équilibrée" lorsque leur corpulence ou leur tour de taille augmente. Les jeunes en excès de poids disent aussi plus fréquemment faire régime. On peut faire l'hypothèse que le régime pour maigrir les rend plus attentifs à leur alimentation.

Une tendance similaire, mais non significative s'observe en province de Luxembourg.

6. Le score d'alimentation est détaillé au chapitre 3. "Alimentation". Il se base sur la fréquence de consommation de fruits, de légumes, de poisson, de snacks sucrés, de boissons sucrées et de fritures. Un score d'alimentation "non équilibrée" correspond à une majorité de comportements alimentaires défavorables à la santé.

Figure 2.12. Satisfaction par rapport au corps en fonction de la corpulence (N = 1 777) et du tour de taille (N = 1 800)



▼
 En Hainaut, la satisfaction par rapport au corps diminue avec l'augmentation de la corpulence et du tour de taille. Les proportions de jeunes satisfaits de leur corps sont similaires chez les jeunes de corpulence normale et ceux en insuffisance pondérale.

Cet élément se retrouve en province de Luxembourg et dans la littérature internationale (Ojala, 2012).

Figure 2.13. **Souhait de perdre du poids en fonction de la corpulence (N = 1 779) et du tour de taille (N = 1 802)**

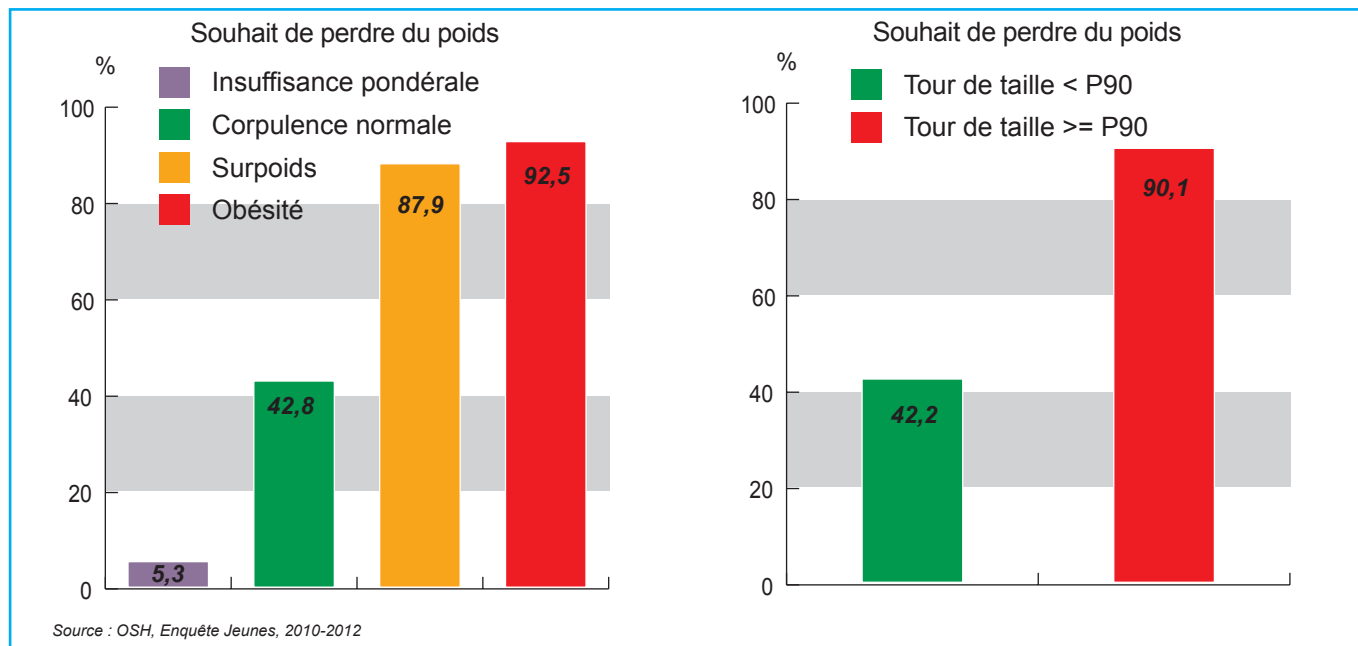
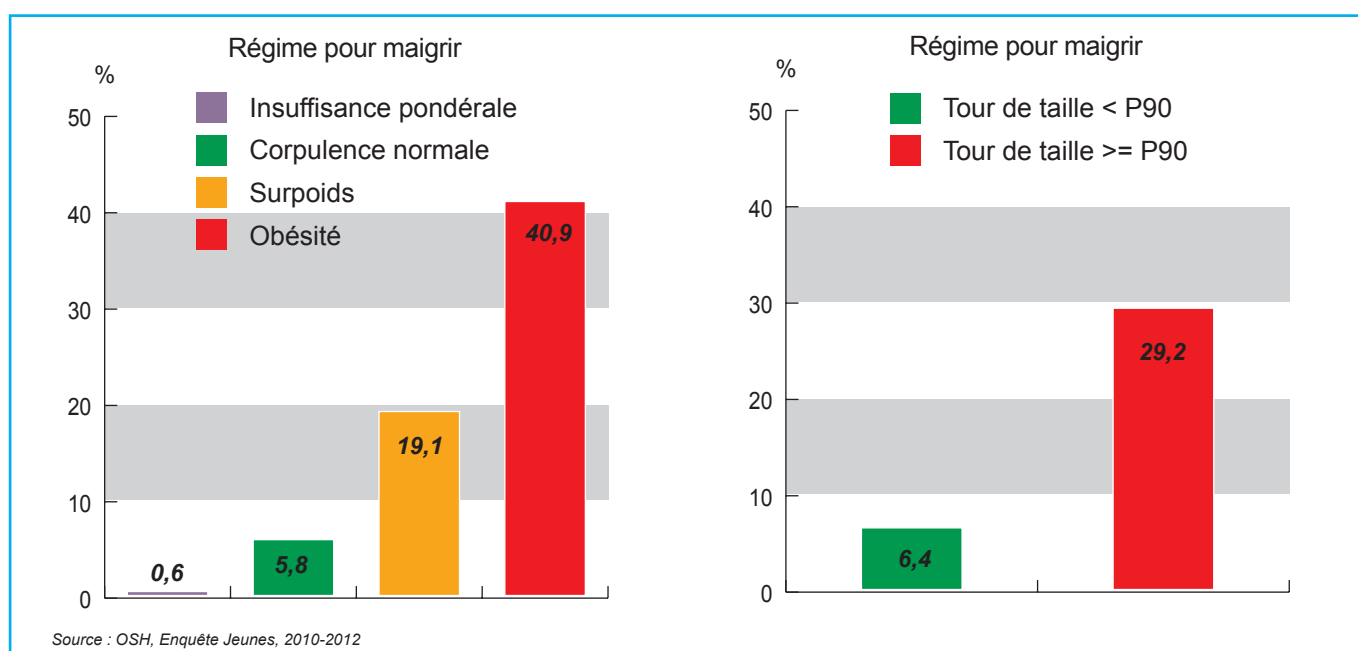


Figure 2.14. **Suivi d'un régime pour maigrir en fonction de la corpulence (N = 1 787) et du tour de taille (N = 1 810)**



▼
 La figure 2.13. montre que 9 jeunes sur 10 en surcharge pondérale ou dont le tour de taille atteint ou dépasse la valeur de référence (P90) souhaitent perdre du poids. La proportion de jeunes qui suivent un régime amaigrissant (figure 2.14.) suit la même tendance, mais la fréquence reste nettement moindre. Chez les jeunes de corpulence normale, 4 sur 10 expriment malgré tout l'envie de maigrir et 6 % suivent un régime dans ce but. Parmi les jeunes en insuffisance pondérale, 5 % souhaitent encore perdre du poids et 1 % adoptent un régime pour maigrir. Dans cette même catégorie, 49 % désirent prendre du poids. Ce souhait est également exprimé par quelques pour cent de jeunes en surcharge pondérale (surpoids + obésité).

Assez logiquement, plus la corpulence augmente, plus les jeunes sont nombreux à se plaindre de leur poids. D'une manière générale, le nombre de plaintes somatiques (poids, maux de tête, de dos...) apparaît plus élevé quand la corpulence croît. En Hainaut, les jeunes obèses déclarent plus fréquemment souffrir d'une maladie chronique (28 % contre 16 %). Par contre, la consultation d'un généraliste ou d'un pédiatre n'est pas influencée par la corpulence.

Sur un plan psychologique, corpulence et tour de taille n'influencent pas la fréquence des problèmes de solitude, de stress, de tristesse, de sommeil insuffisant, de violence ou d'agressivité subie. Par contre, en Hainaut, les jeunes présentant un surpoids ou une obésité déclarent plus souvent (20 % au lieu de 15 %) être à l'origine de violence ou d'agressivité envers les autres. Cette tendance ne se révèle pas significative en province de Luxembourg.

7. Conclusion

L'obésité touche près de 10 % des jeunes en Hainaut et près de 30 % présentent une surcharge pondérale (surpoids ou obésité).

Depuis le début du suivi de l'IMC (1997) et du tour de taille (2004) des jeunes du Hainaut, la fréquence de l'obésité et d'un tour de taille au-dessus de la norme a fortement augmenté jusqu'en 2010 puis se stabilise en 2012. Les futures enquêtes permettront de voir s'il s'agit d'un phénomène durable.

Surcharge pondérale, obésité et tour de taille excessif sont influencés par la catégorie professionnelle du père et de la mère : ces caractéristiques sont plus fréquemment observées chez les enfants de travailleurs manuels peu qualifiés.

Ces mêmes indicateurs sont associés à plus d'activités sédentaires, une moins grande satisfaction par rapport au corps, un souhait de perdre du poids et une pratique de régime amaigrissant plus fréquente et paradoxalement, à un meilleur score d'équilibre alimentaire. Ce dernier point est probablement lié à la pratique de régime pour perdre du poids et à la moindre consommation d'aliments caloriques.

En Hainaut, 13 % des jeunes ont une pression artérielle systolique élevée. Cette proportion est stable au cours du temps. La proportion de jeunes ayant une pression artérielle élevée augmente en cas de surpoids (18 %) et d'obésité (24 %).

L'obésité des jeunes représente un enjeu majeur de santé publique. L'alimentation, l'activité physique et la sédentarité sont les principaux facteurs modifiables pour prévenir l'apparition de l'obésité. Ils sont au cœur de notre mode de vie et toute intervention sur ces éléments se doit de tenir compte de l'environnement culturel, social, économique dans lequel le jeune évolue.

La lutte contre l'obésité est un enjeu qui dépasse largement le cadre du secteur de la santé. Elle touche à l'organisation même de notre société. Elle concerne aussi bien le secteur agro-alimentaire que l'aménagement du territoire en passant par la restauration collective ou l'enseignement. Par exemple, dans son Plan d'action de l'Union européenne sur l'obésité infantile (*EU High Level Group on Nutrition and Physical Activity, 2014*), l'Europe porte une attention particulière à l'aménagement des villes, lesquelles sont invitées à favoriser les déplacements à pied, à vélo... Le Plan National Nutrition Santé belge (PNNS-B) encourage une offre alimentaire plus équilibrée en travaillant, entre autres, avec les autorités publiques, le secteur scolaire, l'HoReCa, l'industrie agroalimentaire, la distribution...

8. Bibliographie

- Baker JL, Olsen LW, Sorensen TIA. Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *The New England Journal of Medicine* 2007 Dec 6 ; 357 (23) : 2329-37
- Balkau B, Deanfield JE, Després J-P, Bassand J-P, Fox KAA, Smith SC Jr, et al. International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA). A study of Waist Circumference, Cardiovascular Disease, and Diabetes Mellitus in 168 000 Primary Care Patients in 63 Countries. *Circulation* 2008 ; 116 : 1942-51
- Bucher BS, Tschumi S, Simonetti GD. Quels facteurs présents pendant l'enfance influencent la pression artérielle de l'adulte ? *Paediatrica* 2013 ; 24 (1) : 23-5
- Chardon O, Guignon N, Guthmann J-P, Fonteneau L, Delmas M-C. La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale. *Etudes et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)* 2013 Sep ; 853 : 1-6
- Claessen H, Brenner H, Drath C, Arndt V. Repeated measures of body mass index and risk of health related outcomes. *Eur J Epidemiol* 2012 ; 27 (3) : 215-24
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ* 2000 May 6 ; 320 (7244) : 1-6
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : international survey. *BMJ Online* 2007 ; 2007 : 1-8
- Danet S, (sous la direction de). L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ; 2010
- Daniels SR, Jacobson MS, McCrindle BW, Eckel RH, Sanner BM. American Heart Association Childhood Obesity Research Summit Report. *Circulation* 2009 Apr 21 ; 119 (15) : e489-e517
- Donini LM, Savina C, Gennaro E, Felice MR, Rosano A, Pandolfo MM, et al. A systematic review of the literature concerning the relationship between obesity and mortality in the elderly. *J Nutr Health Aging* 2012 ; 16 (1) : 89-98
- EU High Level Group on Nutrition and Physical Activity. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. - [Plan d'action de l'Union européenne sur l'obésité infantile, 2014-2020]. + Union Européenne - Conseil des ministres de la santé ; 2014 Mar 12
- Hatipoglu N, Ozturk A, Mazicioglu MM, Kurtoglu S, Seyhan S, Lokoglu F. Waist circumference percentiles for 7- to 17-year-old Turkish children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2007 ; 1-7
- International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Bruxelles : IDF, 2005 ; 1-7
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, et al. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity reviews* 2005 ; 6 : 123-32
- Lemelin L, Haggerty JL, Gallagher F. Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise. *Santé Publique* 2013 ; 25 (5) : 571-8
- McCarthy HD, Ellis SM, Cole TJ. Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years : cross sectional surveys of waist circumference. *BMJ* 2003 ; 2003 (326) : 1-4

- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004 ; 114 : 555-76
- National Institutes of Health. Update on the Task Force Report (1987) on High Blood Pressure in Children and Adolescents ; A Working Group Report from the National High Blood Pressure Education Program. National Institutes of Health ; 1996 : 1-24
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) - Santé en Hainaut n° 7 - Carnet de bord de la santé 2010 ; 2010
- Observatoire régional de la santé et du social de Picardie (OR2S), Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Regard Transfrontalier sur la Santé des Jeunes – Edition 2007 ; 2007
- Ojala K, Tynjälä J, Välimaa R, Villberg J, Kannas L. Overweight Adolescents' Self-Perceived Weight and Weight Control Behaviour : HBSC Study in Finland 1994-2010. *Journal of Obesity* 2012 ; 1-9
- Olds T, Maher C, Zumin S, Péneau S, Lioret S, Castetbon K, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing : data from nine countries. *International Journal of Pediatric Obesity* 2011 ; 6 : 342-60
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Genève : OMS, Rapports techniques 894 ; 2003
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Obésité et surpoids. Genève : WHO Media Centre, Aide-mémoire n° 311. 2013 Mar ; 1-4
- Roelants M, Hauspie R, Hoppenbrouwers K. References for growth and pubertal development from birth to 21 years in Flanders, Belgium. *Ann Hum Biol* 2009 ; 36 (6 November-December 2009) : 680-94
- Rolland-Cachera M-F, Deheeger M, Bellisle F, Sempe M, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children : a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 1984 Jan ; 39 (1) : 129-35
- Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C, Schou Andersen C, Geisler Andersen L, Rasmussen M, et al. Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents - Are We Still on a Plateau ? *Plos One* 2013 Jul 24 ; 8 (7) : e69860
- Schwandt P, Haas G-M. Waist Circumference in Children and Adolescents from Different Ethnicities. In : Yuka SA, (editor), *Childhood Obesity*. Rijeka (Croatia), Shanghai : InTech ; 2013 : 79-94
- Tancredi A. Statut pondéral des élèves en Fédération Wallonie-Bruxelles : Direction générale de la Santé - Fédération Wallonie-Bruxelles ; 2014 Mar
- U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF). Screening for Primary Hypertension in Children and Adolescents. Rockville, MD : USPSTF ; 2013 Oct
- Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de Santé par Interview Belgique 2008. Rapport I - Etat de santé. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique (IPH) ; 2010
- Wang Y, Wang JQ. A comparison of international references for the assessment of child and adolescent overweight and obesity in different populations. *Eur J Clin Nutr* 2002 ; 56 : 973-82

Pour en savoir plus

- Association des Provinces wallonnes (APW) 0-5-30 : Combinaison santé ; 2013
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Attention ma tension ! ; 2011
- Sassi F, Devaux M, Cecchini M. Obesity Update June 2014. Organisation for Economic co-operation and Development (OECD) ; 2014



Chapitre **3. Alimentation**



I. Introduction

Santé et alimentation équilibrée sont étroitement liées. Depuis plusieurs décennies, nos modes de vie ont bien changé, augmentant l'offre alimentaire, principalement des produits sucrés, salés et gras, et diminuant notre activité physique. Or, l'alimentation équilibrée et l'activité physique sont des facteurs de protection de la santé et de diminution des risques de certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires, certains types de cancers, l'hypertension, le diabète de type 2, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (OMS, 2004).

Dans notre enquête, les comportements alimentaires des jeunes hainuyers sont explorés au travers de questions portant sur la fréquence de consommation de différents aliments et boissons. Il s'agit des déclarations des participants. De ce fait, il peut y avoir une imprécision dans les estimations des jeunes et une différence entre leurs réponses et leur consommation réelle. La prise du petit déjeuner, de la collation de dix heures et du goûter font également l'objet d'une analyse spécifique. L'étude met en évidence certains liens avec les caractéristiques socioéconomiques et d'autres thématiques de santé.

2. Aliments consommés

Le PNNS-B (PNNS-B, 2006) a élaboré des recommandations en termes de fréquence de consommation et de quantité pour les différentes catégories d'aliments. Ainsi, il est préconisé de consommer :

- 1,5 litre d'eau par jour, soit environ 6 à 8 verres (selon la taille du verre) ;
- 400 à 800 grammes de légumes et fruits par jour, ce qui représente par exemple au minimum 5 portions de 80 grammes. Tous les fruits et les légumes interviennent dans ces 5 portions ;
- 3 rations de produits laitiers par jour pour les enfants et les adolescents ;
- 100 grammes de produits riches en protéines (viande, poisson, volaille, œuf) par jour dont du poisson une ou deux fois par semaine ;
- consommer des matières grasses avec modération et en variant les sources (en privilégiant les matières grasses d'origine végétale).

Dans l'enquête, la fréquence de consommation de certains aliments et boissons est estimée au travers d'une question libellée comme suit : "Parmi les aliments suivants, quels sont ceux que tu as l'habitude de consommer ?". Les jeunes disposent de cinq modalités de réponses allant de "plusieurs fois par jour" à "jamais".

2.1. Fruits et légumes

Selon les recommandations officielles (PNNS-B, 2006), il est conseillé de consommer au moins 5 portions quotidiennes cumulées de fruits et légumes. Pour donner des indications sur leur consommation, on utilise la notion de portion.

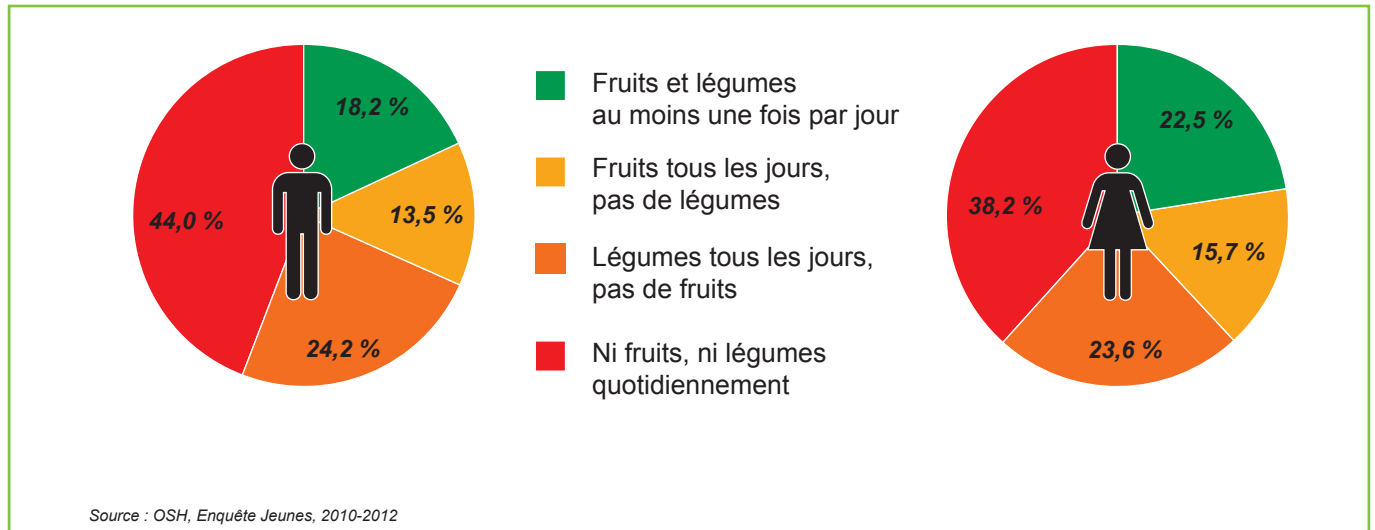
Une portion de fruits, c'est par exemple, une poire, une demi-banane, une pomme, un jus de fruits "maison" ou "100 % pur jus". Une portion de légumes cuits, c'est un bol de soupe ou une demi-assiette de légumes. Une portion de légumes crus, c'est une tomate, un demi-concombre, quelques carottes ou encore un jus de légumes.

De manière générale, les nutritionnistes recommandent de consommer quotidiennement 2 portions de fruits et 3 de légumes.

Description de la situation en 2012

En Hainaut, seul un jeune sur 5 (20 %) mange des fruits et des légumes au moins une fois par jour.

Figure 3.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes, selon le sexe (N = 1 607)



▼
 Les filles (23 %) déclarent davantage consommer quotidiennement des fruits et des légumes que les garçons (18 %). A l'inverse, 38 % des filles et 44 % des garçons ne mangent ni fruits ni légumes quotidiennement.

En province de Luxembourg, des consommations quotidiennes de fruits et de légumes sont plus fréquemment rapportées (28 %), davantage par les filles que les garçons. Les jeunes luxembourgeois sont également moins nombreux à ne jamais en consommer (34 % contre 41 % en Hainaut).

La faible consommation quotidienne de fruits et de légumes chez les jeunes ainsi que la différence de consommation entre les sexes se retrouvent dans d'autres enquêtes (Barbier, 2013 ; Beck, 2013 ; Decant, 2013 ; Ernotte, 2004 ; Moreau, 2013 ; Rasmussen, 2006).

Evolution

Figure 3.2. Evolution de la consommation quotidienne de fruits et de légumes, selon le sexe



En Hainaut, la consommation quotidienne de fruits et de légumes a augmenté chez les garçons entre 2003 et 2012. Chez les filles, elle a augmenté entre 2003 et 2009, puis a diminué, se stabilisant à un niveau proche de celui de 2003. Malgré cette évolution, les filles sont plus souvent consommatrices quotidiennes que les garçons, mais l'écart s'est réduit.

En FWB, selon l'enquête HBSC, la consommation quotidienne de fruits a augmenté entre 2002 et 2010 dans le secondaire (Moreau, 2013) et est resté stable en primaire (Decant, 2013). Une évolution comparable à celle du Hainaut, mais avec des pourcentages plus élevés en FWB.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.1. Consommation quotidienne de fruits et de légumes en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 799	20,4 %	-
Sexe			
Garçons	888	18,2 %	1
Filles	911	22,5 %	1,24*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	794	16,4 %	1
Manuel qualifié	220	22,3 %	1,36
Employé peu ou moyennement qualifié	249	12,3 %	1,42
Employé qualifié ou cadre	268	31,0 %	1,89*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	207	22,2 %	1,39
Manuelle peu qualifiée	456	16,0 %	1
Manuelle qualifiée	79	22,8 %	1,43
Employée peu ou moyennement qualifiée	401	24,7 %	1,54*
Employée qualifiée ou cadre	366	25,1 %	1,57*
Filière scolaire (16 ans)			
Transition	334	26,0 %	2,20*
Qualification	295	11,9 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Par rapport aux garçons, les filles sont 24 % plus nombreuses à consommer un fruit et un légume chaque jour.

Les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre se disent plus souvent consommateurs quotidiens de fruits et de légumes par rapport aux jeunes dont le père est manuel peu qualifié. Un constat similaire peut être fait pour les enfants dont la mère est employée ou cadre.

Les jeunes de 16 ans fréquentant l'enseignement de transition déclarent 2 fois plus fréquemment consommer des fruits et des légumes chaque jour que les jeunes de l'enseignement de qualification.

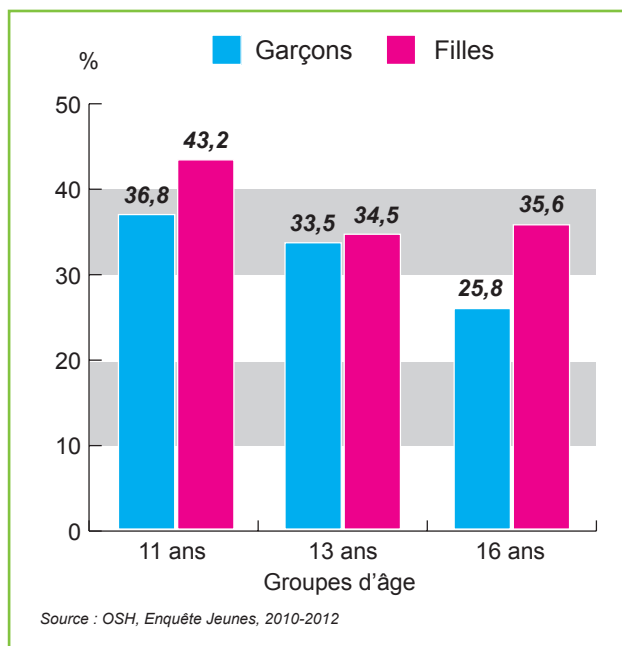
En province de Luxembourg, les variables présentent un profil semblable avec en plus l'influence du type de famille : les jeunes issus d'une famille monoparentale déclarent moins souvent consommer des fruits et des légumes quotidiennement que les jeunes qui vivent avec leurs deux parents.

Les enquêtes HBSC en Belgique, comme en France, ont également montré que les filles consomment quotidiennement davantage de fruits et de légumes que les garçons. La moindre consommation de fruits et de légumes est associée à des facteurs socioéconomiques moins favorables (Ernotte, 2004 ; Godeau, 2012 ; Moreau, 2013).

2.1.1. Consommation de fruits frais

En 2012, 35 % des jeunes hainuyers déclarent consommer des fruits frais au moins une fois par jour, les filles (38 %) davantage que les garçons (32 %). Ces chiffres sont bien en dessous de ceux observés pour la FWB dans l'enquête HBSC de 2010 (Decant, 2013 ; Moreau, 2013) où près de la moitié des jeunes déclarent consommer des fruits quotidiennement (46 % en secondaire et 50 % en 5^e et 6^e primaire).

Figure 3.3. Consommation quotidienne de fruits frais, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 804)



► La consommation de fruits frais diminue avec l'âge et surtout chez les garçons. Ce sont les garçons de 16 ans qui déclarent le moins consommer des fruits frais quotidiennement (26 %) et les filles de 11 ans qui en consomment le plus (43 %). La consommation quotidienne de fruits frais reste stable chez les filles entre 13 et 16 ans (35 %).

D'une manière générale, la consommation quotidienne de fruits frais en province de Luxembourg est plus élevée qu'en Hainaut (41 % contre 35 %), principalement chez les garçons et dans les groupes les plus jeunes. La diminution avec l'âge est également marquée.

La diminution de la consommation de fruits avec l'âge est également observée dans l'enquête HBSC de 2010 (Moreau, 2013).

2.1.2. Consommation de légumes

En Hainaut, 44 % des jeunes déclarent consommer quotidiennement des légumes cuits ou crus. Cette consommation ne diffère pas entre les filles et les garçons ni entre les groupes d'âge. Par contre, les jeunes luxembourgeois déclarent davantage consommer quotidiennement des légumes (53 %), une proportion similaire à celle observée en FWB lors de l'enquête HBSC de 2010.

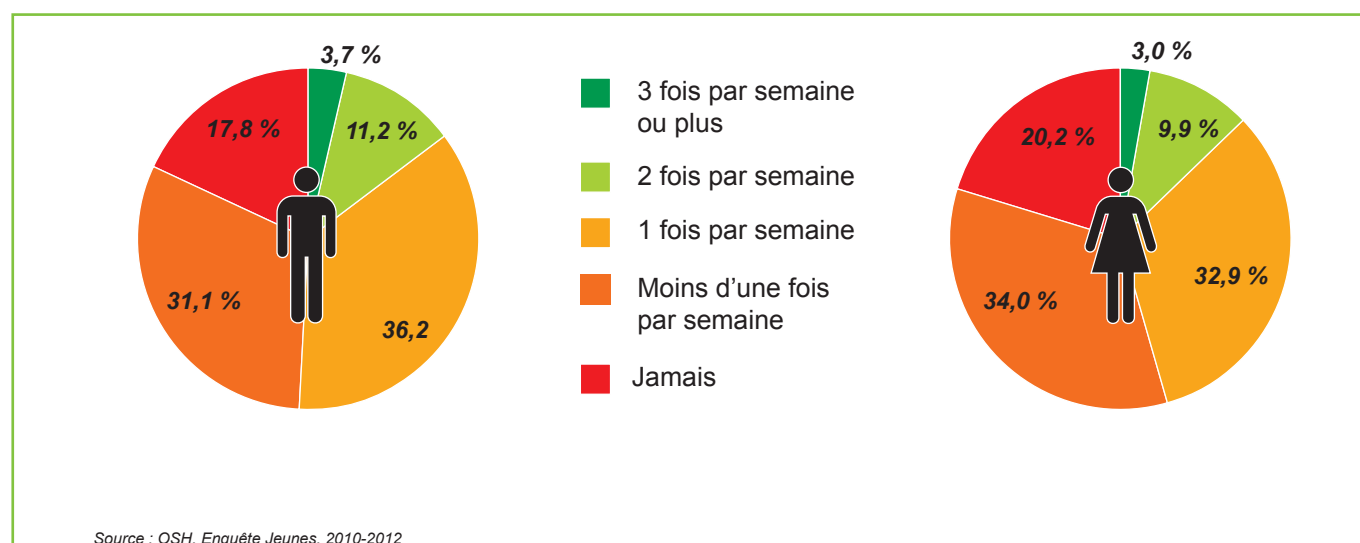
2.2. Poisson

Le poisson est une source de protéines, au même titre que la viande, et est riche en minéraux (sélénium et iode). Les nutritionnistes recommandent de manger du poisson une à deux fois par semaine.

Description de la situation en 2012

Un peu moins de 5 jeunes sur 10 (48 %) déclarent consommer du poisson au moins une fois par semaine, 3 sur 10 en consomment moins d'une fois semaine et 2 jeunes sur 10 n'en mangent jamais.

Figure 3.4. Consommation de poisson, selon le sexe (N = 1 804)

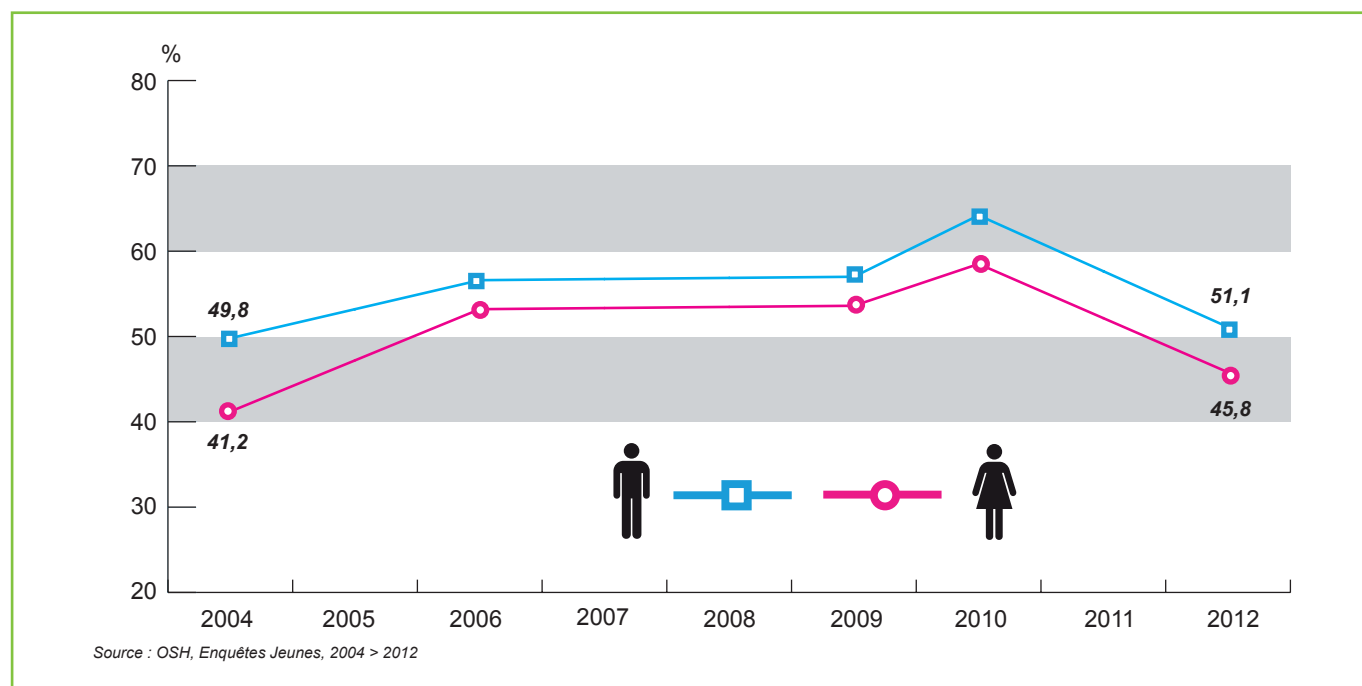


▼
Les garçons (51 %) déclarent davantage consommer du poisson au moins une fois par semaine que les filles (46 %).

Les jeunes luxembourgeois sont proportionnellement plus nombreux à manger du poisson une fois par semaine que les hainuyers (53 % contre 48 %).

Evolution

Figure 3.5. Evolution de la consommation de poisson (au moins une fois par semaine), selon le sexe



La proportion de jeunes qui déclarent une consommation hebdomadaire de poisson a augmenté entre 2004 et 2010 pour ensuite repartir à la baisse, aussi bien pour les garçons que pour les filles. Les garçons sont plus nombreux que les filles à consommer du poisson au moins une fois par semaine et la différence se maintient au cours du temps.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.2. Consommation de poisson (au moins une fois par semaine) en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 804	48,5 %	-
Sexe			
Garçons	893	51,1 %	1,12*
Filles	911	45,8%	1
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	40,4 %	1
1	533	45,8 %	1,13
2	981	51,3 %	1,27*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	45,7 %	1,06
Manuelle peu qualifiée	457	43,3 %	1
Manuelle qualifiée	79	58,2 %	1,34
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	53,5 %	1,24*
Employée qualifiée ou cadre	366	51,4 %	1,19
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	764	49,5 %	1,17*
Qualification	361	42,4 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les garçons déclarent plus souvent manger du poisson au moins une fois semaine.

Les jeunes dont les deux parents travaillent sont 27 % plus nombreux à consommer du poisson au moins une fois semaine que les jeunes dont aucun parent ne travaille.

Les jeunes dont la mère est employée peu ou moyennement qualifiée sont aussi 24 % plus nombreux à manger du poisson au moins une fois semaine que les jeunes dont la mère est manuelle peu qualifiée.

Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition déclarent plus souvent manger du poisson au moins une fois semaine que les jeunes de l'enseignement de qualification.

En province de Luxembourg, le lien avec la filière scolaire apparaît également. Par ailleurs, les jeunes qui vivent avec leurs deux parents déclarent davantage manger du poisson au moins une fois semaine que les enfants issus de famille monoparentale.

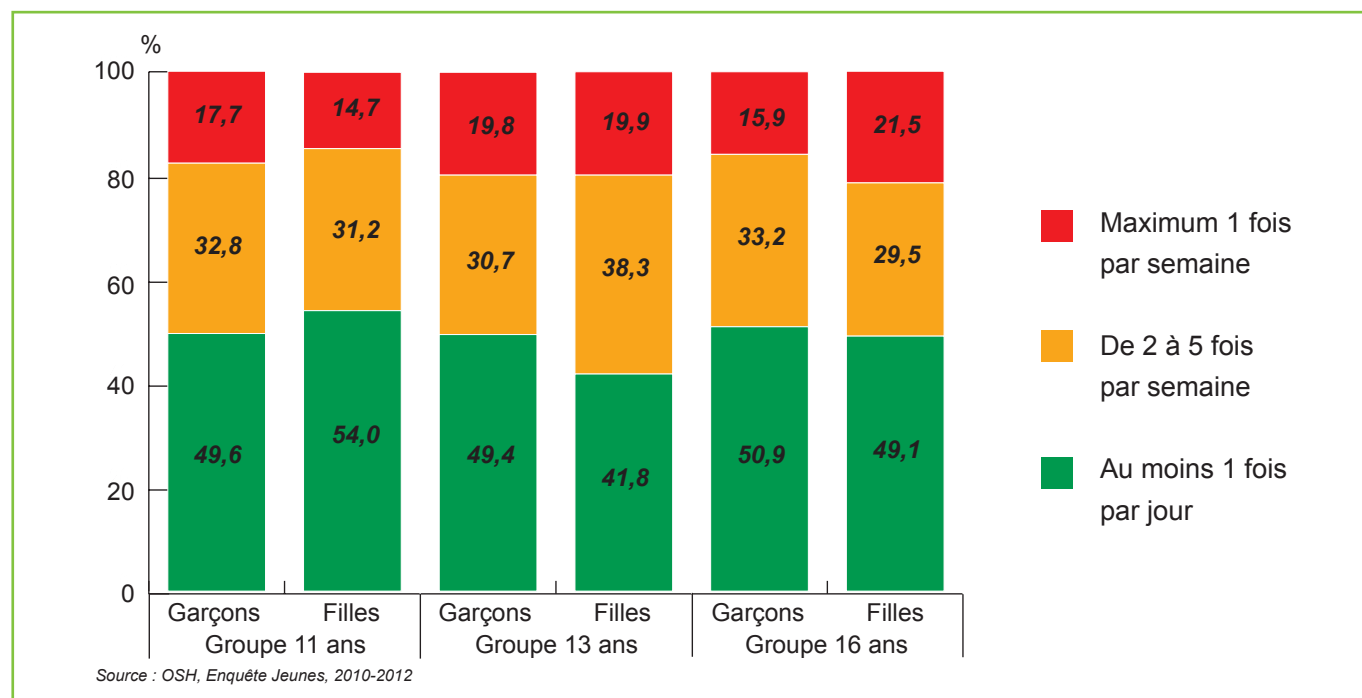
2.3. Produits laitiers

Le PNNS-B recommande de consommer au moins 3 rations de produits laitiers par jour pour les enfants et adolescents, leur croissance exigeant un apport accru en calcium. Une ration de produits laitiers, c'est par exemple, un grand verre de lait, un yaourt, 100 grammes de fromage blanc, 30 grammes de fromage en tranches...

Description de la situation en 2012

D'une manière générale, la moitié des jeunes hainuyers (51 %) déclarent ne pas consommer quotidiennement des produits laitiers.

Figure 3.6. Consommation de produits laitiers, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 805)



En Hainaut, 49 % des jeunes déclarent consommer des produits laitiers au moins une fois par jour. Cette proportion diminue avec l'âge chez les filles passant de 54 % à 11 ans à 49 % à 16 ans.

En province de Luxembourg, les jeunes de 13 et 16 ans déclarent plus fréquemment consommer des produits laitiers quotidiennement.

Evolution

Globalement, de 2004 à 2012, la consommation quotidienne de produits laitiers reste stable chez les jeunes hainuyers, tant chez les filles que chez les garçons.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.3. Consommation quotidienne de produits laitiers en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 805	49,4 %	-
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	795	47,5 %	1
Manuel qualifié	222	54,5 %	1,15
Employé peu ou moyennement qualifié	249	45,4 %	0,96
Employé qualifié ou cadre	268	59,3 %	1,25*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	50,5 %	1,13
Manuelle peu qualifiée	458	44,5 %	1
Manuelle qualifiée	78	47,4 %	1,07
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	50,2 %	1,13
Employée qualifiée ou cadre	366	56,0 %	1,26*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Proportionnellement, les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre sont 25 % plus nombreux à consommer quotidiennement des produits laitiers que les jeunes dont le père ou la mère est manuel peu qualifié.

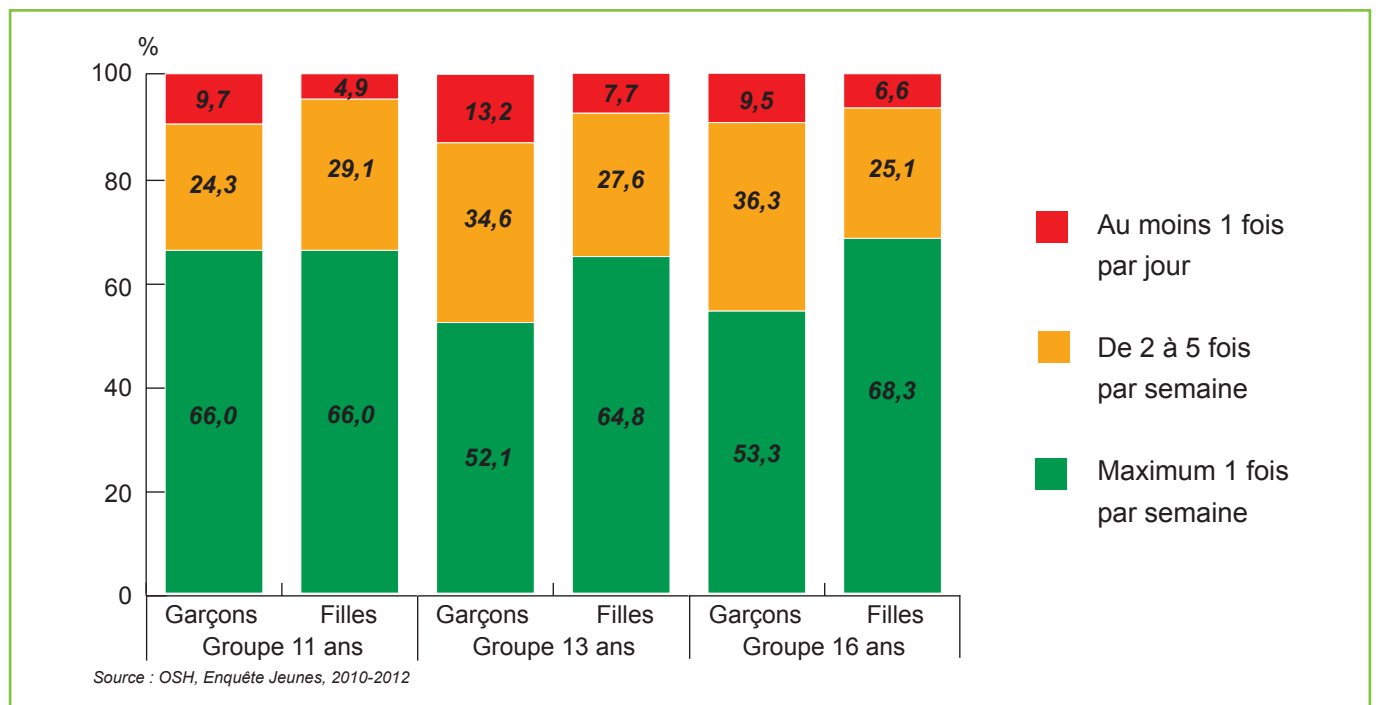
2.4. Frites, croquettes

Il est conseillé de consommer des fritures avec modération (maximum une fois par semaine, toutes fritures comprises).

Description de la situation en 2012

En Hainaut, 38 % des jeunes déclarent consommer des frites ou des croquettes plus d'une fois par semaine, les garçons (42 %) davantage que les filles (34 %). La consommation quotidienne concerne 8 % des jeunes, là aussi davantage les garçons (11 %) que les filles (6 %).

Figure 3.7. Consommation de frites ou de croquettes, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 805)



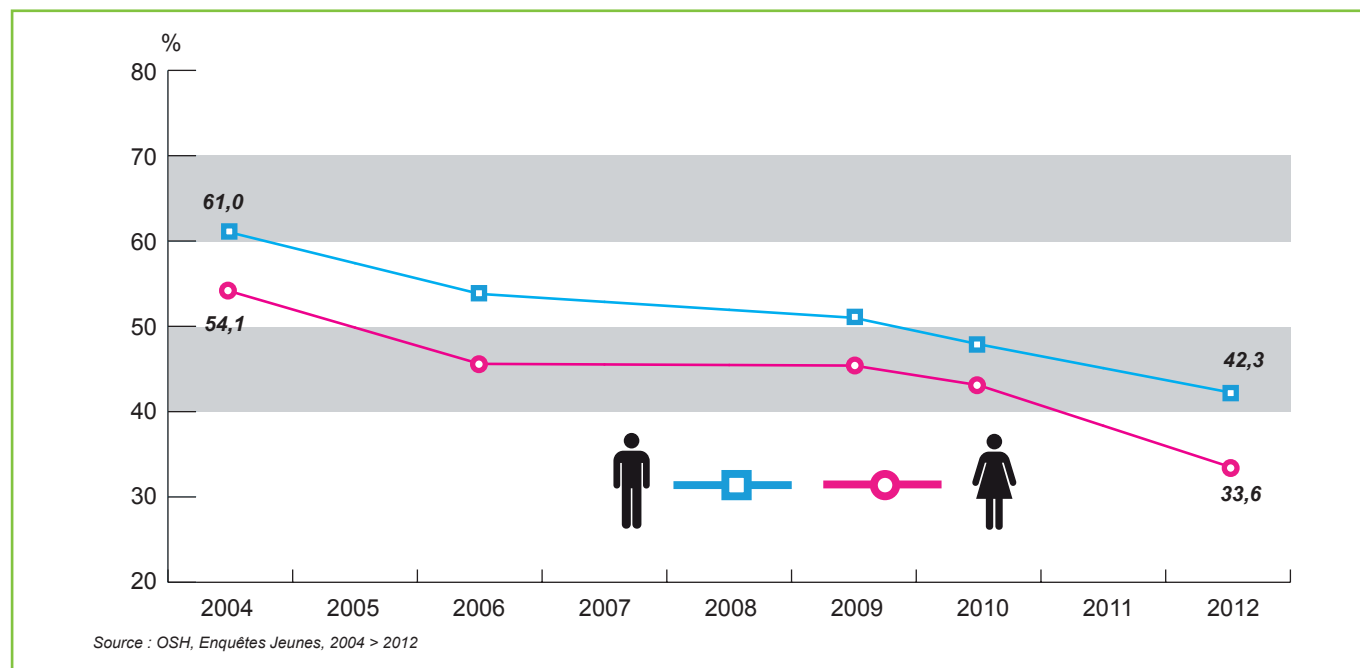
▼
 A 11 ans, les proportions de filles et de garçons qui suivent la recommandation (frites ou croquettes maximum une fois par semaine) sont identiques (66 %). La fréquence de ce comportement diminue à l'âge de 13 ans chez les garçons, mais reste stable chez les filles. A l'inverse, la consommation quotidienne n'évolue pas en fonction de l'âge, mais à tout âge, elle concerne plus les garçons que les filles.

En province de Luxembourg, un profil de consommation similaire en fonction du sexe et de l'âge est observé. Cependant, les jeunes qui consomment des frites ou des croquettes maximum une fois par semaine sont proportionnellement plus nombreux qu'en Hainaut (67 % contre 62 %) et cette différence se marque surtout pour les filles de 11 ans (76 % en province de Luxembourg contre 66 % en Hainaut).

En FWB, selon l'enquête HBSC, les jeunes de 11 ans consomment moins souvent (25 % contre 34 % en Hainaut) des frites plus d'une fois par semaine que dans le Hainaut (Decant, 2013).

Evolution

Figure 3.8. Evolution de la consommation de frites ou de croquettes (plus d'une fois par semaine), selon le sexe



▼
Globalement, entre 2004 et 2012, la proportion de jeunes qui ne suivent pas la recommandation (consommation de frites ou de croquettes plus d'une fois par semaine) diminue tant chez les filles que chez les garçons.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.4. Consommation de frites ou de croquettes (plus d'une fois par semaine) en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 805	37,9 %	-
Sexe			
Garçons	894	42,3 %	1,26*
Filles	911	33,6 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	656	34,0 %	1
13 ans	518	41,5 %	1,22*
16 ans	631	39,0 %	1,15
Nombre de parents qui travaillent			
0	147	43,5 %	1,28*
1	532	42,7 %	1,25*
2	981	34,2 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	795	42,1 %	1,59*
Manuel qualifié	222	36,9 %	1,39
Employé peu ou moyennement qualifié	249	34,9 %	1,32
Employé qualifié ou cadre	268	26,5 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	43,5 %	1,39*
Manuelle peu qualifiée	455	41,8 %	1,33*
Manuelle qualifiée	79	31,6 %	1,01
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	34,3 %	1,09
Employée qualifiée ou cadre	366	31,4 %	1
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	764	37,6 %	1
Qualification	364	45,3 %	1,65*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Comme constaté précédemment, la consommation de frites et de croquettes plus d'une fois par semaine concerne plus les garçons que les filles et augmente entre 11 et 13 ans.

Les jeunes dont un seul ou aucun des deux parents ne travaille sont presque 30 % plus nombreux à consommer des frites ou des croquettes plus d'une fois semaine par rapport aux jeunes dont les deux parents travaillent.

Les jeunes dont le père est manuel peu qualifié déclarent 59 % plus fréquemment consommer des frites ou des croquettes au moins une fois par semaine que les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre. De même, les jeunes dont la mère est femme au foyer, étudiante ou manuelle peu qualifiée, déclarent également consommer davantage de frites ou de croquettes.

Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification déclarent 65 % plus souvent consommer des frites ou des croquettes plus d'une fois par semaine que les jeunes de l'enseignement de transition.

Les liens entre les facteurs socioéconomiques décrits ci-dessus et la consommation quotidienne de frites ou de croquettes s'observent également et de manière encore plus marquée.

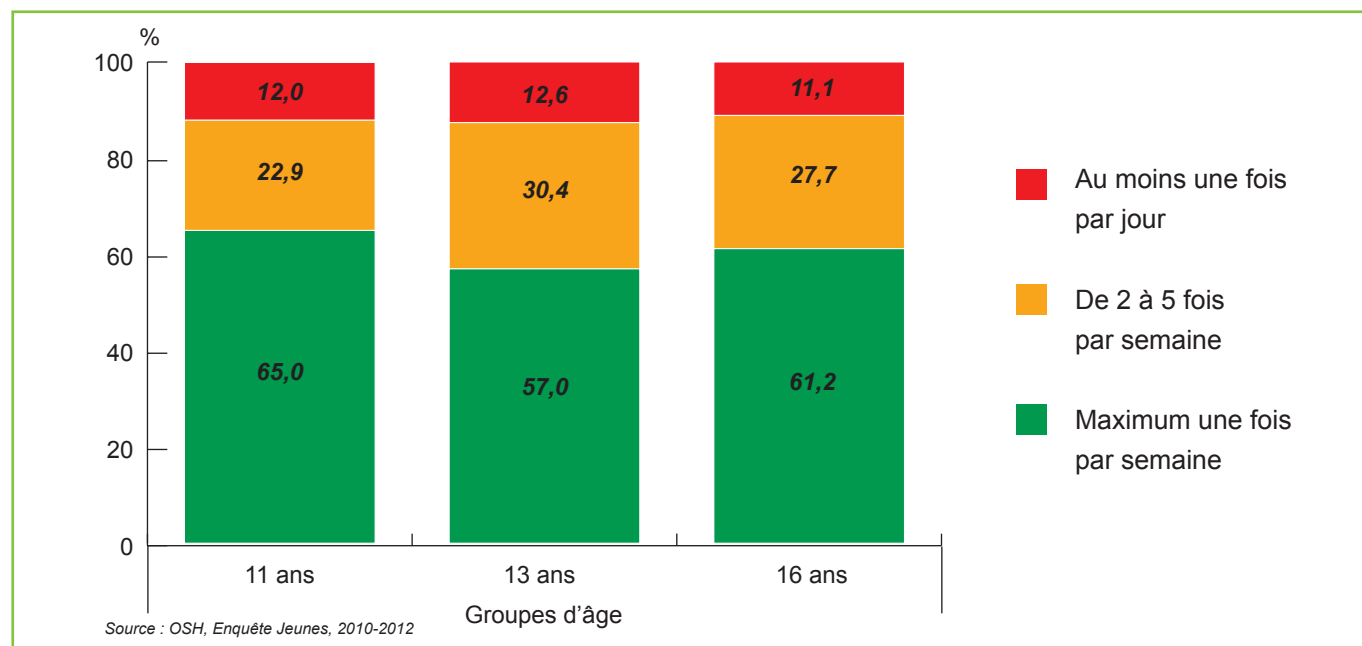
En province de Luxembourg, on constate un profil de consommation assez semblable. Le lien avec la filière d'enseignement s'observe uniquement chez les jeunes de 13 ans. Dans le cas de la consommation quotidienne de frites ou de croquettes, on observe également une augmentation avec l'âge.

2.5. Snacks salés

Il est recommandé de consommer des snacks sucrés et salés avec modération, au maximum une à deux fois par semaine pour chaque type de snacks et en quantité limitée.

Description de la situation en 2012

Figure 3.9. Consommation de snacks salés, selon le groupe d'âge (N = 1 805)

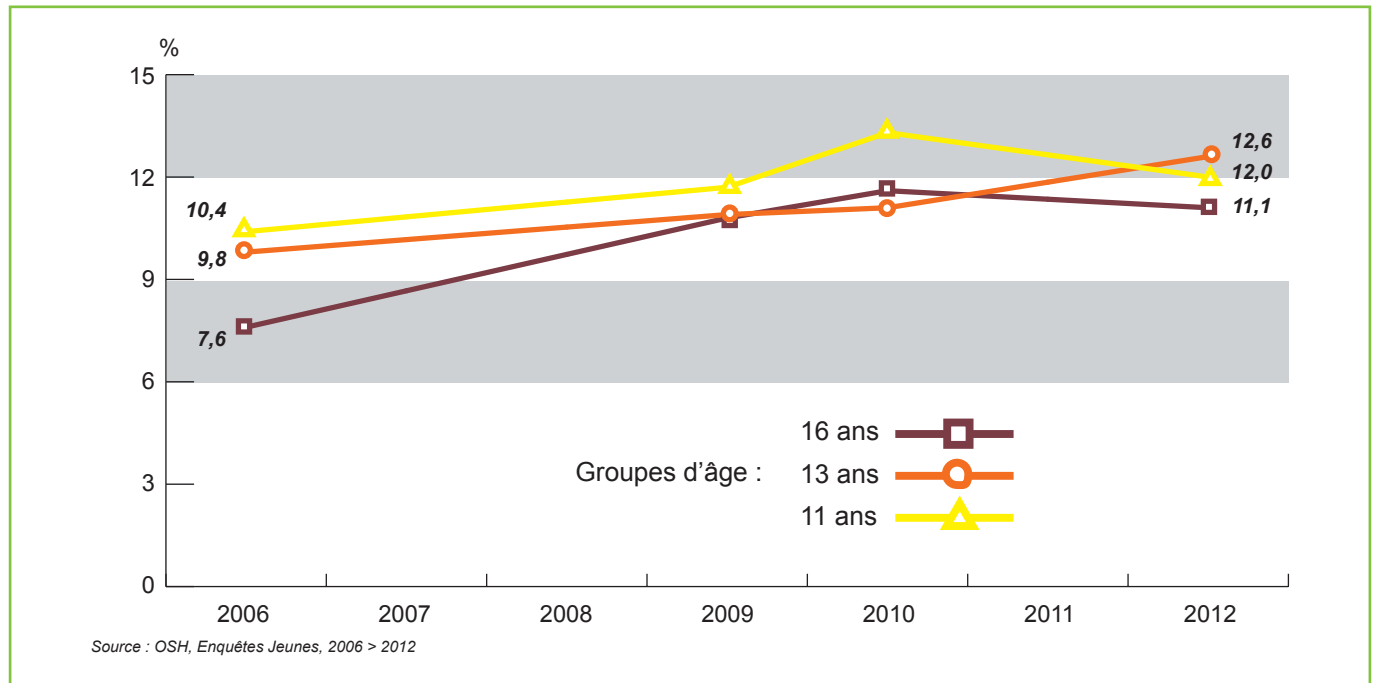


▼
En Hainaut, plus de la moitié des jeunes (61 %) déclarent consommer des snacks salés (chips, biscuits apéritif, cacahuètes...) maximum une fois par semaine. Chez les jeunes de 11 ans, la proportion atteint 65 %. Par contre, 12 % des jeunes consomment quotidiennement des snacks salés.

En province de Luxembourg, contrairement au Hainaut où il n'y a pas de différence selon le genre, les filles déclarent davantage consommer des snacks salés une fois par semaine ou moins que les garçons. D'une manière générale, les jeunes de la province de Luxembourg déclarent moins souvent consommer des snacks salés quotidiennement que les jeunes hainuyers (7 % contre 12 %).

Evolution

Figure 3.10. Evolution de la consommation quotidienne de snacks salés, selon le groupe d'âge



▼
 En Hainaut, entre 2006 et 2010, la consommation quotidienne de snacks salés a augmenté chez les jeunes à tous les âges. Depuis 2010, elle semble se stabiliser.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.5. Consommation quotidienne de snacks salés en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 805	11,9 %	-
Nombre de parents qui travaillent			
0	147	17,0 %	1,89*
1	531	14,1 %	1,57*
2	982	9,0 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	15,8 %	3,10*
Manuelle peu qualifiée	456	14,9 %	2,92*
Manuelle qualifiée	79	5,1 %	1
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	8,0 %	1,57
Employée qualifiée ou cadre	366	6,8 %	1,33
Filière scolaire (13 ans)			
Transition	427	8,7 %	1
Qualification	68	33,8 %	3,88*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼
La consommation quotidienne de snacks salés est fortement liée aux facteurs socioéconomiques. Les jeunes dont aucun ou un seul parent travaille déclarent presque 2 fois plus fréquemment une consommation quotidienne de snacks salés que les jeunes dont les deux parents travaillent.

La catégorie socioprofessionnelle de la mère est également associée : les jeunes dont la mère est femme au foyer, étudiante ou manuelle peu qualifiée déclarent 3 fois plus souvent consommer quotidiennement des snacks salés que les jeunes dont la mère exerce une profession manuelle qualifiée.

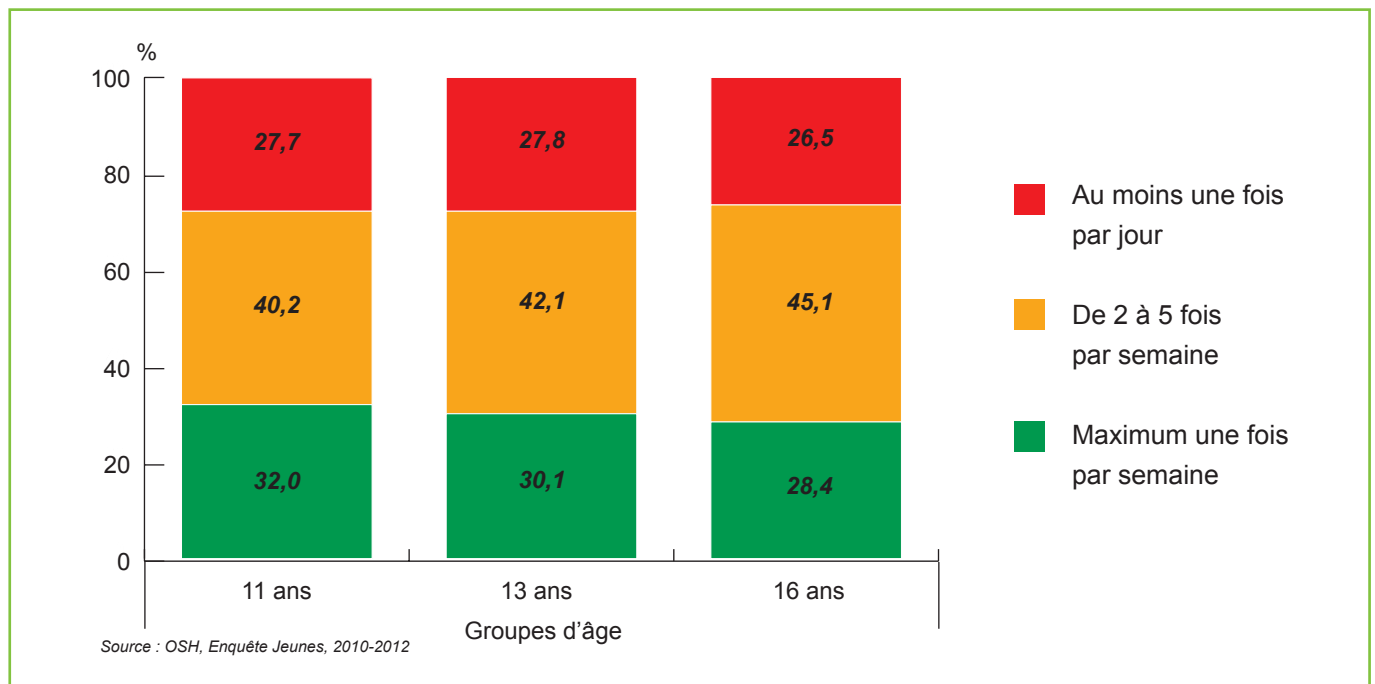
A 13 ans, les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification déclarent presque 4 fois plus consommer des snacks salés tous les jours.

En province de Luxembourg, la catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère sont associées à une consommation quotidienne de snacks salés.

2.6. Snacks sucrés

Description de la situation en 2012

Figure 3.11. Consommation de snacks sucrés, selon le groupe d'âge (N = 1 804)



▼
 En Hainaut, presque 3 jeunes sur 10 (27 %) déclarent consommer des snacks sucrés quotidiennement, environ 4 jeunes sur 10 (43 %) déclarent en consommer 2 à 5 fois par semaine. Ils sont également 3 sur 10 à déclarer n'en consommer qu'une fois par semaine au maximum. On ne constate pas de différence entre les filles et les garçons, ni entre les groupes d'âge.

En province de Luxembourg, les chiffres sont comparables à ceux du Hainaut. Cependant, on constate une évolution de la consommation de 2 à 5 fois par semaine entre 13 et 16 ans (45 % à 52 %), ainsi que dans la consommation quotidienne entre 11 et 13 ans (18 % à 25 %).

En FWB, les jeunes déclarent davantage consommer quotidiennement des snacks sucrés que dans le Hainaut (35 % contre 27 % en secondaire et 44 % contre 28 % en 5^e et 6^e primaire) (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Evolution

D'une manière générale, en Hainaut, on constate une légère diminution de la consommation quotidienne de snacks sucrés, on passe de 31 % des jeunes en 2004 à 27 % en 2012.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

L'analyse des liens avec les facteurs socioéconomiques n'a pas montré de variations de la consommation de snacks sucrés en fonction du contexte familial et scolaire du jeune.

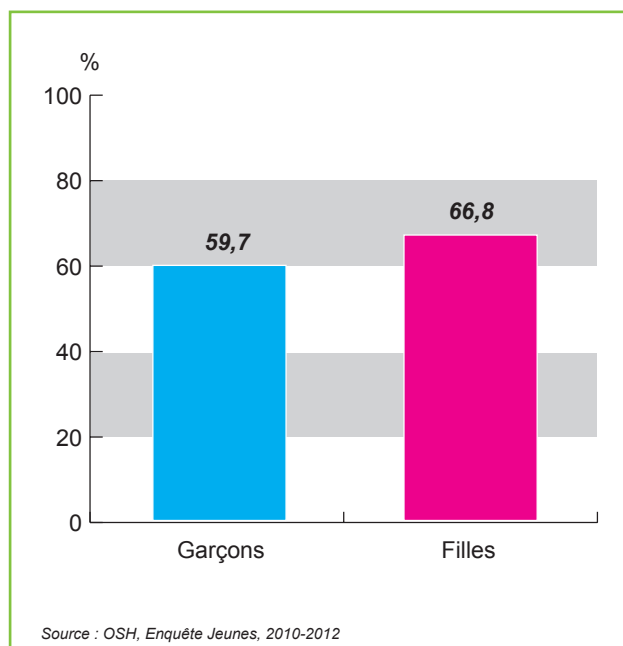
3. Boissons

3.1. Eau

Le PNNS-B recommande de consommer au moins 1,5 litre d'eau par jour. Notre questionnaire explore la fréquence de consommation, mais ne permet pas d'évaluer les quantités bues.

Description de la situation en 2012

Figure 3.12. Consommation quotidienne d'eau, selon le sexe (N = 1 802)

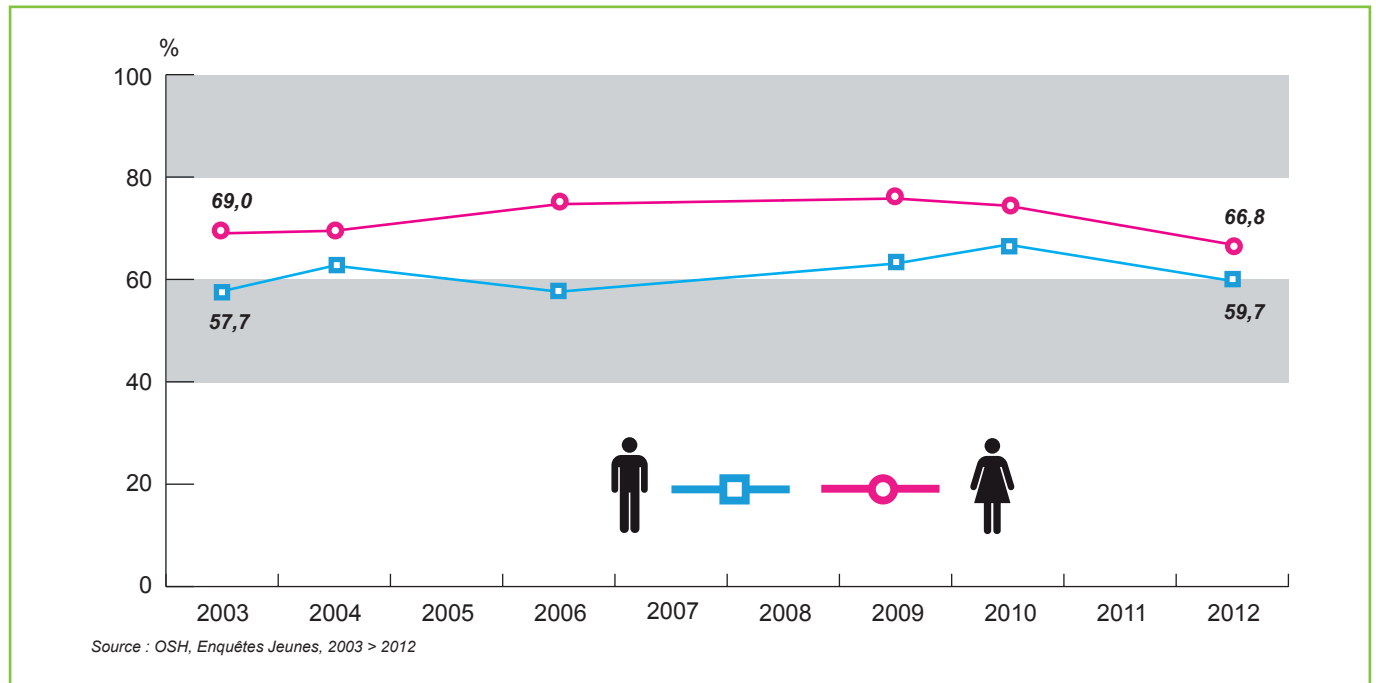


► En Hainaut, deux tiers des jeunes déclarent boire de l'eau plate ou pétillante quotidiennement, les filles (67 %) davantage que les garçons (60 %). Ce qui signifie que 40 % des garçons et 33 % des filles ne boivent pas d'eau quotidiennement alors que tout le monde devrait en boire plusieurs fois par jour..

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent consommer de l'eau tous les jours (73 %). La différence entre les sexes se retrouve également.

Evolution

Figure 3.13. Evolution de la consommation quotidienne d'eau, selon le sexe



▼
Après quelques années d'augmentation, la proportion de consommateurs quotidiens d'eau est revenue à celle de 2003. Sur toute la période, les proportions observées pour les filles sont plus élevées que pour les garçons.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.6. Consommation quotidienne d'eau en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 802	63,3 %	-
Sexe			
Garçons	893	59,7 %	1
Filles	909	66,8 %	1,12*
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	54,1 %	1
1	531	63,5 %	1,17
2	980	65,2 %	1,21*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	794	60,3 %	1
Manuel qualifié	223	71,3 %	1,18*
Employé peu ou moyennement qualifié	249	61,0 %	1,01
Employé qualifié ou cadre	267	73,0 %	1,21*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	58,9 %	1,04
Manuelle peu qualifiée	456	56,6 %	1
Manuelle qualifiée	78	62,8 %	1,11
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	65,2 %	1,15
Employée qualifiée ou cadre	365	71,8 %	1,27*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les filles déclarent plus fréquemment consommer de l'eau quotidiennement.

Les jeunes dont les deux parents travaillent sont plus souvent consommateurs quotidiens d'eau que les jeunes dont aucun parent ne travaille.

Les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre déclarent plus fréquemment consommer de l'eau tous les jours que les jeunes dont le père ou la mère est manuel peu qualifié. Lorsque le père est manuel qualifié, la proportion de consommation quotidienne d'eau augmente de 18 % par rapport aux jeunes dont le père exerce une profession manuelle peu qualifiée.

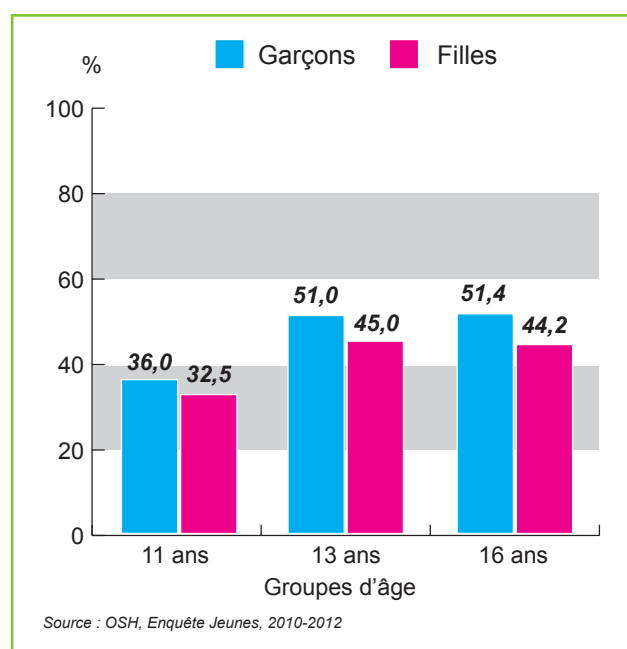
En province de Luxembourg, les jeunes de l'enseignement de transition consomment davantage de l'eau quotidiennement que les jeunes de l'enseignement de qualification. Pour les autres variables, on constate un profil de consommation similaire à celui du Hainaut.

3.2. Sodas sucrés

Avec les snacks, les boissons sucrées font partie des aliments qui n'entrent pas dans le cadre d'habitudes nutritionnelles saines. Il est conseillé de n'en consommer qu'occasionnellement et en quantité limitée (PNNS-B, 2006).

Description de la situation en 2012

Figure 3.14. Consommation quotidienne de sodas sucrés, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 803)



► En Hainaut, 43 % des jeunes déclarent consommer des sodas sucrés au moins une fois par jour; les garçons (46 %) davantage que les filles (40 %). D'une manière générale, la consommation augmente entre les jeunes de 11 et 13 ans, puis se stabilise.

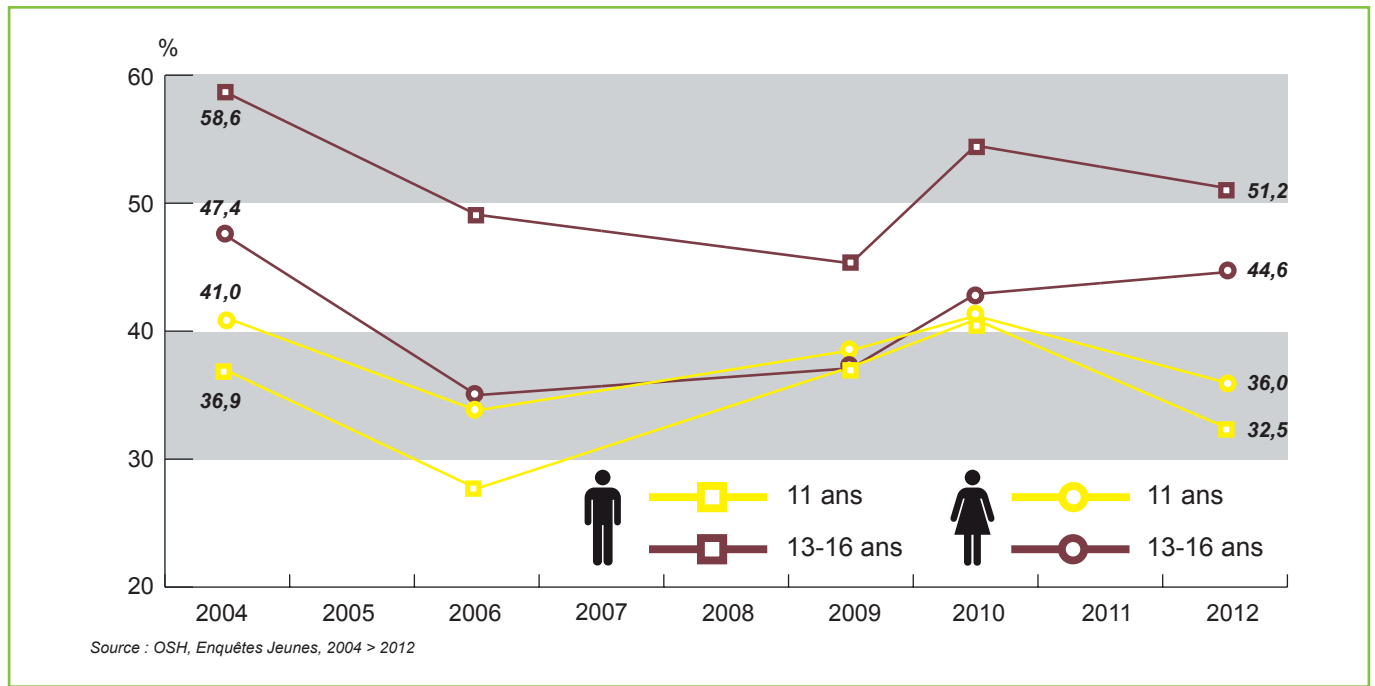
Un quart des jeunes déclarent boire ce type de boissons une fois par semaine ou moins et 9 % ne jamais en consommer.

En province de Luxembourg, la consommation quotidienne de sodas sucrés par les jeunes est moins importante (29 %) qu'en Hainaut. Les différences entre les sexes et les groupes d'âge apparaissent aussi avec une augmentation progressive de la consommation entre 11 et 16 ans. A tous les âges, aussi bien pour les filles que pour les garçons, les jeunes de la province de Luxembourg déclarent moins souvent consommer des sodas sucrés tous les jours que les jeunes du Hainaut.

Dans l'enquête HBSC, les jeunes de la FWB rapportent moins souvent consommer quotidiennement des sodas sucrés qu'en Hainaut (32 % contre 49 % en secondaire et 28 % contre 34 % en 5^e et 6^e primaire) (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Evolution

Figure 3.15. Evolution de la consommation quotidienne de sodas sucrés, selon le groupe d'âge



Globalement, malgré d'importantes fluctuations, la proportion de jeunes qui boivent quotidiennement des sodas sucrés a diminué entre 2004 et 2012. Sur toute la période, les garçons de 13 et 16 ans restent les plus gros consommateurs.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.7. Consommation quotidienne de sodas sucrés en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 803	42,9 %	-
Sexe			
Garçons	895	45,9 %	1,15*
Filles	908	40,0 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	656	34,1 %	1
13 ans	517	48,0 %	1,41*
16 ans	630	47,9 %	1,40*
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	50,0 %	1,29*
1	531	46,9 %	1,21*
2	981	38,9 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	794	48,0 %	1,61*
Manuel qualifié	221	36,2 %	1,21
Employé peu ou moyennement qualifié	249	41,4 %	1,38*
Employé qualifié ou cadre	268	29,9 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	48,8 %	1,68*
Manuelle peu qualifiée	457	54,7 %	1,89*
Manuelle qualifiée	78	39,7 %	1,37
Employée peu ou moyennement qualifiée	401	36,9 %	1,27
Employée qualifiée ou cadre	365	29,0 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 045	39,3 %	1
Monoparentale	341	49,3 %	1,25*
Recomposée	256	48,4 %	1,23*
Garde alternée	100	43,0 %	1,09
Filière scolaire			
13 ans Transition	429	44,3 %	1
13 ans Qualification	67	71,6 %	1,62*
16 ans Transition	335	43,0 %	1
16 ans Qualification	295	53,6 %	1,25*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Comme mentionné précédemment, les garçons et les 13 ans et plus sont plus nombreux à consommer quotidiennement des sodas sucrés.

Les jeunes dont un seul ou aucun parent ne travaille sont presque 30 % plus nombreux à consommer quotidiennement des sodas sucrés que les jeunes dont les deux parents travaillent.

Les jeunes dont le père est manuel peu qualifié ou employé peu ou moyennement qualifié déclarent plus souvent consommer quotidiennement des sodas sucrés. Les jeunes dont la mère est femme au foyer, étudiante ou manuelle peu qualifiée déclarent également plus fréquemment consommer tous les jours des sodas sucrés.

Les jeunes issus de famille monoparentale ou recomposée déclarent plus fréquemment consommer des sodas sucrés tous les jours.

Les élèves de l'enseignement de qualification déclarent plus fréquemment une consommation quotidienne de sodas sucrés. La différence est plus marquée chez les jeunes de 13 ans.

En province de Luxembourg, on retrouve un profil similaire à celui du Hainaut, sauf que la consommation de sodas sucrés n'y est pas liée au nombre de parents qui travaillent.

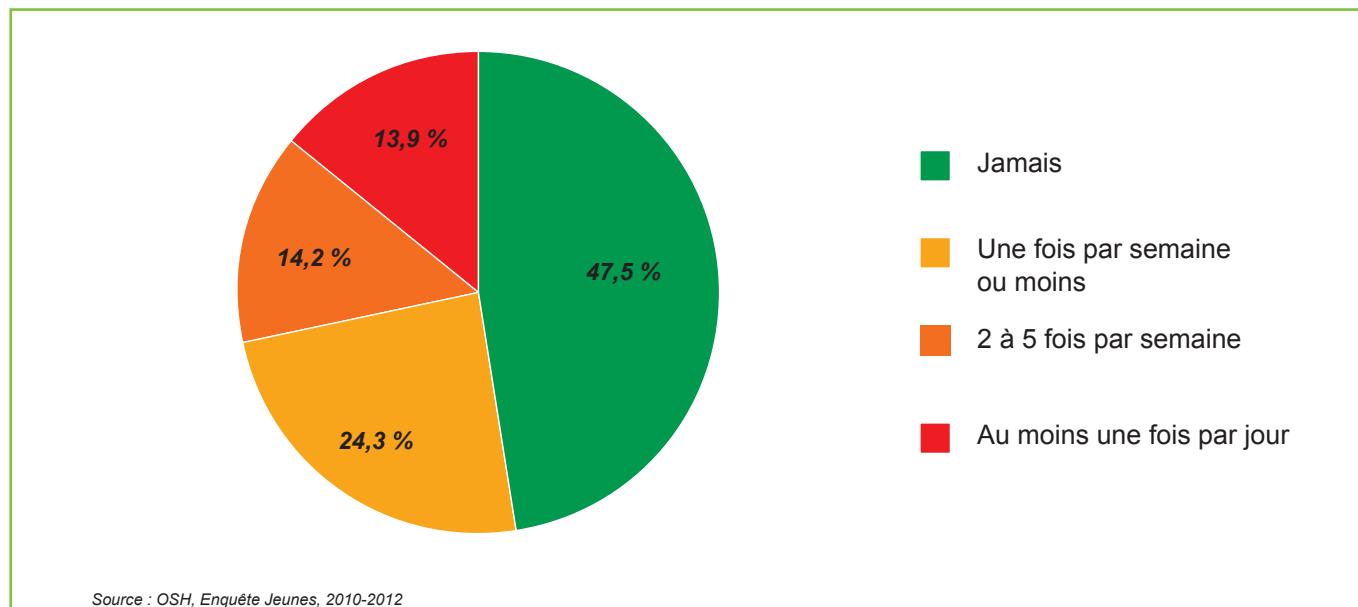
3.3. Sodas édulcorés (light)

Initialement, le remplacement du sucre par des édulcorants dans l'alimentation et, en particulier, dans les sodas sucrés était apparu comme une manière aisée de lutter contre l'apparition de l'obésité et du diabète de type 2. Depuis plusieurs années, il existe un débat quant aux apports et aux risques des produits édulcorés. Dans des expériences de régimes contrôlés, la substitution des sodas sucrés par leur version "light" diminue le nombre de calories ingérées et aboutit à une perte de poids (Gardner, 2012). Dans la vie courante, les études observationnelles aboutissent à des résultats moins encourageants : les édulcorants sont parfois associés à davantage de diabète de type 2 (Fagherazzi, 2013 ; Inserm, 2013), ils permettent de diminuer l'apport de sucre dans l'alimentation mais pourraient amener la personne à consommer davantage de produits sucrés par compensation (Bleich, 2014). Les effets sur le métabolisme sont encore mal définis (Gardner, 2012) et chez l'enfant, ils peuvent engendrer une préférence accrue pour le goût sucré. Certains édulcorants ont été suspectés d'être cancérigènes, mais la qualité des études a été jugée insuffisante (EFSA, 2013).

D'une manière générale, en attendant les conclusions des recherches en cours, les sodas édulcorés ne peuvent pas remplacer l'eau dans l'alimentation et leur consommation peut influencer notre santé. De ce fait, "on recommande de faire un usage modéré et responsable des aliments édulcorés et ce, dans le cadre d'une alimentation équilibrée. Idéalement, la consommation de produits édulcorés artificiellement et à valeur énergétique réduite devrait être évitée autant que possible dans l'alimentation des enfants" (Murer, 2014).

Description de la situation en 2012

Figure 3.16. Consommation de sodas édulcorés (N = 1 805)



▼
 En Hainaut, un peu moins de la moitié des jeunes (48 %) déclarent ne jamais consommer de boissons édulcorées. A l'inverse, 14 % des jeunes boivent des sodas édulcorés au moins une fois par jour.

En province de Luxembourg, les jeunes sont plus nombreux à déclarer ne jamais consommer de sodas édulcorés (56 %) qu'en Hainaut et ceci à tous les âges. Ils sont aussi moins nombreux à en consommer au moins une fois par jour (8 %)

3.4. Boissons énergisantes

Le marché des boissons énergisantes (Redbull®, Monster®...) a connu un essor au cours des dernières années. Les bénéfices allégués de ces produits sur les niveaux d'énergie, de vivacité et de performance incitent les jeunes consommateurs à y recourir. Ces boissons ne doivent cependant pas être confondues avec les boissons énergétiques (Isostar®, Aquarius®...) qui contiennent une quantité moindre de sucre et davantage de sels minéraux afin de répondre aux besoins suscités par un effort physique prolongé.

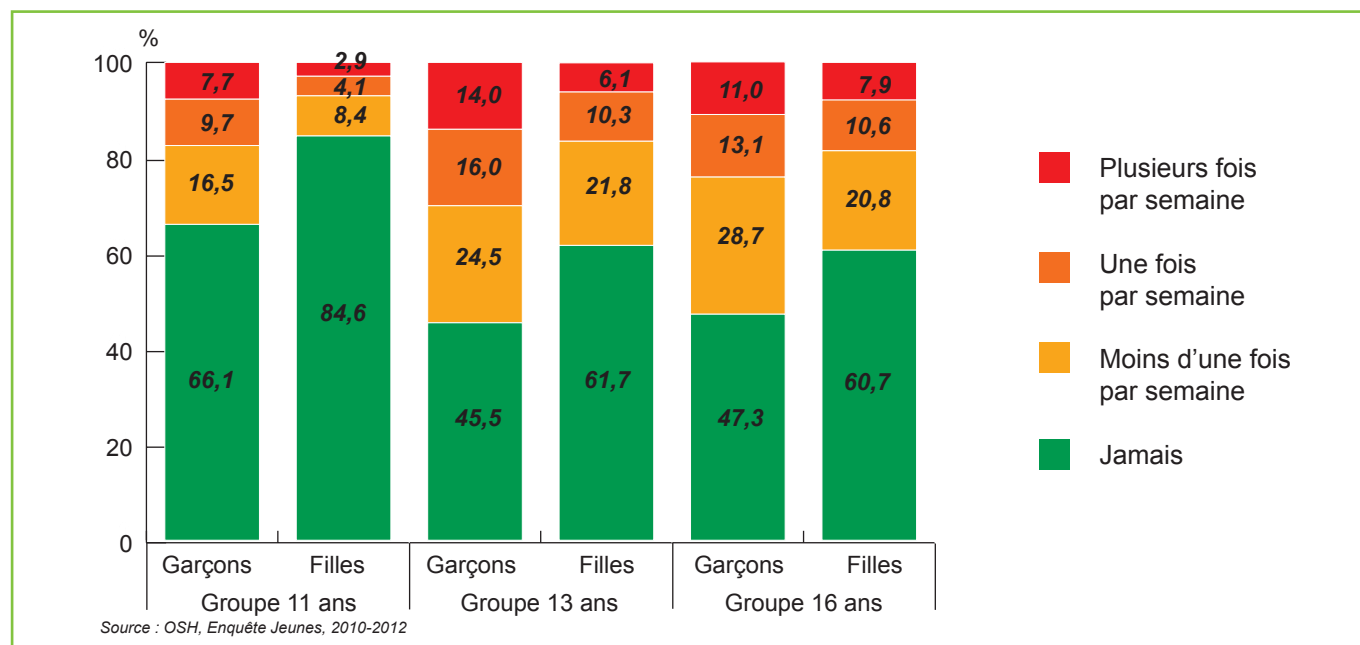
En l'absence d'une approche unifiée des boissons énergisantes au niveau européen, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) (CSS, 2009) réaffirme ses réserves à leur égard et recommande notamment :

- de les consommer de manière modérée sans excès, en veillant à ne pas dépasser un apport journalier total en caféine de 400 mg, voire même 300 mg ;
- d'éviter de les consommer avec des boissons alcoolisées ou lors de la pratique d'une activité physique intense ;
- d'éviter leur consommation chez les femmes enceintes et allaitantes, chez les enfants (jusqu'à 16 ans) et les sujets sensibles à la caféine.

Régulièrement, les jeunes consomment simultanément des boissons énergisantes et de l'alcool alors que ce type de mélange est fortement déconseillé (cf. Chapitre 5. "Assuétudes"). Plusieurs études suggèrent, en effet, que la caféine contenue dans les boissons énergisantes pourrait réduire la sensation d'ébriété, sans toutefois diminuer l'affaiblissement de certaines facultés par l'alcool (Inserm, 2014 ; Plamondon, 2011).

Description de la situation en 2012

Figure 3.17. Consommation de boissons énergisantes, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 804)



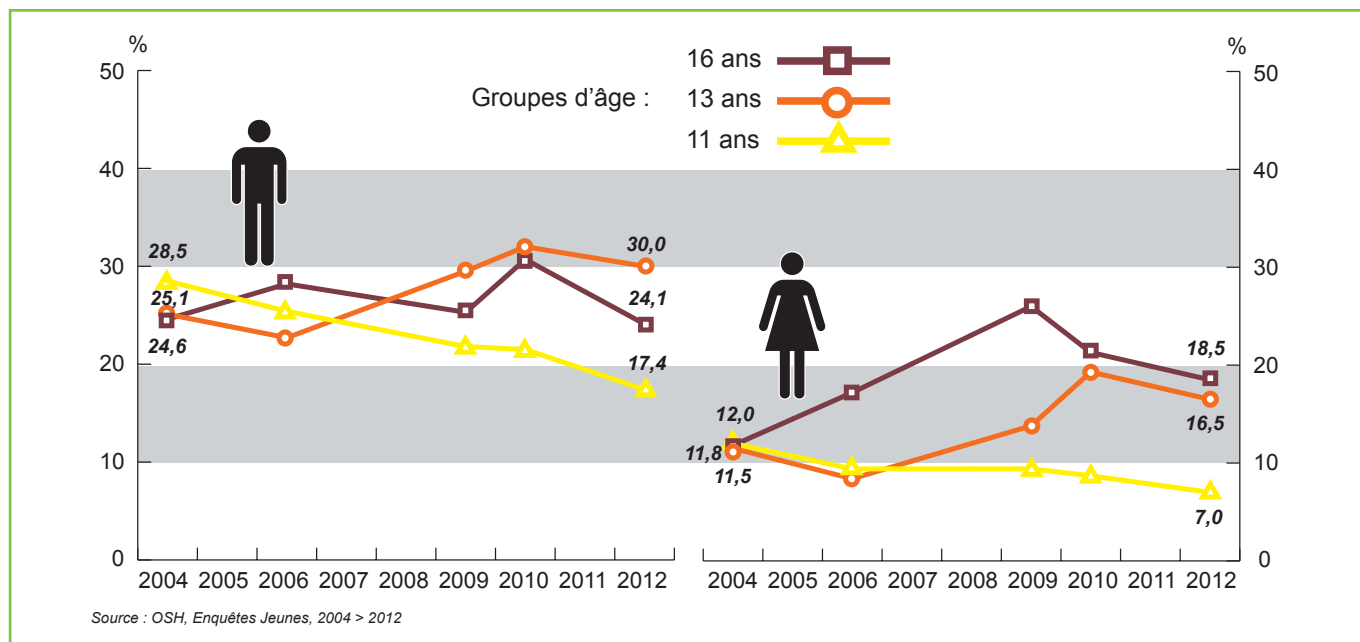
En Hainaut, un peu moins de deux tiers des jeunes (62 %) déclarent ne jamais consommer des boissons énergisantes, les filles davantage que les garçons et ceci à tout âge. Un jeune sur 10 (10 %) déclare en consommer une fois semaine et 8 %, plusieurs fois par semaine. La consommation au moins une fois par semaine de ce type de boissons (19 %) augmente particulièrement entre 11 et 13 ans aussi bien chez les filles (7 % à 17 %) que chez les garçons (17 % à 30 %).

On constate également que les jeunes qui passent plus de temps devant la télévision ou l'ordinateur et la console de jeux sont aussi de plus grands consommateurs de boissons énergisantes (cf. Chapitre 4. "Activité physique & sédentarité").

En province de Luxembourg, des chiffres similaires sont observés avec néanmoins une consommation moindre des garçons de 11 et 13 ans en province de Luxembourg. Ainsi, deux tiers des jeunes (66 %) déclarent ne jamais consommer de boissons énergisantes et 16 % en consomment au moins une fois par semaine. La consommation au moins une fois par semaine augmente entre 11 et 13 ans, comme en Hainaut.

Evolution

Figure 3.18. Evolution de la consommation de boissons énergiscentes (au moins une fois par semaine), selon le groupe d'âge et le sexe



▼
En Hainaut, entre 2004 et 2012, la consommation de boissons énergiscentes au moins une fois par semaine a augmenté chez les filles de 13 et 16 ans ainsi que chez les garçons de 13 ans même si on constate depuis 2010 une tendance à la diminution. Chez les filles et garçons de 11 ans, cette consommation n'a cessé de diminuer depuis 2004.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.8. Consommation de boissons énergisantes (au moins une fois par semaine) en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 804	18,5 %	-
Sexe			
Garçons	895	23,5 %	1,74*
Filles	909	13,5 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	655	11,9 %	1
13 ans	518	23,2 %	1,95*
16 ans	631	21,4 %	1,80*
Nombre de parents qui travaillent			
0	147	28,6 %	1,72*
1	530	18,5 %	1,11
2	982	16,6 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	793	20,3 %	2,71*
Manuel qualifié	223	21,5 %	2,87*
Employé peu ou moyennement qualifié	249	16,5 %	2,20*
Employé qualifié ou cadre	268	7,5 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	20,2 %	1,94*
Manuelle peu qualifiée	456	23,9 %	2,30*
Manuelle qualifiée	79	16,5 %	1,59
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	16,9 %	1,63*
Employée qualifiée ou cadre	366	10,4 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 049	16,2 %	1,24
Monoparentale	341	22,6 %	1,73*
Recomposée	254	24,0 %	1,83*
Garde alternée	99	13,1 %	1
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Filles Transition	398	12,3 %	1
Filles Qualification	155	29,7 %	2,41*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Comme signalé précédemment, les garçons déclarent plus souvent que les filles consommer des boissons énergisantes au moins une fois par semaine. La consommation augmente entre 11 et 13 ans.

Les jeunes dont aucun parent ne travaille sont plus fréquemment consommateurs hebdomadaires de boissons énergisantes que les jeunes dont les deux parents travaillent.

Les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre déclarent nettement moins fréquemment une consommation hebdomadaire de boissons énergisantes.

Le type de famille est également associé à la consommation hebdomadaire de boissons énergisantes : les jeunes, qui vivent avec un seul parent ou en famille recomposée, sont presque deux fois plus souvent consommateurs que les jeunes qui vivent en garde alternée.

Les jeunes de l'enseignement de qualification déclarent plus souvent consommer des boissons énergisantes, principalement les filles qui déclarent presque 2,5 fois plus souvent consommer ce type de boissons de manière hebdomadaire que les filles de l'enseignement de transition.

En province de Luxembourg, les variables présentent un profil similaire à celui du Hainaut, mais le nombre de parents qui travaillent n'est pas lié à la consommation de boissons énergisantes.

D'autres études ont également mis en évidence qu'à tous les âges de l'adolescence, les garçons sont plus souvent consommateurs de boissons énergisantes et présentent des fréquences de consommation plus élevées. Quel que soit l'âge des adolescents, les jeunes dont les familles ont un faible niveau socioéconomique ont une consommation plus importante (Godeau, 2012 ; Inserm, 2014).

4. Alimentation équilibrée

Dans le rapport sur l'enquête HBSC menée en FWB en 2010, les auteurs présentent un score qui évalue si les jeunes ont une alimentation équilibrée. Ce score s'appuie sur la fréquence déclarée de consommation d'aliments "sains" (fruits, légumes et poisson) et d'aliments non recommandés sur le plan nutritionnel (sodas sucrés, sucreries et frites). Un score similaire a été utilisé ici. Les deux scores présentent des différences mineures, les questions posées aux jeunes n'étant pas exactement les mêmes.

Un point est attribué au jeune lorsqu'il déclare consommer :

- des fruits quotidiennement,
- des légumes quotidiennement,
- du poisson au moins une fois par semaine,

et lorsque qu'il déclare ne pas consommer :

- de snacks sucrés quotidiennement,
- de sodas sucrés quotidiennement,
- des frites ou des croquettes plus d'une fois par semaine.

Le score ainsi construit varie de 0 (mauvais équilibre alimentaire) à 6 (bon équilibre alimentaire).

Ce score présente des limites liées à l'absence d'information sur la qualité et la quantité des aliments consommés. Néanmoins, il permet d'appréhender l'alimentation des jeunes en distinguant trois catégories de consommation alimentaire : un score entre 0 et 2 suggère une alimentation "non équilibrée", un score de 3 ou 4 indique une alimentation "moyennement équilibrée" et un score de 5 ou 6 une alimentation "équilibrée" (Moreau, 2013).

Description de la situation en 2012

Tableau 3.9. Score d'équilibre alimentaire (N = 1 804)

Alimentation	Score	%
Non équilibrée	0	3,2
	1	10,0
	2	17,8
Moyennement équilibrée	3	25,7
	4	24,4
Équilibrée	5	14,1
	6	4,9
Total		100,0

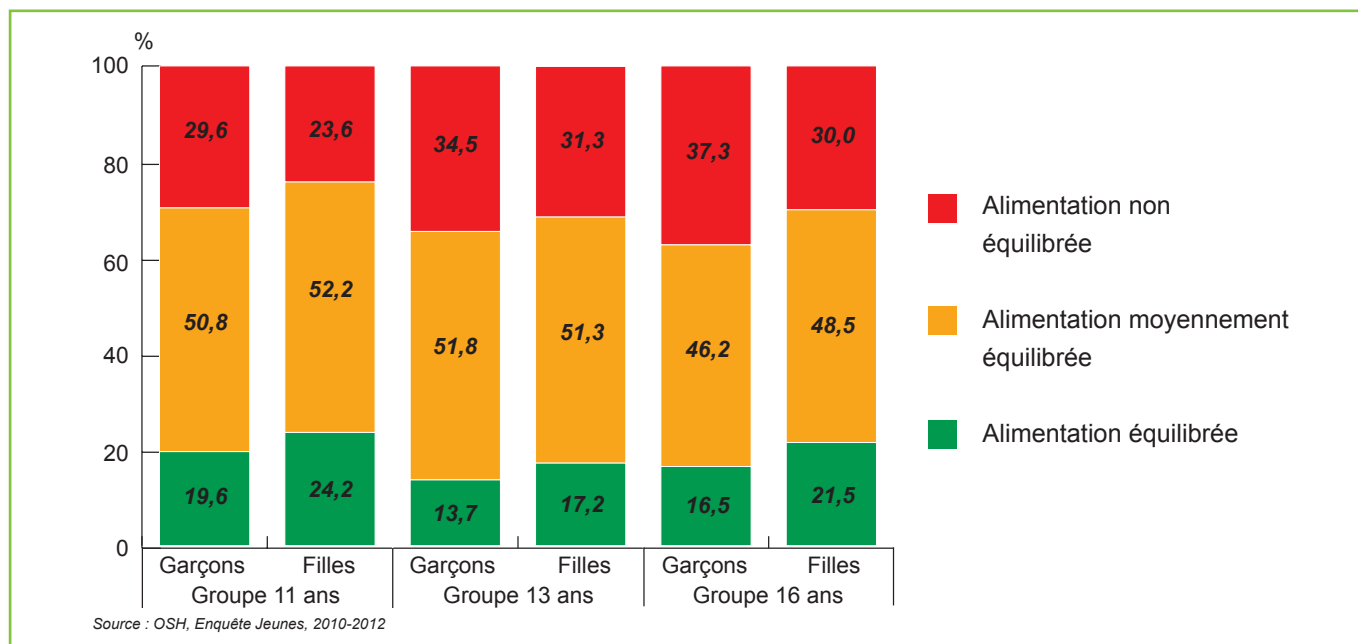
Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼
En Hainaut, un peu moins de 2 jeunes sur 10 (19 %) ont un score d'alimentation "équilibrée", 5 sur 10 (50 %) "moyennement équilibrée" et 3 sur 10 (31 %) "non équilibrée".

Par rapport au Hainaut, les jeunes de la province de Luxembourg ont plus souvent un score d'alimentation "équilibrée" (30 %), ils sont moins nombreux à avoir un score d'alimentation "moyennement équilibrée" (47 %) et un score d'alimentation "non équilibrée" (23 %).

En FWB, les jeunes ont davantage un score d'alimentation "équilibrée" (29 % contre 19 %) et ont moins souvent un score d'alimentation "non équilibrée" que dans le Hainaut (18 % contre 31 %).

Figure 3.19. Équilibre alimentaire, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 804)



A tous les âges, les filles ont plus souvent un score d'alimentation "équilibrée" que les garçons. Entre 11 et 13 ans, la proportion de jeunes qui ont un score d'alimentation "non équilibrée" augmente chez les filles comme chez les garçons et se stabilise entre 13 et 16 ans.

En province de Luxembourg, comme dans le Hainaut, les filles ont davantage un score d'alimentation "équilibrée" (35 %) que les garçons (26 %). Avec l'âge, les proportions de score d'alimentation "non équilibrée" augmentent.

La différence entre les deux sexes au niveau de l'équilibre alimentaire se retrouve également dans les études HBSC de 2010 (Moreau, 2013). Les filles ont tendance à faire plus attention à leur alimentation et cherchent davantage à ce qu'elle soit saine et équilibrée (Paulus, 2001 ; Wardle, 2004).

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.10. Alimentation non équilibrée (score ≤ 2) en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 804	31,0 %	-
Sexe			
Garçons	893	33,8 %	1,20*
Filles	911	28,2 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	658	26,7 %	1
13 ans	516	32,9 %	1,23*
16 ans	630	33,8 %	1,27*
Nombre de parents qui travaillent			
0	147	37,4 %	1,42*
1	531	36,2 %	1,37*
2	982	26,4 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	795	34,5 %	1,93*
Manuel qualifié	223	26,0 %	1,45*
Employé peu ou moyennement qualifié	249	31,3 %	1,75*
Employé qualifié ou cadre	268	17,9 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	35,4 %	1,65
Manuelle peu qualifiée	457	37,9 %	1,76*
Manuelle qualifiée	79	21,5 %	1
Employée peu ou moyennement qualifiée	401	22,9 %	1,07
Employée qualifiée ou cadre	366	23,8 %	1,11
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	762	30,4 %	1
Qualification	363	39,9 %	1,31*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Les garçons ont davantage une alimentation non équilibrée que les filles.

L'alimentation non équilibrée augmente entre 11 et 13 ans et se stabilise entre 13 et 16 ans.

Les jeunes dont un seul ou aucun parent ne travaille ont plus souvent une alimentation non équilibrée que les jeunes dont les deux parents travaillent.

Par rapport aux jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre, les autres jeunes ont 1,5 à 2 fois plus de risque d'avoir une alimentation non équilibrée. Les jeunes dont la mère est manuelle peu qualifiée ont davantage une alimentation non équilibrée que les jeunes dont la mère est manuelle qualifiée.

L'alimentation des jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification est plus souvent non équilibrée que celle des jeunes de l'enseignement de transition.

En province de Luxembourg, les mêmes liens apparaissent à l'exception de la filière d'enseignement.

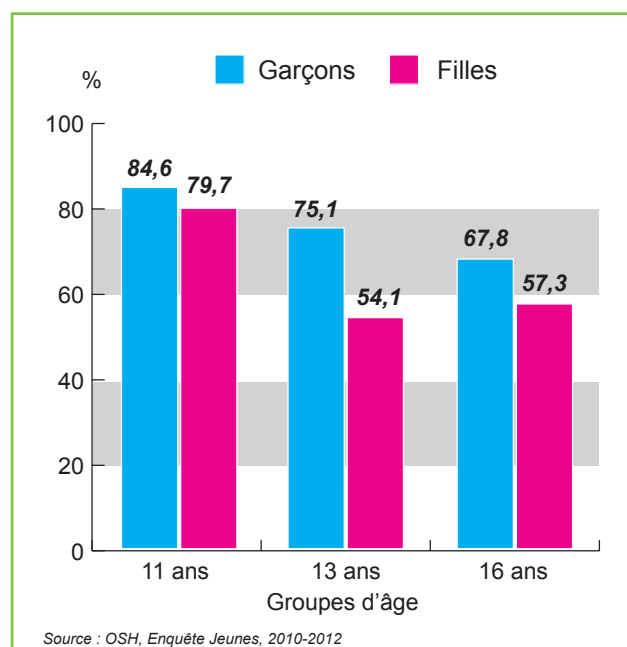
5. Repas

5.1. Petit déjeuner

Le petit déjeuner est essentiel, il doit apporter 25 % de l'apport énergétique journalier total. L'impasse sur le petit déjeuner peut engendrer des difficultés de concentration pendant la matinée de cours (Berkey, 2003 ; Godeau, 2012).

Description de la situation en 2012

Figure 3.20. Prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 796)



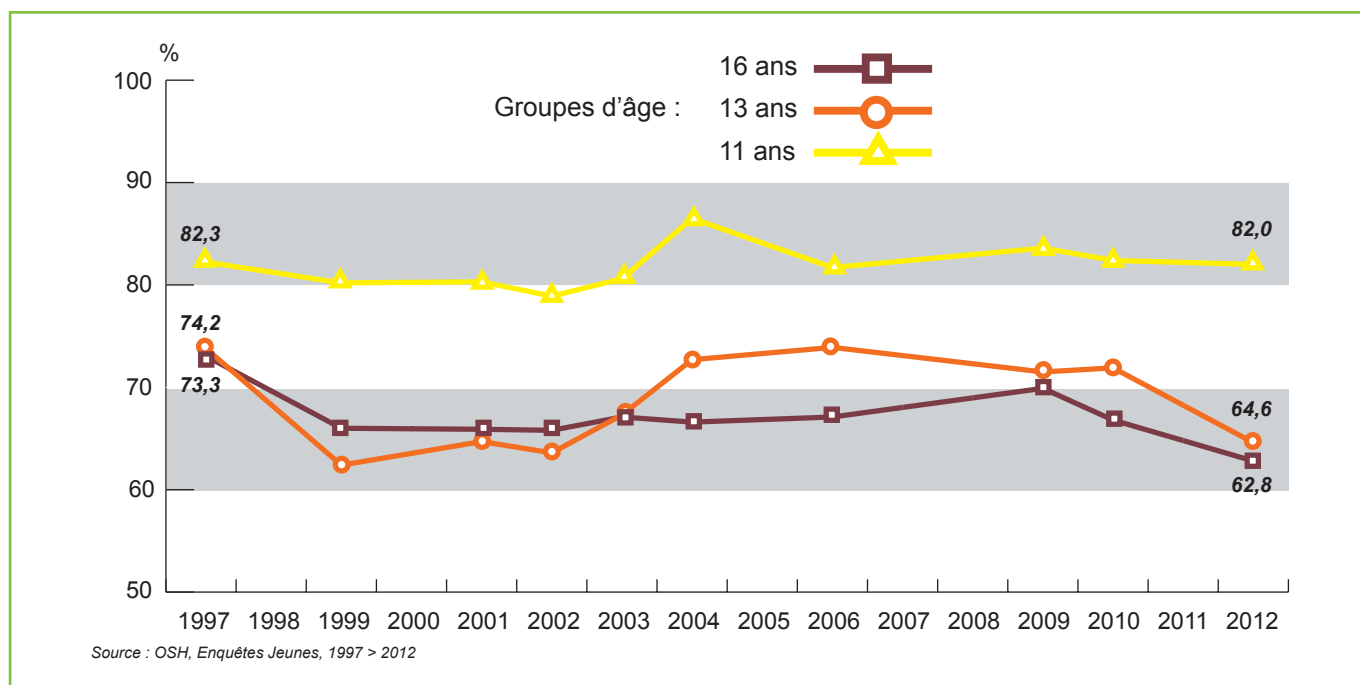
► En Hainaut, 7 jeunes sur 10 prennent habituellement un petit déjeuner les jours d'école, davantage les garçons que les filles. Inversement, ils sont 3 sur 10 à ne pas en prendre. D'une manière générale, la prise d'un petit déjeuner les jours d'école diminue avec l'âge. Chez les garçons, cette diminution est progressive de 11 à 16 ans. Chez les filles, la prise régulière du petit déjeuner diminue entre 11 et 13 ans, puis se stabilise. A peine un peu plus d'une adolescente sur 2 prend un petit-déjeuner.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent prendre régulièrement un petit déjeuner les jours d'école (78 %) que dans le Hainaut et ceci à tout âge. Les garçons déclarent aussi davantage que les filles en consommer régulièrement.

En Hainaut, les jeunes prennent plus souvent un petit déjeuner les jours d'école que la moyenne de la FWB (en fin de primaire 82 % contre 70 % en FWB, en secondaire 64 % contre 56 % en FWB) (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Evolution

Figure 3.21. Evolution de la prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école, selon le groupe d'âge



▼
En Hainaut, la prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école a globalement diminué entre 1997 et 2012. Cette diminution se constate principalement chez les jeunes de 13 et 16 ans. Chez les 11 ans, les chiffres montrent une certaine stabilité.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 3.11. **Prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école en fonction des facteurs socioéconomiques**

	N	%	RP
Total	1 796	70,3 %	-
Sexe			
Garçons	894	75,7 %	1,16*
Filles	902	65,0 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	656	82,0 %	1,31*
13 ans	514	64,6 %	1,03
16 ans	626	62,8 %	1
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	53,4 %	1
1	529	67,7 %	1,27*
2	977	75,1 %	1,41*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	793	68,3 %	1
Manuel qualifié	222	69,4 %	1,02
Employé peu ou moyennement qualifié	249	73,9 %	1,08
Employé qualifié ou cadre	266	81,2 %	1,19*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	63,9 %	1,03
Manuelle peu qualifiée	450	61,8 %	1
Manuelle qualifiée	79	68,4 %	1,11
Employée peu ou moyennement qualifiée	401	74,8 %	1,21*
Employée qualifiée ou cadre	366	83,6 %	1,35*
Type de famille			
Biparentale	1 041	74,5 %	1,18*
Monoparentale	339	63,1 %	1
Recomposée	257	63,8 %	1,01
Garde alternée	99	68,7 %	1,09
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	761	66,2 %	1,15*
Qualification	360	57,8 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Les garçons prennent plus souvent un petit déjeuner les jours d'école que les filles. Les jeunes de 11 ans, plus souvent que ceux des autres groupes d'âge.

Les jeunes dont aucun parent ne travaille prennent moins fréquemment un petit déjeuner les jours d'école.

Les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre et les jeunes dont la mère est employée peu qualifiée prennent plus souvent un petit déjeuner que les jeunes dont le père ou la mère est manuel peu qualifié.

Les jeunes qui vivent avec leurs deux parents déclarent plus souvent prendre un petit déjeuner.

Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition déclarent plus fréquemment prendre un petit déjeuner que les jeunes de l'enseignement de qualification.

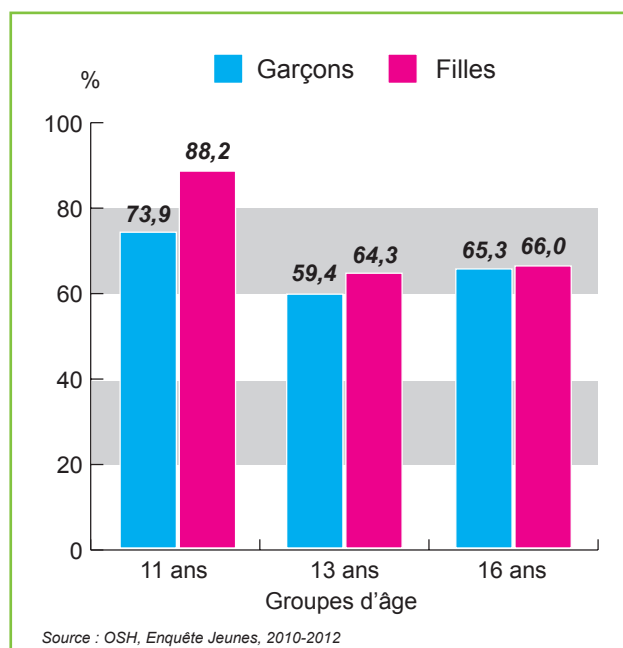
En province de Luxembourg, un profil similaire de consommation régulière du petit déjeuner est observé.

5.2. Collation de 10 heures

Depuis quelques années, la prise d'une collation à 10 heures est remise en question par les diététiciens. Cependant, elle pourrait permettre de combler le manque de petit déjeuner chez les jeunes qui n'en prennent pas.

Description de la situation en 2012

Figure 3.22. Prise habituelle d'une collation les jours d'école, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 601)



► En Hainaut, 7 jeunes sur 10 (70 %) déclarent prendre une collation à 10 heures les jours d'école. La différence entre les filles (88 %) et les garçons (74 %) est fortement marquée chez les plus jeunes. La prise d'une collation diminue principalement entre 11 et 13 ans chez les filles (88 % à 64 %) et chez les garçons (74 % à 59 %).

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent moins souvent (51 %) prendre une collation à 10 heures que les jeunes hainuyers. Les filles sont également plus nombreuses à le faire et il existe aussi une forte diminution de la consommation entre 11 et 13 ans. Il est cependant possible que cette proportion soit sous-estimée car les jeunes luxembourgeois n'utilisent pas couramment le terme "collation" et cela a pu engendrer un manque de compréhension de la question.

Relation entre collation et petit déjeuner

Deux tiers (66 %) des jeunes qui ne prennent pas de petit déjeuner mangent une collation à 10 heures. Si la collation de 10 heures compense alors l'absence de petit déjeuner, elle est encore plus souvent consommée en supplément de celui-ci, puisque 72 % des jeunes qui prennent régulièrement un petit déjeuner consomment également une collation à 10 heures.

En province de Luxembourg, on n'observe pas de différence entre ceux qui prennent régulièrement un petit déjeuner et les autres.

Evolution

Globalement, en 2012, les jeunes hainuyers prennent davantage de collation à 10 heures qu'en 2004.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

La prise d'une collation à 10 heures n'est pas liée au contexte socioéconomique du jeune.

5.3. Gouter

Plus que la prise d'une collation à 10 heures, la prise d'un gouter se justifie par la durée qui sépare le repas de midi du repas du soir.

En Hainaut, presque deux tiers des jeunes (62 %) déclarent prendre un gouter autant les filles que les garçons. La prise d'un gouter diminue entre 11 et 13 ans passant de 68 % à moins de 60 %.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent prendre un gouter (72 %) qu'en Hainaut. La prise du gouter diminue de manière constante entre 11 et 16 ans.

Evolution

Globalement, la proportion de jeunes hainuyers qui prennent un gouter les jours d'école passe de 68 % en 2004 à 62 % en 2012.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

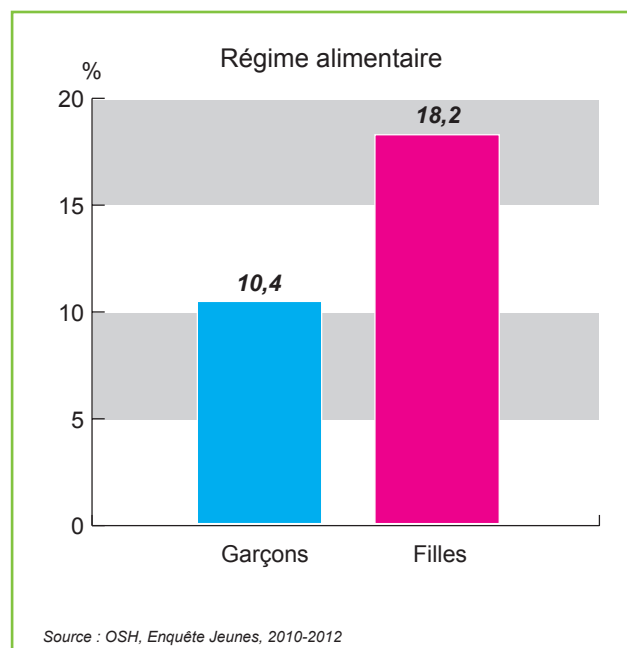
La plupart des facteurs socioéconomiques associés à la prise d'un petit déjeuner sont aussi en relation avec la prise d'un gouter à savoir : l'âge, le nombre de parents qui travaillent, la catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère et le type de famille.

5.4. Régime

Dans une société où l'image du corps est largement valorisée, la minceur chez les femmes et la musculature chez les hommes, le jeune peut suivre de nombreux régimes alimentaires pour transformer son corps et correspondre ainsi aux critères de beauté valorisés par ses pairs, par les médias...

Il existe de nombreuses raisons de suivre un régime alimentaire spécifique afin de perdre du poids, pour prendre de la masse musculaire, pour participer à des compétitions sportives, en raison d'allergie ou de problèmes médicaux ou encore pour des raisons philosophiques ou religieuses.

Figure 3.23. Jeunes qui suivent un régime alimentaire, selon le sexe (N = 1 803)



► En Hainaut, un peu plus d'un jeune sur 10 (14 %) déclare suivre un régime alimentaire, les filles (18 %) davantage que les garçons (10 %).

Parmi les jeunes qui suivent un régime, 82 % suivent un régime pour maigrir, 5 % pour prendre du poids, 5 % pour des raisons médicales, 2 % car ils sont végétariens.

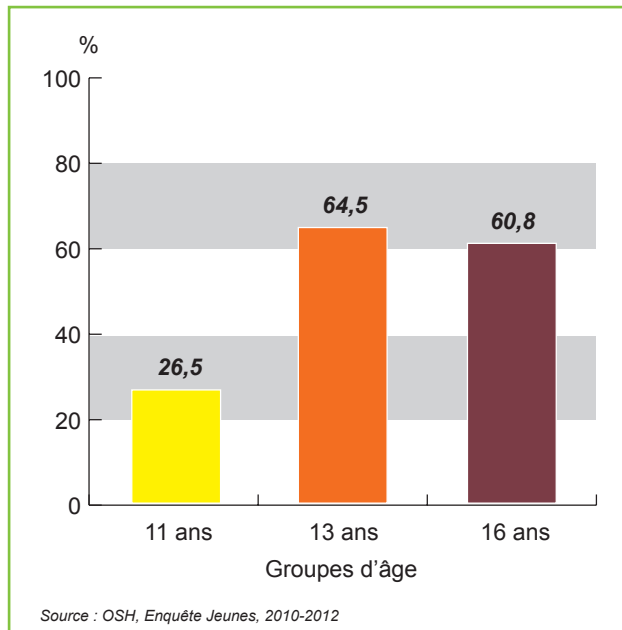
En province de Luxembourg, les jeunes sont moins nombreux à déclarer suivre un régime alimentaire (11 % contre 14 %), principalement les filles (13 % contre 18 % en Hainaut). Le motif du régime est principalement le souhait de maigrir (66 %), viennent ensuite les raisons médicales (10 %), le désir de prendre du poids (7 %) et le régime végétarien (3 %).

6. Achat de produits alimentaires à l'école

Dans de nombreux établissements secondaires, moins souvent dans le primaire, des distributeurs de produits alimentaires (sodas sucrés ou édulcorés, jus de fruits, eau, snacks sucrés ou salés) sont présents, permettant aux jeunes un accès facile et rapide à des aliments pas toujours recommandés pour la santé. L'exploitation de ces distributeurs permet aux écoles d'en retirer des revenus importants qui sont utilisés dans la mise en œuvre de projets ou dans l'amélioration de l'infrastructure. Il existe également d'autres lieux de consommation dans les écoles comme les éco-boutiques, les snacks et autres petits magasins. On peut se demander en quoi la facilité d'accès à des produits alimentaires influence la santé des jeunes à l'école.

Une étude américaine de grande ampleur a comparé les états où la vente de sucreries dans les établissements scolaires était interdite avec ceux où aucune règle n'était imposée. Il a été observé dans les états où les lois étaient les plus strictes en matière de vente dans les écoles, une diminution de 5 % des enfants en surpoids et de 8 % de ceux en obésité. Les politiques scolaires sont donc un moyen d'améliorer la santé des enfants (General Accounting Office (GAO), 2004).

Figure 3.24. Proportion de jeunes ayant acheté des produits alimentaires à l'école la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge (N = 1 793)

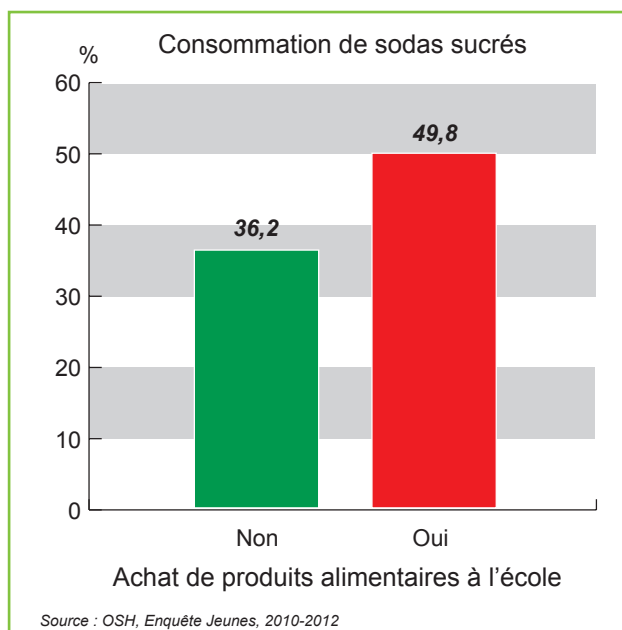


► En Hainaut, un jeune sur 2 déclare avoir acheté des produits alimentaires (snacks sucrés, snacks salés, sodas sucrés, boissons édulcorées, eau ou produits lactés) à l'école au cours de la semaine précédant l'enquête. Il n'y a pas de différence entre les filles et les garçons quel que soit l'âge. Par contre, on constate une augmentation des achats de produits alimentaires à l'école entre les jeunes de 11 ans et ceux de 13 et 16 ans. Il est possible que les plus âgés disposent de plus d'argent de poche et aussi, que les établissements secondaires aient une offre plus diversifiée (distributeurs, éco-boutique, restauration rapide...) que les écoles primaires. Les produits les plus fréquemment achetés sont les sodas sucrés, les snacks sucrés et l'eau.

Les jeunes de la province de Luxembourg sont moins nombreux (44 %) qu'en Hainaut à déclarer avoir acheté des produits alimentaires à l'école au cours de la semaine précédant l'enquête. Les garçons sont plus nombreux (48 %) à en avoir acheté que les filles (39 %). Les trois produits les plus fréquemment achetés (sodas sucrés, snacks sucrés, eau) sont les mêmes qu'en Hainaut.

Relation entre sodas sucrés et achat de produits alimentaires à l'école

Figure 3.25. Consommation quotidienne de sodas sucrés en fonction de l'achat de produits alimentaires à l'école (N = 1 786)



► En Hainaut, les jeunes qui déclarent avoir acheté des produits à l'école la semaine précédant l'enquête déclarent aussi davantage consommer quotidiennement des sodas sucrés.

En province de Luxembourg, on constate également que les jeunes qui ont acheté des produits à l'école déclarent consommer quotidiennement davantage de sodas sucrés.

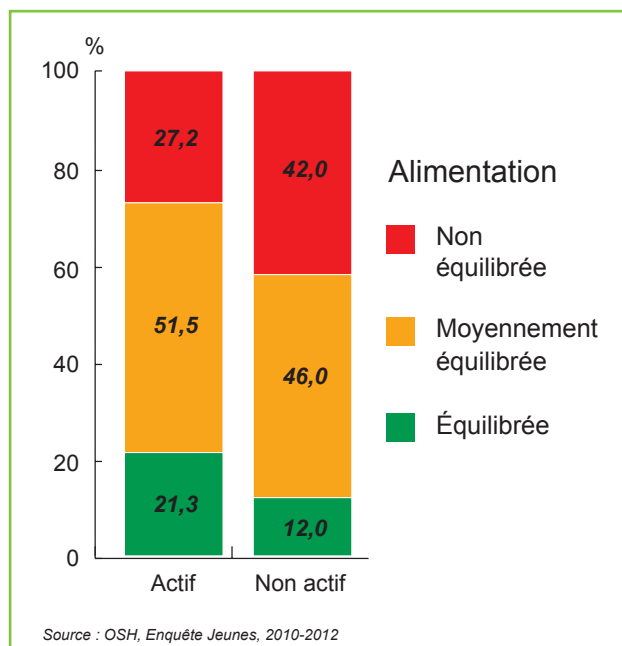
7. Liens avec d'autres facteurs de santé

7.1. Activité physique et score alimentaire

La promotion d'une alimentation saine va de pair avec la promotion d'une activité physique régulière. Sur base des données récoltées dans l'enquête, nous avons analysé si le fait de s'alimenter de manière équilibrée (sur base du score présenté précédemment) était lié à la pratique d'une activité physique ou à l'appartenance à un club sportif.

Activité physique

Figure 3.26. **Equilibre alimentaire en fonction de la pratique d'au moins une séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête (N = 1 801)**

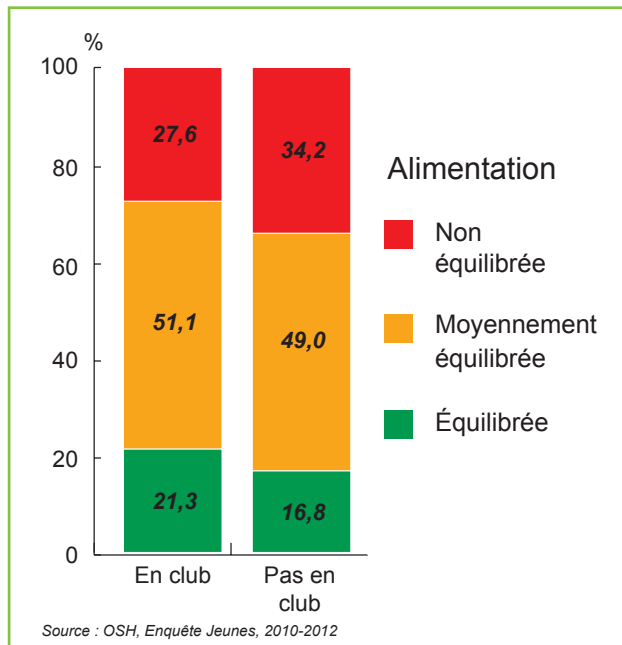


► Dans le Hainaut, parmi les jeunes qui ont pratiqué une activité physique au moins une fois sur la semaine précédant l'enquête, un jeune sur 5 (21 %) a un score d'alimentation "équilibrée" ; un jeune sur 2 (52 %), un score d'alimentation "moyennement équilibrée" et un jeune sur 4 (27 %), un score d'alimentation "non équilibrée". Les jeunes non actifs ont plus souvent un score d'alimentation "non équilibrée" que les jeunes actifs.

En province de Luxembourg, parmi les jeunes qui ont pratiqué une activité physique au moins une fois sur la semaine précédant l'enquête, un jeune sur 3 (33 %) a un score d'alimentation "équilibrée" ; un jeune sur 2 (47 %), un score d'alimentation "moyennement équilibrée" et un jeune sur 5 (20 %), un score d'alimentation "non équilibrée". On retrouve également le lien entre le fait de ne pas pratiquer d'activité physique et l'alimentation non équilibrée.

Sport en club

Figure 3.27. Équilibre alimentaire en fonction de l'appartenance à un club sportif (N = 1 799)



► En Hainaut, parmi les jeunes faisant partie d'un club sportif, un jeune sur 5 (21 %) a un score d'alimentation "équilibrée" ; un jeune sur 2 (51 %), un score d'alimentation "moyennement équilibrée" et un jeune sur 4 (28 %), un score d'alimentation "non équilibrée". Les jeunes qui ne font pas partie d'un club sportif ont plus souvent un score d'alimentation "non équilibrée".

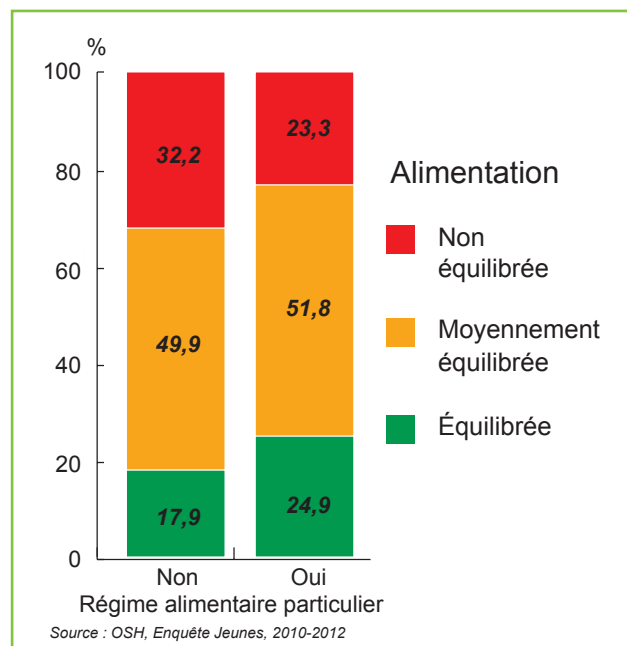
Il faut cependant nuancer ce résultat par le fait que l'appartenance à un club sportif est fortement liée à certains facteurs socioéconomiques favorables qui ont également un effet sur l'équilibre alimentaire. Certains jeunes cumulent donc des comportements moins favorables pour leur santé.

En province de Luxembourg, parmi les jeunes faisant partie d'un club sportif, 36 % s'alimentent de manière équilibrée. Ils sont 45 % à s'alimenter de manière moyennement équilibrée et 19 % de manière non équilibrée. On retrouve également le lien entre le fait de ne pas appartenir à un club sportif et l'alimentation non équilibrée.

7.2. Régime alimentaire et score alimentaire

Dans le chapitre 2. "Biométrie", nous avons déjà mis en avant les liens qui peuvent exister entre les problèmes de poids, le souhait de maigrir et l'alimentation. Ainsi, les jeunes en surcharge pondérale font plus fréquemment régime (cf. Figure 2.14.) et ont une alimentation plus équilibrée (cf. Figure 2.11.). On peut émettre l'hypothèse que le régime pour maigrir les rend plus attentifs à leur alimentation.

Figure 3.28. Score alimentaire en fonction du suivi d'un régime alimentaire particulier (N = 1 797)



► En Hainaut, les jeunes qui suivent un régime alimentaire particulier (souhait de perdre du poids, végétarien, raisons médicales...) ont plus souvent une alimentation équilibrée.

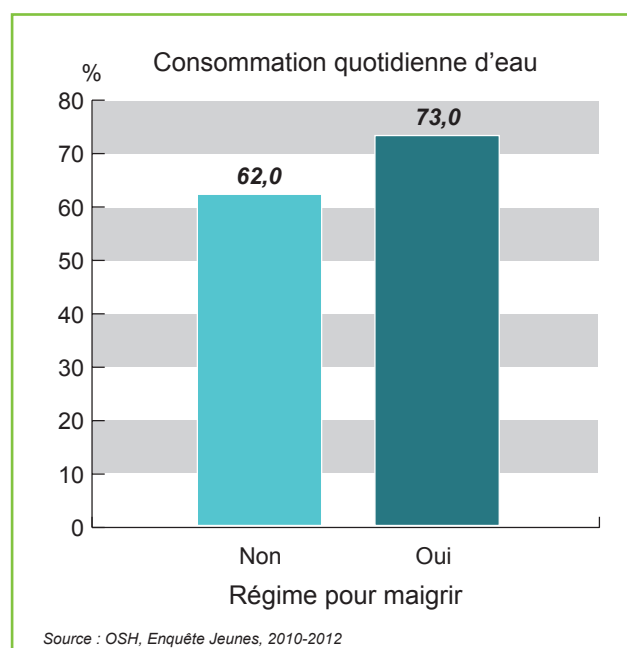
Ce résultat est également observé en province de Luxembourg.

7.3. Régime pour maigrir et boissons

Des liens existent entre les consommations quotidiennes de différentes boissons : eau, sodas sucrés ou édulcorés.

Le souhait de maigrir, la pratique d'un régime pour maigrir et l'obésité sont liés aux types de boissons consommées quotidiennement. Les liens vont dans le même sens et seule la pratique d'un régime pour maigrir sera présentée ici.

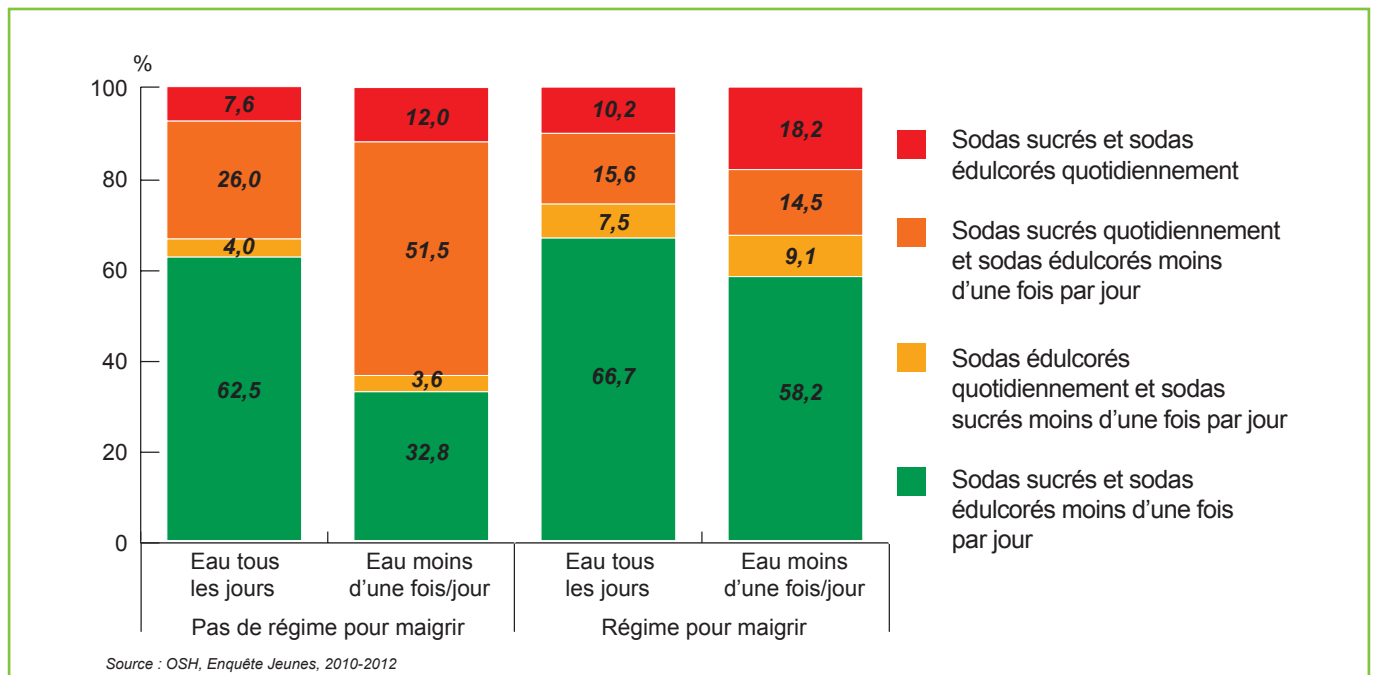
Figure 3.29. Consommation quotidienne d'eau selon que le jeune suive un régime pour maigrir ou non (N = 1 802)



► En Hainaut, les jeunes qui suivent un régime pour maigrir déclarent davantage consommer de l'eau quotidiennement (73 %) que les jeunes qui ne suivent pas de régime (62 %).

En province de Luxembourg, on observe le même lien entre la consommation quotidienne d'eau et le fait de suivre un régime pour maigrir. Les jeunes qui suivent un régime déclarent davantage consommer quotidiennement de l'eau (81 %) que les jeunes qui ne suivent pas de régime (73 %).

Figure 3.30. **Consommation de sodas sucrés et/ou édulcorés en fonction de la consommation d'eau et du suivi d'un régime pour maigrir (N = 1 794)**



La majorité des buveurs quotidiens d'eau ne sont pas consommateurs quotidiens de sodas (ni sucrés ni édulcorés) qu'ils suivent ou non un régime pour maigrir. Il y a là une association de bonnes habitudes en matière de boissons qui touchent seulement 40 % de l'ensemble des jeunes hainuyers.

Lorsque le jeune ne fait pas régime pour maigrir et ne consomme pas d'eau quotidiennement, il est en majorité consommateur de sodas sucrés soit seuls (51 %) soit en association avec une consommation quotidienne de sodas édulcorés (12 %). En général, la consommation quotidienne de sodas édulcorés est associée à une consommation quotidienne de sodas sucrés. La consommation quotidienne des seuls sodas édulcorés ne concernent que 4 % des jeunes qu'ils soient buveurs quotidiens d'eau ou non.

En cas de régime pour maigrir, la majorité des jeunes (67 % pour les buveurs quotidiens d'eau, 58 % pour les autres) ne consomment ni sodas sucrés ni sodas édulcorés quotidiennement. La consommation quotidienne de sodas sucrés est beaucoup moins fréquente chez les jeunes qui suivent un régime pour maigrir. La différence est surtout marquée chez ceux qui ne boivent pas d'eau tous les jours (33 % en cas de régime versus 64 % sans régime). Quand elle persiste, la consommation quotidienne de sodas sucrés est plus fréquemment associée à une consommation quotidienne de sodas édulcorés. La consommation quotidienne des seuls sodas édulcorés est à peu près deux fois plus fréquente que chez les jeunes qui ne font pas régime pour maigrir.

8. Conclusion

Le volet alimentation de l'Enquête Jeunes conduit aux faits marquants suivants.

Un jeune sur 5 déclare manger quotidiennement des fruits et des légumes ; les filles davantage que les garçons. La consommation de fruits et de légumes a augmenté chez les garçons depuis 2003.

Un jeune sur 2 déclare consommer du poisson au moins une fois par semaine.

Un jeune sur 2 déclare consommer quotidiennement des produits laitiers.

62 % des jeunes hainuyers suivent la recommandation et consomment des frites ou des croquettes maximum une fois semaine. Un garçon sur 10 consomme des frites ou des croquettes tous les jours.

61 % des jeunes déclarent consommer des snacks salés maximum une fois par semaine ou moins. Cette proportion est de 30 % pour les snacks sucrés.

A peine deux tiers des jeunes hainuyers boivent de l'eau quotidiennement, les filles davantage que les garçons. La consommation quotidienne de sodas sucrés touche 43 % des jeunes hainuyers, celle des sodas édulcorés, 14 %.

La consommation hebdomadaire de boissons énergisantes concerne 18 % des jeunes et augmente avec l'âge, principalement entre 11 et 13 ans. Depuis 2004, on constate une diminution chez les plus jeunes.

Sur base du score d'alimentation, un peu moins de 2 jeunes sur 10 ont une alimentation "équilibrée", 5 sur 10 "moyennement équilibrée" et 3 sur 10 "non équilibrée". Entre 11 et 13 ans, le score d'alimentation se dégrade. Les jeunes qui pratiquent une activité physique, ceux qui suivent un régime et par voie de conséquence, les obèses ont un meilleur score d'alimentation équilibrée.

7 jeunes sur 10 déclarent prendre régulièrement un petit déjeuner les jours d'école. Cette proportion diminue entre 11 et 13 ans.

Un jeune sur 2 achète des produits alimentaires à l'école et les achats augmentent avec l'âge, principalement entre 11 et 13 ans.

La situation socioéconomique est fortement liée aux habitudes alimentaires du jeune. Dans les milieux favorisés, les jeunes consomment plus fréquemment des fruits et des légumes, des produits laitiers, du poisson, de l'eau et moins fréquemment des fritures, des snacks salés, des sodas sucrés et des boissons énergisantes. Ils prennent aussi plus souvent un petit déjeuner et un goûter.

Les comportements alimentaires adoptés durant l'enfance et l'adolescence ont tendance à se maintenir à l'âge adulte. Or, l'alimentation joue un rôle important sur la santé et notamment dans la prévention des maladies chroniques (*Drieskens, 2010 ; Mikkilä, 2004 ; Rasmussen, 2006*).

Si une modification des habitudes alimentaires s'impose, elle ne peut écarter l'importance de l'environnement sociétal sur les comportements des jeunes : réalités socioéconomiques des familles, omniprésence de la publicité, médiatisation de corps minces et en même temps explosion du "fast food", puissance des lobbies agroalimentaires, sédentarisation de nos modes de vie...

Sensibiliser et donner des pistes d'actions ne signifie pas stigmatiser ou culpabiliser les comportements des jeunes mais les amener à prendre conscience et à se prendre en charge (*Ernotte, 2004*).

Quelques pistes de réflexion peuvent être avancées comme le remplacement des distributeurs de snacks et sodas sucrés par des distributeurs d'eau et de fruits dans les établissements scolaires ; la distribution gratuite dans les écoles de produits sains comme le lait ou les fruits ; la révision des types d'aliments proposés par les cantines, la garantie d'un accès gratuit à l'eau potable dans les centres sportifs...

9. Bibliographie

- Barbier C. Plein feu sur les inégalités sociales de santé dans le primaire et le secondaire. Les résultats de l'enquête HBSC 2010. Education Santé 2013 octobre ; 293 : 16-19
- Beck F, Richard J-B, (dir.). Les comportements de santé des jeunes. Analyse du baromètre santé 2010. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), coll. Baromètres santé ; 2013 : 344 p.
- Berkey CS, Rockett, HRH, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. International Journal of Obesity 2003 ; 27 (10) : 1258-66
- Bleich SN, Wolfson JA, Vine S, Wang YC. Diet-Beverage Consumption and Caloric Intake Among US Adults, Overall and by Body Weight. Am J Public Health 2014 Jan 16 ; 104 (3) : e72-e78
- Conseil Supérieur de la Santé (CSS). Boissons énergisantes. Bruxelles : CSS. Avis n° 8622 ; 2009
- Decant P, De Smet P, Favresse D, Godin I. La santé des élèves de 5^e et 6^e années primaires - Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2013 février
- Drieskens S. Les habitudes nutritionnelles. Enquête Nationale de Santé par Interview Belgique 2008. Rapport 2 – Style de vie et prévention. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2010 : III-180
- European Food Safety Authority (EFSA). Scientific Opinion on the re-evaluation of aspartame (E 951) as a food additive. EFSA Journal 2013 ; 11 (12) : 3496, 263 p
- Ernotte P. Les comportements alimentaires des jeunes. Faits et Gestes. Périodique trimestriel du Ministère de la Communauté française, 2004 : 1-8
- Fagherazzi G, Vilier A, Saes Sartorelli D, Lajous M, Balkau B, Clavel-Chapelon F. Consumption of artificially and sugar-sweetened beverages and incident type 2 diabetes in the Etude Epidémiologique auprès des femmes de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale - European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. The American Journal of Clinical Nutrition 2013 Mar 1 ; 97 (3) : 517-23
- General Accounting Office (GAO). School Meal Programs : Competitive Foods Are Available in Many Schools ; Actions Taken to Restrict Them Differ by State and Locality. Washington, DC: United States GAO ; 2004 Apr 23
- Gardner C, Wylie-Rosett J, Gidding SS, Steffen LM, Johnson RK, Reader D, et al. Nonnutritive Sweeteners : Current Use and Health Perspectives. Circulation 2012 Jul 9 ; 126 : 509-19
- Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), coll. Études santé, 2012 : 254 p
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les boissons "light" associées à une augmentation du risque de diabète de type 2. Paris : Inserm, Communiqué de presse ; Février 2013
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014
- Mikkilä V, Räsänen L, Raitakari OT, Pietinen P; Viikari J. Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases : The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. European Journal of Clinical Nutrition 2004 ; 58 (7) : 1038-45

- Moreau N, De Smet P, Godin I. La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2013 Février
- Murer S. La consommation d'édulcorants. Effets sur la santé des enfants et des adolescents. Berne et Lausanne : Promotion Santé Suisse, Document de travail 22 ; 2014
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Carnet de bord de la santé 2010. Mons : OSH ; 2010
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : OMS ; 2004
- Paulus D, Saint-Remy A, Jeanjean M. Dietary habits during adolescence-results of the Belgian Adolus study. European Journal of Clinic Nutrition 2001 ; 55 : 130-6
- Plamondon L. Les boissons énergisantes : entre menace et banalisation. Institut Nationale de Santé Publique du Québec, TOPO 2011 Aug ; 2 : 1-9
- Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B) 2005-2010 (Groupe d'experts) – Plan PNNS-B Plan opérationnel. Version février 2006. Bruxelles : Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2006
- Rasmussen M, Krolner R, Klepp KI et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents : a review of the literature. Part I : quantitative studies. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2006 ; 3 : 22
- Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellis F. Gender differences in food choice : the contribution of health beliefs and dieting. Ann Behav Med. 2004 ; 27(2) : 107-16

Pour en savoir plus

- Association des Provinces wallonnes (APW). 0-5-30 Combinaison santé. Namur : APW ; 2013
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Fruits et légumes, la santé au naturel ! ; 2014
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Alimentation, saveurs et santé ; 2014
- Québec en forme. Pour que les jeunes boivent davantage d'eau, de lait et de substituts de lait, et réduisent leur consommation de boissons sucrées et énergisantes. Trois-Rivières : Québec en forme ; sine dato



Chapitre 4. Activité physique & sédentarité



I. Introduction

L'activité physique correspond à l'ensemble des mouvements du corps produits par la contraction des muscles entraînant une dépense d'énergie au-dessus de la valeur de repos (Oppert, 2003). Elle comprend l'activité physique dans le cadre domestique, scolaire, dans les activités de loisirs (incluant les activités sportives pratiquées en club ou non, les jeux), les déplacements...

Les bénéfices de l'activité physique sur la santé sont multiples (Aquatias, 2008 ; Bizek, 2009 ; De Bourdeaudhuij, 2007 ; OMS, 2010 ; Rostan, 2011 ; Simon, 2005) : développement et croissance harmonieuse des muscles, des os, des tendons, développement du système cardiovasculaire, développement du système neuromoteur (équilibre, coordination et contrôle des mouvements), développement et maintien de la condition physique (vitesse, puissance, endurance...). L'activité physique contribue aussi à la prévention des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémies...) et de plusieurs cancers (notamment du côlon); elle participe au contrôle du poids.

D'un point de vue psychologique, l'activité physique améliore le bien-être émotionnel et physique, l'estime de soi et la sensation de compétences ; elle aide à réduire le stress, l'anxiété, la dépression. Elle favorise la concentration, la réflexion, la confiance en soi avec des retombées positives sur les résultats scolaires (De Bourdeaudhuij, 2007 ; OMS, 2010 ; Rostan, 2011).

D'un point de vue social (De Bourdeaudhuij, 2007 ; OMS, 2010 ; Rostan, 2011), l'activité physique est aussi, pour les jeunes, un moyen d'expression, d'intégration et d'interaction avec d'autres jeunes.

Outre la dimension de plaisir, ces bénéfices montrent à quel point il est important que l'activité physique fasse partie intégrante du mode de vie dès la prime enfance; d'autant plus que le niveau d'activité physique pratiquée avec plaisir dans l'enfance et l'adolescence prédit le niveau de pratique d'activité physique du futur adulte (Currie, 2012 ; Rostan, 2011 ; Simon, 2005).

Dans ce sens, l'OMS (OMS, 2010) recommande aux jeunes de 5 à 17 ans de pratiquer chaque jour un minimum de 60 minutes d'activité physique modérée à intense. Ceci inclut chaque semaine au moins 3 séances d'une durée minimale de 20 minutes d'activités d'intensité élevée afin d'améliorer la force musculaire, la capacité respiratoire et la santé osseuse.

L'OMS souligne que si le jeune ne pratique aucune activité physique, il devrait progressivement s'y mettre pour tenter d'atteindre les recommandations et que, dès lors qu'il commencera à être actif, il en ressentira des bienfaits. De même, l'OMS ajoute qu'une pratique quotidienne supérieure aux recommandations augmente les bénéfices sur la santé.

Cependant, l'enquête HBSC (Currie, 2012) réalisée dans 34 pays révèle qu'une majorité des jeunes n'atteignent pas les recommandations. En FWB, toujours selon cette enquête, seul un jeune du primaire sur 4 et un jeune du secondaire sur 10 y satisfont.

L'OMS souligne que seuls 40 % de la population mondiale parvient à pratiquer un niveau d'exercice physique recommandé (30 minutes pour les adultes et 60 minutes pour les enfants et les jeunes), nécessaire pour apporter des bénéfices à la santé. En Belgique, selon l'Enquête Nationale de Santé de 2008, 49 % des hommes et 28 % des femmes respecteraient ces recommandations, mais en Hainaut, ces proportions chutent à 37 % pour les hommes et 15 % pour les femmes.

L'activité et la condition physique des jeunes déclinent au fil des années alors que, simultanément la sédentarité progresse. La sédentarité est un risque des maladies cardiovasculaires et du syndrome métabolique indépendant du faible niveau d'activité physique (Danielsen, 2011 ; Ekelund, 2006 ; Wennberg, 2014). Selon l'OMS, la sédentarité serait considérée comme le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (6 % des décès), juste après l'hypertension (13 %), le tabagisme (9 %) et un taux élevé de glucose dans le sang (6 %).

Les programmes de promotion de la santé (Andersen, 2008 ; CDC, 2011 ; EU High Level Group on Nutrition and Physical Activity, 2014 ; Global Advocacy Council of Physical Activity (GAPA), 2010 ; Groupe d'experts du PNNS-B, 2006 ; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2009 ; WHO Regional Office for Europe, 2010) visent dès lors à créer des environnements favorables à un mode de vie plus actif et à promouvoir de saines habitudes de vie auprès des jeunes afin de simultanément augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité, l'une n'étant pas le contraire de l'autre.

2. Activités physiques

Trois volets de l'activité physique des jeunes sont abordés ici :

- les activités pratiquées en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête,
- le sport en club,
- les cours d'éducation physique à l'école.

2.1. Activités physiques la semaine précédant l'enquête

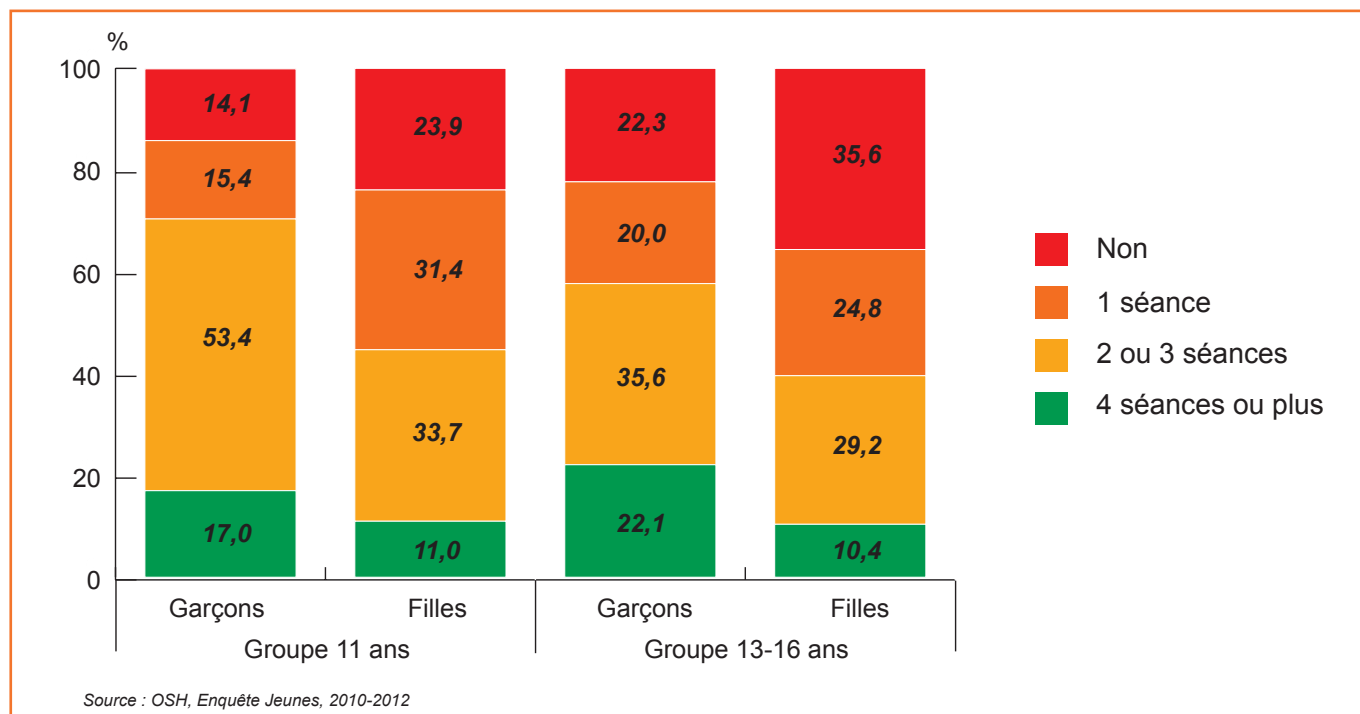
Combien de fois le jeune a-t-il pratiqué de l'activité physique ou du sport la semaine précédant l'enquête au moins une demi-heure d'affilée en dehors de l'école ? C'est sous cette forme que la question a été posée aux jeunes. Elle ne porte donc pas sur une semaine type. Pour certains jeunes, il s'agissait d'une semaine de congés scolaires durant laquelle ils participaient à un stage sportif, pour d'autres une semaine de maladie, de mauvais temps ou a contrario de beau temps... L'enquête s'est étalée sur deux années scolaires. L'indicateur étudié ici représente une moyenne de la fréquence de la pratique d'activité physique par les jeunes sur une semaine. En outre, la question posée est identique depuis l'enquête de 2001 et permet une analyse de l'évolution.

Description de la situation en 2012

Globalement, 25 % des jeunes hainuyers de 10 à 17 ans n'ont pratiqué aucune activité physique la semaine qui a précédé l'enquête, 23 % en ont pratiqué une fois, 36 % 2 à 3 fois et 15 % 4 fois ou plus.

A tout âge, les filles déclarent une plus faible activité physique que les garçons : 31 % d'entre elles n'ont pratiqué aucune activité contre 19 % des garçons et simultanément, 11 % des filles déclarent au moins 4 séances d'activité physique contre 20 % des garçons.

Figure 4.1. **Activité physique en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 807)**



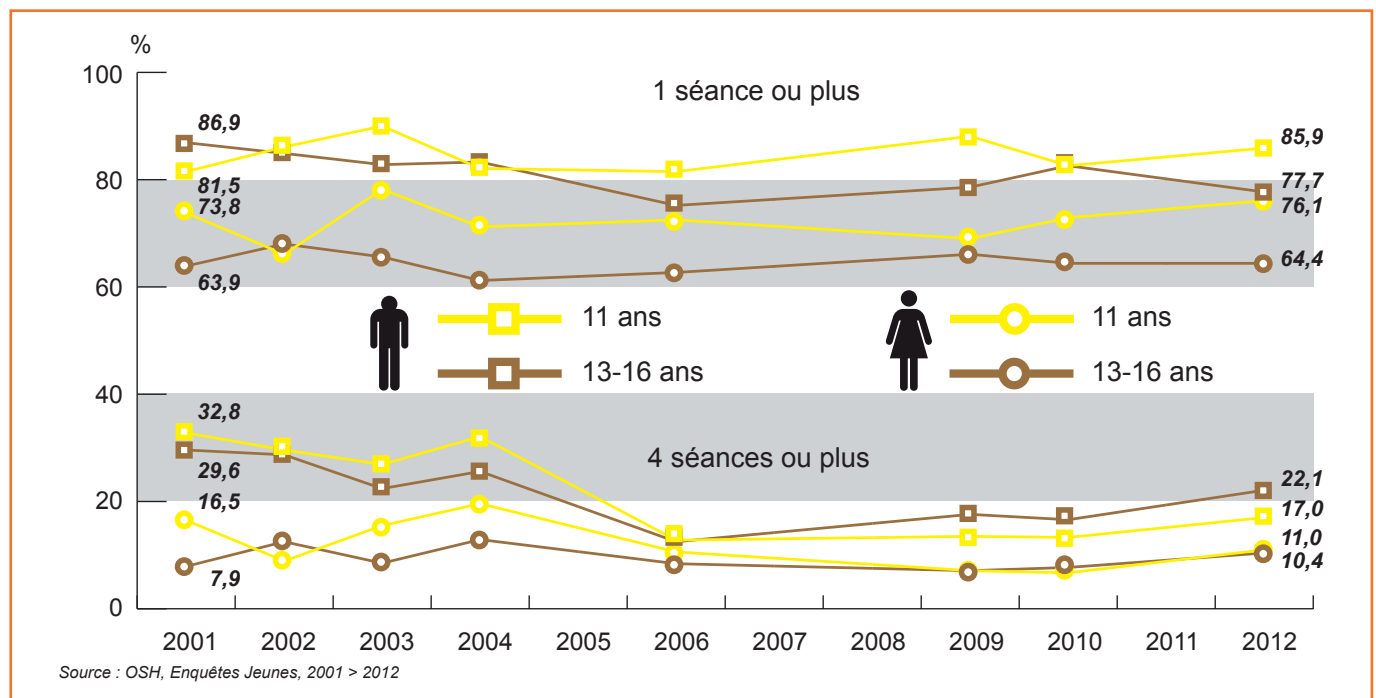
▼
 A 11 ans, l'absence d'activité physique dans la semaine précédant l'enquête concerne un garçon sur 7 et une fille sur 4. Dès l'âge de 13 ans, la fréquence de l'activité physique diminue davantage chez les filles que chez les garçons. L'absence d'activité physique touche alors un garçon sur 5 et une fille sur 3. Par contre, la proportion de jeunes les plus actifs (au moins 4 séances la semaine précédant l'enquête) reste stable chez les filles (11 %) et augmente légèrement chez les garçons (17 % à 11 ans et 22 % chez les 13 et 16 ans).

La diminution de l'activité physique pendant l'adolescence, notamment celle des filles, est largement documentée dans la littérature (Currie, 2012 ; Duncan, 2008). Les explications avancées sont multifactorielles : attrait pour d'autres activités, changements physiques, sociaux, construction de la personnalité, accentuation des différences entre filles et garçons... (Rostan, 2011).

Les jeunes du Hainaut sont moins actifs que ceux de la province de Luxembourg : 25 % des jeunes hainuyers ne déclarent aucune activité physique la semaine qui a précédé l'enquête contre 15 % des jeunes luxembourgeois. Ces différences se vérifient pour tous les jeunes sauf chez les filles de 16 ans.

Evolution

Figure 4.2. Evolution de la fréquence de l'activité physique en dehors de l'école (au moins une séance et au moins 4 séances) la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe



Depuis 2001, la pratique d'au moins une séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête reste globalement constante pour l'ensemble des jeunes.

En ce qui concerne la pratique d'au moins 4 séances, les proportions observées pour les filles ont augmenté entre 2010 et 2012 alors qu'elles étaient à la baisse depuis 2004. Pour les garçons, après avoir fortement chuté en 2004, les proportions ont enfin connu une augmentation de 4 points entre 2010 et 2012. Espérons que les enquêtes futures confirmeront ces tendances à la hausse de la pratique plus intensive d'activité physique en dehors de l'école.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 4.1. Pratique d'au moins une séance d'activité physique en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 807	74,7 %	-
Sexe			
Garçons	895	80,6 %	1,17*
Filles	912	68,9 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	658	80,7 %	1,14*
13 ans	518	71,4 %	1,01
16 ans	631	71,0 %	1
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	65,1 %	1
1	533	71,5 %	1,10
2	983	79,1 %	1,22*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	797	73,9 %	1,01
Manuel qualifié	222	79,7 %	1,09
Employé peu ou moyennement qualifié	249	73,1 %	1
Employé qualifié ou cadre	268	84,0 %	1,15*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	67,9 %	1
Manuelle peu qualifiée	458	69,2 %	1,02
Manuelle qualifiée	78	71,8 %	1,06
Employée peu ou moyennement qualifiée	403	79,2 %	1,17*
Employée qualifiée ou cadre	366	85,8 %	1,26*
Type de famille			
Biparentale	1 050	77,3 %	1,17*
Monoparentale	340	73,8 %	1,12
Recomposée	256	68,4 %	1,04
Garde alternée	100	66,0 %	1
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	764	75,7 %	1,21*
Qualification	363	62,5 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Outre le fait que la proportion de jeunes qui pratiquent au moins une séance d'activité physique la semaine qui a précédé l'enquête soit plus élevée chez les garçons que chez les filles et que cette proportion diminue lorsque l'âge augmente, de nombreux liens avec les facteurs socioéconomiques étudiés sont significatifs, mais d'intensité limitée (accroissement de la fréquence de 15 % à 26 %).

Ainsi, les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre et ceux dont la mère est employée peu ou moyennement qualifiée, qualifiée ou cadre sont plus enclins à pratiquer de l'activité physique en dehors de l'école.

Les jeunes, vivant avec leurs deux parents, déclarent plus fréquemment au moins une séance d'activité physique la semaine qui a précédé l'enquête que les jeunes vivant en garde alternée.

Les jeunes de l'enseignement de transition sont proportionnellement plus nombreux que ceux de l'enseignement de qualification à s'être adonnés à au moins une séance d'activité physique la semaine qui a précédé l'enquête.

Tous les liens mis en évidence pour les données hainuyères le sont également pour les données luxembourgeoises avec, en plus, une influence plus marquée de la filière scolaire sur la pratique d'activité physique chez les filles que chez les garçons.

L'enquête HBSC menée en 2010 en FWB aboutit également à la conclusion que l'activité physique est plus fréquente parmi les garçons, parmi les plus jeunes et parmi les enfants de familles socioéconomiquement plus favorisées (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Par ailleurs, l'enquête menée par l'OSH en 2004 avait mis en évidence le rôle des parents dans la pratique sportive des jeunes : celle-ci augmente lorsque les parents encouragent et recommandent à leurs enfants de faire du sport et encore davantage si les parents pratiquent eux-mêmes une activité sportive (OSH, 2010).

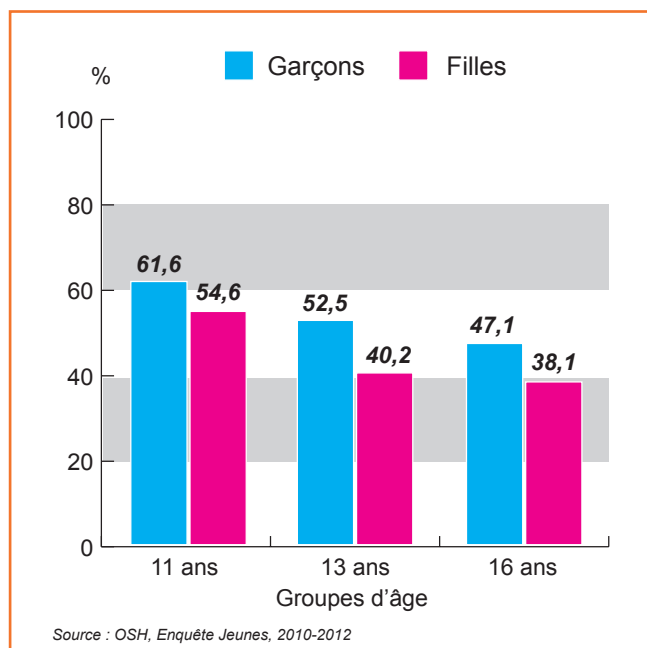
Cependant, l'effet inverse est vrai aussi : sans conseil, sans encouragement, sans vertu de l'exemple, les jeunes sont moins enclins à être actifs. Or, c'est dans les milieux les moins favorisés socioéconomiquement que la pratique sportive des adultes est la plus faible. On voit là l'influence négative des facteurs socioéconomiques sur l'activité physique des jeunes (Brockman, 2009 ; Czaplicki, 2013 ; King, 2011 ; Martin-Matillas, 2011).

2.2. Sport en club

Description de la situation en 2012

Globalement, un jeune hainuyer sur 2 pratique un sport en club, les garçons (54 %) plus que les filles (45 %).

Figure 4.3. Affiliation à un club sportif, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 805)



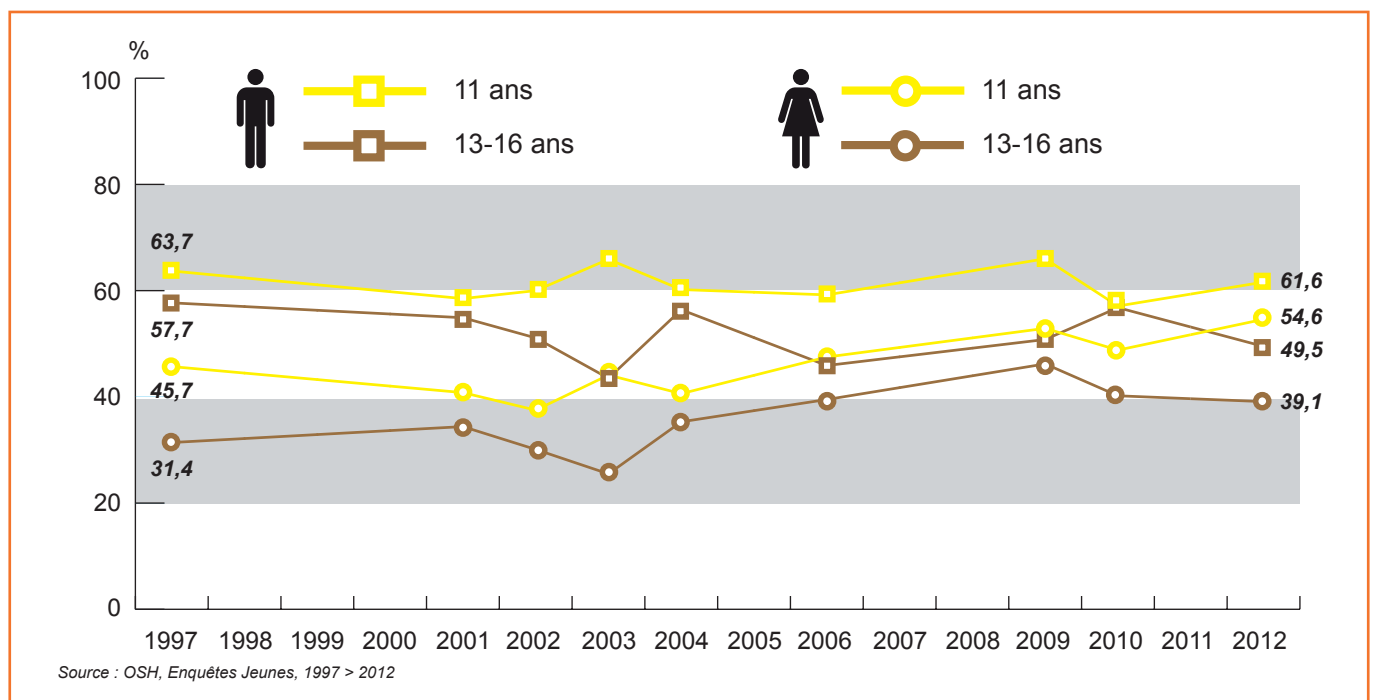
► L'adhésion à un club sportif diminue lorsque l'âge augmente : pour les garçons, la diminution est progressive, alors que pour les filles, on observe une forte diminution à 13 ans (de 55 % à 40 %) et puis une stabilisation.

La proportion de jeunes inscrits en club est plus élevée en province de Luxembourg (60 %) qu'en province de Hainaut (50 %). Cette tendance s'observe quels que soient le groupe d'âge et le sexe, excepté pour les filles de 16 ans. L'écart le plus marqué est observé pour les filles de 13 ans : 60 % pour les jeunes luxembourgeoises et 40 % pour les jeunes hainuyères.

Evolution

La pratique sportive en club est stable depuis 1997 pour l'ensemble des jeunes du Hainaut. Toutefois, cette stabilité globale s'explique par une tendance à la hausse chez les filles et à la baisse chez les garçons avec pour résultat que l'écart entre les sexes s'amenuise au fil des ans (de 23 points en 1997, il passe à 9 points en 2012).

Figure 4.4. Evolution de l'affiliation à un club sportif, selon le groupe d'âge et le sexe



▼
 La pratique sportive en club des filles de 11 ans a progressé depuis 2002 : de 37 % en 2002, elle est passée à 55 % en 2012. Alors que la proportion de filles de 13-16 ans inscrites en club avait bien augmenté entre 2003 et 2009 pour atteindre 46 %, soit presque une fille sur 2, elle stagne autour de 40 % depuis 2010.

Pour les garçons, on observe de nombreuses fluctuations avec un profil globalement stable pour les jeunes de 11 ans et un profil globalement à la hausse depuis 2003 pour les jeunes de 13-16 ans.

Ces dernières années, les programmes de promotion de l'activité sportive et l'Administration de l'éducation physique, du sport et de la vie en plein air (Adeps), notamment, ont accordé une attention particulière à la pratique sportive des filles en proposant, par exemple, une offre accrue de disciplines plus attrayantes pour les jeunes filles : danses (zumba, hip hop...), fitness... Cela explique probablement en partie l'augmentation de la pratique sportive en club des filles. D'autres éléments sont également susceptibles d'intervenir comme le regard que porte la société sur la place des femmes dans le sport et leur pratique de sports traditionnellement considérés comme typiquement masculins, tels que le football, le hockey, les sports de combat...

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 4.2. Affiliation à un club sportif en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 805	49,3 %	-
Sexe			
Garçons	896	53,7 %	1,19*
Filles	909	45,0 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	656	57,9 %	1,35*
13 ans	520	46,3 %	1,08
16 ans	629	42,8 %	1
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	30,8 %	1
1	531	41,8 %	1,36*
2	983	58,2 %	1,89*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	797	45,7 %	1
Manuel qualifié	223	56,5 %	1,24*
Employé peu ou moyennement qualifié	249	51,8 %	1,13
Employé qualifié ou cadre	267	61,4 %	1,34*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	34,0 %	1
Manuelle peu qualifiée	456	41,9 %	1,23
Manuelle qualifiée	79	53,2 %	1,56*
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	56,0 %	1,65*
Employée qualifiée ou cadre	366	66,4 %	1,95*
Type de famille			
Biparentale	1 049	53,9 %	1,30*
Monoparentale	340	41,5 %	1
Recomposée	255	42,4 %	1,02
Garde alternée	100	49,0 %	1,18
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	764	50,5 %	1,58*
Qualification	363	32,0 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Plus encore que la pratique d'une activité physique la semaine précédant l'enquête, la pratique sportive en club est liée de façon significative à l'ensemble des facteurs socioéconomiques étudiés.

Ainsi, l'adhésion à un club sportif est plus fréquente :

- chez les garçons (19 % de plus que les filles) ;
- chez les plus jeunes (35 % de plus chez les 11 ans) ;
- chez les jeunes dont la famille bénéficie d'au moins un revenu du travail (près de 2 fois plus dans les familles à 2 revenus par rapport aux familles sans revenu) ;
- chez les jeunes dont le père exerce une profession qualifiée (34 % de plus si le père est employé qualifié ou cadre que s'il est manuel peu qualifié) ;
- chez les jeunes dont la mère est employée (qualifiée ou non) ou exerce une profession manuelle qualifiée (jusqu'à 2 fois plus si la mère est employée qualifiée ou cadre par rapport à femme au foyer, étudiante) ;
- chez les jeunes vivant avec leurs 2 parents (30 % de plus que dans les familles monoparentales) ;
- chez les jeunes de l'enseignement de transition (58 % de plus que dans l'enseignement de qualification).

L'analyse est la même pour l'influence des facteurs socioéconomiques sur la pratique sportive en club des jeunes de la province de Luxembourg si ce n'est, une fois de plus, l'influence variable de la filière scolaire en fonction du genre des jeunes. Ainsi, les jeunes filles de l'enseignement de transition sont 2,4 fois plus fréquemment inscrites en club que celles de l'enseignement de qualification alors que pour les garçons ce facteur est moins marqué, mais vaut toutefois 1,5.

Pour les deux indicateurs étudiés, le contexte socioéconomique du jeune est un facteur discriminant. Il est donc important de promouvoir l'activité physique pour tous. Il est souhaitable de démocratiser le sport et d'offrir des espaces de vie permettant aux jeunes de se déplacer à pied ou à vélo en toute sécurité, de se retrouver pour pratiquer des activités ne nécessitant pas ou peu d'équipement telles que le football, le basket-ball, la course à pied, la danse...

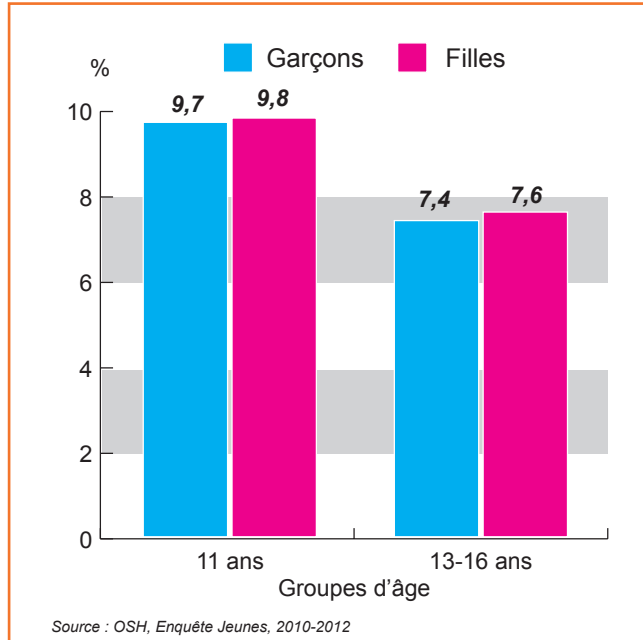
2.3. Cours d'éducation physique

Le cours d'éducation physique et sportive est pour beaucoup de jeunes la seule activité sportive pratiquée. C'est, pour eux, l'occasion de découvrir de nouvelles disciplines, de se révéler, de renforcer les liens de camaraderie, de marquer un changement dans le rythme scolaire... Malheureusement, le cours d'éducation physique est souvent considéré comme un parent pauvre du cursus.

Nous avons voulu évaluer la proportion de jeunes dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête, sans préciser s'il s'agissait d'un certificat médical ou d'un mot d'excuse des parents.

Description de la situation en 2012

Figure 4.5. Dispense du cours d'éducation physique, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 805)

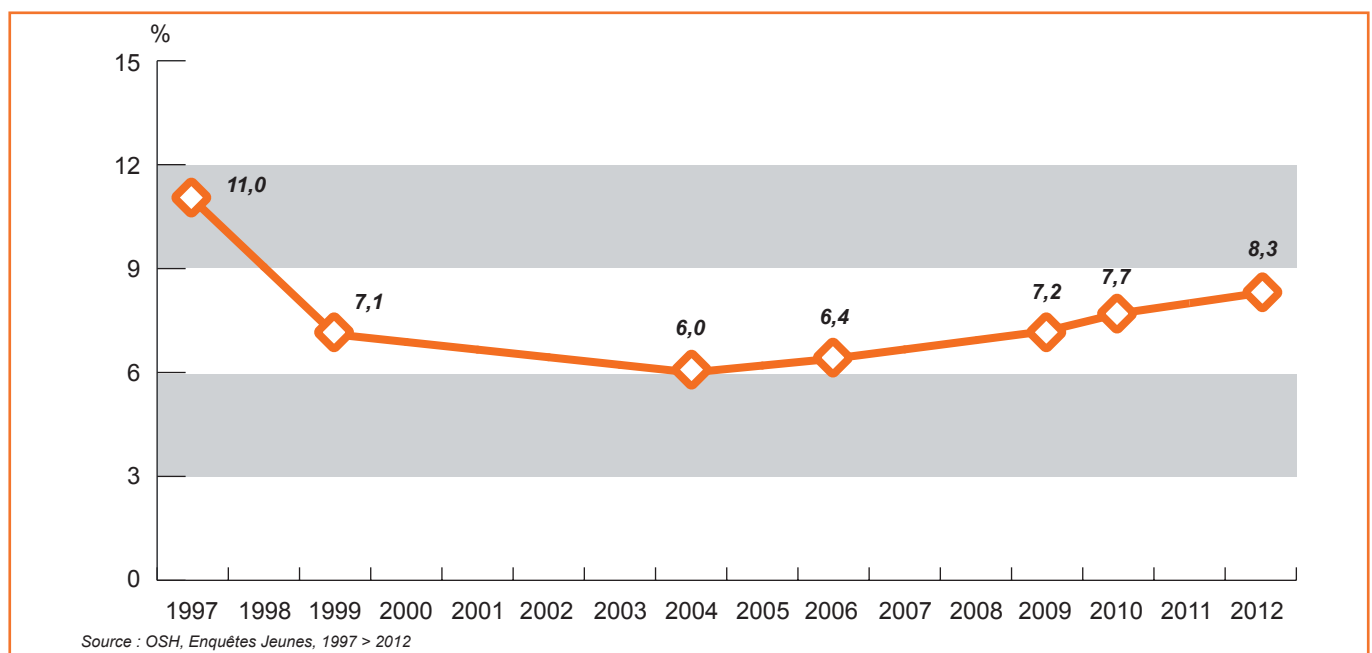


► Parmi les jeunes de 10 à 17 ans scolarisés en Hainaut, 8,3 % déclarent qu'ils sont dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête. Les variations observées entre les groupes d'âge et le sexe ne sont pas significatives d'un point de vue statistique.

Dans la province de Luxembourg, le taux de dispense du cours d'éducation physique (5,7 %) est inférieur au taux hainuyer. La différence s'accroît chez les filles (8,5 % en Hainaut et 5,4 % en province de Luxembourg). Par ailleurs, dans la province de Luxembourg, la proportion de jeunes dispensés diminue à partir de 13 ans : 8,1 % à 11 ans, 3,7 % à 13 ans et 5,1 % à 16 ans.

Evolution

Figure 4.6. Evolution de la dispense du cours d'éducation physique



▼ La proportion de jeunes dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête a diminué de 11 % en 1997 à 6,0 % en 2004 pour remonter à 8,3 % en 2012. Cette tendance s'observe tant chez les garçons que chez les filles.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 4.3. Dispense du cours d'éducation physique en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 805	8,3 %	-
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	13,0 %	2,06*
1	533	9,9 %	1,57
2	981	6,3 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	796	9,5 %	2,32*
Manuel qualifié	222	5,4 %	1,32
Employé peu ou moyennement qualifié	249	6,0 %	1,46
Employé qualifié ou cadre	268	4,1 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	7,2 %	1,47
Manuelle peu qualifiée	456	11,0 %	2,24*
Manuelle qualifiée	78	10,3 %	2,10
Employée peu ou moyennement qualifiée	404	6,2 %	1,27
Employée qualifiée ou cadre	366	4,9 %	1
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	765	4,8 %	1
Qualification	362	13,0 %	2,71*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les jeunes qui vivent au sein de familles ne bénéficiant d'aucun revenu du travail sont 2 fois plus fréquemment dispensés du cours d'activité physique que les jeunes dont la famille bénéficie de 2 revenus.

Les jeunes dont le père ou la mère est manuel peu qualifié sont environ 2,3 fois plus fréquemment dispensés. Le taux de dispense du cours d'éducation physique est 2,7 fois plus élevé dans l'enseignement de qualification que dans l'enseignement de transition.

Seul le lien avec la catégorie socioprofessionnelle de la mère n'a pas été mis en évidence à partir des données récoltées auprès des jeunes de la province de Luxembourg. Mais les variations par rapport à la catégorie socioprofessionnelle du père se marquent entre manuel peu qualifié et manuel qualifié avec des taux de dispense respectifs de 7,6 % et 2,1 %.

Un environnement socioéconomique moins favorable est associé à une plus faible pratique d'activité physique tant à l'école qu'en dehors de l'école. Même s'il est inscrit au programme scolaire de l'ensemble des jeunes, le cours d'éducation physique ne touche pas de la même manière les moins favorisés et ne compense pas autant qu'on pourrait l'espérer les inégalités sociales dans la pratique de l'activité physique.

Il serait judicieux de mener une réflexion globale sur les raisons des dispenses du cours d'éducation physique. Il y a certes les problèmes médicaux, mais certains jeunes présentent des mots d'excuse rédigés par les parents ou oublient volontairement leur tenue de sport. Souffrent-ils d'un malaise physique ou psychologique ? Agissent-ils ainsi par manque de motivation ? Le professeur donne-t-il aux jeunes l'envie de participer ? Les infrastructures sportives sont-elles adéquates ?

Il pourrait être intéressant, si le problème médical le permet, que les médecins émettent des certificats médicaux ciblant certains types d'exercices afin de permettre au jeune de rester actif malgré tout (Bizel, 2009).

Par ailleurs, certains professeurs, médecins, centres de santé scolaire préconisent un accompagnement des jeunes dispensés du cours d'éducation physique pour une longue période par le service de médecine scolaire afin de mieux déceler le problème physique réel causant une inaptitude à la pratique sportive ou le problème psychologique ou autre qui se cache derrière le certificat médical ou les mots d'excuse des parents (Berghmans, 2008 ; Tricoire, 2003).

3. Activités sédentaires

Corollairement à la définition de l'activité physique, la sédentarité correspond à l'ensemble des occupations pour lesquelles les mouvements corporels sont réduits au minimum (entraînant une dépense d'énergie proche de celle au repos), comme par exemple : regarder la télévision, travailler sur un ordinateur, lire, jouer à des jeux vidéo et de façon générale, être assis ou couché.

Le développement des technologies et l'urbanisation croissante, essentiellement axée sur l'utilisation de l'automobile, allègent les tâches et les déplacements installant la sédentarité dans nos activités domestiques, scolaires, professionnelles et de loisirs.

De plus, de nombreux facteurs socioenvironnementaux découragent l'activité physique : le sentiment d'insécurité, l'augmentation de la pauvreté, la forte densité de circulation, la pollution, l'absence de parcs, de trottoirs et d'installations sportives et de loisirs (OMS, 2013).

En conséquence, être actif physiquement à certains moments de la journée n'est plus suffisant pour contrebalancer le cumul de temps consacré à des activités sédentaires sur cette même journée (Bizel, 2009 ; Healy, 2008). Certains auteurs insistent aussi sur l'importance d'interrompre régulièrement les activités sédentaires par de l'activité physique (ICIS, 2009 ; Shields ; 2008).

Les jeunes s'approprient les nouvelles technologies pour communiquer, jouer, apprendre... Les écrans (télévision, ordinateur, tablette, GSM, console de jeux...) font partie intégrante de leur vie et y occupent une place de plus en plus importante. Face à l'ampleur du phénomène, différentes recommandations voient le jour.

La "règle 3-6-9-12" élaborée par Serge Tisseron (Tisseron, 2013) et reprise par la FWB (<http://www.yapaka.be/ecrans>) stipule : pas de télévision avant 3 ans, pas de console de jeux avant 6 ans, pas d'internet seul avant 9 ans, pas de réseaux sociaux avant 12 ans.

Les recommandations actuelles pour les jeunes de 5 à 17 ans prônent de limiter à 2 heures par jour le temps passé devant les écrans (*American Academy of Pediatrics, 2001 ; Australian Government, Department of Health, 2014 ; Council on Communications and Media, 2013 ; Currie, 2012*).

Ce seuil de 2 heures se justifie par l'influence négative de la sédentarité sur différents facteurs métaboliques et physiques (*Hardy, 2010*) : résistance à l'insuline, obésité, endurance cardiorespiratoire. Des études récentes montrent un impact négatif direct de la sédentarité sur la santé. Mais, comme nous le verrons dans ce chapitre, les effets délétères résultent aussi en partie de la diminution du temps consacré à l'activité physique suite à l'augmentation du temps consacré aux écrans, des mauvaises habitudes alimentaires lorsque le jeune regarde la télévision ou passe du temps devant l'ordinateur ou la console de jeux, de la diminution du nombre d'heures de sommeil, etc.

Cependant, il est intéressant de souligner que certains auteurs préconisent plutôt de sensibiliser et d'éduquer les jeunes à un usage intelligent de ceux-ci arguant que l'usage d'un ordinateur, d'une tablette devient incontournable tant à l'école et pour les travaux scolaires que dans les loisirs et que dès lors, il ne sera possible que de réduire à la marge le temps qui sera consacré aux écrans (*Bach, 2013*).

Tous les auteurs s'accordent par contre pour dire qu'il est préférable de ne pas placer de télévision, ni d'appareils qui ont une connexion internet dans la chambre des enfants et des adolescents et d'établir des règles familiales raisonnables telles que pas d'usage du GSM pendant les repas ni au lit.

Les activités sédentaires appréhendées dans ce chapitre se rapportent aux loisirs et sont évaluées en termes du temps qu'il leur est consacré : d'une part, la télévision et, d'autre part, l'ordinateur, les tablettes, les consoles de jeux, le GSM. Le temps consacré aux écrans désigne le temps consacré à l'ensemble de ces activités.

3.1. Télévision

Les jeunes regardent-ils la télévision dès le lever ? Combien de temps, en moyenne, les jeunes passent-ils devant la télévision les jours d'école et les jours sans école ?

3.1.1. Télévision le matin

L'offre d'émissions télévisées pour les enfants et les adolescents ne cesse de croître. Des chaînes leur sont même exclusivement dédiées. Certains enfants regardent la télévision dès le saut du lit.

Description de la situation en 2012

En Hainaut, 31 % des jeunes regardent la télévision avant d'aller à l'école. Cette habitude concerne davantage les jeunes de 11 ans (46 %) et les garçons de 13 ans (38 %).

La diminution observée pour les jeunes du secondaire s'explique en partie par le fait qu'en secondaire, les jeunes fréquentent souvent une école plus éloignée de leur domicile. Ils sont alors obligés de se lever plus tôt et n'ont plus le temps de regarder la télévision.

En province de Luxembourg, 22 % des jeunes regardent la télévision le matin avant d'aller à l'école. C'est nettement moins qu'en province de Hainaut.

Les jours où il n'y a pas école, 67 % des jeunes du Hainaut et 62 % des jeunes de la province de Luxembourg la regardent dès le matin.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 4.4. Regarder la télévision le matin en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 747	31,4 %	-
Sexe			
Garçons	866	35,9 %	1,33*
Filles	881	26,9 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	648	45,5 %	2,41*
13 ans	502	27,9 %	1,48*
16 ans	597	18,9 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	772	36,5 %	1,55*
Manuel qualifié	218	28,9 %	1,23
Employé peu ou moyennement qualifié	238	25,2 %	1,07
Employé qualifié ou cadre	260	23,5 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	201	30,8 %	1,42
Manuelle peu qualifiée	439	34,6 %	1,59*
Manuelle qualifiée	77	28,6 %	1,32
Employée peu ou moyennement qualifiée	386	31,6 %	1,46*
Employée qualifiée ou cadre	355	21,7 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 014	31,8 %	1,76*
Monoparentale	328	33,5 %	1,85*
Recomposée	251	31,1 %	1,72*
Garde alternée	94	18,1 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

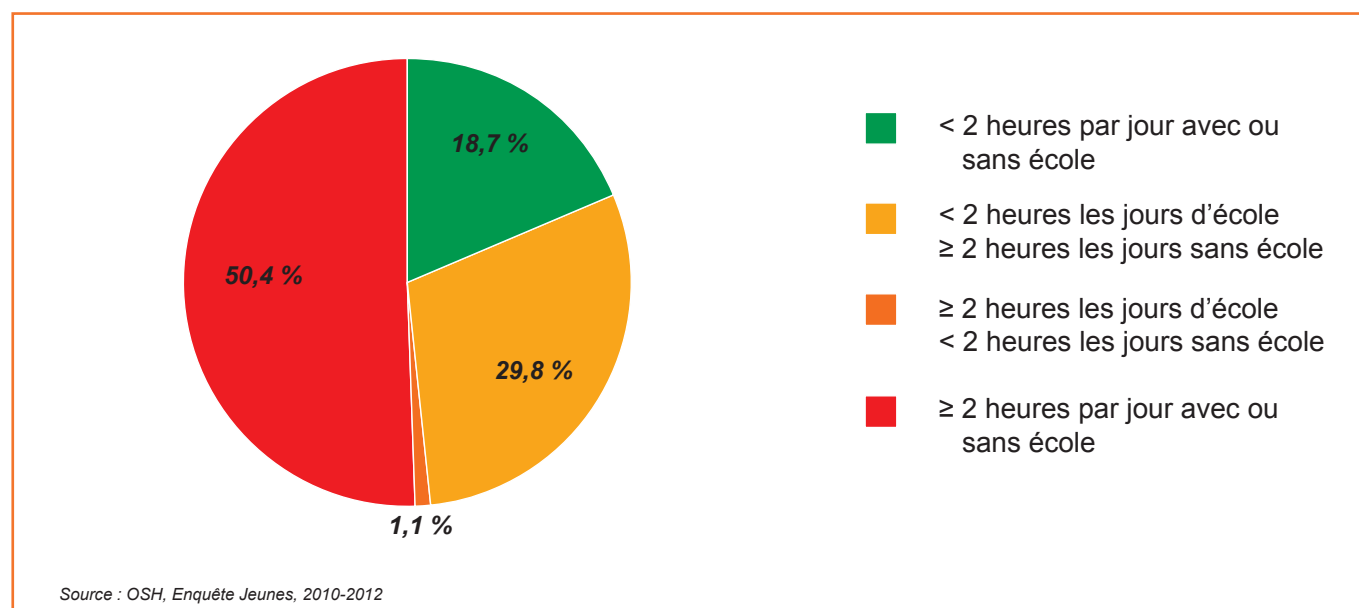
Comme déjà présenté, les garçons et les plus jeunes regardent plus fréquemment la télévision le matin. L'habitude de regarder la télévision le matin les jours d'école est 1,5 fois plus fréquente chez les jeunes dont le père est manuel peu qualifié que chez les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre ; respectivement 1,6 et 1,5 fois plus fréquente parmi les jeunes dont la mère exerce une profession peu qualifiée (manuelle ou employée) par rapport aux jeunes dont la mère est employée qualifiée ou cadre. Elle serait, par contre, moins fréquente chez les jeunes en garde alternée.

3.1.2. Temps de télévision

Description de la situation en 2012

La limite de deux heures de télévision par jour est fréquemment dépassée surtout les jours sans école. Les jeunes qui regardent le plus la télévision en semaine de classe sont également ceux qui regardent le plus la télévision les jours où il n'y a pas école.

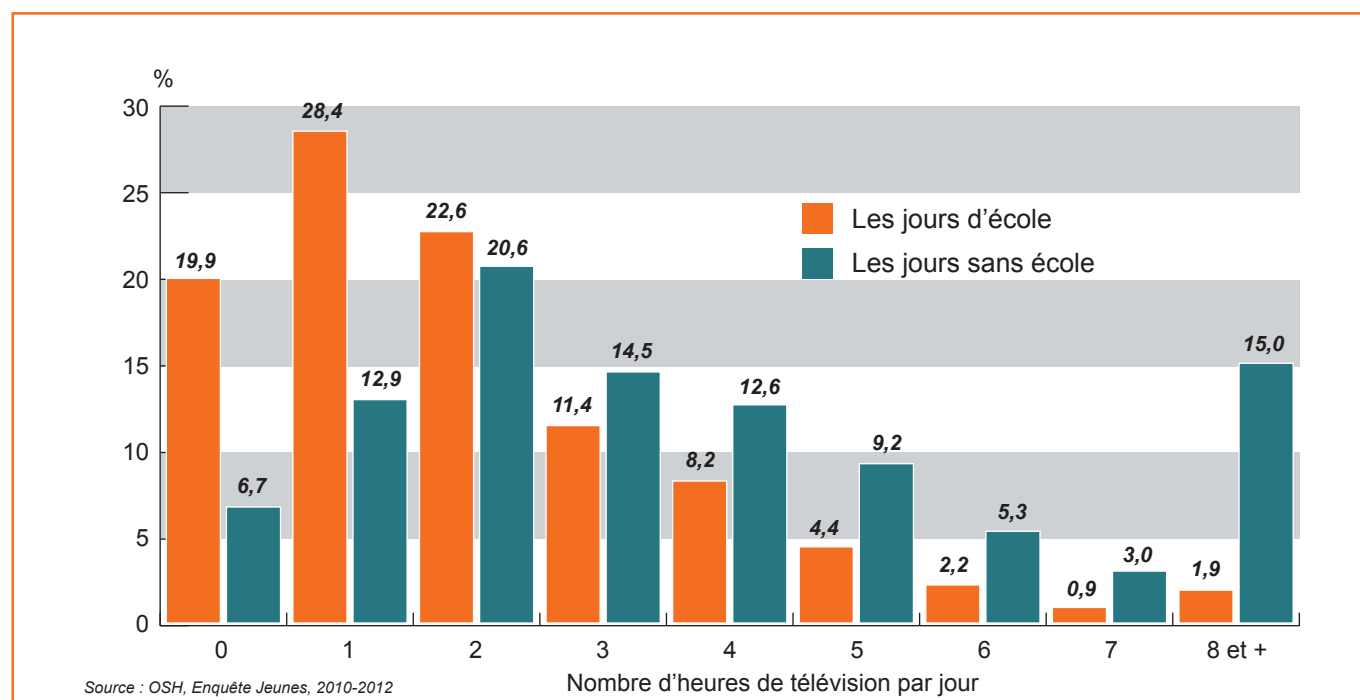
Figure 4.7. Répartition des jeunes en fonction du temps qu'ils passent chaque jour devant la télévision (N = 1 667)



▼
Ainsi, un jeune sur 5 regarde la télévision moins de 2 heures par jour; presque un jeune sur 3 regarde la télévision moins de 2 heures les jours d'école et 2 heures ou plus les jours sans école et un jeune sur 2 regarde quotidiennement la télévision 2 heures ou plus.

En province de Luxembourg, la répartition des jeunes est fort semblable.

Figure 4.8. Nombre d'heures de télévision par jour, les jours d'école (N = 1 703) et les jours sans école (N = 1 676)



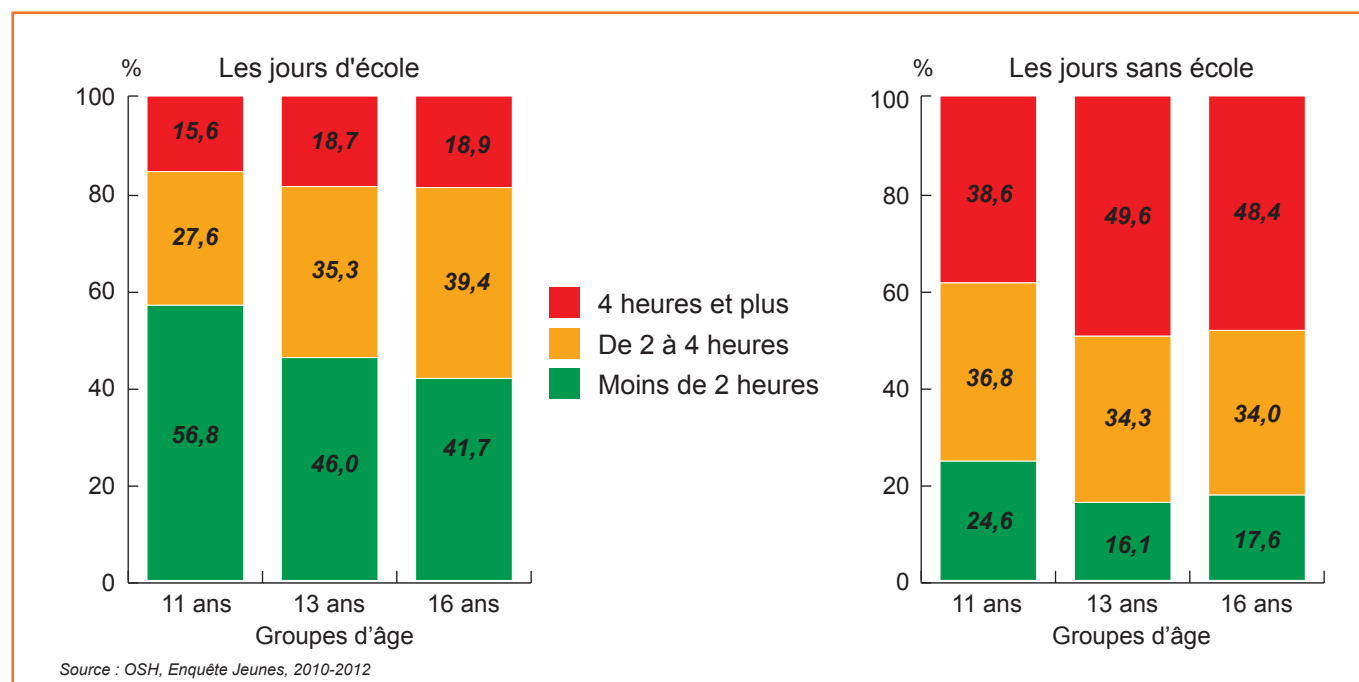
En moyenne, les jeunes hainuyers regardent la télévision 2 heures 14 minutes les jours d'école. 48 % des jeunes regardent la télévision moins de 2 heures par jour, 34 % entre 2 et 4 heures et 18 % la regardent 4 heures ou plus les jours d'école.

Les jours où il n'y a pas d'école, le temps passé devant la télévision double pour atteindre 4 heures 20 minutes de moyenne. 20 % la regardent moins de 2 heures par jour, 35 % entre 2 et 4 heures, 22 % entre 4 et 6 heures et 23 % 6 heures ou plus.

Ces résultats ne varient pas par rapport au sexe, mais bien par rapport à l'âge des jeunes interrogés, ainsi que l'illustre la figure suivante.

Dans la province de Luxembourg, les jeunes sont moins assidus à la télévision avec une durée moyenne de 1 heure 51 minutes les jours d'école et de 3 heures 35 minutes les jours sans école.

Figure 4.9. Temps passé chaque jour devant la télévision les jours d'école (N = 1 703) et les jours sans école (N = 1 676), selon le groupe d'âge



▼
Que ce soient les jours d'école ou non, la répartition des jeunes en fonction du temps passé à regarder la télévision varie entre les jeunes du primaire et ceux du secondaire : les jeunes du secondaire regardent davantage la télévision que les élèves du primaire. A 11 ans, 4 jeunes sur 10 regardent la télévision au moins 2 heures par jour, les jours d'école, et autant au moins 4 heures les jours sans école. A partir de 13 ans, ce sont 5 jeunes sur 10.

Les jeunes de la province de Luxembourg regardent moins la télévision que les jeunes hainuyers, tant les jours d'école que les jours sans école. La seule exception concerne les jeunes de 16 ans les jours d'école : les proportions observées sont comparables. Le temps de télévision augmente également avec l'âge.

L'enquête HBSC de 2010 rapporte, pour la FWB, des proportions de jeunes qui regardent la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école, semblables à celles observées dans notre enquête : environ 42 % chez les 11 ans, 52 % chez les 13 ans et 56 % chez les 16 ans. Elle souligne également que 13 % du primaire et 15 % du secondaire la regardent 4 heures ou plus par jour. Les proportions observées dans le Hainaut sont similaires avec respectivement 16 % et 19 % (Currie, 2012 ; Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Télévision le matin et temps de télévision

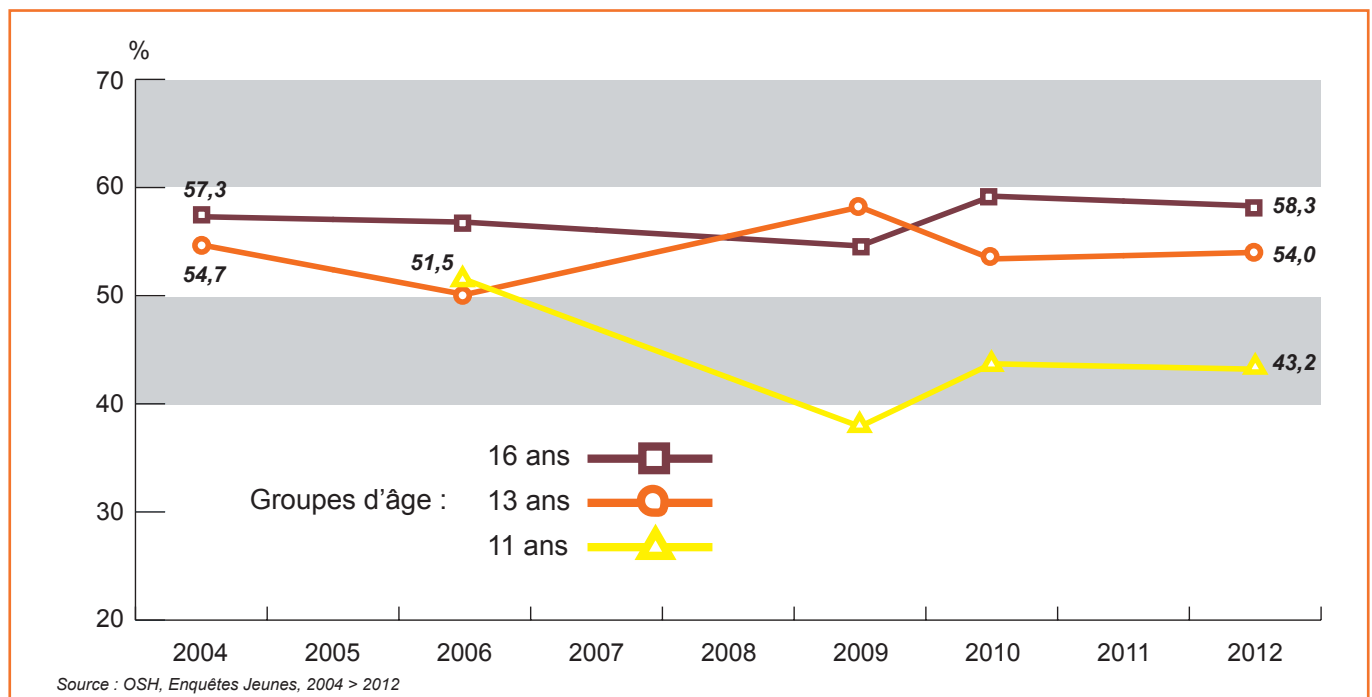
En Hainaut, les proportions de jeunes qui regardent la télévision plus de 2 heures par jour, les jours d'école (61 %) et les jours sans école (87 %) sont plus élevées parmi les jeunes qui regardent la télévision dès le matin.

Ce résultat est également observé pour les jeunes luxembourgeois.

Evolution

En 2004, les jeunes de 13 et 16 ans⁷ regardaient la télévision en moyenne 2 heures 15 minutes les jours d'école et 3 heures 47 minutes les jours sans école. En 2012, ils la regardent en moyenne 6 minutes de plus les jours d'école et 41 minutes les jours sans école, soit respectivement 2 heures 21 minutes et 4 heures 28 minutes.

Figure 4.10. Evolution de la proportion de jeunes qui regardent la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école, selon le groupe d'âge

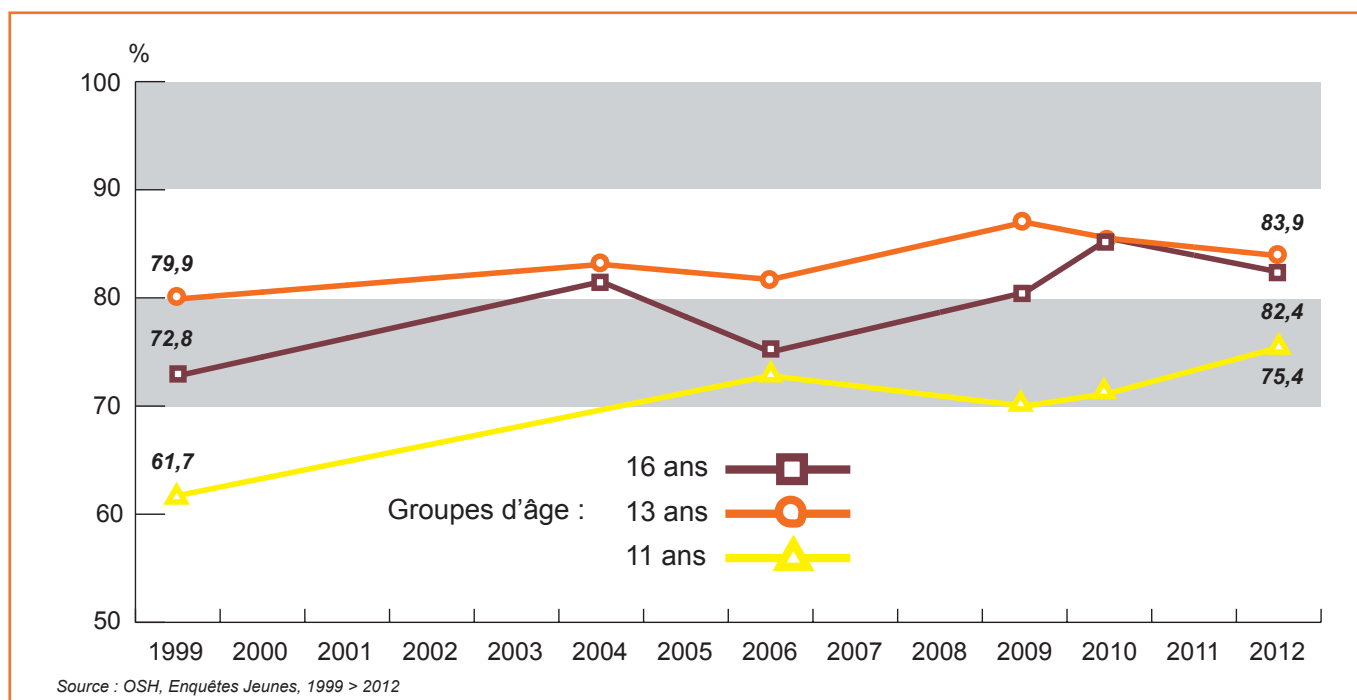


Entre 2004 et 2012, la proportion de jeunes qui déclarent au moins 2 heures quotidiennes de télévision les jours d'école est globalement stable pour les 13 et 16 ans et a diminué, entre 2006 et 2012, pour les 11 ans.

La proportion de jeunes de 13 et 16 ans qui consacrent au moins 4 heures par jour à regarder la télévision a augmenté de 15 % en 2004 à 18 % en 2012 alors qu'elle a diminué en FWB de 20 % à 15 % pour le secondaire entre 2002 et 2010 (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

7. Le temps passé devant la télévision n'a pas été demandé aux élèves de primaire en 2004.

Figure 4.11. Evolution de la proportion de jeunes qui regardent la télévision au moins 2 heures par jour, les jours sans école, selon le groupe d'âge



▼
 Pour les jours où il n'y a pas école, l'analyse des résultats depuis 1999 montre une augmentation du temps de télévision pour l'ensemble des jeunes. En effet, en 1999, 62 % des jeunes de 11 ans, 80 % des 13 ans et 73 % des 16 ans regardent la télévision plus de 2 heures par jour, les jours où il n'y a pas école alors qu'en 2012, ces proportions sont respectivement de 75 %, 84 % et 82 %.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 4.5. Regarder la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 703	51,7 %	-
Groupe d'âge			
11 ans	609	43,2 %	1
13 ans	487	54,0 %	1,25*
16 ans	607	58,3 %	1,35*
Nombre de parents qui travaillent			
0	132	63,6 %	1,34*
1	503	54,5 %	1,15
2	933	47,4 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	747	54,9 %	1,24*
Manuel qualifié	214	50,9 %	1,15
Employé peu ou moyennement qualifié	236	45,3 %	1,02
Employé qualifié ou cadre	255	44,3 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	199	55,3 %	1,28*
Manuelle peu qualifiée	425	55,1 %	1,27*
Manuelle qualifiée	74	45,9 %	1,06
Employée peu ou moyennement qualifiée	382	48,4 %	1,12
Employée qualifiée ou cadre	353	43,3 %	1
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	736	54,3 %	1
Qualification	339	60,8 %	1,12*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Plus les jeunes avancent en âge et plus fréquemment, ils déclarent regarder la télévision au moins 2 heures par jour, les jours d'école.

Les jeunes dont aucun parent ne travaille déclarent plus fréquemment passer au moins 2 heures par jour devant la télévision les jours d'école que les jeunes dont les deux parents travaillent.

Lorsque le père est manuel peu qualifié ou lorsque la mère est femme au foyer ou étudiante, les jeunes ont respectivement 1,2 et 1,3 fois plus tendance à regarder la télévision au moins 2 heures par jour, les jours d'école que les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre.

En semaine, les jeunes de l'enseignement de qualification consacrent un peu plus fréquemment au moins 2 heures par jour à la télévision que les jeunes de l'enseignement de transition.

Tous les liens se maintiennent quand on considère le fait de regarder la télévision au moins 4 heures par jour (d'école ou pas). Par contre, pour le fait de regarder au moins 2 heures par jour la télévision les jours sans école, seuls, les liens avec la catégorie socioprofessionnelle du père et la filière scolaire subsistent.

Les associations mises en évidence ici pour les jeunes de la province de Hainaut sont également observées, parfois sans atteindre le seuil de significativité statistique, pour les jeunes de la province de Luxembourg.

De nombreux auteurs décrivent également un accroissement du temps passé devant la télévision lorsque le contexte socioéconomique du jeune est moins favorable (Coombs, 2013 ; Fernandez-Alvira, 2013 ; Garcia-Continente, 2014 ; Rey-Lopez, 2011).

3.2. Ordinateur, console de jeux et GSM

En 2012, en Hainaut, 91 % des jeunes du primaire et 94 % des jeunes du secondaire ont accès à internet à domicile. En province de Luxembourg, internet est accessible à 93 % des jeunes du primaire et 96 % du secondaire.

Qu'en est-il des activités sédentaires en termes de temps consacré aux ordinateurs, aux tablettes, aux consoles de jeux (portables ou connectées à la télévision) et aux GSM ? Le GSM occupe une place de plus en plus importante. Il sert de téléphone bien sûr, mais également de console de jeux et, de plus en plus, d'ordinateur de poche permettant d'être connecté en permanence aux réseaux sociaux, de discuter en ligne, de regarder des vidéos sur internet...

En 2012, 87 % des jeunes hainuyers possèdent un GSM : 70 % à 11 ans, 95 % à 13 ans et 98 % à 16 ans. En province de Luxembourg, 50 % des jeunes de 11 ans en possèdent un. Pour les autres groupes d'âge, les proportions sont égales à celles observées en Hainaut.

Un jeune hainuyer sur 3, possédant un GSM, l'utilise pour aller sur internet. A 11 ans, cette proportion est déjà d'un jeune sur 5.

Tout comme pour le temps consacré à la télévision, c'est le seuil de 2 heures qui sera considéré comme seuil pour l'analyse du temps consacré à l'ordinateur, à la console de jeux et au GSM.

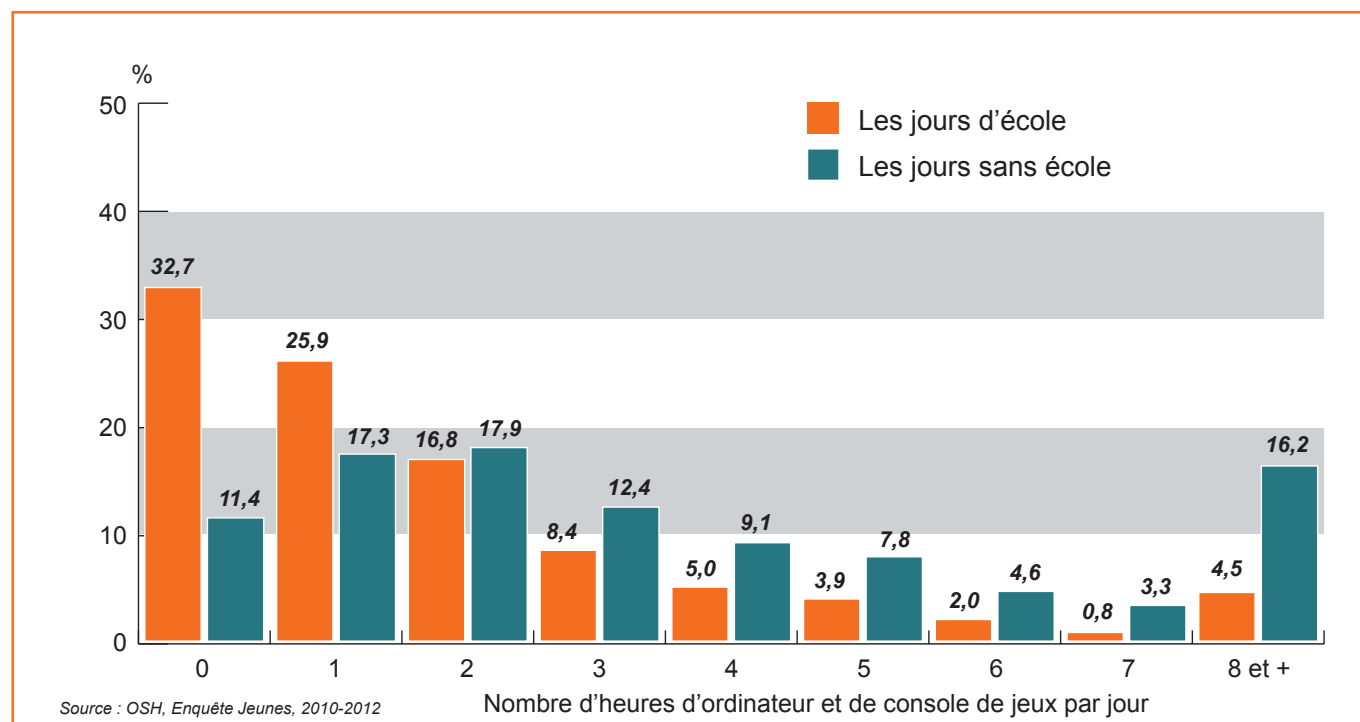
Bien que la cyberdépendance soit un problème préoccupant, elle n'est pas traitée ici car si elle se traduit par un nombre important d'heures consacrées à l'ordinateur et à la console de jeux, elle tient également compte de caractéristiques et comportements psychosociaux du jeune (de Leeuw, 2010) qui n'ont pas été abordés dans le questionnaire.

Il a été demandé aux jeunes d'estimer le nombre d'heures qu'ils consacraient, en moyenne, à l'ordinateur ou aux jeux vidéo (y compris les jeux sur le téléphone portable) les jours d'école et les jours sans école.

Les jeunes n'ont pas été interrogés sur les activités réalisées avec l'ordinateur : collecte d'information, travail pour l'école, jeu, discussion en ligne, réseaux sociaux, visualisation de vidéo, de films...

Description de la situation en 2012

Figure 4.12. Nombre d'heures d'ordinateur et de console de jeux par jour, les jours d'école (N = 1 727) et les jours sans école (N = 1 714)



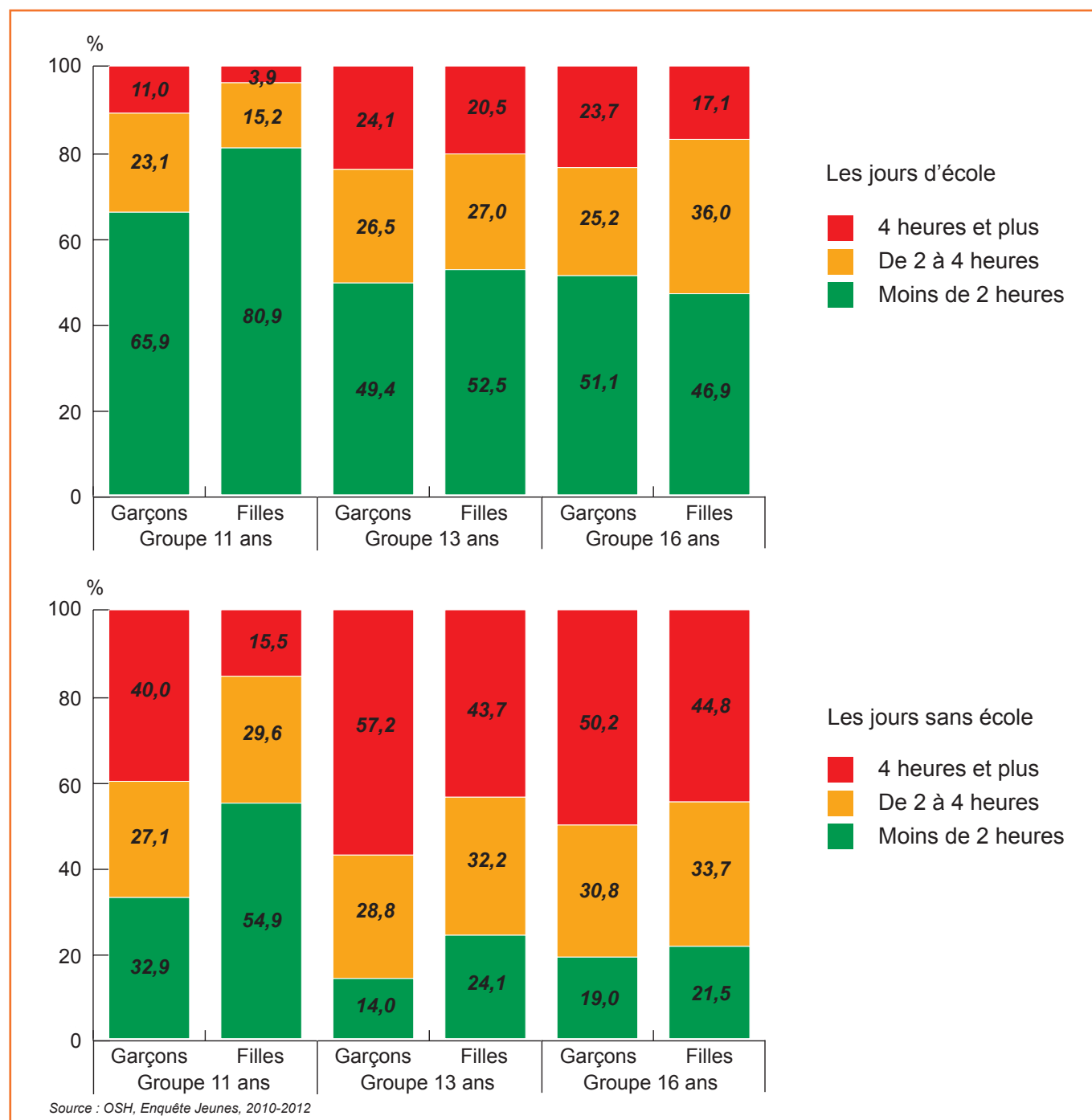
En moyenne, les jeunes hainuyers consacrent 2 heures 4 minutes les jours d'école à l'ordinateur et à la console de jeux; 59 % des jeunes y consacrent moins de 2 heures par jour, 25 % entre 2 et 4 heures et 16 % 4 heures ou plus.

Les jours où il n'y a pas d'école, le temps passé devant un ordinateur ou une console de jeux augmente pour atteindre 4 heures 15 minutes de moyenne ; 29 % des jeunes y passent moins de 2 heures par jour, 30 % entre 2 et 4 heures, 17 % entre 4 et 6 heures et 24 % 6 heures ou plus.

Contrairement aux résultats sur le temps de télévision, ceux-ci varient par rapport au sexe et à l'âge des jeunes interrogés, ainsi que l'illustre la figure 4.13.

Dans la province de Luxembourg, les jeunes sont moins assidus à l'ordinateur et à la console de jeux avec une durée moyenne de 1 heure 37 minutes les jours d'école et de 3 heures 26 minutes les jours sans école.

Figure 4.13. Temps consacré chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école (N = 1 727) et les jours sans école (N = 1 714), selon le groupe d'âge et le sexe



▼
Le temps consacré à l'ordinateur et à la console de jeux augmente entre 11 et 13 ans. La proportion de jeunes qui respectent la recommandation de maximum 2 heures par jour d'ordinateur et de console de jeu diminue entre 11 et 13 ans. Les jours d'école, elle passe de 66 % des garçons et 81 % des filles à 11 ans à environ 50 % pour les garçons et les filles de 13 et 16 ans.

Les jours sans école, elle passe de 33 % des garçons et 55 % des filles à 11 ans à environ 20 % pour les garçons et les filles de 13 et 16 ans.

La proportion de garçons qui consacrent chaque jour 4 heures ou plus à l'ordinateur et à la console de jeu est toujours plus élevée que celle observée pour les filles. Pour les jours d'école, ces proportions sont globalement, de 19 % pour les garçons et 13 % pour les filles et pour les jours sans école, elles sont respectivement de 49 % et 33 %.

Que ce soient les jours d'école ou les jours sans école, les jeunes du Hainaut passent plus de temps devant un ordinateur ou une console de jeux que les jeunes de la province du Luxembourg, mais les résultats sont à nuancer dans l'analyse par âge et par sexe.

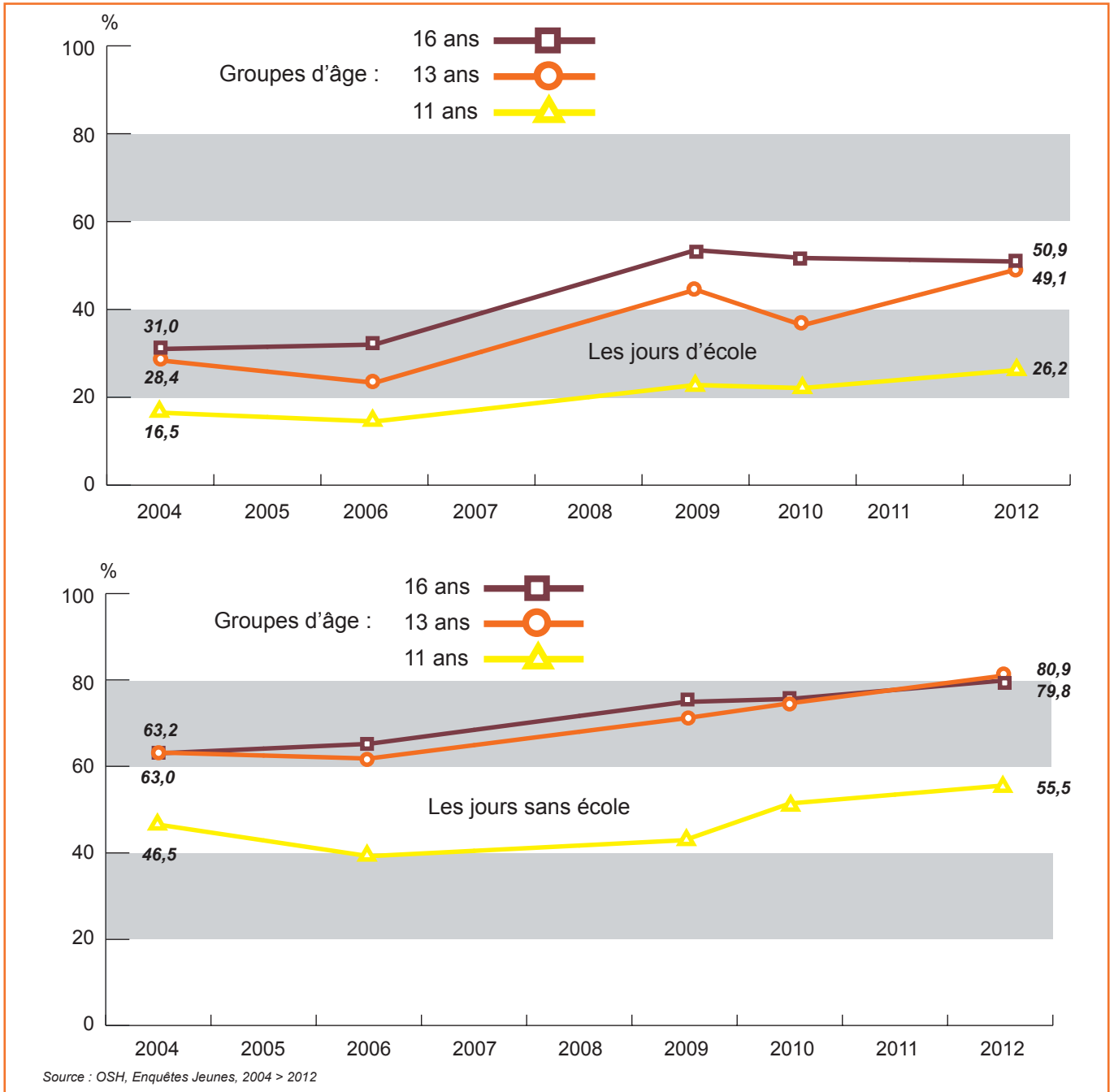
Du côté des filles, les différences ne sont significatives que pour celles de 13 ans et du côté des garçons, la proportion de jeunes luxembourgeois consacrant chaque jour 2 heures ou plus à l'ordinateur et à la console de jeux augmente encore entre 13 et 16 ans pour atteindre 53 % les jours d'école et 81 % les jours sans école et correspondre aux proportions observées dans le Hainaut (49 % les jours d'école et 81 % les jours sans école).

D'autres enquêtes corroborent que les garçons et les adolescents plus âgés passent plus de temps devant l'ordinateur et la console de jeux (Decant, 2013 ; Leatherdale, 2011 ; Moreau, 2013).

Evolution

En 2004, les jeunes hainuyers consacraient à l'ordinateur et à la console de jeux, en moyenne, 1 heure 11 minutes les jours d'école et 2 heures 44 minutes les jours sans école. En 2012, ils y consacrent en moyenne 53 minutes de plus les jours d'école et 1 heure 31 minutes de plus les jours sans école, soit respectivement 2 heures 4 minutes et 4 heures 15 minutes.

Figure 4.14. Evolution de la proportion de jeunes qui consacrent au moins 2 heures par jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école et les jours sans école, selon le groupe d'âge



Les graphiques d'évolution montrent clairement que les jeunes passent de plus en plus de temps devant l'ordinateur et la console de jeux. La proportion de jeunes qui y consacrent au moins 2 heures par jour augmente de façon similaire, que l'on considère les jours d'école ou les jours sans école. La croissance est plus faible pour les jeunes de l'enseignement primaire (+ 10 points entre 2004 et 2012) que pour les jeunes du secondaire (+ 20 points environ).

L'enquête HBSC aboutit à des résultats plus mitigés : le temps passé devant un ordinateur pour les primaires et sur internet pour les secondaires est stable depuis 2002 alors que le temps consacré aux jeux électroniques a augmenté pour l'ensemble des jeunes (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 4.6. Consacrer à l'ordinateur et la console de jeux au moins 2 heures par jour les jours d'école en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 727	41,4 %	-
Sexe			
Garçons	861	44,3 %	1,15*
Filles	866	38,6 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	629	26,2 %	1
13 ans	489	49,1 %	1,87*
16 ans	609	50,9 %	1,94*
Nombre de parents qui travaillent			
0	137	51,1 %	1,31*
1	510	42,4 %	1,09
2	944	38,9 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	200	45,0 %	1,30*
Manuelle peu qualifiée	429	45,2 %	1,30*
Manuelle qualifiée	74	37,8 %	1,09
Employée peu ou moyennement qualifiée	394	40,4 %	1,16
Employée qualifiée ou cadre	352	34,7 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 002	37,2 %	1
Monoparentale	322	48,4 %	1,30*
Recomposée	246	46,3 %	1,24*
Garde alternée	98	44,9 %	1,21
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	741	47,5 %	1
Qualification	339	56,6 %	1,19*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Les garçons déclarent 1,15 fois plus fréquemment que les filles passer au moins 2 heures par jour devant l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école, et les jeunes de 13 et 16 ans, presque deux fois plus souvent que les 11 ans.

Les jeunes dont aucun parent ne travaille passent 1,3 fois plus fréquemment au moins deux heures par jour devant l'ordinateur ou la console de jeux que les jeunes dont les deux parents travaillent.

Le constat est le même pour les jeunes dont la mère est femme au foyer ou étudiante ou exerce une profession manuelle peu qualifiée par rapport aux jeunes dont la mère est employée qualifiée ou cadre.

Ce sont les jeunes issus de famille monoparentale ou recomposée qui consacrent le plus souvent au moins 2 heures par jour à l'ordinateur et à la console de jeux.

Les jeunes de l'enseignement de qualification sont 1,19 fois plus enclins à consacrer au moins 2 heures par jour à l'ordinateur et à la console de jeux que les jeunes de l'enseignement de transition.

En considérant, pour les jours d'école, le seuil de 4 heures par jour et non plus le seuil de 2 heures, toutes les associations présentées ci-dessus sont renforcées et apparaît également le lien avec la catégorie socioprofessionnelle du père (le temps d'ordinateur et de jeux vidéo est plus important chez les jeunes dont le père est manuel peu qualifié).

Pour les jours où il n'y a pas école, outre l'influence du sexe et de l'âge qui se confirment dès le seuil de 2 heures par jour, il semble que les jeunes dont la mère exerce une profession manuelle peu qualifiée et les jeunes vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée, passent plus de temps avec leur ordinateur et leur console de jeux.

Pour les jeunes de la province de Luxembourg, toutes les associations analysées se révèlent significatives, tant les jours d'école que les jours sans école et quel que soit le seuil (2 heures ou 4 heures par jour) considéré.

Les jeunes issus de familles moins favorisées d'un point de vue socioéconomique consacrent plus de temps à l'ordinateur et la console de jeux. D'autres enquêtes (Leatherdale, 2011) corroborent ce constat, dont l'enquête HBSC menée en FWB en 2010 (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

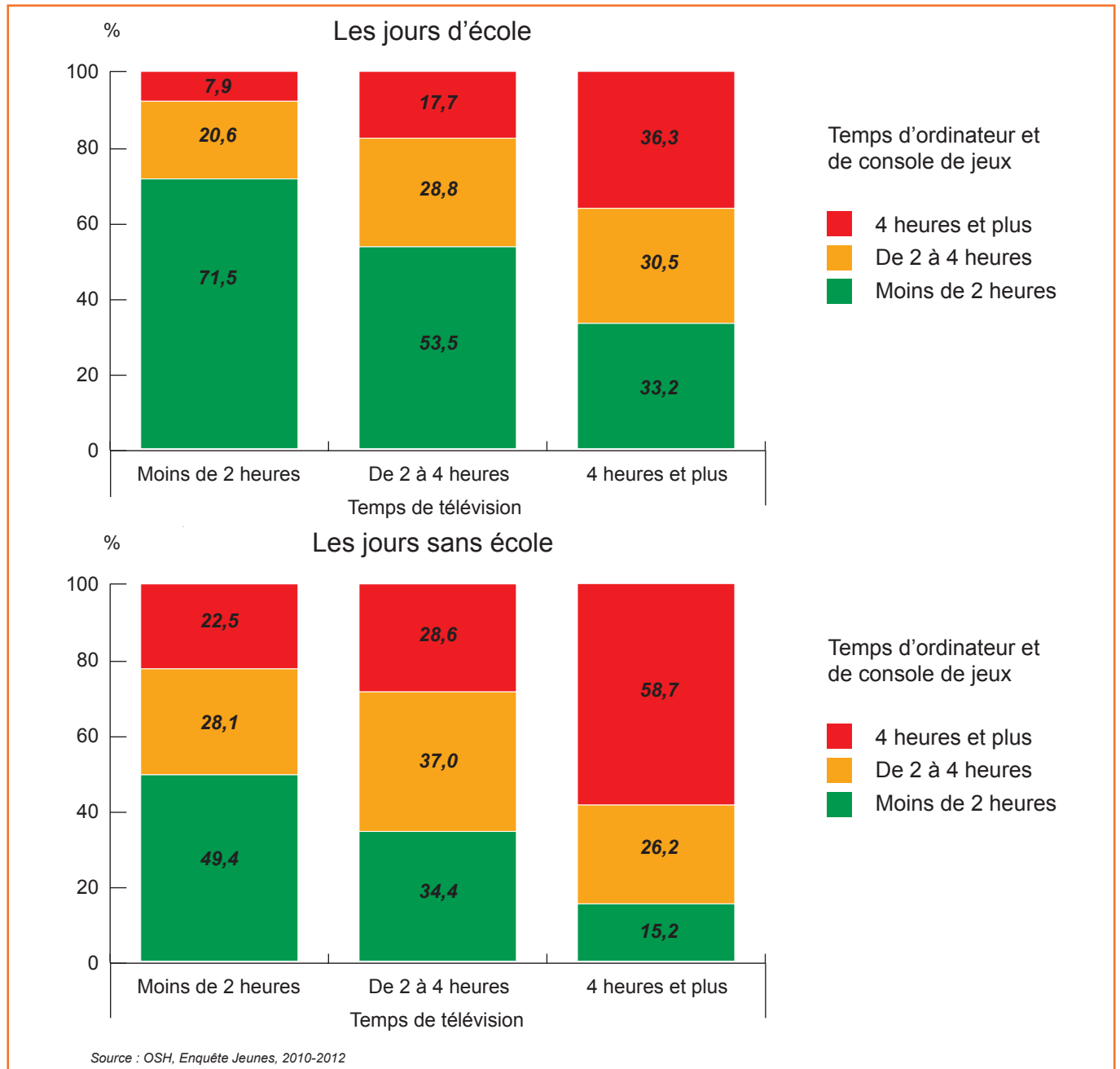
3.3. Ecrans

Une analyse regroupant le temps de télévision et le temps d'ordinateur et de console de jeux ne donne pas une idée exacte du temps consacré aux écrans car il est fréquent que les jeunes passent du temps à l'ordinateur tout en regardant la télévision. Néanmoins, une telle analyse donne, malgré tout, une bonne idée de la nécessité de promouvoir des activités moins sédentaires auprès des jeunes et l'importance d'interrompre régulièrement les périodes prolongées en position assise par de l'activité physique.

Les jours d'école, au moins 6 jeunes hainuyers de 10 à 17 ans sur 10 passent plus de 2 heures par jour devant des écrans (au moins 2 heures de télévision ou 2 heures d'ordinateur et de console de jeux). Les jours où il n'y a pas école, ce sont 9 jeunes sur 10 dont 8 d'entre eux, au moins 4 heures par jour.

Davantage de télévision est associé à davantage d'ordinateur et de console de jeux, tant les jours d'école que les jours sans école, ainsi que le montre la figure suivante.

Figure 4.15. Temps passé devant l'ordinateur et la console de jeux en fonction du temps passé chaque jour devant la télévision, les jours d'école (N = 1 674) et les jours sans école (N = 1 641)



▼
 Les jeunes qui regardent le plus la télévision dédient aussi plus de temps à l'ordinateur et la console de jeux. Cela s'observe tant pour les jours d'école que pour les jours sans école : plus d'un jeune sur 3 (36 %) regardant la télévision plus de 4 heures par jour, les jours d'école et plus d'un sur 2 (59 %) pour les jours sans école, consacrent également plus de 4 heures par jour à l'ordinateur et la console de jeux.

Le constat est le même pour les jeunes de la province de Luxembourg.

4. Liens croisés entre activités physiques et sédentaires

Les jeunes qui consacrent plus de temps aux activités sédentaires font moins d'activité physique.

Tableau 4.7. **Activité physique et sportive en fonction du temps consacré chaque jour à la télévision, à l'ordinateur et la console de jeux**

	Au moins une séance d'activité physique en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, en %	Adhésion à un club sportif, en %
Les jours d'école		
Télévision	N = 1 701	N = 1 698
Moins de 2 heures	77,6	53,0
De 2 à 4 heures	77,5	49,4
4 heures et plus	65,4	41,5
Ordinateur	N = 1 725	N = 1 722
Moins de 2 heures	79,2	53,1
De 2 à 4 heures	74,3	46,0
4 heures et plus	63,9	41,8
Les jours sans école		
Télévision	N = 1 674	N = 1 671
Moins de 2 heures	76,8	56,4
De 2 à 4 heures	79,3	51,3
4 heures et plus	72,0	45,9
Ordinateur	N = 1 712	N = 1 709
Moins de 2 heures	80,7	54,6
De 2 à 4 heures	78,8	50,6
4 heures et plus	69,5	45,6

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



La proportion de jeunes ayant pratiqué au moins une séance d'activité physique en dehors de l'école diminue lorsque le temps passé devant la télévision, un ordinateur ou une console de jeux atteint 4 heures par jour.

Pour l'affiliation à un club sportif, un gradient se marque : plus le temps de télévision ou d'ordinateur et de console de jeux augmente et moins les jeunes font partie d'un club sportif.

Les mêmes relations entre les activités physiques et sportives et les activités sédentaires sont observées pour les jeunes de la province de Luxembourg.

5. Liens avec d'autres facteurs de santé

Cette partie est consacrée à l'analyse des liens entre l'activité physique, la sédentarité et d'autres facteurs de santé : facteurs biométriques, satisfaction par rapport au corps et souhait de maigrir, alimentation, assuétudes, plaintes et problèmes déclarés.

Plusieurs facteurs étudiés dans ce chapitre partagent avec les indicateurs d'activités physiques et de sédentarité d'être liés aux facteurs socioéconomiques. Les liens présentés montrent des associations. Ils ne permettent pas de déterminer quel est l'enchaînement des causes qui amènent certains jeunes à cumuler plusieurs caractéristiques défavorables à la santé.

5.1. Facteurs biométriques

Surcharge pondérale (surpoids + obésité)

Les programmes de lutte contre la surcharge pondérale et, en particulier, contre l'obésité comportent généralement, en plus des recommandations alimentaires, un volet "activité physique" visant à promouvoir l'activité physique et réduire la sédentarité.

Si la littérature reconnaît l'importance de l'activité physique pour maintenir l'équilibre énergétique, elle n'établit pas clairement le rôle de la sédentarité dans la surcharge pondérale et l'obésité. Plusieurs auteurs (ICIS, 2009 ; Janssen, 2005 ; Metcalf, 2011) concluent que la sédentarité ne mènerait pas à la surcharge pondérale, mais que la surcharge pondérale engendrerait une diminution de l'activité physique et une augmentation des activités sédentaires.

Les données récoltées dans notre enquête sur le Hainaut n'ont pas permis de mettre en évidence des liens significatifs entre les indicateurs d'activité physique (activité physique la semaine précédant l'enquête, sport en club et dispense du cours d'éducation physique) et les indicateurs de corpulence (surcharge pondérale, obésité).

Dans la province de Luxembourg, on observe par contre un lien fort entre la pratique sportive en club des jeunes et la corpulence : 15 % des jeunes présentent une surcharge pondérale et 4 % une obésité parmi les jeunes pratiquant un sport en club contre respectivement 26 % et 8 % parmi les autres jeunes.

Par ailleurs, les données du Hainaut montrent que la proportion de jeunes obèses est plus élevée parmi les jeunes qui passent au moins 2 heures par jour devant la télévision les jours d'école ou au moins 2 heures devant un ordinateur ou une console de jeux les jours d'école ou au moins 4 heures les jours sans école. Ce résultat est détaillé à la figure 2.10.

En province de Luxembourg, les mêmes liens apparaissent entre activités sédentaires et obésité, mais seule la proportion de jeunes obèses est statistiquement plus élevée chez ceux consacrant chaque jour 4 heures ou plus à l'ordinateur et la console de jeux les jours d'école.

Autres facteurs biométriques

La littérature foisonne d'articles commentant les bienfaits de l'activité sur les paramètres métaboliques (tour de taille, pression artérielle, insuline, profil lipidique). L'influence de la sédentarité sur les paramètres métaboliques est moins documentée, mais de plus en plus d'auteurs reconnaissent un effet délétère direct des activités sédentaires sur les paramètres métaboliques (Hardy, 2010).

Dans cette enquête, seuls le poids, la taille, le tour de taille et la pression artérielle ont été mesurés chez les jeunes. Les seuils de référence utilisés sont décrits dans le chapitre 2.

Les données récoltées ne révèlent pas de lien entre pression artérielle élevée et les indicateurs d'activités physique et de sédentarité étudiés. Par contre, un tour de taille plus élevé semble être lié à moins d'activité physique et à plus d'activité sédentaire.

Les liens entre l'activité physique et le tour de taille ont également été mis en évidence à partir des données afférentes à la province de Luxembourg, mais pas les liens avec le temps passé devant la télévision.

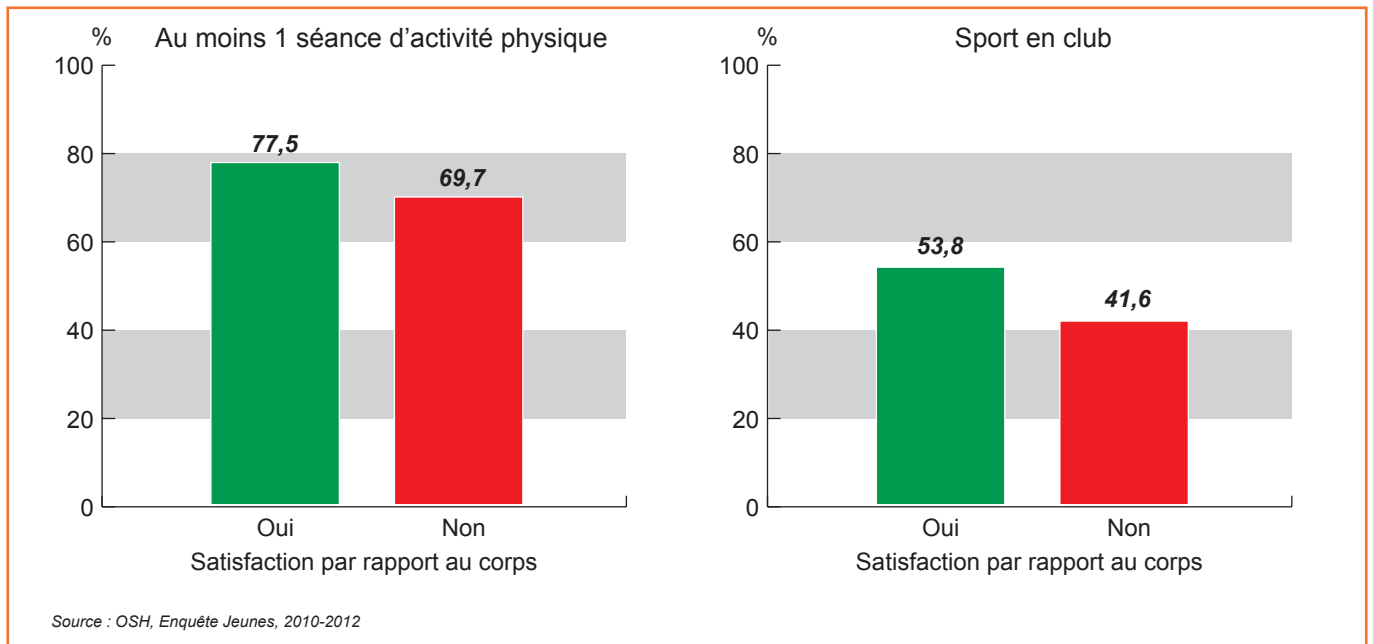
5.2. Satisfaction par rapport au corps, souhait de maigrir et régime amaigrissant

Satisfaction par rapport au corps

La satisfaction par rapport au corps est un indicateur subjectif.

Nos données nous montrent que les jeunes non satisfaits de leur corps font moins d'activités physiques et sportives, mais plus d'activités sédentaires (télévision, ordinateur, console de jeux). Néanmoins, l'analyse ne nous permet pas de dire si une moins bonne satisfaction par rapport à leur corps est la cause ou la conséquence d'une moindre activité physique et de plus de sédentarité.

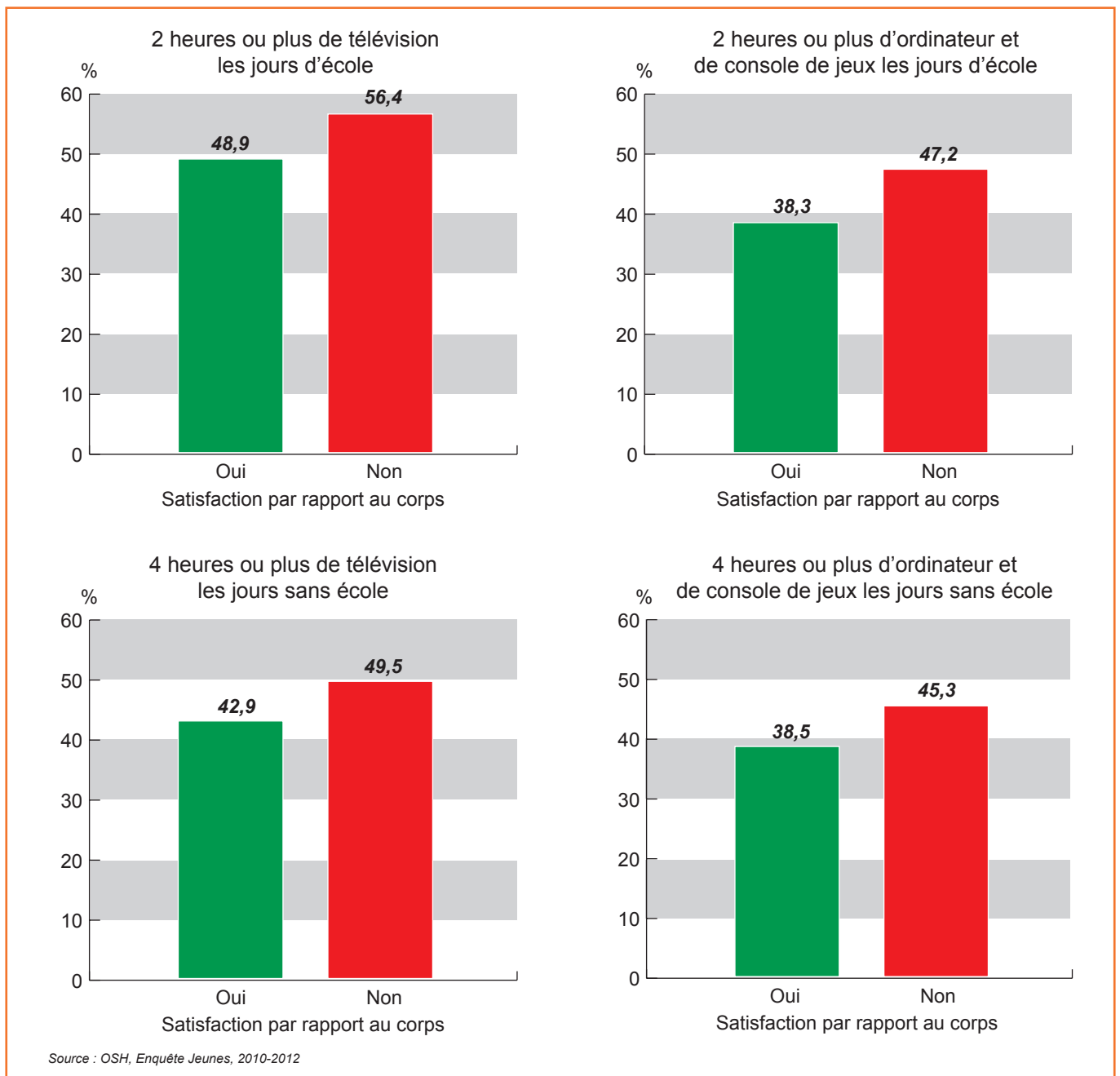
Figure 4.16. **Activité physique la semaine précédant l'enquête (N = 1 800) et sport en club (N = 1 797) en fonction de la satisfaction par rapport au corps**



Les jeunes qui déclarent être satisfaits de leur corps ont davantage pratiqué de l'activité physique en dehors de l'école la semaine qui a précédé l'enquête que ceux qui ne sont pas satisfaits (78 % contre 70 %).

De même, la proportion de jeunes inscrits dans un club est plus élevée parmi ceux qui sont satisfaits de leur corps que parmi ceux qui ne sont pas satisfaits (54 % contre 42 %).

Figure 4.17. Passer au moins 2 heures par jour devant la télévision (N = 1 696) ou l'ordinateur et la console de jeux (N = 1 720) les jours d'école, ou au moins 4 heures par jour les jours sans école (télévision : N = 1 670 ; ordinateur et console de jeux : N = 1 707) en fonction de la satisfaction par rapport au corps



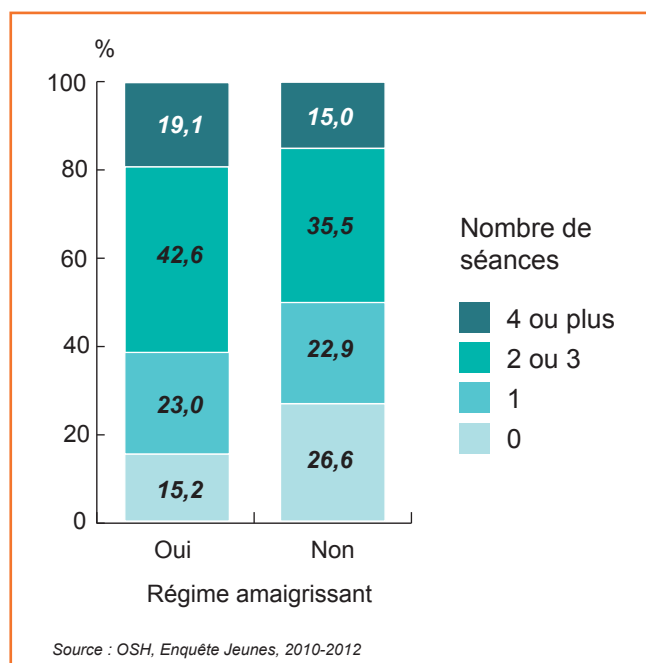
▼
Les jeunes qui ne sont pas satisfaits de leur corps passent plus souvent au moins 2 heures par jour, les jours d'école (au moins 4 heures par jour, les jours sans école) devant la télévision ou l'ordinateur et la console de jeux.

Les mêmes tendances sont observées pour les jeunes luxembourgeois, tant pour le lien avec les activités physiques et sportives que pour le lien avec les activités sédentaires.

Souhait de maigrir et régime amaigrissant

Contrairement à l'ensemble des jeunes qui souhaitent maigrir, les jeunes qui suivent un régime amaigrissant déclarent davantage d'activité physique la semaine précédant l'enquête.

Figure 4.18. Nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête selon que les jeunes suivent un régime amaigrissant ou non (N = 1 807)



► La proportion de jeunes qui ne déclarent aucune séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête est moins élevée parmi les jeunes qui suivent un régime pour maigrir. Ceux-ci déclarent plus fréquemment au moins 2 séances.

Ce résultat est également observé pour les jeunes de la province de Luxembourg.

5.3. Alimentation

Dans chacune des deux provinces où l'enquête a été menée, seuls 7 jeunes ont déclaré suivre un régime pour le sport.

Au-delà de la diététique sportive, les programmes de prévention visant à lutter contre le surpoids et l'obésité associent des recommandations en termes d'activité physique et parfois de lutte contre la sédentarité aux recommandations alimentaires. Les données récoltées en révèlent tout le sens.

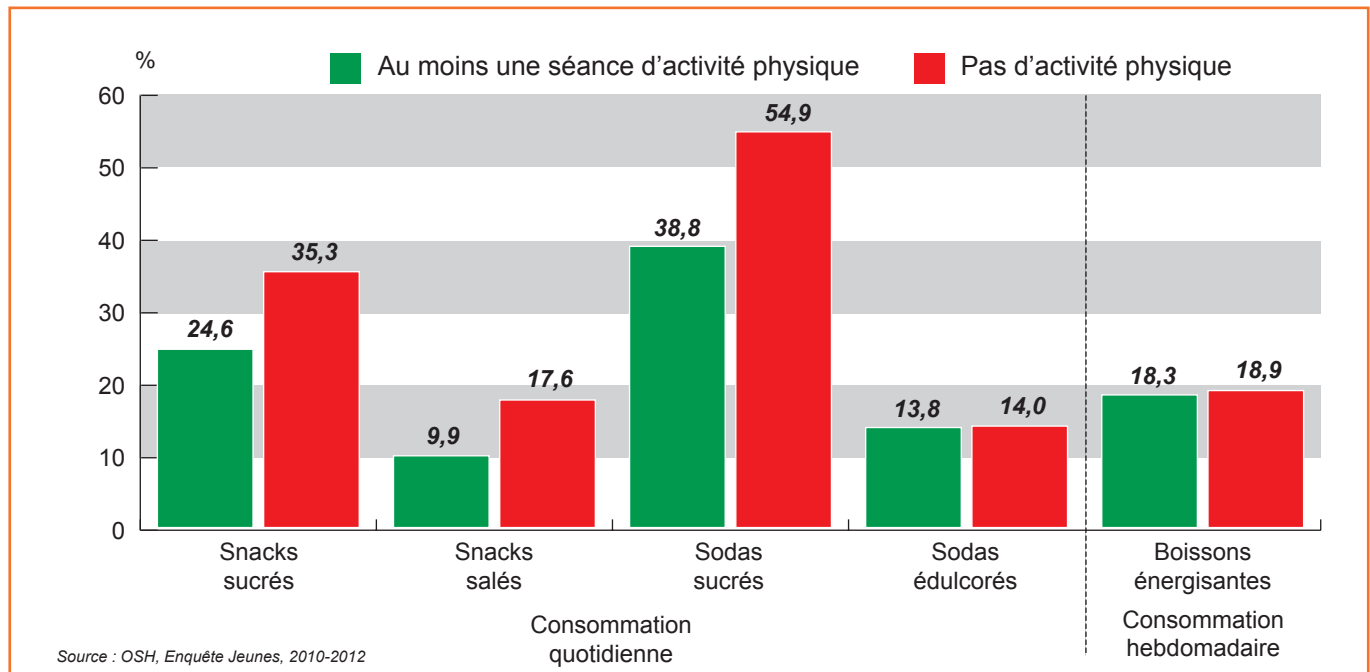
En effet, comme décrit dans le paragraphe 7.1. du chapitre 3., les jeunes qui déclarent moins d'activité physique la semaine précédant l'enquête, ceux qui ne font pas partie d'un club sportif et les jeunes qui passent plus de temps devant les écrans, ont plus fréquemment une alimentation déséquilibrée.

De plus, moins d'activité physique est associé à une plus grande consommation de snacks et de sodas sucrés.

Par ailleurs, pour ces mêmes jeunes, plus ils passent du temps devant les écrans (télévision, ordinateur, consoles de jeux...), plus ils consomment régulièrement des snacks sucrés, des snacks salés, des sodas sucrés, des sodas édulcorés et des boissons énergisantes. Cela est largement documenté dans la littérature (Epstein, 2008 ; Lissner, 2012 ; Scragg, 2006 ; Thivel, 2013).

Certaines études montrent également que les jeunes qui regardent beaucoup la télévision augmenteraient leur consommation d'aliments qui font l'objet de publicités (Klepp, 2007 ; Wiecha, 2006).

Figure 4.19. **Consommation quotidienne de snacks sucrés (N = 1 801), de snacks salés (N = 1 802), de sodas sucrés (N = 1 800), de sodas édulcorés (N = 1 802) et consommation hebdomadaire de boissons énergisantes (N = 1 801), selon que le jeune a déclaré ou non au moins une séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête**



Les jeunes n'ayant pratiqué aucune activité physique la semaine précédant l'enquête déclarent plus fréquemment une consommation quotidienne de snacks sucrés, de snacks salés et de sodas sucrés, que les jeunes qui se sont adonnés à au moins une séance d'activité physique. Au-delà d'une séance, la consommation de ces produits ne varie pas en fonction du nombre de séances déclarées. La consommation de sodas édulcorés et de boissons énergisantes n'est pas liée à l'activité physique des jeunes.

Seule la consommation quotidienne de sodas sucrés varie entre les jeunes inscrits en club (40 %) et les autres (46 %).

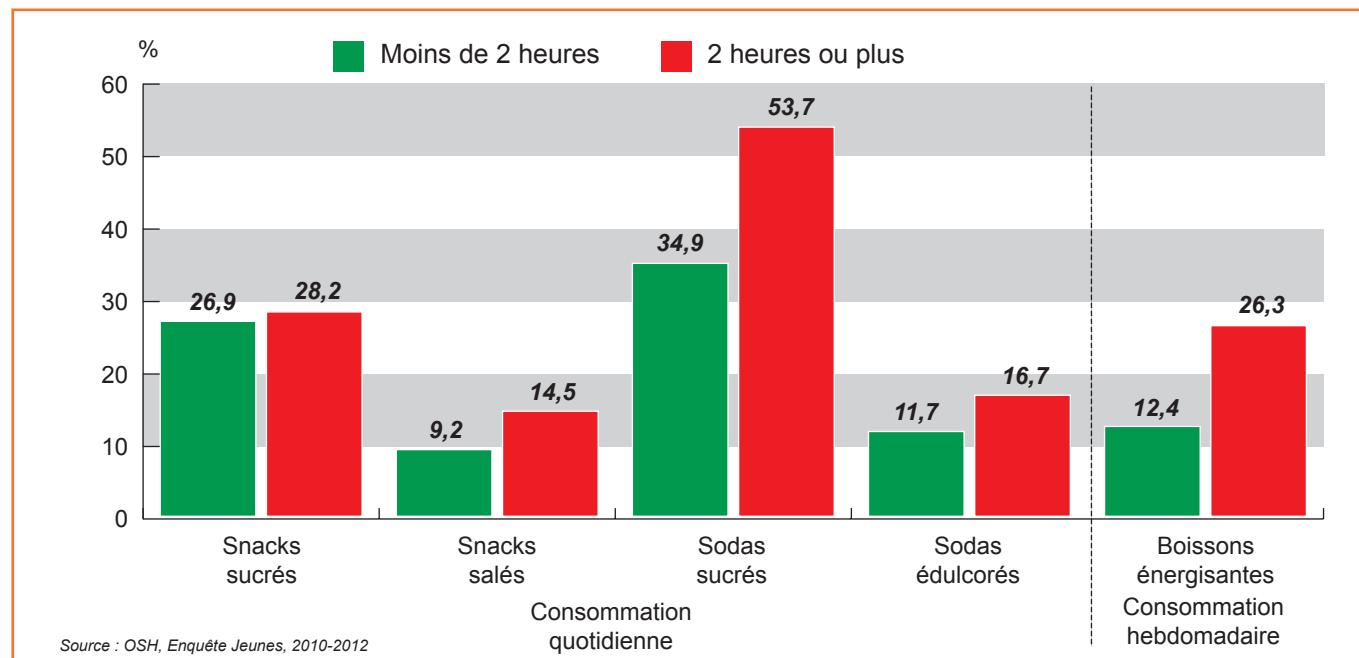
On retrouve ces liens pour les jeunes de la province de Luxembourg auxquels s'ajoute une consommation plus fréquente de snacks sucrés, de snacks salés et de boissons énergisantes chez les jeunes non inscrits en club.

Les jeunes qui regardent la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école sont plus enclins à consommer quotidiennement des snacks sucrés et salés et des sodas sucrés et édulcorés que ceux qui la regardent moins de 2 heures par jour.

Ces résultats ressortent également pour les jours sans école si ce n'est que la différence observée pour la consommation de snacks salés et de boissons énergisantes n'est significative qu'à partir du seuil de 4 heures de télévision par jour.

En province de Luxembourg, les mêmes comportements sont observés.

Figure 4.20. **Consommation quotidienne de snacks sucrés (N = 1 721), de snacks salés (N = 1 723), de sodas sucrés (N = 1 720), de sodas édulcorés (N = 1 722) et consommation hebdomadaire de boissons énergisantes (N = 1 723) en fonction du temps consacré à l'ordinateur et la console de jeux les jours d'école**



▼
La consommation quotidienne de snacks salés, de sodas sucrés, de sodas édulcorés et la consommation hebdomadaire de boissons énergisantes sont plus fréquemment rapportées par les jeunes qui passent au moins 2 heures par jour devant l'ordinateur ou la console de jeux. Aucune différence n'est observée pour la consommation de snacks sucrés même lorsque le nombre d'heures augmente.

Par contre, une consommation quotidienne plus fréquente de sodas sucrés, de sodas édulcorés et une consommation hebdomadaire plus fréquente de boissons énergisantes s'observent dès le seuil de 2 heures par jour d'ordinateur ou de console de jeux les jours sans école et une consommation quotidienne plus fréquente de snacks sucrés et salés dès le seuil de 4 heures.

En province de Luxembourg, des consommations plus fréquentes de snacks sucrés et salés, de sodas sucrés et édulcorés et de boissons énergisantes sont observées dès le seuil de 2 heures par jour, tant les jours d'école que les jours sans.

Moins d'activité physique et sportive et plus de sédentarité sont associées à de moins bons comportements alimentaires. Cette analyse montre qu'il est important que la promotion de l'activité physique, mais, également, la diminution de la sédentarité fassent partie intégrante des programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité des jeunes.

5.4. Assuétudes

L'OMS souligne que les jeunes qui pratiquent de l'activité physique régulière sont également plus enclins à adopter des comportements favorables à la santé (moins consommation de tabac, d'alcool, de drogue).

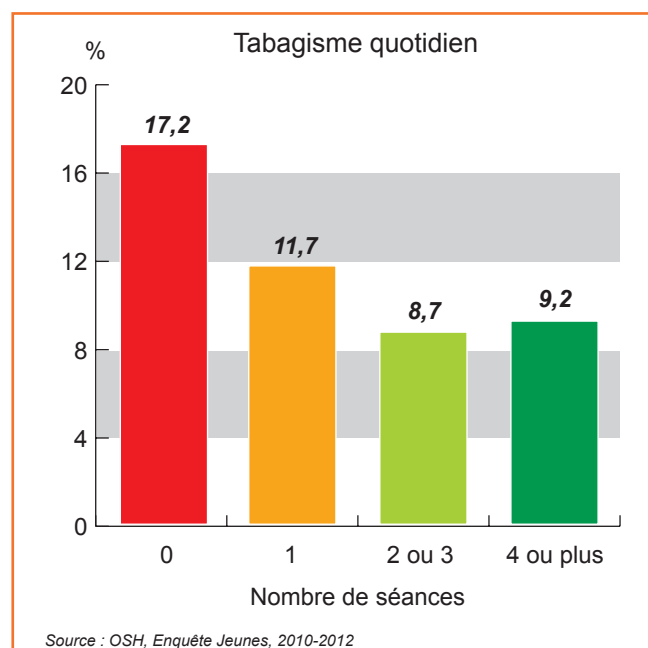
Par ailleurs, des enquêtes ont montré que les comportements sédentaires liés aux écrans étaient associés à plus de consommation de tabac, d'alcool et de drogue (Council on Communications and Media, 2010 ; Currie, 2012 ; Leatherdale, 2011 ; Strasburger, 2010).

Les données de notre enquête permettent également d'établir un certain nombre d'associations similaires entre, d'une part, l'activité physique et la sédentarité et, d'autre part, les assuétudes (tabac, alcool, cannabis).

Tabac

Le comportement tabagique est appréhendé ici en termes de consommation quotidienne.

Figure 4.21. **Tabagisme quotidien des jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête (N = 1 131)**

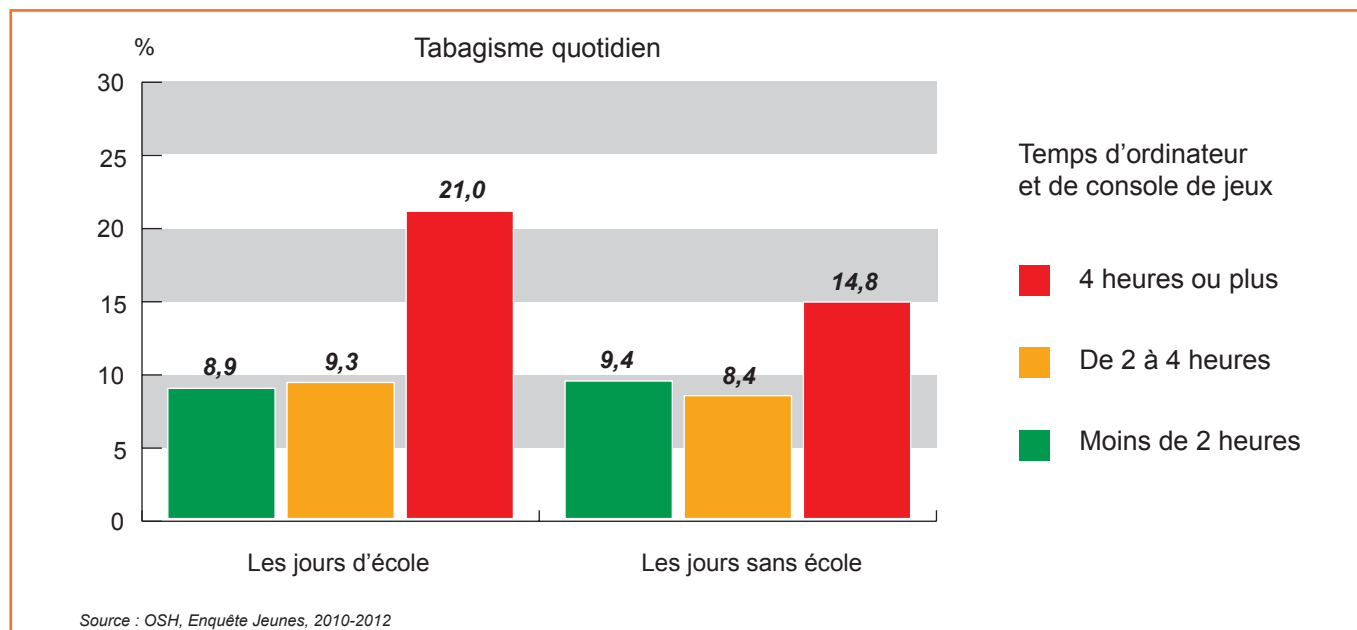


► La proportion de fumeurs quotidiens chez les 13 et 16 ans est plus élevée parmi les jeunes les moins actifs (0 ou 1 séance d'activité physique) la semaine précédant l'enquête que parmi les jeunes qui déclarent au moins deux séances.

Ce constat est également dressé par rapport au sport en club : 14 % des jeunes qui ne sont pas inscrits dans un club sportif fument quotidiennement contre 10 % parmi ceux qui sont inscrits. Toutes ces associations sont encore plus marquées pour les jeunes de la province de Luxembourg avec pour le sport en club, 14 % contre 6 %.

Cette tendance se confirme lorsqu'on analyse les liens avec les activités sédentaires. En effet, il y a, proportionnellement, plus de fumeurs quotidiens parmi les jeunes qui passent au moins 2 heures par jour devant la télévision les jours d'école et 4 heures par jour les jours sans école.

Figure 4.22. **Tabagisme quotidien des jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école (N = 1 082) et les jours sans école (N = 1 076)**



▼
Le tabagisme quotidien est plus fréquent parmi les jeunes qui consacrent au moins 4 heures par jour à l'ordinateur ou à la console de jeux, tant les jours d'école que les jours sans école.

En province de Luxembourg, on retrouve les mêmes associations entre le comportement tabagique et les comportements sédentaires des jeunes excepté le lien avec la consommation de télévision les jours sans école qui n'a pas été mis en évidence.

De plus, les jeunes qui passent au minimum 2 heures par jour, devant un ordinateur ou une console de jeux les jours d'école sont plus nombreux (38 %) à avoir expérimenté la chicha que les autres (28 %). On retrouve la même relation entre l'expérimentation de la chicha et le temps d'ordinateur ou de console de jeux les jours sans école.

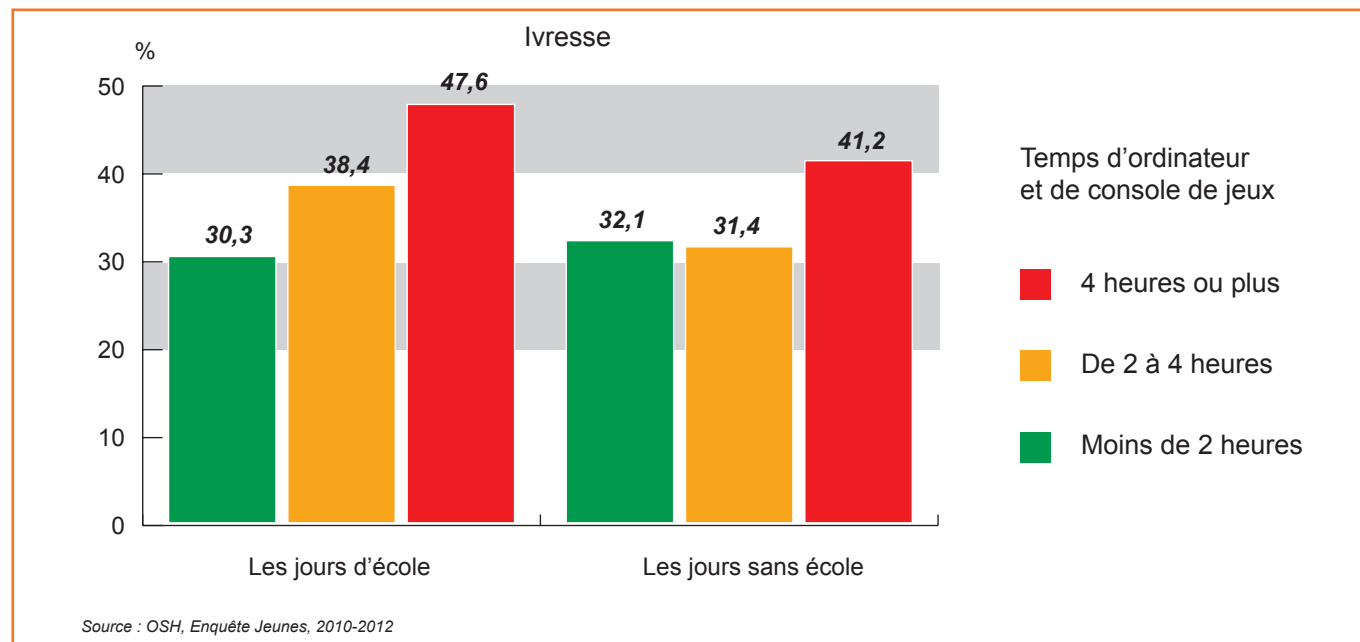
Des proportions similaires sont observées en province de Luxembourg.

Alcool

La consommation d'alcool est fortement liée à l'âge. Dès lors, l'analyse se concentre ici sur l'ivresse chez les 13 et 16 ans. On n'observe, pour le Hainaut, aucune association entre l'activité physique ou sportive des jeunes et le fait d'avoir déjà été ivre.

En province de Luxembourg, une association entre l'ivresse et le temps passé à regarder la télévision apparaît à partir de 2 heures de télévision par jour, les jours d'école et à partir de 4 heures les jours sans école : dans les 2 cas, on passe d'environ 3 jeunes sur 10 qui ont déjà été ivres à 4 jeunes sur 10. En Hainaut, le lien entre temps de télévision et ivresse n'est pas significatif.

Figure 4.23. **Ivresse des jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école (N = 1 092) et les jours sans école (N = 1 085)**



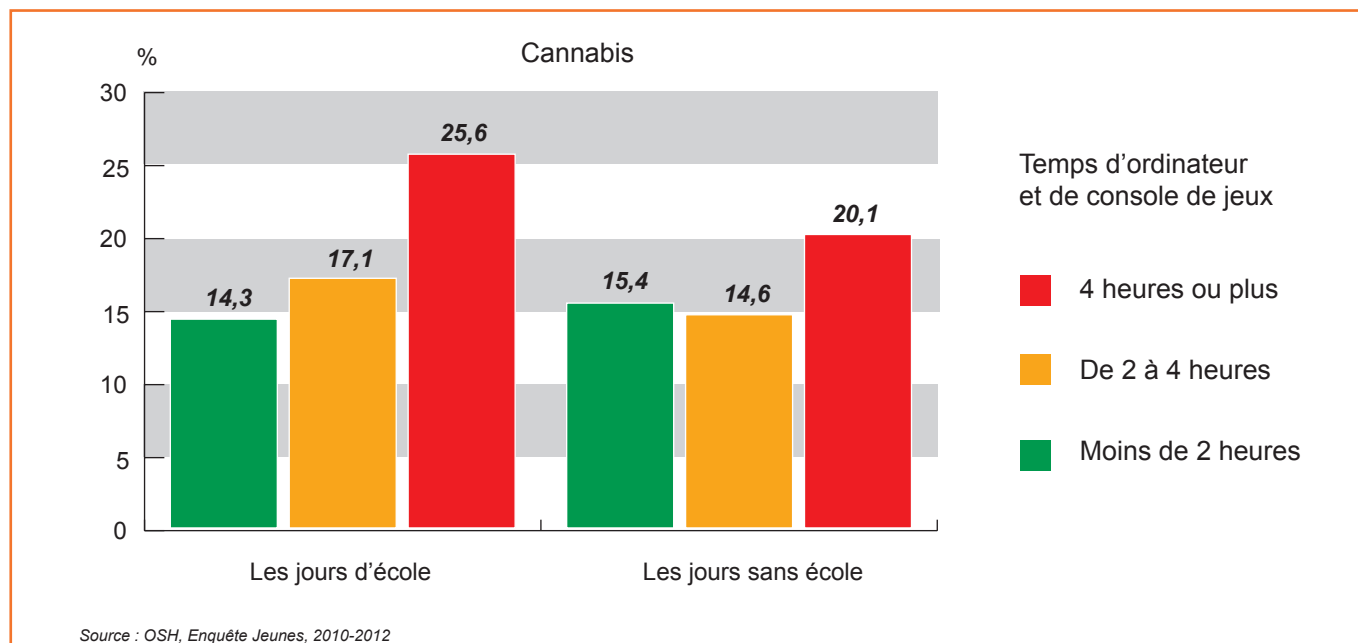
▼
La proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres augmente graduellement avec le nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école pour concerner 5 jeunes sur 10 à partir de 4 heures d'ordinateur ou de console de jeux et subit une forte augmentation au seuil de 4 heures les jours sans école pour toucher 4 jeunes sur 10.

Les mêmes gradients sont observés en province de Luxembourg, avec des écarts un peu plus marqués : les jeunes qui passent moins de 2 heures par jour devant un ordinateur ou une console de jeux les jours d'école sont 28 % à avoir expérimenté l'ivresse contre 50 % pour ceux qui y passent plus de 4 heures. Pour les jours sans école, les chiffres sont respectivement de 25 % et 44 %.

Cannabis

Pour les jeunes de 13 et 16 ans, être actifs physiquement ou non, en club ou non, n'est pas associé au fait d'avoir déjà consommé du cannabis. Le lien avec le temps passé devant la télévision n'est pas non plus significatif, mais par contre, celui avec le temps passé devant un ordinateur ou une console de jeux l'est.

Figure 4.24. **Consommation au moins une fois de cannabis chez les jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux, les jours d'école (N = 1 096) et les jours sans école (N = 1 089)**



Les jeunes de 13 et 16 ans passant au moins 4 heures par jour devant un ordinateur ou une console de jeux, les jours d'école ou sans école, déclarent plus fréquemment avoir déjà consommé du cannabis que les autres jeunes.

En province de Luxembourg, cette association se marque sous la forme d'un gradient : la proportion de jeunes ayant déjà consommé du cannabis augmente de 12 % parmi ceux qui passent moins de 2 heures par jour à 19 % parmi ceux qui passent entre 2 heures et 4 heures et à 25 % parmi ceux qui passent au moins 4 heures devant un ordinateur ou une console de jeux les jours d'école. Ces proportions sont respectivement de 10 %, 14 % et 20 % quand on considère le temps d'ordinateur et de console de jeux les jours sans école.

5.5. Plaintes et problèmes déclarés

L'enquête explorait la fréquence de certains problèmes (maux de tête, de dos, solitude, stress, tristesse, sommeil insuffisant, violence...) que les jeunes auraient pu rencontrer au cours des douze mois précédant l'enquête. Un certain nombre de liens entre ces indicateurs de santé et les activités physiques, sportives et sédentaires ont été mis en évidence.

D'une part, les jeunes les moins actifs se plaignent plus fréquemment de maux de tête et ressentent davantage de problème de solitude, de tristesse, de stress, de sommeil insuffisant.

D'autre part, les jeunes les plus sédentaires déclarent plus souvent des maux de dos, des problèmes de tristesse, de sommeil insuffisant, de violence.

6. Conclusion

Pour les jeunes, la recommandation internationale est de 60 minutes par jour d'activité physique modérée ou intense sous la forme de sports, de jeux ou d'activités de la vie quotidienne. Force est de constater que, sur base de leurs déclarations, peu de jeunes hainuyers y satisfont. Seul, un jeune sur 6 déclare 4 séances ou plus d'au moins 30 minutes d'activité physique (en dehors de l'école) la semaine qui a précédé l'enquête. Un jeune sur 4 n'en déclare aucune.

Un jeune sur 2 pratique du sport en club.

L'activité physique et sportive diminue avec le passage à l'école secondaire.

Les garçons sont toujours plus actifs que les filles, mais l'écart entre les sexes a tendance à se réduire au fil des ans. Notamment, grâce à l'évolution des mentalités, à l'émergence de nouvelles disciplines plus attractives pour les filles (fitness, zumba, hip-hop...) et à la participation des filles à des sports auparavant typiquement masculins.

Un jeune sur 12 était dispensé du cours d'éducation physique au moment de l'enquête.

Les écrans (télévision, ordinateur, tablette, console de jeux, GSM...) occupent une place de plus en plus importante dans la vie des jeunes.

Dans le groupe d'âge "11 ans", un jeune sur 2 regarde la télévision avant de se rendre à l'école.

En moyenne, les jeunes de 10 à 17 ans regardent la télévision 2 heures 14 minutes les jours d'école et 4 heures 20 minutes les jours sans école. Ils consacrent 2 heures 4 minutes les jours d'école et 4 heures 15 minutes les jours sans école, à l'ordinateur et à la console de jeux.

Le temps passé devant les écrans augmente avec l'âge. Les garçons passent plus de temps devant l'ordinateur et la console de jeux que les filles.

Entre 2004 et 2012, le temps moyen de télévision chez les jeunes de 13 à 17 ans a augmenté de 6 minutes les jours d'école et de 41 minutes les jours sans école et le temps consacré à l'ordinateur et à la console de jeux de 1 heure 10 minutes les jours d'école et de 1 heure 52 minutes les jours sans école.

L'activité physique et sportive des jeunes diminue et les activités sédentaires augmentent lorsque le contexte socioéconomique est moins favorable. Sont particulièrement concernés : les jeunes dont aucun parent ne travaille, ceux dont le père exerce une profession manuelle peu qualifiée, ceux dont la mère est femme au foyer ou manuelle peu qualifiée, les jeunes vivant au sein d'une famille monoparentale et les jeunes qui suivent un enseignement de qualification.

Plus d'activité physique est associée à un tour de taille normal, à plus de satisfaction par rapport au corps, à une alimentation plus équilibrée, à moins de tabagisme, à moins de maux de tête, à moins de problèmes de solitude, de stress, de tristesse, de sommeil insuffisant.

Les mêmes effets sont observés lorsque le temps consacré à des activités sédentaires diminue, mais en plus, on constate un plus faible taux d'obésité, une plus faible consommation de snacks, de sodas sucrés et édulcorés, de boissons énergisantes, d'alcool, de cannabis, moins de maux de dos et moins de problèmes de violence.

La diminution de l'activité physique s'accompagne d'une augmentation encore plus importante de la sédentarité. Il s'ensuit à court terme une dégradation de la condition physique des jeunes, une progression de la surcharge pondérale et à plus long terme un impact inéluctable sur la santé du futur adulte.

Conscients des enjeux de santé publique, de nombreux acteurs se mobilisent. La Charte de Toronto (GAPA, 2010) lance, notamment, un appel mondial pour un mode de vie actif pour tous et invite à une action concertée des gouvernements, de la société civile, des établissements scolaires, des associations professionnelles, du secteur privé, des organismes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé et des collectivités. Elle émet neuf principes directeurs pour une approche populationnelle de l'activité physique et définit quatre actions pour un changement durable : implanter une politique nationale avec son plan d'action, proposer des politiques qui soutiennent l'activité physique, revoir l'offre de service et le financement pour prioriser l'activité physique, établir des partenariats pour passer à l'action.

Au vu des résultats présentés ici, il est primordial de combiner la promotion d'un mode de vie plus actif des jeunes et des populations avec une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé. Il ne suffit donc pas de prôner la responsabilité individuelle de pratiquer une activité physique régulière et de limiter le temps consacré aux écrans, il faut créer des environnements qui facilitent l'adoption de comportements favorables à la santé. Il s'agit d'une responsabilité collective (Bauman, 2012 ; Martin-Matillas, 2011).

Les parents, en privilégiant dès le plus jeune âge les modes de déplacements actifs, en montrant l'exemple, en accompagnant et encourageant leurs enfants, en limitant l'usage des écrans ; l'enseignement, en revalorisant le cours d'éducation physique, en offrant et encadrant plus d'activités sportives extrascolaires, en concevant, dans et autour des écoles, des espaces conçus pour la pratique d'activités physiques et sportives ; les clubs et les fédérations sportives en acceptant que tous les jeunes ne sont pas intéressés par la compétition et que certains vivent des situations familiales ne leur permettant pas d'être assidus ; les communes et les villes, en aménageant des espaces verts, des pistes cyclables, des chemins piétonniers, des terrains de jeux propices à toutes formes d'activités physiques amusantes et informelles basées sur les jeux avec ballons, rollers, en revoyant les plans de mobilité, en facilitant l'accès (spatial, financier, organisationnel) aux infrastructures sportives et récréatives, en assurant une plus grande sécurité... voilà autant d'actions qui combinées amèneront les jeunes à adopter un mode de vie plus actif.

7. Bibliographie

- American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Children, Adolescents, and Television. Pediatrics 2001 ; 107(2) : 423-6
- Andersen LB, Anderssen SA, Bachtel N, Banzer W, Brage S, Brettschneider W-D, et al. Lignes d'action recommandées par l'UE en matière d'activité physique. Actions politiques recommandées dans le cadre du soutien d'une activité physique favorable à la santé. Groupe de travail de l'UE "Sport et Santé" ; 2008
- Aquatias S, Arnal J-F, Rivière D, Bilard J, Callède J-P, Casillas J-M, et al. Activité physique - Contextes et effets sur la santé (Rapport complet & Synthèse et recommandations). Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; 2008
- Australian Government, Department of Health. Australia's Physical Activity and Sedentary Behaviour Guidelines : Fact-Sheet Children (5-12 years), Fact-Sheet Young People 13-17 years), Fact-Sheet adults (18-64 years). Australian Government, Department of Health ; 2014
- Bach J-F, Tisseron S, Houdé O, Léna P. L'enfant et les écrans. Un avis de l'Académie des Sciences. Paris : Editions Le Pommier ; 2013
- Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW. Correlates of physical activity : why are some people physically active and others not ? The Lancet 2012 Jul 18 : 1-14
- Berghmans L, Bizel P, Renard C. Promotion de la santé et dispense du cours d'éducation physique. Synthèse de la matinée de réflexion organisée par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) le 10 juin 2008 à l'IPF à Mons. Mons : OSH ; 2008 : 2-14
- Bizel P, Berghmans L. Pour un mode de vie actif des jeunes. In : Parmentier B, editor. Enfant et nutrition - Guide à l'usage des professionnels. ONE ; 2009 : 150-9
- Brockman R, Jago R, Fox K, Thompson J, Cartwright K, Page A. "Get off the sofa and go and play": Family and socioeconomic influences on the physical activity of 10-11 year old children. BMC Public Health 2009 ; 9(253) : 1-7
- Centers for Disease Control and Prevention. School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2011 Sep 16 ; 60 (5) : 1-80
- Coombs N, Shelton N, Rowlands A, Stamatakis E. Children's and adolescents' sedentary behaviour in relation to socioeconomic position. J Epidemiol Community Health 2013 Oct 1 ; 67(10) : 868-74
- Council on Communications and Media. Media Education. Pediatrics 2010 Nov 1 ; 126(5) : 1012-7
- Council on Communications and Media. Children, Adolescents, and the Media. Pediatrics 2013 Oct 28 : 1-6
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study : International Report from the 2009/2010 Survey. Copenhagen : World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe ; 2012
- Czaplicki G, Laurencelle L, Deslandes R, Rivard MC, Trudeau F. Pratiques parentales, activité physique et consommation de fruits et légumes chez des jeunes de 9 à 17 ans. Science & Sports 2013 Feb ; 28(1) : 36-45

- Danielsen YS, Juliusson PB, Nordhus IH, Kleiven M, Meltzer HM, Olsson SJG, et al. The relationship between life-style and cardio-metabolic risk indicators in children: the importance of screen time. *Acta Paediatr* 2011 Feb ; 100(2) : 253-9
- De Bourdeaudhuij I, Bizel P, Groupe de travail PNNS Axe 2b "Activité physique". L'activité physique en Belgique. Document de consensus scientifique. Plan National Nutrition Santé Axe2b - Groupe de travail activité physique ; 2007
- de Leeuw JR, de Bruijn M, de Weert-van Oene G, Schrijvers A. Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: a prospective study. *BMC Public Health* 2010 ; 10(1) : 544-551
- Decant P, De Smet P, Favresse D, Godin I. La santé des élèves de 5^e et 6^e années primaires - Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2013
- Duncan E, Scoot Duncan J, Schofield G. Pedometer-determined physical activity and active transport in girls. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2008 ; 5(2) : 1-9
- Ekelund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Anderssen SA, Sardinha LB, et al. TV Viewing and Physical Activity Are Independently Associated with Metabolic Risk in Children: The European Youth Heart Study. *PLoS Med* 2006 Dec 12 ; 3(12) : 2449-57
- Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL, Paluch RA, Winiewicz DD, Fuerch JH, et al. A Randomized Trial of the Effects of Reducing Television Viewing and Computer Use on Body Mass Index in Young Children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008 Mar 1 ; 162(3) : 239-45
- EU High Level Group on Nutrition and Physical Activity. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. - [Plan d'action de l'Union européenne sur l'obésité infantile, 2014-2020]. Union Européenne - Conseil des ministres de la santé; 2014 Mar 12
- Fernandez-Alvira JM, De Bourdeaudhuij I, Singh AS, Vik FN, Manios Y, Kovacs E, et al. Clustering of energy balance-related behaviors and parental education in European children : the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013 Jan 15 ; 10(5) : 5-10
- Garcia-Contiente X, Pérez-Giménez A, Espelt A, Nebot Adell M. Factors associated with media use among adolescents: a multilevel approach. *Eur J Public Health* 2014 Feb 1 ; 24(1) : 5-10
- Global Advocacy Council of Physical Activity (GAPA) - International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). La Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action. GAPA - ISPAH. 2010 May 20
- Groupe d'experts du PNNS-B. Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique 2005-2010 - PNNS-B Plan opérationnel. Version février 2006. Bruxelles : Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique ; 2006
- Hardy LL, Denney-Wilson E, Thrift AP, Okely AD, Baur LA. Screen time and metabolic risk factors among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010 Jul ; 164(7) : 643-9
- Healy GN, Dunstan DW, Salmon J, Cérin E, Shaw JE, Zimmet PZ, et al. Breaks in sedentary time : beneficial associations with metabolic risk. (Breaks sédentaires dans le temps: les associations bénéfiques avec des risques métaboliques). *Diabetes Care* 2008 ; 31(4) : 661-6
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Comparaison de l'activité et de la consommation de fruits et légumes selon le poids chez les enfants et les jeunes. ICIS ; 2009 Oct
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, et al. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev* 2005 ; 6 : 123-32

- King AC, Parkinson KN, Adamson AJ, Murray L, Besson H, Reilly JJ, et al. Correlates of objectively measured physical activity and sedentary behaviour in English children. *Eur J Public Health* 2011 Aug 1 ; 21(4) : 424-31
- Klepp K-I, Wind M, De Bourdeaudhuij I, Perez-Rodrigo C, Due P, Bjelland M, et al. Television viewing and exposure to food-related commercials among European school children : associations with fruit and vegetable intake : a cross sectional study. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2007 ; 4(46) : 1-8
- Leatherdale ST. Comportements associés au temps passé devant un écran : les enfants canadiens passent-ils leur temps vautreés sur un divan ? *Maladies chroniques et blessures au Canada* 2011 Sep ; 31(4) : 1-7
- Lissner L, Lanfer A, Gwozdz W, Olafsdottir S, Eiben G, Moreno LA, et al. Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study. *Eur J Epidemiol* 2012 ; 27(9) : 705-15
- Martin-Matillas M, Ortega FB, Ruiz JR, Martinez-Gomez D, Marcos A, Moliner-Urdiales D, et al. Adolescent's physical activity levels and relatives' physical activity engagement and encouragement: the HELENA study. *Eur J Public Health* 2011 Dec 1 ; 21(6) : 705-12
- Metcalf BS, Hosking J, Jeffery AN, Voss LD, Henley W, Wilkin TJ. Fatness leads to inactivity, but inactivity does not lead to fatness : a longitudinal study in children (*EarlyBird* 45). *Arch Dis Child* 2011 ; 96 : 942-7
- Moreau N, De Smet P, Godin I, (partie I), Favresse D, De Smet P, et al. La santé des élèves de l'enseignement secondaire - Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles (parties I et II). *Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES)* ; 2013 Feb
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). *Santé en Hainaut n° 7 - Carnet de bord de la santé 2010*. OSH ; 2010
- Opper J-M. Activité physique, sédentarité et gain de poids. *Cholé-Doc* 2003 ; (80) : 1-3
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. OMS ; 2010
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *La sédentarité: un problème de santé publique mondial*. OMS ; 2013
- Rey-Lopez JP, Tomas C, Vicente-Rodriguez G, Gracia-Marco L, Jimenez-Pavon D, Pérez-Llamas F, et al. Sedentary behaviours and socio-economic status in Spanish adolescents: the AVENA study. *European Journal of Public Health* 2011 Apr ; 21(2) : 151-7
- Rostan F, Simon C, Ulmer Z, (dir.). *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; 2011
- Scragg R, Quigley R, Taylor R. Does watching TV contribute to increased body weight and obesity in children ? *Scientific Committee of the Agencies for Nutrition Action*. 2006 Jul
- Shields M, Tremblay MS. Comportements sédentaires et obésité. *Rapports sur la santé* 2008 Jun ; 19(2) : 1-14
- Simon C. La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2005 Aug ; 18(5) : 217-23
- Strasburger V, Jordan A, Donnerstein E. Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics* 2010 Apr ; 125 : 756-67

- Thivel D, Chaput J-P. Impact des activités sédentaires sur la prise alimentaire des jeunes [Food consumption in children and youth: Effect of sedentary activities]. Rev Epidém et Santé Publ 2013 Aug ; 61(4) : 399-405
- Tisseron S. Grandir avec les écrans - "La règle 3-6-9-12". Yapaka.be, Temps d'arrêt n° 64 ; Avril 2013
- Tricoire M, Ducros A. Médecins scolaires : accompagner les adolescents vers la reprise de l'activité physique. La Santé de l'Homme 2003 ; (364) : 25-6
- Wennberg P, Gustafsson PE, Howard B, Wennberg M, Hammarström A. Television viewing over the life course and the metabolic syndrome in mid-adulthood : a longitudinal population-based study. J Epidemiol Community Health 2014 Oct 1 ; 68(10) : 928-33
- Wiecha JL, Peterson KE, Ludwig DS, Kim J, Sobol A, Gortmaker SL. When Children Eat What They Watch - Impact of Television Viewing on Dietary Intake in Youth. Arch Pediatr Adolesc Med 2006 ; 160 : 436-42
- World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe, Union européenne. Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States. 2010. Report N° 10

Sitographie

- Fédération Wallonie-Bruxelles. La Campagne 3-6-9-12 : maîtrisons les écrans, <http://www.yapaka.be/ecrans> (dernière consultation le 05/11/2014)

Pour en savoir plus

- Association des Provinces wallonnes (APW). 0-5-30 Combinaison santé. Namur : APW ; 2013
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Bouger... Pour votre santé, 30 minutes par jour suffisent ! ; 2014
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Marcher, pour le plaisir, pour la santé ! ; 2014



Chapitre **5. Assuétudes**



I. Introduction

L'adolescence constitue la période de transition entre l'enfance et la vie d'adulte. Si elle s'accompagne de nombreux changements physiologiques et physiques, c'est aussi une phase de maturation et d'évolution psychologique, et donc critique en termes de vulnérabilité.

Durant cette période, l'adolescent s'affranchit progressivement du lien de dépendance aux parents, en affirmant ses propres désirs, par la recherche de nouvelles figures d'identification, mais aussi de nouvelles expériences associant souvent une certaine résistance aux règles établies.

Dans ce contexte, et au gré des opportunités, l'adolescence se révèle propice à l'expérimentation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...) (*Malchair, 2013*) et de comportements particuliers. Une consommation précoce peut être prédictive d'un usage nocif, voire d'une dépendance ultérieure à ces substances, de troubles du comportement ou de difficultés scolaires et professionnelles. Plus l'initiation de la consommation est précoce, plus les toxicités immédiates sont importantes et plus ces risques sont majorés (*Inserm, 2014*).

2. Tabac

Parmi les différents facteurs de risque pour la santé, le tabac est l'un des plus critiques. En effet, son usage est considéré comme la principale cause évitable de morbidité et de mortalité. En termes de mortalité, le tabac provoque plus de 5,4 millions de décès par an dans le monde et on prévoit qu'il tuera jusqu'à 8 millions de personnes sur terre en l'an 2030 si l'évolution actuelle persiste (OMS, 2008).

En Belgique, globalement, le nombre de fumeurs a diminué progressivement au cours des dernières décennies. Toutefois, selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, en moyenne, 23 % des personnes de plus de 15 ans sont encore fumeurs (Gisle, 2014).

De nombreuses études ont montré que le tabagisme joue un rôle capital dans le développement des cancers, tous types confondus et singulièrement du cancer du poumon (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Il est également déterminant dans l'apparition des maladies cardiaques, des maladies respiratoires chroniques et de l'emphysème (OMS, 2014 a).

En Belgique, un tiers de tous les décès pour causes médicales chez les hommes sont liés au tabac (Lorant, 2008).

A court terme, la consommation de tabac altère le goût, l'odorat et l'haleine ainsi que la peau, les cheveux, le teint et la couleur des dents. Mais surtout, elle augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et diminue la résistance à l'exercice physique et la capacité respiratoire, en particulier lors d'activités physiques (Halfen, 2003).

Bien que les principales pathologies liées au tabagisme apparaissent chez l'adulte, elles trouvent souvent leur fondement dans le développement de la dépendance au tabac au cours de la période juvénile, particulièrement l'adolescence (Inserm, 2004).

Plus une personne commence à fumer tôt, plus elle sera susceptible d'être dépendante, d'avoir une forte consommation de tabac, d'éprouver des difficultés à arrêter de fumer, et de développer des maladies liées au tabac (Bartsch, 2006 ; Renault, 2008).

Lutter contre le tabagisme reste donc aujourd'hui plus que jamais un des plus grands défis de santé publique.

2.1. Consommation de tabac

Pour classer leur niveau de tabagisme, les jeunes ont été groupés en différentes catégories sur base de leurs déclarations :

- les non-fumeurs : ceux qui n'ont jamais fumé ;
- les anciens fumeurs : ceux qui ne fument plus au moment de l'enquête mais qui ont déjà fumé (au moins une cigarette) ;
- les fumeurs actuels : ceux qui se considèrent comme fumeurs au moment de l'enquête. Ceux-ci sont subdivisés en deux catégories :
 - les fumeurs quotidiens (qui ont fumé tous les jours pendant les 30 jours précédant l'enquête) ;
 - les fumeurs occasionnels (qui n'ont pas fumé tous les jours pendant la même période).

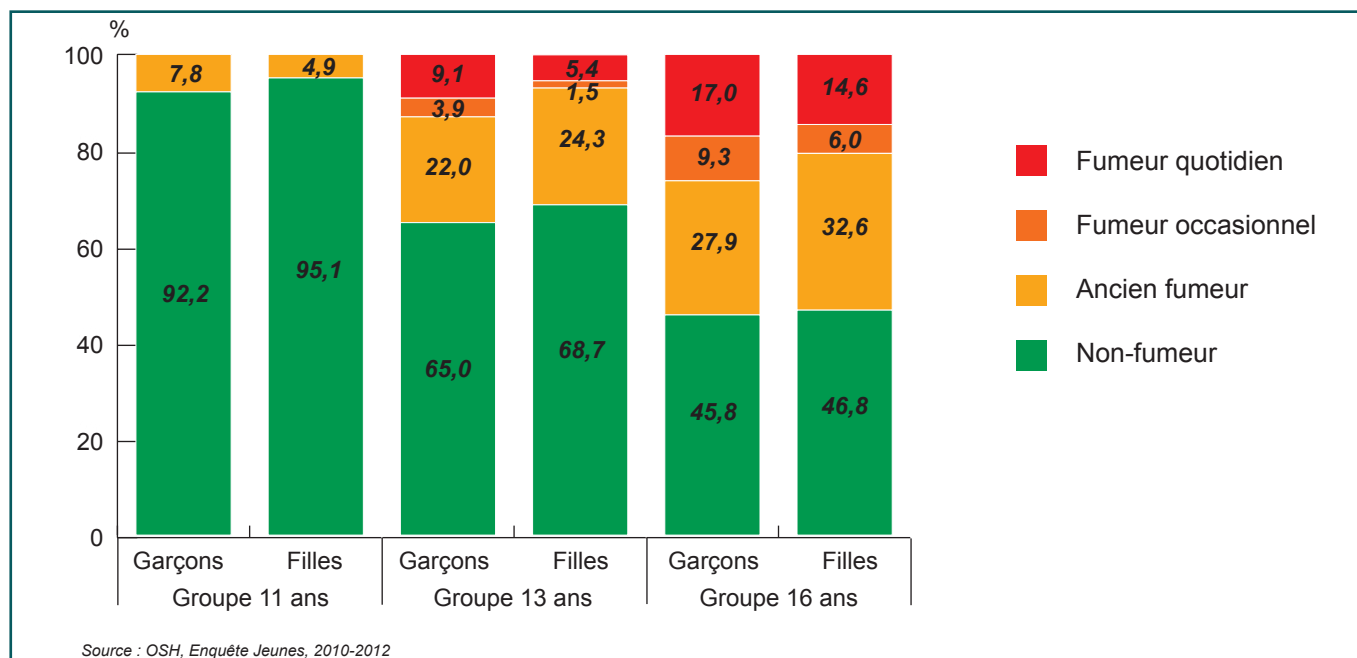
La littérature définit plusieurs niveaux de consommation tabagique pour les fumeurs quotidiens (Bartsch, 2006) :

- petits fumeurs : une consommation maximale de 4 cigarettes par jour ;
- fumeurs moyens : une consommation de 5 à 19 cigarettes par jour ;
- gros fumeurs : une consommation minimale de 20 cigarettes par jour.

Les fumeurs occasionnels et les petits fumeurs peuvent plus facilement arrêter de fumer et constituent une cible privilégiée pour les programmes d'arrêt du tabac. Une majorité de fumeurs occasionnels évoluent soit vers l'arrêt, soit vers la consommation quotidienne (Bartsch, 2006).

Description de la situation en 2012

Figure 5.1. Consommation de tabac, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 782)



Le tabagisme augmente avec l'âge. A 11 ans, 7,8 % des garçons et 4,9 % des filles ont déjà essayé de fumer au moins une cigarette, mais aucun ne se déclare fumeur au moment de l'enquête.

A 13 ans, 13 % des garçons se déclarent fumeurs soit 9,1 % de fumeurs quotidiens et 3,9 % de fumeurs occasionnels. Parmi les filles, on dénombre 5,4 % de fumeuses quotidiennes et 1,5 % de fumeuses occasionnelles, soit un total de 6,9 %.

A 16 ans, indépendamment du genre, plus de la moitié des jeunes ont déjà essayé de fumer. Les proportions de fumeurs quotidiens sont pratiquement les mêmes chez les filles (15 %) et les garçons (17 %). Toutefois, on observe un peu plus de fumeurs occasionnels chez les garçons.

En province de Luxembourg, on observe des chiffres similaires à ceux du Hainaut sauf pour les garçons de 13 ans dont le tabagisme est moins fréquent en province de Luxembourg : 6,4 % de fumeurs et 18 % d'anciens fumeurs.

Parmi les 195 fumeurs de notre échantillon, 66 % estiment que leur consommation est un problème, une proportion comparable à celle de la province de Luxembourg.

Tableau 5.1. Niveau de consommation tabagique chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 129)

%	Ne fument pas actuellement	Fumeurs occasionnels	Fumeurs quotidiens		
			1-4 cig./j	5-19 cig./j	≥ 20 cig./j
13 ans	90,6	2,5	1,6	4,3	1,0
16 ans	77,1	7,3	1,1	12,1	2,4

cig./j = cigarette(s) par jour

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



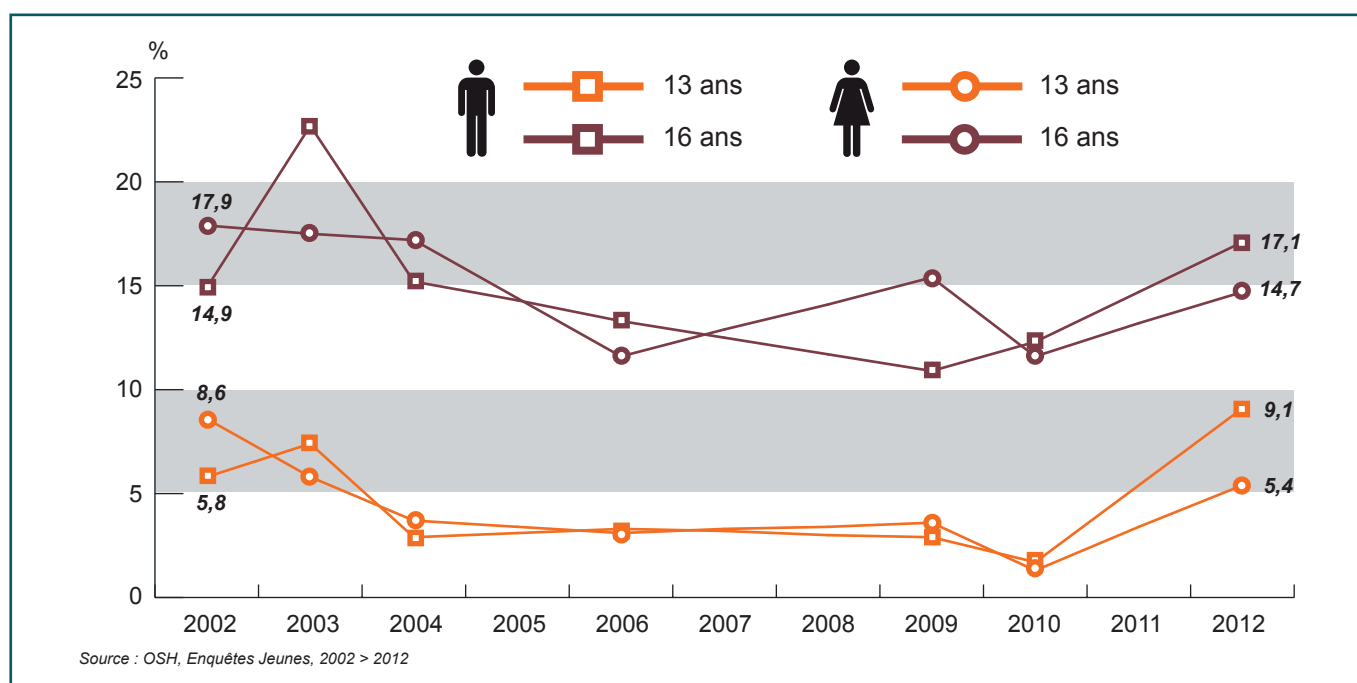
Les fumeurs moyens (5 à 19 cigarettes par jour) représentent la majorité des fumeurs quotidiens.

Entre 13 et 16 ans, les proportions de fumeurs occasionnels et de fumeurs moyens sont presque multipliées par trois.

La répartition est similaire en province de Luxembourg.

Evolution

Figure 5.2. Evolution du tabagisme quotidien chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe



Globalement, de 2002 à 2010, le tabagisme quotidien diminue lentement avant de remonter en 2012.

Une remontée de la consommation de tabac des jeunes est également constatée en France et dans d'autres pays d'Europe depuis 2008 (Inserm, 2014).

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 5.2. Essai du tabac (avoir fumé au moins une fois dans sa vie) en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 790	30,5 %	-
Groupe d'âge			
11 ans	653	6,3 %	1
13 ans	513	33,1 %	5,28*
16 ans	624	53,7 %	8,55*
Nombre de parents qui travaillent			
0	145	39,3 %	1,38*
1	527	31,7 %	1,11
2	975	28,5 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 039	24,5 %	1
Monoparentale	337	36,8 %	1,51*
Recomposée	254	43,7 %	1,79*
Garde alternée	30	30,3 %	1,24
Filière scolaire			
13 ans			
Transition	425	28,7 %	1
Qualification	66	63,6 %	2,22*
16 ans			
Transition	331	46,5 %	1
Qualification	293	61,8 %	1,33*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼
Comme constaté précédemment, l'initiation au tabac se fait principalement dans le groupe des 13 ans (cinq fois plus de jeunes de 13 ans ont déjà fumé au moins une cigarette dans leur vie que dans le groupe des 11 ans) et se poursuit durant l'adolescence.

Quand la famille du jeune ne bénéficie d'aucun revenu du travail, l'essai du tabac est 1,38 fois plus fréquent que lorsque les deux parents travaillent.

Le lien avec le type de famille se révèle encore plus marqué puisque l'essai du tabagisme est respectivement 51 % et 79 % plus fréquent dans les familles monoparentales et recomposées.

Les jeunes de l'enseignement de qualification ont plus fréquemment essayé de fumer que les jeunes de l'enseignement de transition.

Ces liens étaient déjà présents dans l'enquête de 2004 (OSH, 2010). En province de Luxembourg, le même type de relation avec l'essai du tabac se retrouve pour la catégorie socioprofessionnelle des parents, le type de famille et la filière scolaire.

Plusieurs études mettent en évidence des liens entre consommation de tabac et situation socioéconomique peu favorable chez le jeune et chez l'adulte (Bartsch, 2006 ; Gisle, 2010 ; Lorant, 2008 ; OSL, 2010).

2.2. Age de la première cigarette

L'initiation au tabagisme, assimilée à l'âge où la première cigarette a été fumée, joue un rôle majeur dans le futur comportement tabagique (Bartsch, 2006). Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) (Bantuelle, 2008), l'initiation précoce favoriserait une plus forte dépendance, une plus faible capacité à cesser de fumer et un risque plus élevé d'adopter d'autres comportements à risque pour la santé.

Selon notre enquête, les garçons de 16 ans déclarent avoir fumé leur première cigarette en moyenne à 13 ans et 5 mois et les filles de 16 ans en moyenne à 13 ans et 4 mois. Ces chiffres sont cohérents avec les données par groupe d'âge présentées dans le tableau 5.2. L'évolution dans le temps montre une relative stabilité de ces chiffres. L'âge de la première cigarette est semblable en province de Luxembourg et dans d'autres études (Bartsch, 2006 ; OSL, 2010).

La période de 12 à 13 ans apparaît comme une période critique pour le démarrage du tabagisme. D'ailleurs, pour cette tranche d'âge spécifique, l'Inpes (Inpes, 2012) a recensé une série d'interventions efficaces pour la prévention du tabagisme chez les jeunes.

2.3. Tabagisme au réveil

Le délai entre le réveil et la première cigarette fumée est une des questions du test court de Fageström qui permet de dépister la dépendance au tabac (Underner, 2012).

Parmi les jeunes se déclarant fumeur actuel (quotidien ou occasionnel), 62 % fument ou ont envie de fumer une cigarette au réveil. Cette dépendance touche 73 % des garçons et 54 % des filles.

En province de Luxembourg, le pourcentage apparaît plus faible : 52 % des jeunes sans différence entre les filles et les garçons.

2.4. Arrêt du tabac

Le sevrage tabagique constitue la seule intervention efficace sur la santé des fumeurs. Celui-ci entraîne de gros avantages à court terme en diminuant immédiatement le risque de maladies cardiovasculaires. A long terme, il réduit le risque de toutes les maladies liées au tabagisme (Peto, 2006).

Parmi les fumeurs de 13 à 17 ans, 45 % désirent arrêter de fumer et 58 % ont essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête. On ne relève pas de différence entre les sexes et/ou entre les groupes d'âge. En province de Luxembourg, des résultats similaires sont observés.

Une étude du Centre de Recherche et d'Information des Organismes de Consommateurs (CRIOC) (Velghe, 2011) rapporte une proportion équivalente de tentatives d'arrêt du tabac et une proportion plus élevée (59 %) de désir d'arrêter de fumer.

Les jeunes fumeurs sont moins enclins à arrêter de fumer que les adultes. Ils ne perçoivent pas de la même manière les risques du tabagisme et ne sont pas toujours conscients du rôle prépondérant que joue la dépendance dans la difficulté du sevrage (Prokhorov, 2001). Il est donc important d'aborder le tabagisme de manière appropriée lors des campagnes de promotion de la santé.

2.5. Tabagisme passif

Le tabagisme passif consiste à inhaler de manière involontaire la fumée de cigarette des autres. Or, cette fumée est nocive et fait partie des nuisances environnementales. C'est même la source de pollution domestique la plus importante. Les enfants y sont particulièrement sensibles. Chez les personnes exposées (fumeurs et non-fumeurs), le tabagisme passif accroît les risques de cancer du poumon et d'accidents cardiaques. Chez l'enfant, il augmente le risque d'infections respiratoires et les crises d'asthme. Chez les bébés, il augmente les risques de mort subite (OMS, 2010 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Description de la situation en 2012

Tableau 5.3. Fumeurs à la maison dans la famille du jeune (N = 1 705 à 1 757)

Fumeurs	%
Père (beau-père)	40,2
Mère (belle-mère)	34,9
Frère(s) ou sœur(s)	17,8

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Le tableau ci-contre décrit la proportion de jeunes dont un ou plusieurs membres de la famille fument au domicile. En Hainaut, 40 % de jeunes déclarent que leur père (beau-père) fume à la maison et 35 % que leur mère (belle-mère) fume. La proportion est moindre pour la fratrie, ce qui peut s'expliquer soit par l'âge des frères et sœurs, soit par le fait que les parents interdisent de fumer à leurs enfants et aussi par un tabagisme moins fréquent chez l'adolescent que chez l'adulte entre 25 et 55 ans.

Les proportions sont plus faibles en province de Luxembourg : environ 30 % pour les parents et 15 % pour les frères et sœurs.

Outre l'effet délétère de la fumée, le tabagisme des proches exerce une influence négative sur la consommation de tabac du jeune comme nous le verrons plus loin (cf. 2.6. Influence de l'entourage).

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 5.4. Présence de fumeurs à domicile en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 784	58,1 %	-
Sexe			
Garçons	886	55,8 %	1
Filles	898	60,5 %	1,08*
Nombre de parents qui travaillent			
0	145	77,9 %	1,63*
1	525	68,8 %	1,44*
2	972	47,8 %	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	791	66,9 %	2,51*
Manuel qualifié	219	53,0 %	1,99*
Employé peu ou moyennement qualifié	247	52,6 %	1,98*
Employé qualifié ou cadre	263	26,6 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	206	68,0 %	1,98*
Manuelle peu qualifiée	449	72,4 %	2,11*
Manuelle qualifiée	78	53,9 %	1,57*
Employée peu ou moyennement qualifiée	398	54,0 %	1,57*
Employée qualifiée ou cadre	361	34,4 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 038	48,3 %	1
Monoparentale	332	67,5 %	1,40*
Recomposée	254	77,2 %	1,60*
Garde alternée	99	70,7 %	1,46*
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	754	52,8 %	1
Qualification	356	71,1 %	1,35*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les filles rapportent un peu plus souvent un tabagisme de l'entourage familial que les garçons. Elles y seraient peut-être plus attentives.

Le tabagisme de l'adulte est fortement déterminé par les conditions de vie : on observe plus de fumeurs parmi les personnes les moins favorisées (Gisle, 2010 ; Lorant, 2008). Assez logiquement, le tableau ci-dessus montre que le tabagisme passif des jeunes est, lui aussi, fortement lié aux conditions socioéconomiques.

On constate que moins les parents ont un travail, plus le tabagisme passif augmente.

En fonction de la catégorie socioprofessionnelle du père ou de la mère, le tabagisme passif varie du simple au double entre un parent employé qualifié ou cadre et un parent manuel peu qualifié.

Par rapport à la famille biparentale, les autres configurations familiales sont associées à davantage de tabagisme passif.

Les jeunes de l'enseignement de qualification sont également plus soumis au tabagisme passif à la maison que ceux de l'enseignement de transition.

2.6. Influence de l'entourage

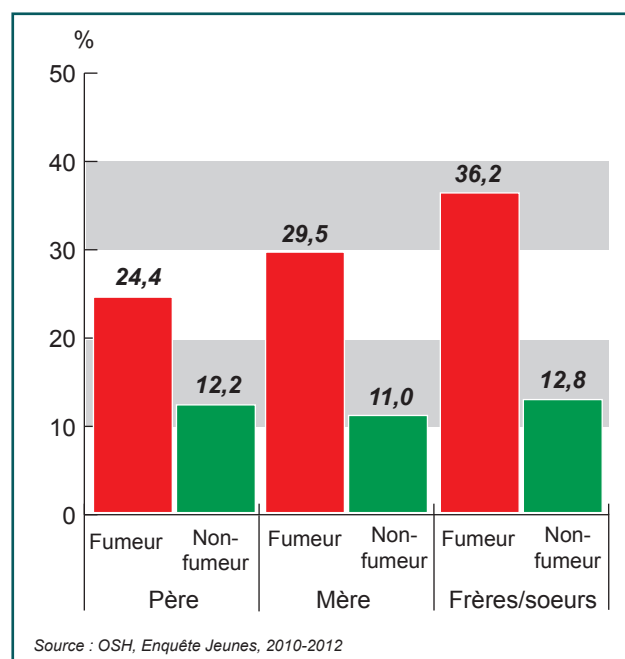
Des jeunes, vivant dans un contexte social où l'on fume beaucoup, courent plus le risque de commencer à fumer que ceux qui vivent dans un environnement social "sans tabac" : parents, amis, frères et sœurs aînés qui fument, exercent la plus grande influence (Maes, 2014).

Les parents ont un rôle important à jouer en termes d'exemple. Si l'un des parents fume ou si les deux parents fument, le risque que les enfants prennent aussi cette habitude augmente.

Si le tabagisme des parents exerce une influence, leur attitude vis-à-vis du tabagisme de leurs enfants joue aussi. Si les parents (même ceux qui fument) découragent leurs enfants de fumer ou le leur interdisent, le risque que les enfants commencent à fumer diminue (tobaccofreekids.org, 2015).

Selon l'étude HBSC, avoir des fumeurs parmi ses meilleurs amis est aussi un des facteurs prédictifs du tabagisme des jeunes de 14 à 18 ans (Maes, 2014).

Figure 5.3. Fumeurs actuels selon le statut tabagique des membres de la famille chez les jeunes de 13 et 16 ans (Père N = 1 097 ; Mère N = 1 096 ; Frères/sœurs N = 909)



► Les jeunes dont un membre de la famille fume ont un risque deux à trois fois plus élevé de devenir eux-mêmes fumeurs.

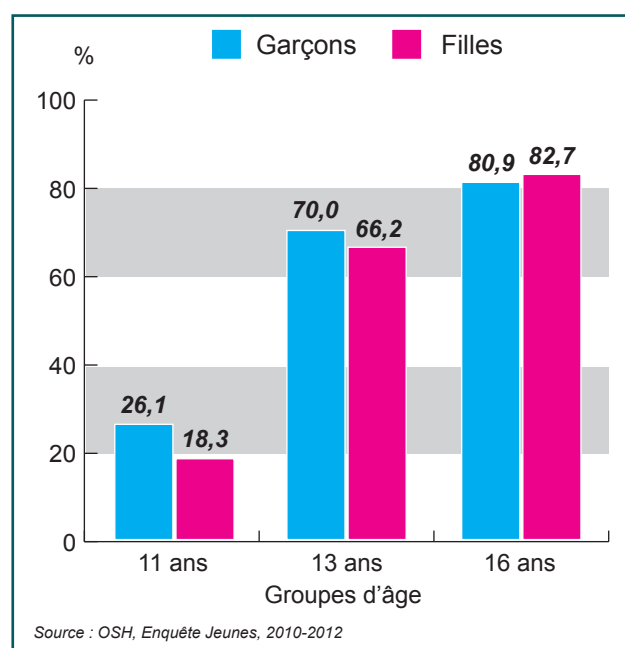
Un lien similaire se retrouve entre le tabagisme du jeune et celui de ses amis proches : la proportion de fumeurs est de 1 % parmi les jeunes de 13 et 16 ans n'ayant aucun ami proche fumeur et de 23 % parmi ceux qui en ont.

En province de Luxembourg, on observe le même résultat avec des proportions de 7 % et 22 % respectivement.

Tabagisme des amis

Durant l'adolescence, l'influence des amis devient plus importante. A mesure que les jeunes avancent en âge, ils s'identifient plutôt à leurs pairs qu'à leur famille. Le cercle d'amis ne joue pas seulement un rôle en tant que "fournisseur" de cigarettes. Les amis qui fument peuvent donner l'impression au jeune que fumer est un phénomène assez général et contribue à la création d'une norme où le tabagisme est accepté (Beck, 2013 ; Maes, 2014).

Figure 5.4. Jeunes qui déclarent avoir des amis fumeurs, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 792)



► Assez logiquement, plus le jeune avance en âge, plus il a d'amis fumeurs (plus de 80 % à 16 ans), les garçons un peu plus précocement que les filles. Cette évolution est parallèle à l'initiation au tabagisme (cf. Figure 5.1.).

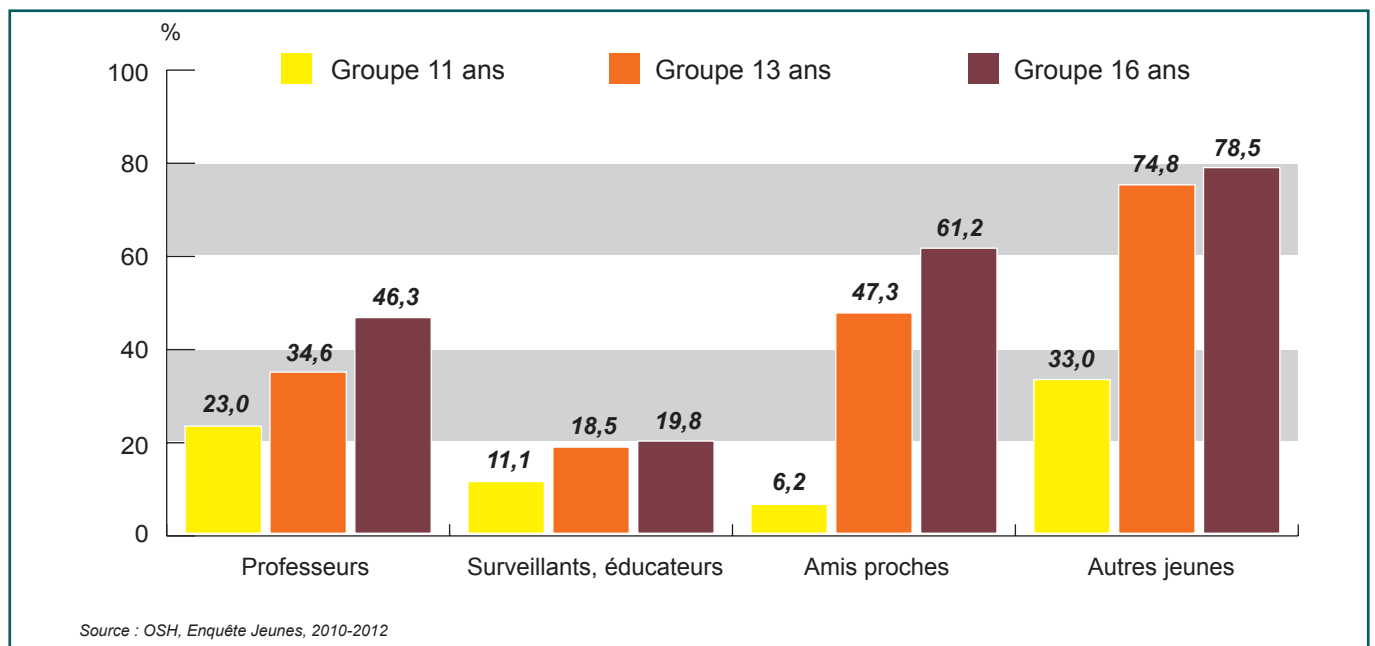
La même tendance se retrouve en province de Luxembourg dans des proportions plus faibles.

Tabagisme à l'école

Le tabagisme au sein de l'école pose un double problème chez les jeunes : en plus de la toxicité liée à l'exposition à la fumée, sont en jeu les valeurs, les symboles et les modèles véhiculés par la cigarette ainsi que l'adhésion à un comportement social dominant.

Depuis le 1^{er} septembre 2006, il est interdit de fumer dans les écoles de la FWB et, depuis le 1^{er} septembre 2008, dans les enceintes et aux abords des écoles de la Communauté flamande. Ces interdictions sont valables pour tous, tant pour les élèves que les professeurs, le personnel éducatif, administratif et les parents...

Figure 5.5. Jeunes qui déclarent avoir vu quelqu'un fumer à l'école, selon le groupe d'âge (N = 1 756 à 1 774)



Plus l'élève est âgé, plus il déclare avoir vu du personnel ou d'autres jeunes fumer dans l'enceinte de l'école. A tous les âges, il s'agit le plus souvent d'autres jeunes. A 13 et 16 ans, les trois quarts des jeunes ont vu un autre jeune fumer à l'école. A 11 ans, environ un quart (23 %) des jeunes a vu un enseignant fumer à l'école. Cette proportion double à 16 ans (46 %). Les éducateurs sont moins fréquemment vus en train de fumer à l'école (11 % dans le primaire, 19 à 20 % dans le secondaire).

Des proportions similaires sont observées en province de Luxembourg.

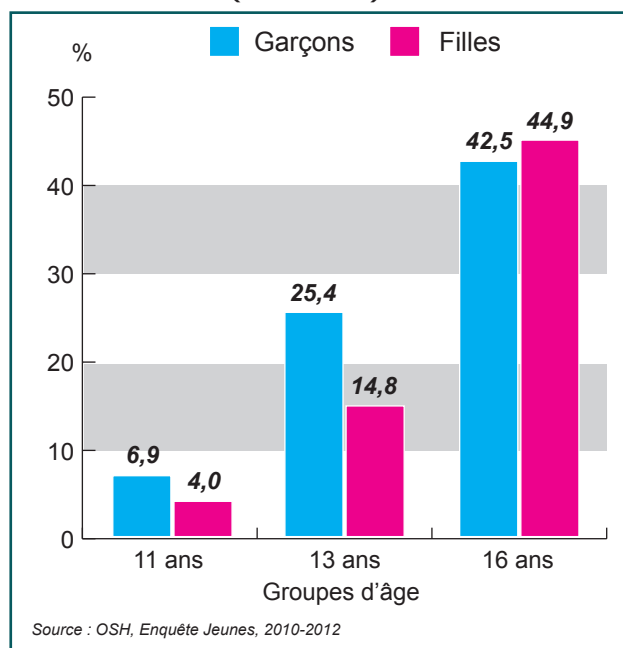
2.7. Chicha

La chicha est une pipe à eau permettant de fumer du tabac chauffé grâce à du charbon de bois. Beaucoup de consommateurs manquent d'informations et ne connaissent pas les effets de la chicha sur la santé. Ainsi, certains adolescents pensent que la chicha est moins nocive que les cigarettes, le cannabis ou le tabac à rouler, parce que l'eau filtre les composants nuisibles... or il n'en est rien !

L'OMS (OMS, 2006) considère que la chicha "constitue un risque sanitaire sérieux". Les effets sur la santé sont nombreux :

- la plupart des goudrons produits par la combustion du tabac et du charbon traversent l'eau et atteignent les voies respiratoires, en provoquant irritation et toux. Ils contiennent également des substances chimiques cancérigènes. Il est important de préciser que la production de goudrons lors d'une séance de chicha est très élevée parce que les fumeurs introduisent beaucoup plus de tabac que dans une cigarette ;
- il est avéré que la chicha entraîne des risques sur la santé des consommateurs et aussi des non-fumeurs exposés à la fumée qu'elle dégage (tabagisme passif) ;
- les consommateurs s'exposent également à des risques infectieux, en cas de passage du même embout d'un consommateur à l'autre (Fonds des affections respiratoires (FARES), 2012).

Figure 5.6. Jeunes qui déclarent avoir fumé ou essayé de fumer la chicha, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 793)



► A 11 ans, il y a presque autant de jeunes qui ont essayé la chicha (6,9 % des garçons, 4,0 % des filles) que de jeunes qui ont essayé la cigarette (7,8 % des garçons, 4,9 % des filles). A 16 ans, un peu moins de la moitié des jeunes (43 % des garçons, 45 % des filles) ont essayé la chicha alors que l'on atteint respectivement 54 % et 53 % pour la cigarette.

A 11 ans, la majorité des fumeurs de chicha ont fumé maximum une fois dans les douze derniers mois, à 13 ans, maximum deux fois et à 16 ans, maximum trois fois. Ces chiffres cachent une grande diversité de consommation : certains jeunes de 16 ans déclarent y recourir plus d'une fois par semaine.

La situation est globalement semblable en province de Luxembourg.

Selon une étude du FARES (FARES, 2012), la chicha est à la mode, notamment chez les plus jeunes. En Belgique, 54 % des 17-18 ans ont déjà fumé la chicha. De plus, sa consommation peut constituer une porte d'entrée dans le tabagisme pour un certain nombre de personnes, particulièrement des jeunes.

2.8. Liens avec d'autres facteurs de santé

2.8.1. Activité physique

Au-delà de ses conséquences mortelles à long terme, le tabagisme affecte rapidement le système respiratoire et le système cardiovasculaire. Il réduit l'apport en oxygène des muscles (réduction de la capacité pulmonaire, la constriction des vaisseaux sanguins périphériques, blocage de l'hémoglobine par le monoxyde de carbone...). Ces effets réduisent directement l'aptitude à exercer une activité physique ou sportive, à quel que niveau que ce soit (U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

Le lien entre tabagisme et activité physique est développé au chapitre 4. paragraphe 5.4.

D'une manière générale, moins un jeune pratique d'activité physique, plus son risque d'être fumeur augmente. Les jeunes affiliés à un club sportif sont moins fréquemment fumeurs que les autres. Il faut rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats. D'une part, le désir d'une bonne condition physique peut amener le jeune à renoncer au tabac. D'autre part, le contexte dans lequel le jeune vit peut à la fois l'inciter à pratiquer de l'activité physique ou du sport et le décourager de fumer. En effet, nos résultats montrent que tant le tabagisme que l'activité physique sont fortement liés aux facteurs socioéconomiques.

La littérature rapporte une moindre prévalence du tabagisme chez les sportifs que chez les non sportifs (Filloux, 2010).

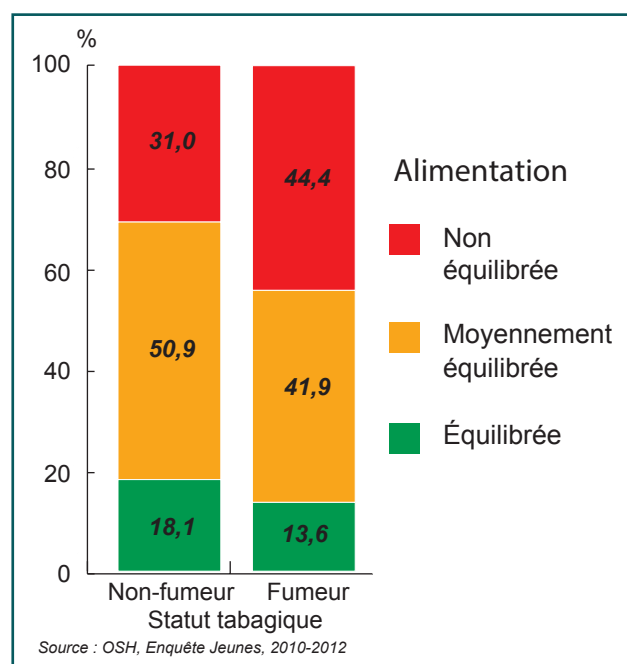
L'encadrement du club sportif peut être un élément mobilisateur pour mettre en lumière les contradictions entre une bonne hygiène de vie et le tabagisme qui entraîne in fine une diminution des performances sportives (Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), 2002).

2.8.2. Alimentation

Le tabagisme a des effets sur les perceptions sensorielles. Il a été montré que les fumeurs n'ont pas la même alimentation que les non-fumeurs. Les fumeurs ont une alimentation plus riche en lipides, alcool et ont des besoins en énergie plus importants. En revanche, ils consomment moins de fibres, de vitamine C et de vitamine E que les non-fumeurs.

Une partie de ces différences peut s'expliquer par la diminution de la perception olfacto-gustative : elle entraîne des choix alimentaires plus gouteux, donc en général plus riches en lipides. Pour la même raison, le fumeur mange peu de légumes et de fruits, avouant même qu'il les trouve insipides (Churlaud, 2009).

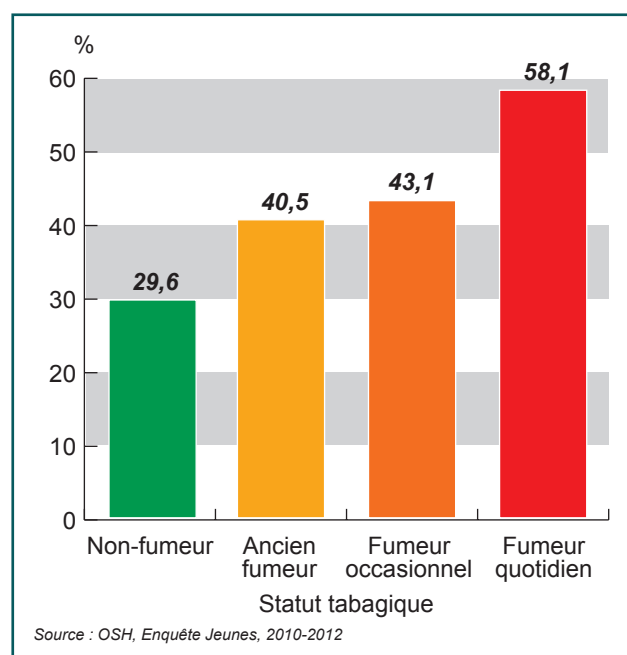
Figure 5.7. Score d'alimentation équilibrée en fonction du statut tabagique chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 076)



► Les fumeurs actuels sont 1,5 fois plus nombreux à avoir un score d'alimentation non équilibrée que les non-fumeurs et ex-fumeurs (44 % versus 31 %). A l'inverse, une alimentation équilibrée est plus rare chez les fumeurs que chez les non-fumeurs et ex-fumeurs (14 % contre 18 %). Comme dans le cas de l'association entre tabac et manque d'activité physique, nous retrouvons ici une accumulation de comportements défavorables à la santé chez certains jeunes.

En province de Luxembourg, on retrouve la même relation entre tabagisme et score d'alimentation.

Figure 5.8. Absence de prise du petit déjeuner les jours d'école en fonction du statut tabagique chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 117)



► Alors que 30 % des non-fumeurs ne prennent pas de petit déjeuner, cette proportion augmente à environ 40 % chez les anciens fumeurs et les fumeurs occasionnels et atteint 58 % des fumeurs quotidiens soit près du double des non-fumeurs.

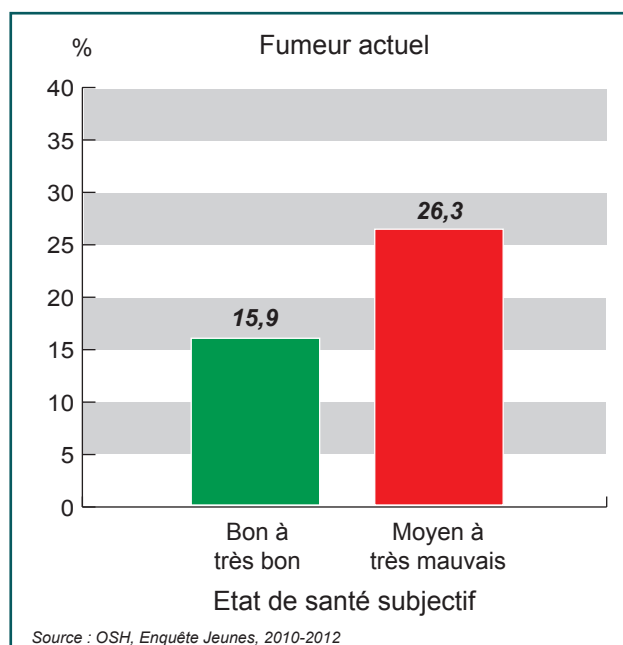
En province de Luxembourg, le gradient est plus marqué : les fumeurs quotidiens sont 58 % à ne pas prendre un petit déjeuner contre 20 % des non-fumeurs.

La nicotine a pour effet de diminuer la sensation de faim. Ceci peut expliquer le fait que les fumeurs mangent moins et qu'ils ne prennent pas de petit déjeuner : ils auront davantage tendance à privilégier une cigarette en se levant plutôt que de la nourriture (Mineur, 2011).

2.8.3. Etat de santé

Le tabac peut avoir un impact immédiat sur la santé et être lié à davantage de plaintes et une moins bonne appréciation de sa santé. A l'inverse, des jeunes mal dans leur peau ou ayant vécu des situations stressantes seront aussi plus enclins à rechercher dans le tabac un remède à leur mal-être (Bartsch, 2006 ; Beck, 2013). Ils auront aussi plus souvent une moins bonne appréciation de leur santé.

Figure 5.9. Proportion de fumeurs actuels en fonction de l'état de santé subjectif chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 133)



► Les jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent que leur état de santé est moyen à très mauvais sont plus souvent fumeurs que ceux qui se disent en bonne ou très bonne santé (26 % contre 16 %).

Le même lien entre l'état de santé et le tabagisme existe en province de Luxembourg.

Dans cette province, il existe en outre un lien entre satisfaction par rapport au corps et tabagisme qui n'est pas retrouvé en Hainaut : les jeunes satisfaits de leurs corps sont 13 % à fumer contre 20 % pour ceux qui sont insatisfaits.

2.8.4. Problèmes de poids

En moyenne, le poids ajusté à l'âge est inférieur chez le fumeur par rapport au non-fumeur. La nicotine de la fumée agit comme coupe-faim. Elle augmente aussi le métabolisme de base du fumeur avec pour conséquence un accroissement du nombre de calories qu'il peut absorber par son alimentation sans que son poids ne progresse. En contribuant à réduire le stress, elle évite aussi la suralimentation qui y est souvent liée. A l'arrêt du tabac, ces effets cessent et on assiste fréquemment à une prise de poids (FARES, 2004).

L'idéal d'un corps mince est devenu très prégnant dans nos sociétés, notamment chez les jeunes. Paradoxalement, le nombre de personnes en surpoids n'a jamais été aussi élevé (Beck, 2013).

Le jeune fumeur pourrait dès lors être tiraillé entre deux sentiments : le désir d'arrêter de fumer et la crainte de la prise de poids.

En Hainaut, on n'observe pas de lien entre le souhait de maigrir et le tabagisme alors qu'il existe en province de Luxembourg où la proportion de fumeurs atteint 20 % des jeunes qui souhaitent maigrir contre 12 % des autres.

3. Alcool

Avec le tabac, l'alcool est la substance psychoactive légale la plus consommée dans toute l'Union européenne quel que soit l'âge.

Selon le rapport sur la situation mondiale sur l'alcool et la santé de l'OMS (OMS, 2014 b), l'usage nocif d'alcool est à l'origine d'environ 3,3 millions de décès chaque année dans le monde, soit 5,9 % de l'ensemble des décès. Dans la tranche d'âge des 20-39 ans, près de 25 % des décès sont attribuables à l'alcool.

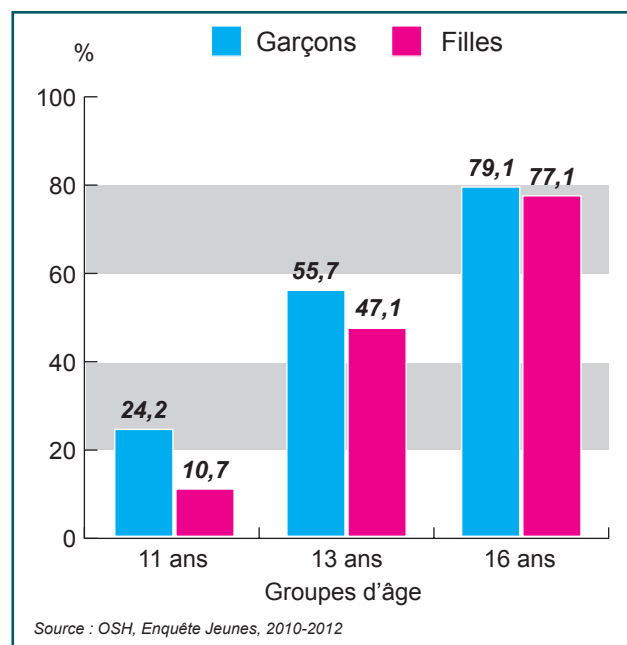
Dans nos sociétés occidentales, l'usage d'alcool est fortement intégré à nos habitudes de vie. Il sert bien à célébrer de nombreux événements (nouvel an, réussite des examens, bal des réthos, repas de familles...). De par ses effets désinhibiteurs, il sert à s'évader du quotidien, permet de détendre l'atmosphère et favorise la convivialité sociale. Symbole de moments de détente et d'échanges, il s'avère cependant problématique lorsqu'il est consommé abusivement et de manière répétée (Favresse, 2008).

Outre les nombreuses répercussions néfastes sur la santé associées à l'abus d'alcool, il convient de rester particulièrement vigilant par rapport à la consommation d'alcool chez les jeunes. En effet, selon l'OMS (OMS, 2014 b), l'alcool peut conduire les jeunes à développer des comportements excessifs et/ou à risque (conduite d'un véhicule en état d'ivresse, rapports sexuels non protégés et/ou non désirés, violence verbale et physique...).

Il serait vain de prôner une abstinence totale d'alcool auprès des jeunes et il n'existe pas d'élément scientifique établissant une limite sûre de consommation d'alcool. Par contre, il est important de guider le jeune vers une consommation d'alcool responsable, modérée, qui permet de garder le contrôle et de promouvoir un comportement responsable (Conseil supérieur d'hygiène, 2006).

3.1. Expérimentation de l'alcool

Figure 5.10. Consommation au moins une fois dans sa vie d'un verre entier de boisson alcoolisée, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 795)



► L'initiation à l'alcool suit une progression par rapport à l'âge similaire à celle du tabac. Elle est cependant nettement plus fréquente que l'initiation tabagique. Dans le groupe des 11 ans, 24 % des garçons et 11 % des filles ont déjà consommé au moins un verre entier d'alcool. A 16 ans, la différence garçon-fille a disparu et près de 80 % des jeunes ont déjà goûté à l'alcool. Ces chiffres sont stables depuis 2009.

L'initiation à l'alcool suit un schéma similaire en province de Luxembourg avec toutefois une fréquence moins élevée dans le groupe des 11 ans (21 % des garçons et 8 % des filles) et plus importante chez les garçons de 16 ans (88 %).

Parmi les 755 jeunes de 13 et 16 ans qui ont déjà bu de l'alcool, environ un tiers (29 %) déclarent avoir un problème avec leur consommation d'alcool. Cette proportion est légèrement plus élevée en province de Luxembourg (34 %).

Les enquêtes du CRIOC de 2006 et 2009 et l'enquête HBSC de 2010 rapportent une initiation plus précoce à l'alcool que dans notre étude (CRIOC, 2006 ; CRIOC, 2009 ; Decant, 2013).

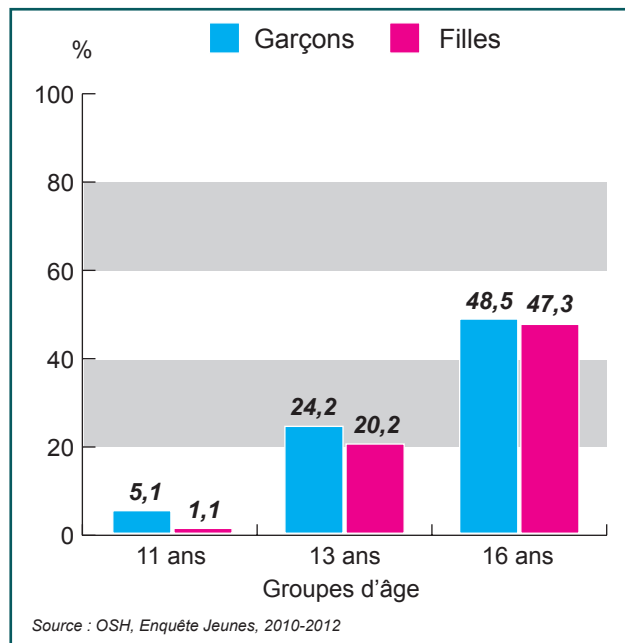
En France, l'étude ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) montre un résultat semblable au nôtre : 88 % des élèves ont déjà bu de l'alcool à 16 ans (Legleye, 2009).

3.2. Ivresse

L'absorption d'alcool entraîne une modification du comportement qui aboutit à l'état d'ivresse plus ou moins marquée puis au coma. Les résultats ci-dessous proviennent de la question "As-tu déjà été ivre ?". Il n'est pas possible de savoir à quoi le terme "ivresse" fait référence dans les représentations du jeune, ni à quelle quantité d'alcool ingérée elle correspond.

Description de la situation en 2012

Figure 5.11. Ivresse au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 805)

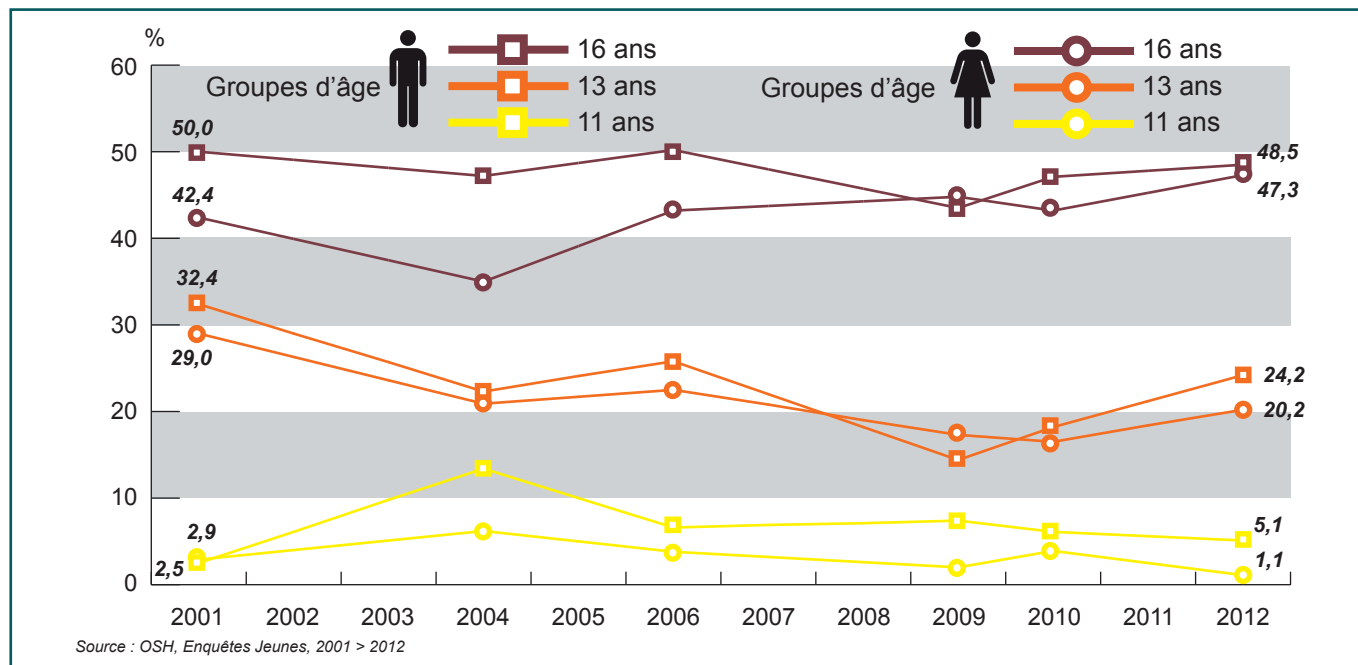


► Comme pour l'initiation à l'alcool, l'ivresse des garçons est plus fréquente que celle des filles dans les groupes des 11 ans et des 13 ans, mais les proportions sont voisines chez les 16 ans. A cet âge, un peu moins de la moitié des jeunes hainuyers a connu au moins un épisode d'ivresse dans sa vie. Parmi ceux-ci, 21 % des garçons et 8 % des filles ont connu plus de dix épisodes.

En province de Luxembourg, moins de jeunes de 13 ans (15 % des garçons et des filles) ont expérimenté l'ivresse alcoolique. A l'âge de 16 ans, cette expérience touche davantage les garçons (63 %) que les filles (41 %) en province de Luxembourg.

Evolution

Figure 5.12. Evolution de l'ivresse au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe



Au-delà des fluctuations statistiques, l'expérience de l'ivresse chez les 11 ans ne se modifie guère au cours du temps. A cet âge, comme mentionné précédemment, plus de garçons que de filles ont déjà été ivres.

Chez les 13 ans, il n'y a plus de différence garçon-fille ; on assiste à une diminution de la proportion de jeunes qui ont été ivres de 2001 à 2009-2010 puis à une remontée en 2012.

Chez les 16 ans, l'augmentation de la proportion de filles qui ont déjà été ivres pour égaler celle des garçons représente la seule évolution notable.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 5.5. Ivresse au moins une fois dans sa vie en fonction des facteurs socioéconomiques chez les jeunes de 13 et 16 ans

	N	%	RP
Total	1 140	36,7 %	-
Groupe d'âge			
13 ans	514	22,6 %	1
16 ans	626	48,2 %	2,13*
Type de famille			
Biparentale	638	32,6 %	1
Monoparentale	220	42,7 %	1,31*
Recomposée	180	41,7 %	1,28*
Garde alternée	62	33,9 %	1,04
Filière scolaire			
Transition	760	28,4 %	1
Qualification	359	54,9 %	1,56*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼
 Outre l'effet de l'âge décrit précédemment, le type de famille influence la proportion de jeunes ayant expérimenté l'ivresse : les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou recomposées sont plus à risque. La filière scolaire est également liée à l'expérimentation de l'ivresse : elle est plus fréquente dans l'enseignement de qualification que dans l'enseignement de transition.

En province de Luxembourg, les mêmes liens existent auxquels s'ajoute la profession de la mère : les enfants de mères manuelles peu qualifiées ont plus fréquemment connu une ivresse alcoolique que ceux de mères employées qualifiées ou cadres.

3.3. Alcoolisation ponctuelle

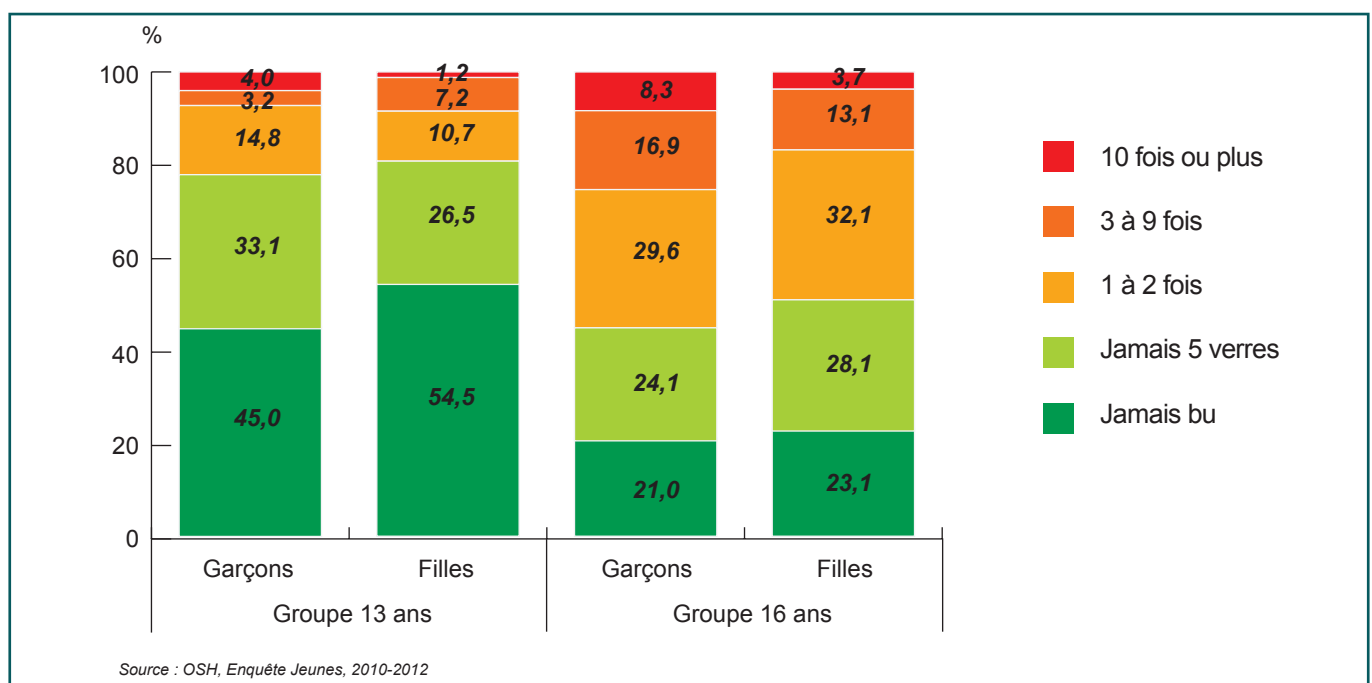
D'abord fréquent dans les pays anglo-saxons, le phénomène de binge-drinking (ou alcoolisation ponctuelle aigüe (APA)) se répand partout en Europe. Il consiste à consommer une grande quantité d'alcool sur un court laps de temps pour atteindre rapidement l'ivresse. Ce phénomène en plein essor constitue, avec la consommation chronique d'alcool et l'alcoolodépendance, un des comportements les plus préoccupants et les plus problématiques en matière d'alcool surtout lorsqu'il concerne des jeunes (Spilka, 2012).

L'APA a des effets immédiats sur la santé, pouvant même conduire à une issue fatale : par le biais d'accidents, de violence (en tant que victime ou comme agresseur), de rapports sexuels à risque (pas d'utilisation du préservatif, partenaires multiples...), d'actes suicidaires...

Sur le long terme, l'APA a des effets graves et irréversibles sur tous les systèmes de l'organisme. Celle-ci entraîne également des atteintes au niveau cérébral. Les déficits observés à moyen terme sont proportionnels à la quantité d'alcool consommée et au mode de consommation. Le cerveau des sujets pratiquant l'APA peut être en souffrance neuronale, fonctionner moins efficacement et plus lentement et présenter des déficits similaires à ceux des patients alcoolodépendants (Beck, 2013 ; Gisle, 2010 ; Pierard, 2006).

Notre questionnaire explore la consommation excessive d'alcool définie comme "avoir bu 5 verres d'alcool ou plus en une seule occasion". La notion de temps et d'intention ne figurant pas dans le questionnaire, cet indicateur ne permet pas de distinguer le binge-drinking de formes plus classiques d'alcoolisation excessive.

Figure 5.13. Consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion au cours des 30 jours précédant l'enquête chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 131)



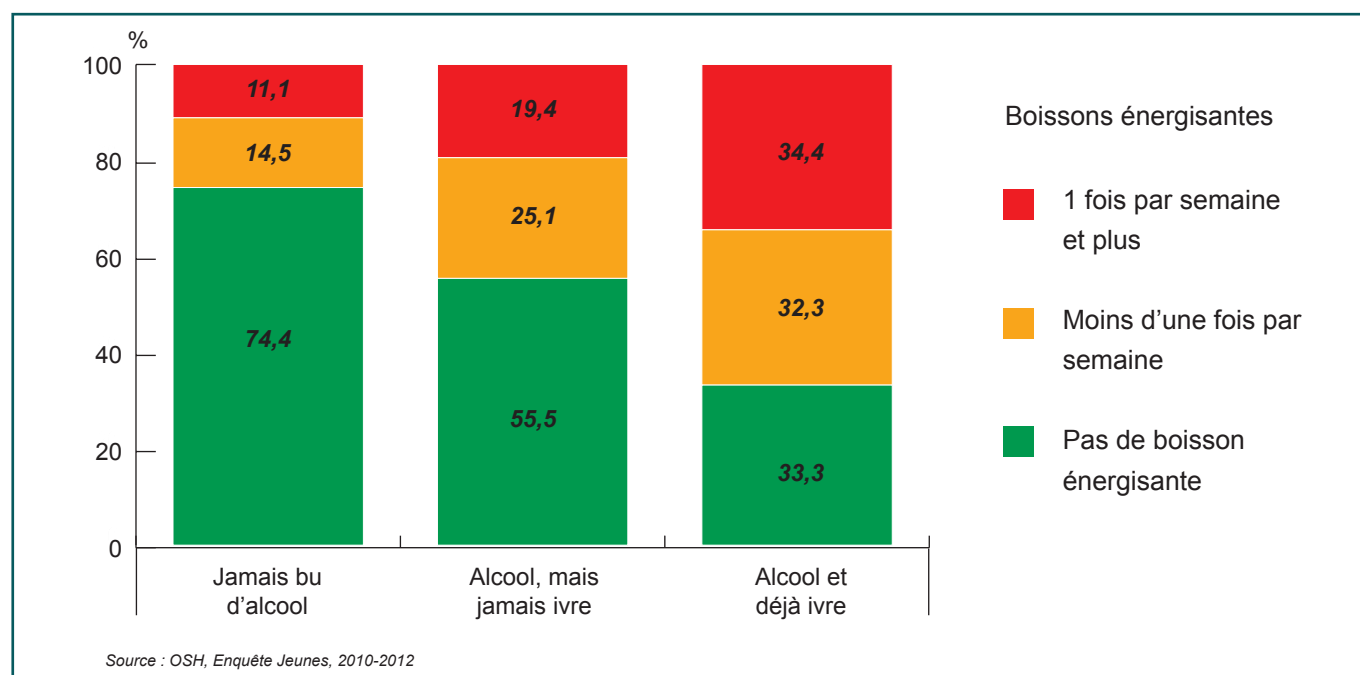
▼
 A 13 ans, la consommation excessive d'alcool touche 22 % des garçons et 19 % des filles. A 16 ans, les proportions atteignent respectivement 55 % et 49 % soit près d'un jeune sur 2. Une minorité (8,3 % des garçons et 3,7 % des filles de 16 ans) déclare 10 épisodes ou plus au cours du mois précédant l'enquête. Ces jeunes sont particulièrement à risque de dépendance et d'atteinte à leur santé.

3.4. Liens avec d'autres facteurs de santé

3.4.1. Consommation de boissons énergisantes

La consommation de boissons énergisantes est déconseillée (cf. Chapitre 3. "Alimentation"). Son association avec de l'alcool l'est encore davantage : les boissons énergisantes peuvent masquer certains effets de l'alcool, elles induisent parfois une surconsommation menant à des niveaux toxiques d'alcoolémie.

Figure 5.14. Consommation de boissons énergisantes en fonction de la consommation d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 140)



La consommation d'alcool, et en particulier l'ivresse, est associée à une plus grande consommation de boissons énergisantes : la consommation au moins hebdomadaire de boissons énergisantes concerne 11 % des jeunes qui n'ont jamais bu d'alcool, 19 % de ceux qui ont déjà bu de l'alcool, mais n'ont jamais été ivres et 34 % de ceux qui ont déjà été ivres.

Un constat similaire se retrouve en province de Luxembourg.

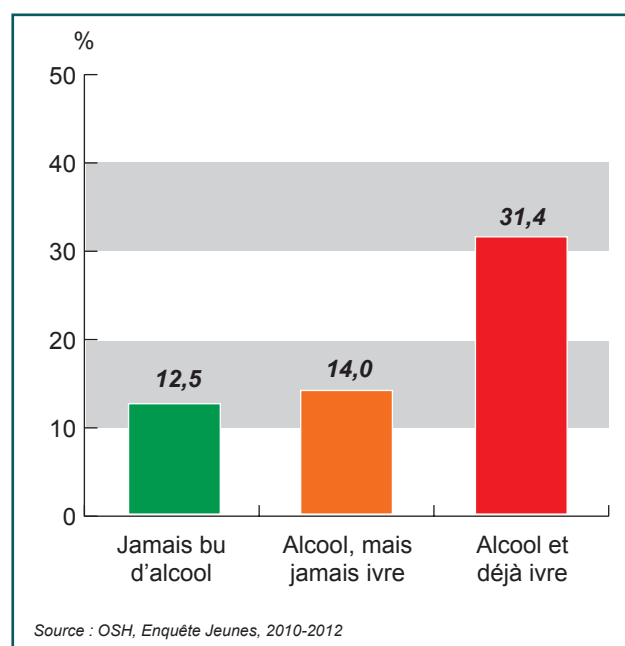
Plusieurs études ont montré que les boissons énergisantes étaient associées à la consommation de grandes quantités d'alcool, au binge drinking, à des épisodes d'ivresse hebdomadaire plus importants et à la survenue ultérieure d'une dépendance à l'alcool (Beck, 2013 ; Plamondon, 2011).

Cependant, la consommation de boissons énergisantes n'est pas nécessairement responsable de la quantité d'alcool ingérée ou des comportements à risque adoptés qui ont été rapportés dans ces études. Il est possible que des facteurs personnels ou contextuels déjà présents chez ces consommateurs aient aussi leur influence.

3.4.2. Violence

Le lien entre alcool et violence est bien documenté, que le jeune soit victime ou auteur des faits. Des éléments liés à l'action de l'alcool sur le comportement (désinhibition, perte de la capacité à apprécier le danger d'une situation...) et à des éléments contextuels (lieux fréquentés...). D'autre part, l'alcool peut être utilisé par une personne victime de violence pour soulager sa détresse et par un agresseur potentiel pour se préparer à son forfait (OMS, 2006 b).

Figure 5.15. **Problème de violence ou d'agressivité envers autrui en fonction de la consommation d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 117)**



► Parmi les jeunes qui n'ont jamais consommé d'alcool, 13 % déclarent avoir déjà eu des problèmes parce qu'ils s'étaient montrés violents ou agressifs envers autrui, cette proportion est similaire (14 %) pour ceux qui ont déjà consommé de l'alcool, mais monte à 31 % pour ceux qui ont déjà connu l'ivresse.

Une certaine prudence s'impose. En effet, dans notre enquête, nous n'avons pas d'information sur le contexte dans lequel sont survenus les actes de violence. En particulier, rien ne dit qu'ils se soient déroulés alors que le jeune était sous l'emprise de l'alcool.

Un constat similaire se retrouve en province de Luxembourg.

Dans nos données, nous n'avons pas retrouvé de lien entre l'ivresse et le fait que le jeune signale un problème de violence subie de la part d'autrui.

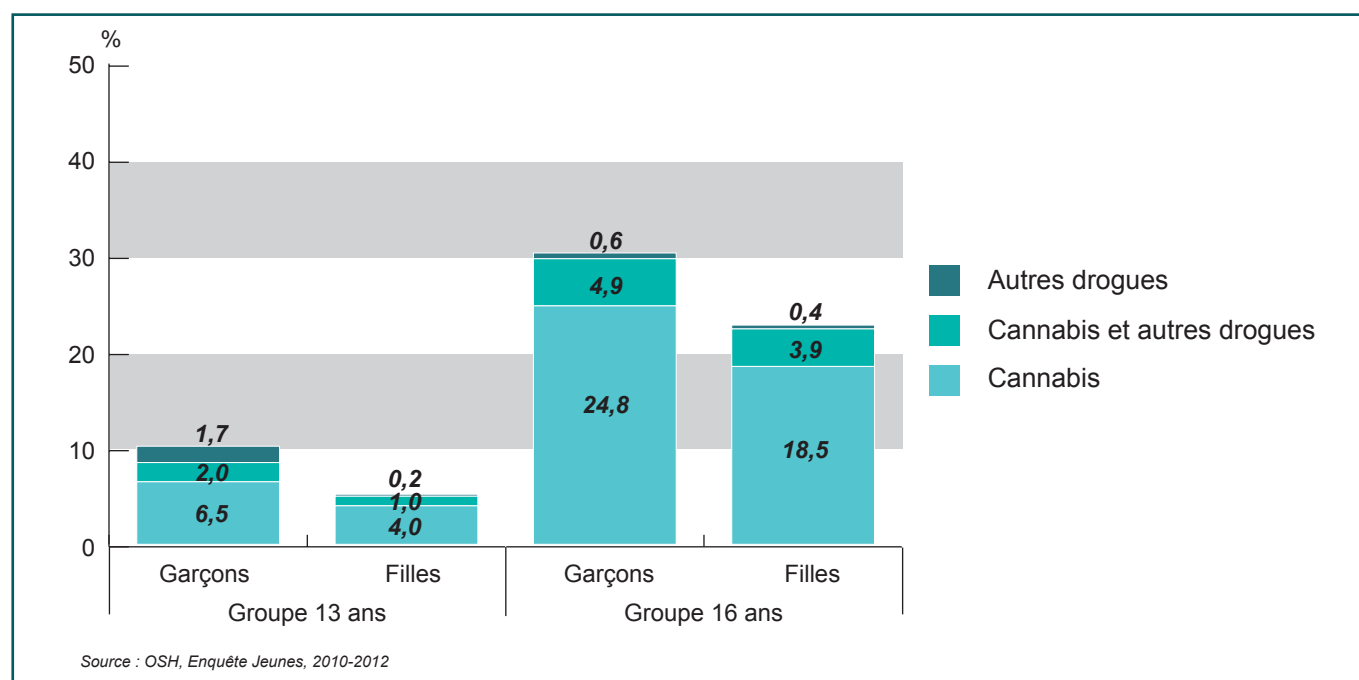
4. Drogues illégales

Comme l'alcool et le tabac, les drogues illégales sont des substances psychotropes qui agissent sur le fonctionnement du cerveau, entraînant des modifications de l'activité mentale, des sensations, de l'humeur et du comportement.

L'effet recherché varie selon le produit utilisé : détente, apaisement ou au contraire excitation. Comme les produits légaux, les drogues illégales entraînent à la longue une accoutumance et une dépendance plus ou moins marquées selon le produit et le type de consommation. Parmi les substances illicites, le cannabis est le produit le plus fréquemment consommé en Belgique.

Description de la situation en 2012

Figure 5.16. Expérimentation du cannabis et d'autres drogues chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 125)

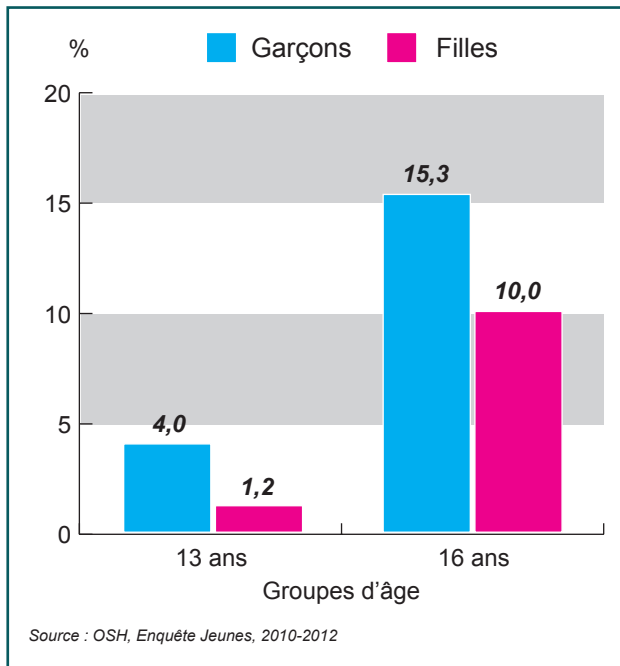


Les jeunes de 11 ans ne sont pas repris sur le graphique car leur consommation de cannabis est de moins d'un pour cent et la question sur les autres drogues ne leur a pas été posée. A 13 ans, 10 % des garçons et 5 % des filles ont déjà consommé de la drogue au moins une fois dans leur vie. Ces chiffres atteignent respectivement 30 % et 23 % à 16 ans. A tout âge, le cannabis est la drogue la plus consommée. Quand d'autres drogues sont utilisées, le plus souvent, elles s'ajoutent à une consommation de cannabis.

La situation est globalement la même en province de Luxembourg.

En France, l'enquête ESPAD de 2011 rapporte une expérimentation plus fréquente du cannabis (39 % des jeunes de 15 à 16 ans) et des autres drogues illégales (10 %) (Spilka, 2012).

Figure 5.17. Consommation de cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 126)

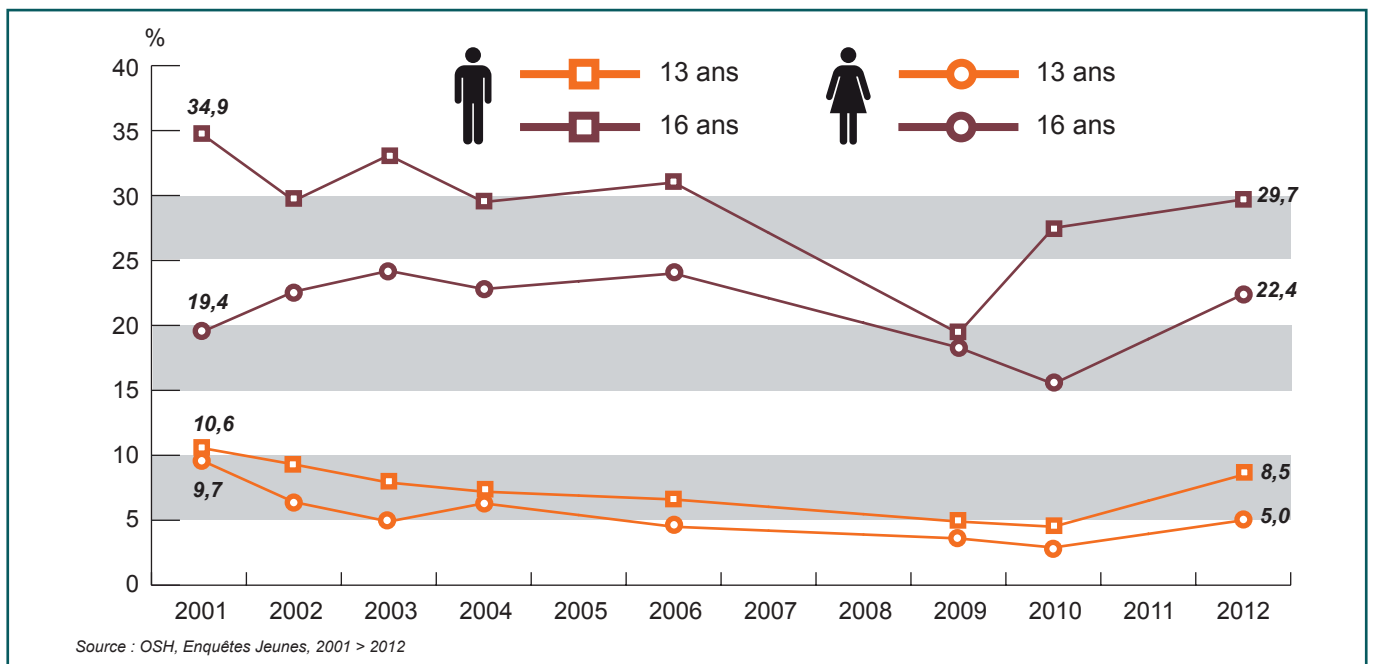


► La consommation de cannabis dans le mois précédant l'enquête concerne 4,0 % des garçons et 1,2 % des filles de 13 ans. A 16 ans, les proportions sont respectivement de 15 % et 10 %.

Les chiffres sont similaires en province de Luxembourg.

Evolution

Figure 5.18. Evolution de l'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe



▼ Globalement, on assiste à une diminution progressive de l'expérimentation du cannabis jusqu'en 2009-2010 puis à une augmentation en 2012.

Lien avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 5.6. Expérimentation du cannabis en fonction des facteurs socioéconomiques chez les jeunes de 13 et 16 ans

	N	%	RP
Total	1 150	17,4 %	-
Sexe			
Garçons	585	20,3 %	1,42*
Filles	565	14,3 %	1
Groupe d'âge			
13 ans	520	6,7 %	1
16 ans	630	26,2 %	3,89*
Type de famille			
Biparentale	643	14,3 %	1
Monoparentale	225	22,7 %	1,59*
Recomposée	180	21,1 %	1,48
Garde alternée	62	14,5 %	1,01
Filière scolaire			
Transition	764	12,2 %	1
Qualification	364	29,1%	1,69*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les garçons déclarent plus fréquemment que les filles avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie ; tout comme les jeunes de 16 ans par rapport à ceux de 13 ans.

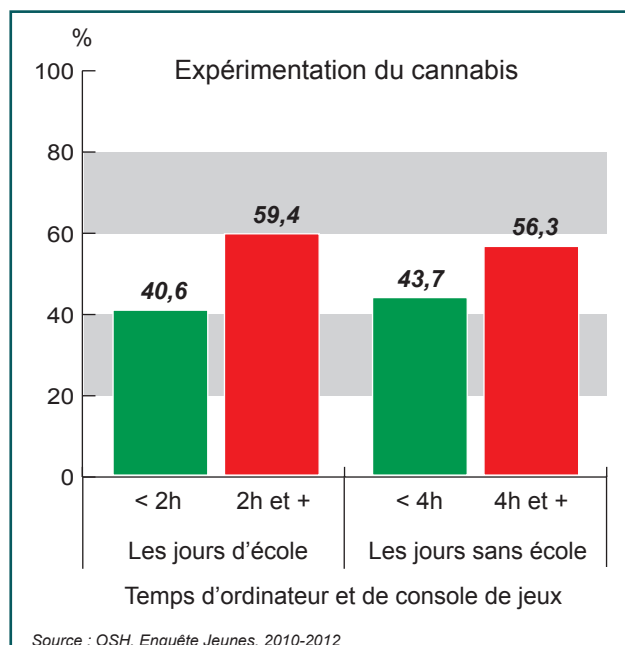
Par rapport aux jeunes vivant avec leurs deux parents, les jeunes issus de familles monoparentales sont aussi plus nombreux à en avoir consommé.

La filière scolaire est également associée à cette consommation : elle est plus fréquemment déclarée dans l'enseignement de qualification.

En province de Luxembourg, on retrouve l'influence des mêmes facteurs sauf pour le genre : l'expérimentation du cannabis touche autant les filles que les garçons. Au niveau du type de famille, ce sont les familles recomposées où l'expérimentation est la plus fréquente.

Lien entre expérimentation du cannabis et sédentarité

Figure 5.19. Expérimentation du cannabis en fonction du temps quotidien d'ordinateur et de console de jeux chez les jeunes de 13 (N = 1 089) et 16 ans (N = 1 096)



► Lorsque le jeune passe au moins 2 heures par jour devant un ordinateur ou une console de jeux les jours d'école, le risque qu'il expérimente le cannabis est multiplié par 1,5 ; passant de 41 % à 59 %. Il en va de même si le jeune passe 4 heures ou plus devant un ordinateur les jours sans école.

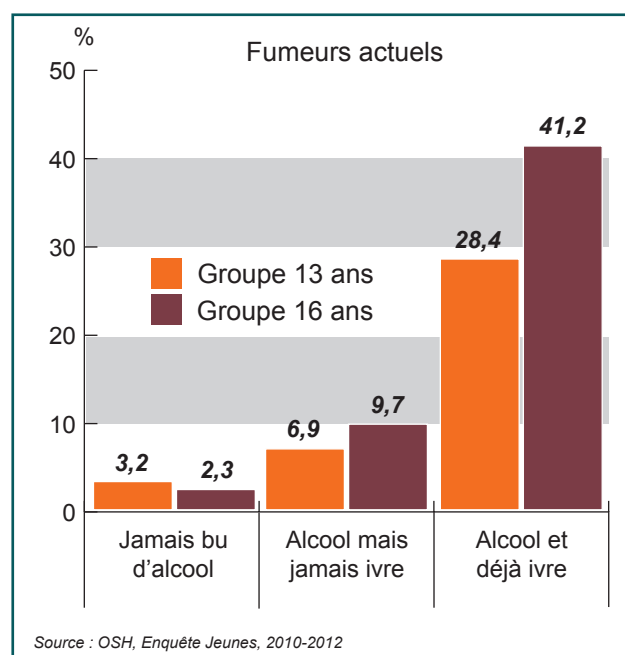
L'étude HBSC 2006 a mis en évidence une relation entre la sédentarité liée aux écrans et des comportements néfastes pour la santé, comme l'utilisation de produits illicites (Favresse, 2008).

5. Polyconsommation : tabac - alcool - drogue

Comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, certains jeunes cumulent les comportements défavorables à la santé. Dans le domaine des assuétudes, il arrive fréquemment que le jeune expérimente plusieurs produits qu'il continuera éventuellement à consommer.

Avoir été ivre au moins une fois et être fumeur (occasionnel ou quotidien) sont les éléments les plus fréquemment rapportés (respectivement 49 % et 26 % à 16 ans). Ces deux comportements sont fortement liés entre eux. L'association ivresse et tabagisme est rapporté par 20 % de l'ensemble des jeunes de 16 ans.

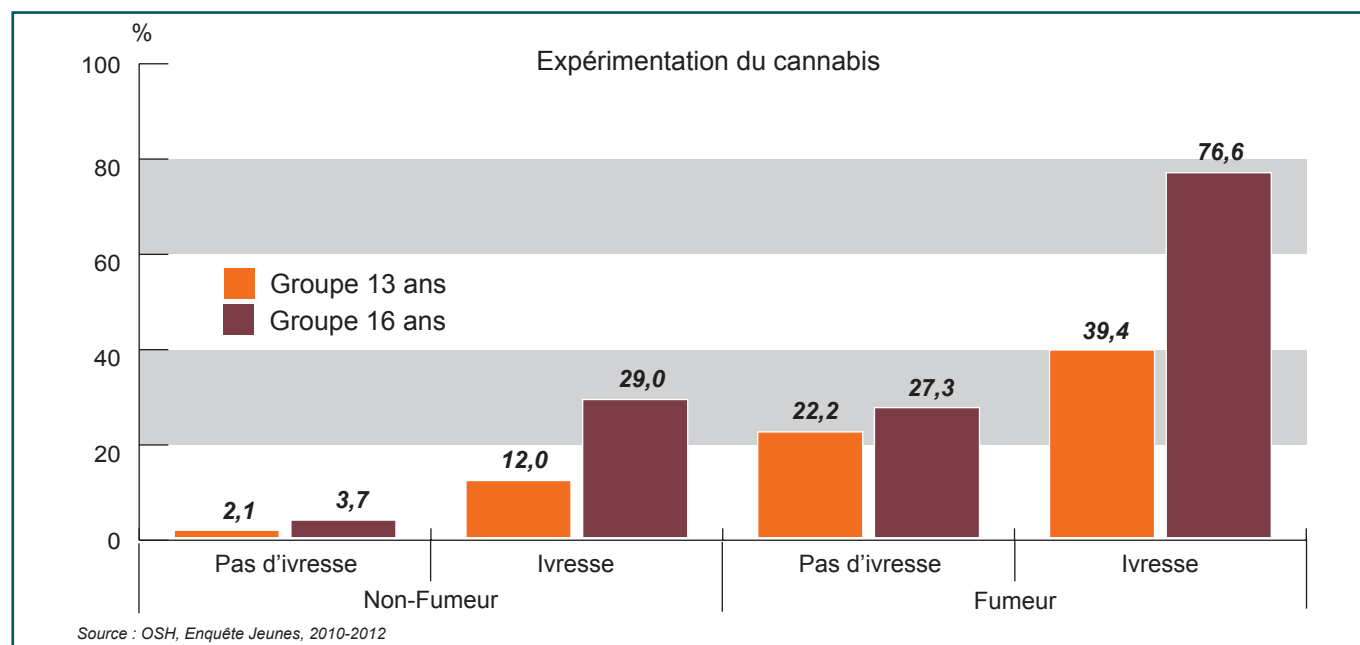
Figure 5.20. Proportion de fumeurs actuels en fonction de la consommation d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 131)



► A 13 ans comme à 16 ans, un jeune qui a déjà été ivre a environ six fois plus de risque d'être fumeur que s'il n'a jamais été ivre.

Tabagisme et ivresse sont également liés à l'initiation au cannabis.

Figure 5.21. Expérimentation du cannabis en fonction de la consommation de tabac et d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 129)



Parmi les jeunes qui ne sont pas fumeurs et qui n'ont jamais été ivres, rares sont ceux qui ont déjà consommé du cannabis (2,1 % à 13 ans et 3,7 % à 16 ans). A l'inverse, les fumeurs qui ont déjà été ivres sont 39 % à 13 ans et 77 % à 16 ans à avoir goûté au cannabis. Les pourcentages sont intermédiaires pour les jeunes qui, soit sont fumeurs, soit ont déjà été ivres.

Comme décrit dans la partie consacrée aux drogues illégales, la consommation d'autres drogues est nettement moins fréquente, mais lorsqu'elle est présente, elle est le plus souvent associée à un essai ou une consommation de cannabis.

Des relations similaires entre les consommations des différents produits se retrouvent en province de Luxembourg et dans la littérature (*Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), 2009 ; Spilka, 2012*).

D'une manière générale, ce sont les substances psychotropes légales, et donc les plus disponibles, qui sont les premières expérimentées, puis vient le cannabis puis les autres substances illicites. La relation entre l'utilisation du cannabis et celle d'autres drogues est largement décrite dans les pays occidentaux. Elle a donné lieu à diverses théories dont celle du "gateway" : une drogue donne accès aux suivantes. Cette théorie est loin de faire l'unanimité des auteurs. Certains estiment que la progression qui ne concerne qu'une partie des consommateurs, est surtout affaire de disponibilité dans un environnement donné (*Vanyukov, 2012*).

6. Conclusion

La majorité des jeunes expérimentent l'usage de diverses substances psychoactives à l'adolescence à partir de 13 ans. Cependant, on note qu'à l'école primaire, 6 % des jeunes de 10 à 12 ans ont goûté à la cigarette, 17 % ont déjà bu un verre d'alcool, un peu moins d'1 % a testé le cannabis. En général, les garçons expérimentent plus précocement les diverses substances psychoactives que les filles. Ces jeunes représentent une minorité, mais leur usage précoce de ces différents produits les rend plus vulnérables à une consommation excessive et à la dépendance. Ces résultats montrent l'intérêt d'aborder la question des assuétudes à l'école primaire avant que le jeune ne soit consommateur. La manière d'aborder les assuétudes prend ici toute son importance. En effet, l'information sur les produits peut parfois inciter à l'expérimentation tandis que le renforcement des compétences psychosociales aide le jeune à résister à la pression du groupe et de l'environnement en général.

L'âge moyen de la première cigarette dans le groupe des 16 ans est de 13 ans et 5 mois. A 16 ans, plus de la moitié des jeunes a essayé la cigarette et 16 % sont fumeurs quotidiens. Parmi les fumeurs quotidiens, les trois quarts des garçons et plus de la moitié des filles éprouvent le besoin de fumer dès le réveil, symptôme d'une dépendance naissante.

La présence de fumeurs dans l'entourage du jeune, en particulier des parents et des amis proches a une forte influence sur son tabagisme. Le tabagisme des adultes (et à travers lui, le tabagisme passif des jeunes) est fortement lié aux facteurs socioéconomiques. Il y a là un mécanisme de reproduction des inégalités sociales de santé que l'on retrouve dans notre enquête au niveau de deux indicateurs : d'une part, le tabagisme au domicile du jeune et d'autre part, le tabagisme du jeune.

Un peu moins de la moitié (45 %) des jeunes fumeurs souhaitent arrêter de fumer et plus de la moitié (58 %) ont déjà fait une tentative d'arrêt. Cet élément représente un levier pour la mise en place de programmes d'arrêt du tabac spécifiques pour les adolescents.

Malgré l'interdiction du tabac à l'école de nombreux jeunes de 16 ans déclarent avoir vu des enseignants (46 %), des éducateurs (20 %), d'autres jeunes (79 %) fumer dans l'enceinte scolaire. Un travail de sensibilisation est nécessaire pour que la législation en la matière soit respectée.

Avec la chicha apparaît une nouvelle forme de consommation du tabac dont les dangers sont souvent sous-estimés. A 16 ans, 44 % des jeunes ont déjà fumé la chicha au moins une fois dans leur vie.

Le tabagisme est souvent associé à d'autres comportements défavorables à la santé : les fumeurs sont moins nombreux à pratiquer une activité physique ou du sport et leur équilibre alimentaire est en moyenne moins bon que celui des non-fumeurs.

L'usage de l'alcool est fortement répandu parmi les jeunes : à 16 ans, 78 % des jeunes ont déjà consommé au moins un verre d'alcool et 48 % ont déjà été ivres. Cette dernière proportion est relativement stable au cours du temps. Si les garçons commencent plus tôt que les filles à consommer de l'alcool (24 % des garçons ont déjà bu un verre d'alcool à 11 ans contre 11 % des filles), il y a peu de différence entre les genres dans le groupe des 16 ans. Comme pour le tabac, les interventions préventives ont intérêt à débiter dès l'école primaire pour toucher les jeunes les plus à risque de consommer de l'alcool très jeune et de développer des problèmes avec ce produit. Elles devront se poursuivre chez les adolescents dont la majorité seront amenés à consommer de l'alcool.

Si l'expérience de l'alcool et de l'ivresse sont aussi fréquentes chez les garçons et les filles, il n'en va pas de même de l'alcoolisation aiguë. A 16 ans, 55 % des garçons contre 49 % des filles déclarent avoir déjà bu cinq verres ou plus en une seule occasion au cours des 30 derniers jours. La notion d'occasion n'est pas précisée dans le questionnaire.

L'expérience de l'ivresse est associée à des problèmes d'agressivité ou de violence du jeune envers autrui chez 31 % des jeunes alors que ces problèmes ne se retrouvent que chez 13 % des jeunes qui ne boivent pas et 14 % de ceux qui ont déjà bu de l'alcool sans jamais avoir été ivres.

La consommation de boissons énergisantes ne devrait pas être combinée à celle d'alcool. Pourtant, ce sont les consommateurs d'alcool qui sont le plus fréquemment consommateurs de boissons énergisantes : 9 % des jeunes qui n'ont jamais bu d'alcool consomment des boissons énergisantes au moins une fois par semaine contre 34 % de ceux qui ont déjà été ivres.

A 13 ans, 9 % des garçons et 5 % des filles ont déjà expérimenté le cannabis. A 16 ans, les chiffres sont respectivement de 30 % et 22 %. Au même âge, 15 % des garçons et 10 % des filles en avaient consommé dans le mois précédant l'enquête.

L'usage d'autres drogues illégales est moins répandu. Il concerne 5 % des jeunes de 16 ans et est le plus souvent associé à la consommation de cannabis.

Alcool et tabac ont tendance à être consommés de concert. En effet, les jeunes qui ont déjà été ivres sont six fois plus souvent fumeurs que ceux qui n'ont jamais été ivres. Cette association concerne 20 % des jeunes de 16 ans et, quand elle est présente majeure le risque de consommer du cannabis. Certains jeunes ont donc tendance à multiplier les types de substances psychoactives qu'ils consomment. Ils constituent une population particulièrement à risque en termes d'assuétudes.

7. Bibliographie

- Bantuelle M, Demeulemeester R. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; 2008 Jan
- Bartsch P, Laperche J. Tabagisme occasionnel de l'adolescent ; où commence la nocivité ? Rev Med Liege 2006 ; 61 (5-6) : 394-400
- Beck F, Richard J-B, (dir.). Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; 2013 May
- Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). Le sport - nouvel allié contre le tabac - Journée mondiale sans tabac 2002. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) - CFES ; 2002 May
- Churlaud G, Jacob N, Berlin I. Le tabagisme modifie la perception des saveurs et odeurs. Alcoologie et Addictologie 2009 Jun 1 ; 31 (2) : 145-8
- Conseil Supérieur d'Hygiène. Les jeunes et l'alcool. Bruxelles : Conseil Supérieur d'Hygiène ; 2006 Dec 6
- Centre de Recherche et d'Information des Organismes de Consommateurs (CRIOC). Assuétudes et jeunes. Bruxelles : CRIOC ; 2006
- Centre de Recherche et d'Information des Organismes de Consommateurs (CRIOC). Jeunes et boissons alcoolisées. Bruxelles : CRIOC ; 2009
- Decant P, De Smet P, Favresse D, Godin I. La santé des élèves de 5^e et 6^e années primaires - Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2013 Feb
- Fonds des affections respiratoires (FARES). Effets du tabac. Bruxelles : FARES ; 2004
- Fonds des affections respiratoires (FARES). La chicha - Mieux s'informer. Bruxelles : FARES ; 2012 Jun
- Favresse D, De Smet P. Tabac, Alcool, Drogues et Multimédias chez les jeunes en Communauté Française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Bruxelles : Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2008 Nov
- Filloux S, Rebolledo H, Cousin F. Sport et tabac, parlons-en ! Bruxelles : Fonds des affections respiratoires (FARES) ; 2010 Dec
- Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J. Enquête Nationale de Santé par Interview Belgique 2008. Rapport 2 - Style de vie et prévention. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2010
- Gisle L, Demarest S, (éd.). Enquête de santé 2013 - Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. Résumé des principaux résultats. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2014
- Halfen S, Grémy I, Goudjo A, Heard M, Moglia A, Vallauri C. La consommation de tabac chez les jeunes : données épidémiologiques et prévention. Bulletin de Santé 2003 Oct ; 7 : 1-8.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Interventions efficaces en prévention du tabagisme chez les jeunes - Une synthèse des connaissances - Résultats saillants. Saint-Denis : Inpes ; 2012 Oct
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (Expertise collective). Comprendre la dépendance pour agir - Synthèse et recommandations du groupe d'experts de l'Inserm. Paris : Inserm ; 2004

- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (Expertise collective). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement - Principaux constats et recommandations. Paris : Inserm ; 2014 Feb
- Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Hassler C, Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Tendances 2009 Jan ; 64 : 1-6
- Lorant V, Nguyen LH, Prignot J, Laperche J. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique? Education Santé 2008 ; 231 : 1-12
- Maes L, Vereecken C. Middelengebruik: Tabaksgebruik - Resultaten HBSC 2010 - Tabaksgebruik. UGent, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde ; 2014
- Malchair A. La problématique spécifique des addictions chez les adolescents. Rev Med Liège 2013 ; 68 (5-6) : 233
- Mineur YS, Abizaid A, Rao Y, Salas R, DiLeone RJ, Gundisch D, et al. Nicotine decreases food intake through activation of POMC neurons. Science 2011 Jun 10 ; 332 (6035) : 1330-2
- Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). 1) Etat du phénomène de la drogue en Europe. 2) Drug offences : sentencing and other outcomes. 3) Polydrug : patterns and responses - Rapport annuel 2009. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne ; 2009
- Organisation mondiale de la santé (OMS). L'alcool et la violence chez les jeunes. OMS ; 2006
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : Le programme MPOWER. Genève : OMS ; 2008
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009 : mise en place d'espaces non-fumeurs. Genève: OMS ; 2010
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2013 - Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage - Résumé d'orientation. Genève: OMS ; 2013
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), Carnet de bord de la santé 2010. Mons : OSH ; 2010
- Observatoire de la Santé de la Province du Luxembourg (OSL). Enquête sur la prévalence tabagique des adolescents en province de Luxembourg. OSL ; 2010
- Peto R, Watt J, Boreham J, (project team). The hazards of smoking and the benefits of stopping. Genève : International Union Against Cancer (UICC) ; 2006
- Pierard C. Alcool, tabac et cannabis : quels consommateurs sommes-nous ? Faits & Gestes 2006 ; 19 : 1-8
- Plamondon L. Les boissons énergisantes : entre menace et banalisation. TOPO 2011 Aug ; 2 : 1-9
- Prokhorov AV. Theoretically sound approaches to prevention and cessation of cigarette smoking among youths. Pediatr Pulmonol 2001 ; 32 (Suppl 23) : 57-9
- Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ; 2012
- Underner M, le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique - [Tests for evaluating tobacco dependence]. Rev Mal Respir 2012 Apr ; 29 (4) : 462-74

- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke : a report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services ; Centers for Disease Control and Prevention ; Coordinating Center for Health Promotion ; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion ; Office on Smoking and Health ; 2006
- U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service ; 2012
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress. A Report of the Surgeon. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health ; 2014
- Vanyukov MM, Tarter RE, Kirilova GP, Kirisci L, Reynolds MD, Kreek MJ, et al. Common liability to addiction and "gateway hypothesis" : Theoretical, empirical and evolutionary perspective. Drug Alcohol Depend 2012 Jun ; 123 (Suppl 1) : S3-S17
- Velghe J, Vélou N. Jeunes et tabac. Bruxelles : Centre de Recherche et d'Information des Organismes de Consommateurs (CRIOC) ; 2011 Sep

Sitographie

- Campaign for Tobacco-Free Kids : <http://www.tobaccofreekids.org/> (dernière consultation 15/01/2015)
- Organisation mondiale de la santé (OMS) Centre des médias. Principales causes de mortalité dans le monde. OMS Centre des médias ; 2014 (a)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html> (dernière consultation 15/01/2015)
- Organisation mondiale de la santé (OMS) Centre des médias. Consommation d'alcool. OMS Centre des médias, aide-mémoire 349 ; 2014 (b)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/> (dernière consultation 15/01/2015)
- Renault M. Rapport 2008 sur les drogues et les dépendances : tabac et cannabis en recul, alcool en regain. BE Allemagne 385. Ambassade de France en Allemagne ; 2008 <http://www.bulletins-electroniques.com/actualites/54631.htm> (dernière consultation 15/01/2015)

Pour en savoir plus

- Fonds des affections respiratoires (FARES). La chicha - Mieux s'informer. Bruxelles : FARES ; 2012 Jun
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Tabac... et si j'arrêtais ? ; 2014



Chapitre **6. Etat de santé, bien-être & consommation de soins**



I. Introduction

La santé ne se résume pas à l'absence de maladie mais se définit comme un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 1946).

En ce sens, le bien-être d'un jeune résulte de son état de santé physique et psychologique, de ses comportements, de ses relations sociales et familiales...

Ce chapitre aborde l'état de santé physique et mental via les plaintes somatiques émises par le jeune, la présence de maladies chroniques et la survenue de problèmes subjectifs.

Vous trouverez également une partie sur la satisfaction que les jeunes éprouvent à l'égard de leur corps et, en corolaire, le souhait de modifier leur poids. Ce sont, en effet, d'autres éléments influençant très fort le bien-être des jeunes dans une société où le paraître prend une place prépondérante et où le corps est magnifié.

Composante essentielle du bien-être des jeunes, le sommeil est également abordé dans ce sixième chapitre.

Enfin, nous clôturons le chapitre en présentant quelques données sur la consommation de soins par les jeunes.

2. Santé subjective

La santé subjective des jeunes est abordée au travers des indicateurs suivants :

- la perception du jeune de son propre état de santé global ;
- la fréquence des plaintes somatiques émises par le jeune au cours des douze mois précédant l'enquête ;
- la présence d'une maladie chronique ;
- l'existence de problèmes de solitude, de stress, de tristesse, de sommeil insuffisant et de violence au cours des douze mois précédant l'enquête.

2.1. Perception de la santé globale

L'état de santé du jeune, tant physique qu'émotionnelle, conditionne son évolution, sa capacité à faire face aux challenges et à "grandir".

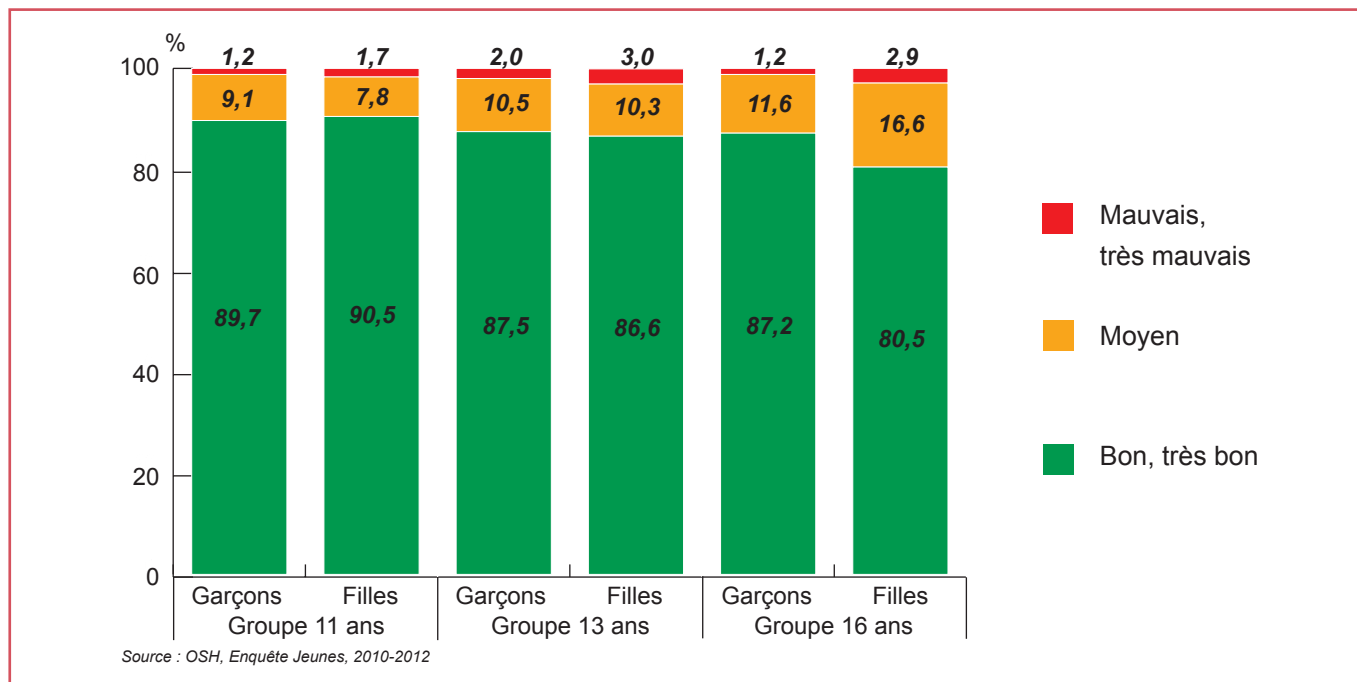
L'état de santé subjectif est l'évaluation faite par le jeune de sa propre santé. Il est considéré comme un bon indicateur de son état de santé réel tenant compte des dimensions de la santé physique, mentale et psychosociale (Currie, 2012).

L'Enquête Jeunes pose la question de la perception de son propre état de santé ; est-il très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais ? Les modalités de réponse ont été regroupées en trois catégories : bon et très bon ; moyen ; mauvais et très mauvais.

Description de la situation en 2012

Globalement, en Hainaut, 87 % des jeunes estiment que leur état de santé est bon ou très bon, 11 % le jugent moyen et 2 %, mauvais ou très mauvais.

Figure 6.1. Etat de santé subjectif, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1804)



La perception que les jeunes hainuyers ont de leur état de santé varie en fonction du sexe et de l'âge.

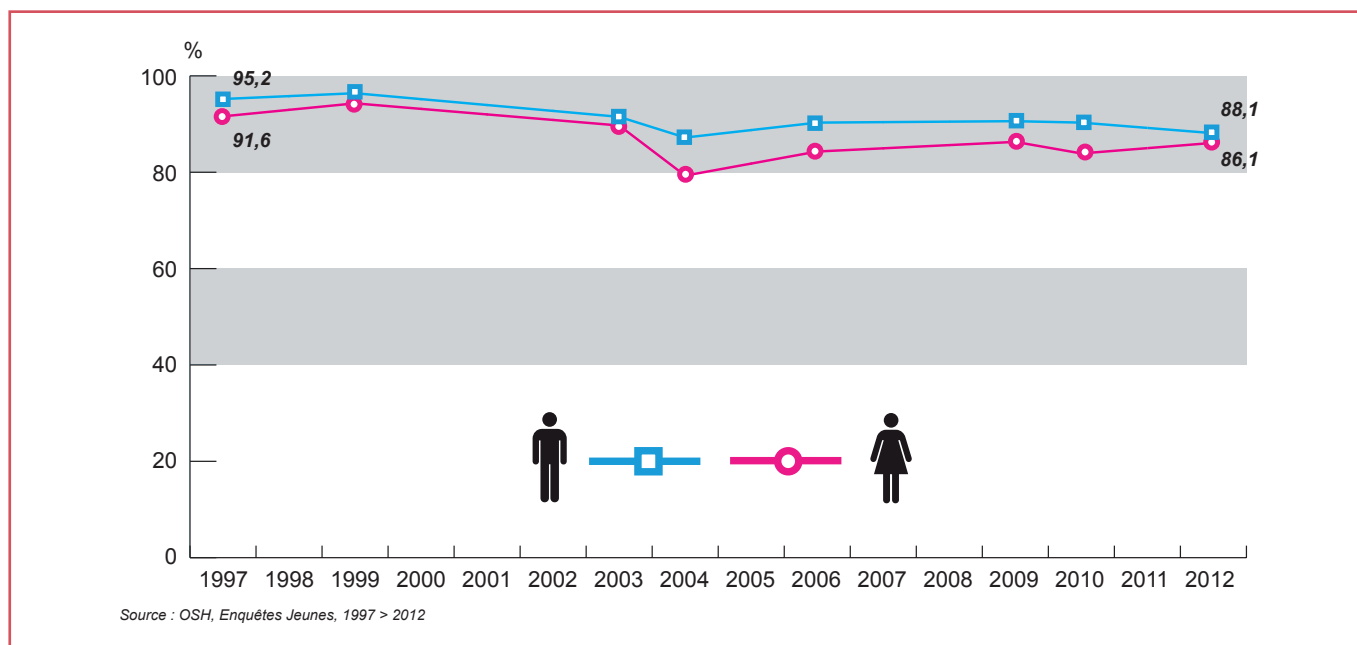
La proportion de jeunes filles qui se perçoivent en bonne ou très bonne santé diminue progressivement avec l'âge alors qu'elle est stable pour les garçons. Ce sont les filles de 16 ans qui estiment le moins souvent être en bonne ou très bonne santé (80 %).

En province de Luxembourg, la perception des jeunes de leur propre état de santé présente un profil similaire excepté que les filles de 16 ans s'estiment autant en bonne ou très bonne santé que les autres jeunes.

L'enquête HBSC menée en 2010 en FWB utilise une échelle quelque peu différente de la nôtre. Les proportions ne sont donc pas tout à fait comparables. Mais 84 % des jeunes de 5^e et 6^e primaire et 77 % des jeunes du secondaire s'estiment en bonne ou excellente santé, respectivement 12 % et 17 % en plutôt bonne santé et 4 % et 5 % en pas très bonne santé (Decant, 2013 ; Moreau, 2013).

Evolution

Figure 6.2. Evolution de l'état de santé subjectif (bon ou très bon), selon le sexe



En Hainaut, la proportion de jeunes qui se déclarent en bonne ou très bonne santé décroît depuis 1997. Cette diminution s'observe quels que soient le groupe d'âge et le sexe. A chaque enquête menée par l'OSH, la proportion observée pour les garçons est supérieure à celle observée pour les filles, cette différence n'est cependant pas toujours significative d'un point de vue statistique.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 6.1. Bon ou très bon état de santé subjectif en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 804	87,1 %	-
Groupe d'âge			
11 ans	656	90,1 %	1,07*
13 ans	519	87,1 %	1,04
16 ans	629	83,9 %	1
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	80,4 %	1
1	531	85,3 %	1,06
2	982	90,0 %	1,12*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	88,0 %	1,03
Manuelle peu qualifiée	456	85,6 %	1
Manuelle qualifiée	79	89,9 %	1,05
Employée peu ou moyennement qualifiée	403	88,8 %	1,04
Employée qualifiée ou cadre	366	91,3 %	1,07*
Type de famille			
Biparentale	1 048	89,0 %	1,07*
Monoparentale	339	82,9 %	1
Recomposée	257	83,7 %	1,01
Garde alternée	99	86,9 %	1,05
Filière scolaire (13 ans et 16 ans)			
Transition	764	88,0 %	1,09*
Qualification	362	80,9 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼
Les jeunes de 11 ans se déclarent plus fréquemment en bonne ou très bonne santé que les jeunes de 16 ans.

L'effet des facteurs socioéconomiques est présent, mais limité (maximum 12 % d'augmentation de la proportion de jeunes se déclarant en bonne ou très bonne santé).

Les jeunes dont les deux parents travaillent, ceux dont la mère est employée qualifiée ou cadre, ceux qui vivent avec leurs deux parents et ceux fréquentant l'enseignement de transition se sentent plus souvent en bonne ou très bonne santé.

En province de Luxembourg, l'état de santé subjectif ne varie pas en fonction du groupe d'âge mais bien en fonction des autres facteurs socioéconomiques, y compris la catégorie socioprofessionnelle du père.

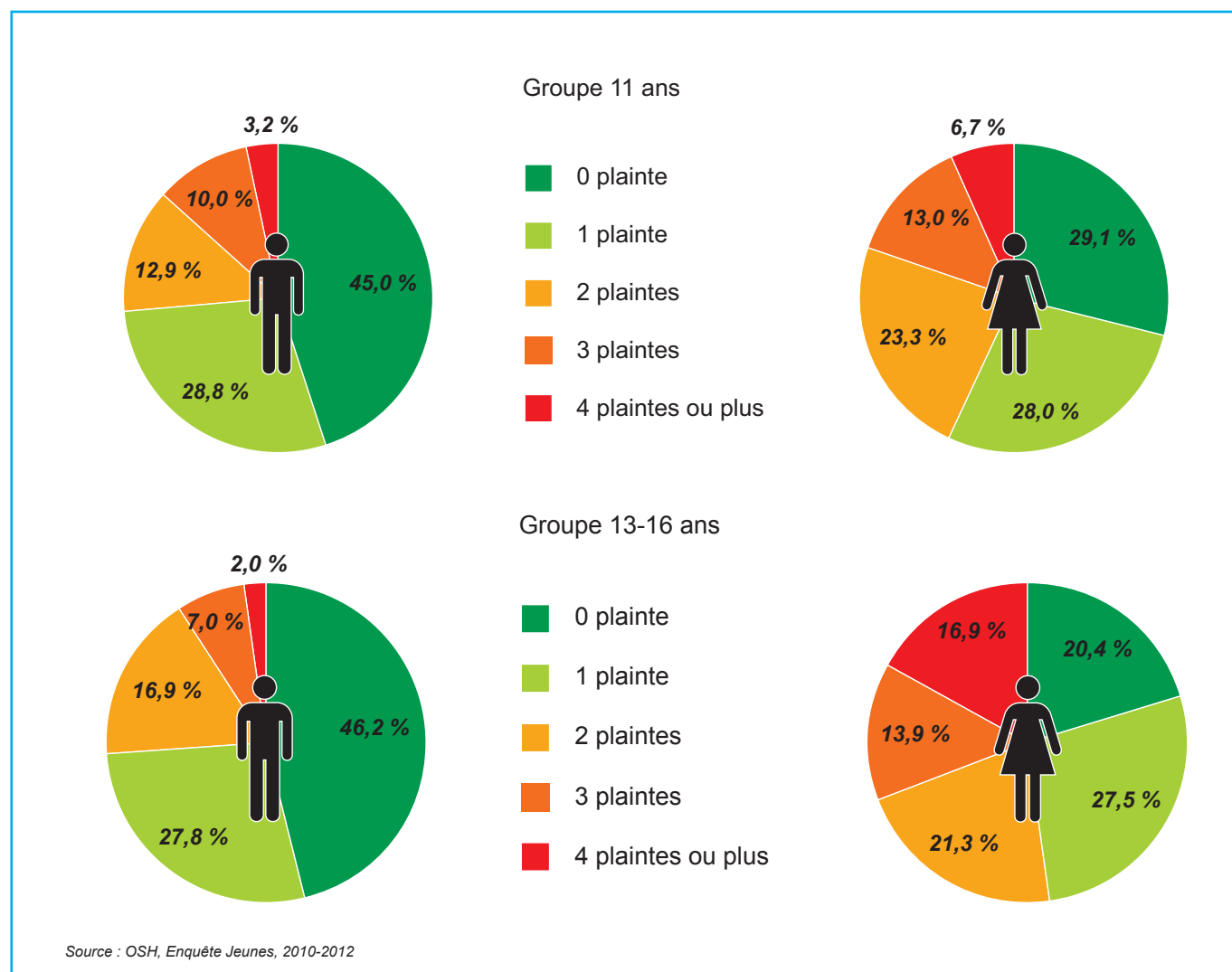
2.2. Plaintes somatiques

Les jeunes ont été interrogés sur les plaintes ressenties (maux de ventre, problèmes de poids, de tête, de dos, de dents, vertiges, fièvre) et sur la fréquence de ces plaintes (jamais, rarement, assez souvent, souvent) au cours des douze mois précédant l'enquête. Les proportions présentées ici correspondent aux plaintes déclarées avec une fréquence "assez souvent" et "souvent".

Description de la situation en 2012

En Hainaut, 35 % de jeunes n'ont pas émis de plaintes régulières au cours des douze mois précédant l'enquête, 28 % une seule plainte, 30 % 2 à 3 plaintes et 8 % 4 plaintes ou plus. Les jeunes se plaignent le plus de maux de ventre, de maux de tête, de problème de poids et de maux de dos.

Figure 6.3. Nombre de plaintes somatiques, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 889)



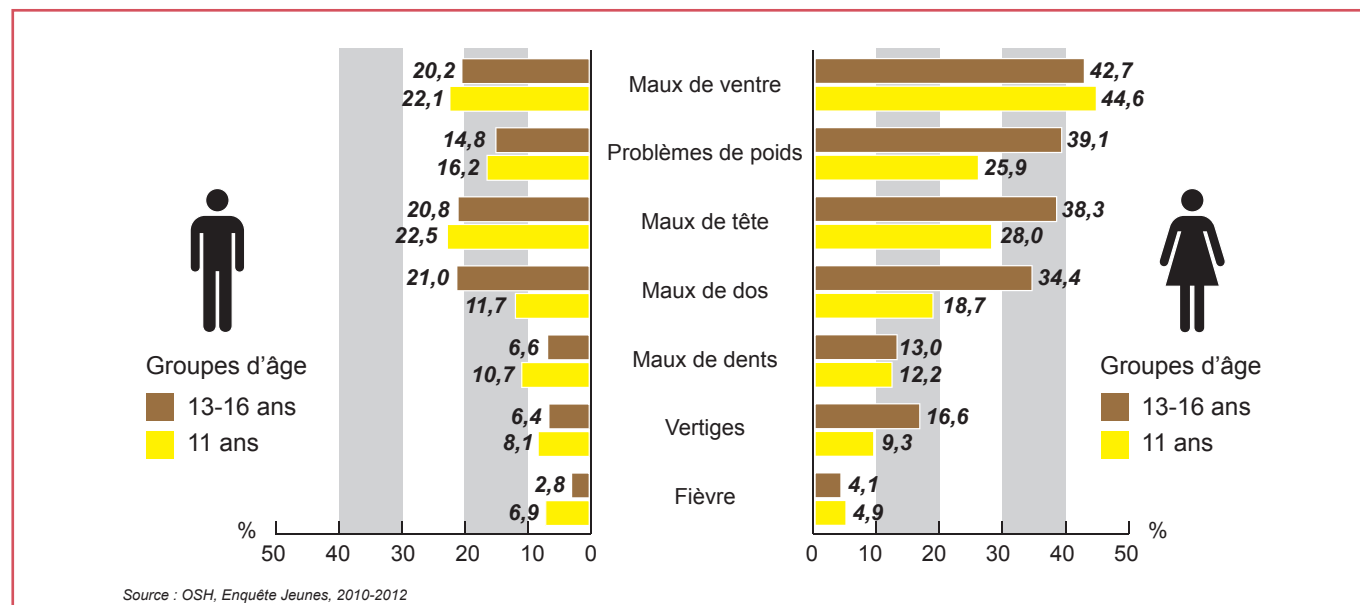
Les garçons se plaignent moins que les filles. En effet, 46 % des garçons n'ont émis aucune plainte contre 29 % des filles de 11 ans et 20 % des filles de 13 et 16 ans.

Quels que soient le sexe et l'âge, 28 % des jeunes ont exprimé une seule plainte. Au-delà de ce seuil, les filles comptabilisent plus de plaintes que les garçons et celles de 13 et 16 ans encore davantage que les filles de 11 ans. Ainsi, 2 à 3 % des garçons ont ressenti 4 plaintes ou plus contre 6,7 % des filles de 11 ans et 17 % des filles de 13 et 16 ans.

En province de Luxembourg, les résultats sont similaires.

De nombreuses études constatent également que les filles rapportent davantage de plaintes que les garçons et que les filles de plus de 13 ans se plaignent également plus que les filles plus jeunes. Cela s'explique en partie parce qu'à la puberté, les filles font face à plus de changements hormonaux et souffrent souvent de maux de ventre, de maux de tête au moment des règles (Currie, 2012 ; Maillard, 2004).

Figure 6.4. Plaintes somatiques, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1889)



A tout âge et quel que soit le type de plainte, les filles se plaignent davantage que les garçons, sauf de fièvre. Autre exception, à 11 ans, filles et garçons éprouvent autant de maux de dents et de vertiges.

Par ailleurs, les filles de 13 et 16 ans se plaignent davantage de maux de dos, de maux de tête, de problème de poids et de vertiges que celles de 11 ans.

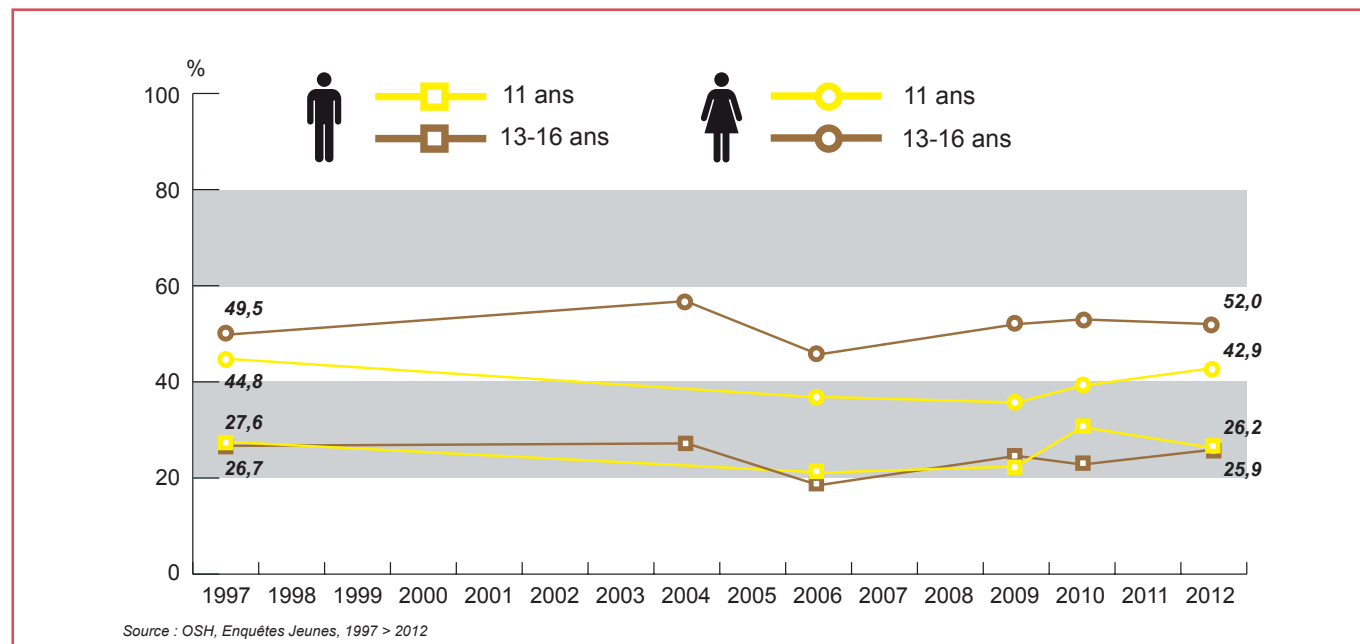
Chez les garçons, les jeunes de 11 ans se plaignent davantage de maux de dents et de fièvre ; ceux de 13 et 16 ans, de maux de dos.

En province de Luxembourg, les résultats sont similaires en ce qui concerne les maux de ventre, de dos, de dents, les vertiges et la fièvre. Par contre, les jeunes hainuyers (25 %) éprouvent davantage de problèmes de poids que les jeunes luxembourgeois (20 %) et inversement pour les maux de tête (28 % contre 31 %).

Evolution

En 2004, la question sur les plaintes ressenties par les jeunes n'a pas été posée aux jeunes de 11 ans.

Figure 6.5. Evolution de la proportion de jeunes qui ont émis au moins 2 plaintes, selon le groupe d'âge et le sexe



Les proportions de jeunes, filles et garçons, qui ont exprimé au moins 2 plaintes parmi les 7 citées ont des valeurs similaires en 2012 et 1997 malgré des fluctuations à la hausse et à la baisse entre ces deux enquêtes.

Sur le même laps de temps, les proportions de jeunes qui se plaignent de problème de poids (18 % en 1997 et 25 % en 2012) et de maux de dos (14 % en 1997 et 23 % en 2012) ont augmenté tandis que ces proportions ont diminué pour les maux de tête (32 % en 1997 et 28 % en 2012) et la fièvre (12 % en 1997 et 4 % en 2012).

La fréquence des maux de dents (10 % en 2012), de ventre (32 % en 2012) et des vertiges (10 % en 2012) est restée stable depuis 1997.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Outre les liens avec le genre et le groupe d'âge déjà présentés, les données récoltées ne permettent pas de mettre en évidence des liens clairs entre les plaintes ressenties par les jeunes et les facteurs socioéconomiques étudiés.

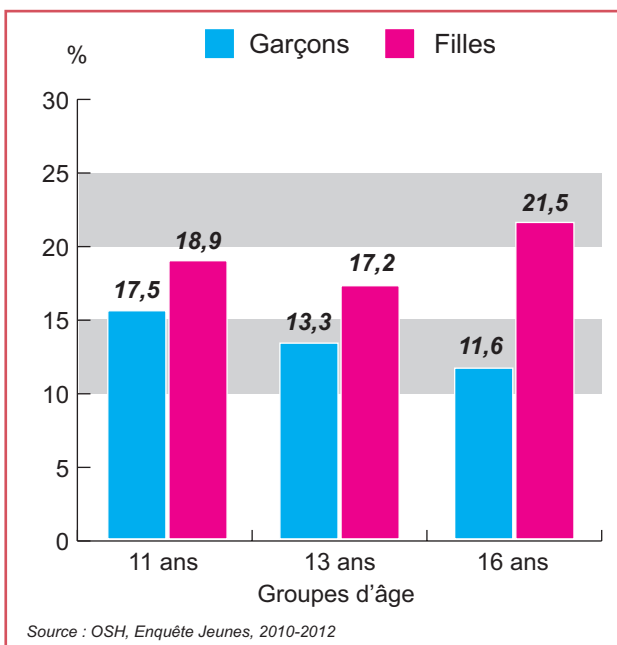
2.3. Maladies chroniques

Le terme "maladie chronique" désigne dans l'enquête, toute maladie qui dure au moins six mois et qui peut nécessiter des soins réguliers (par exemple : le diabète, l'asthme, les allergies...).

Description de la situation en 2012

En Hainaut, 17 % des jeunes de 10 à 17 ans souffrent d'une maladie chronique. Cette proportion est stable depuis 1997.

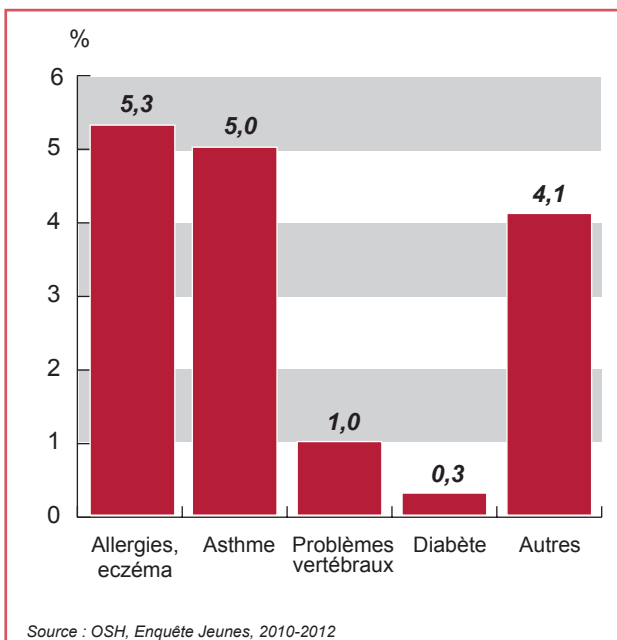
Figure 6.6. Fréquence des maladies chroniques, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 765)



► Globalement, les filles présentent plus fréquemment une maladie chronique que les garçons (19 % contre 14 %) ; cette différence n'est cependant significative que chez les jeunes de 16 ans.

En province de Luxembourg, 16 % des jeunes déclarent une maladie chronique, comme en Hainaut.

Figure 6.7. Maladies chroniques (N = 1 765)



► Un jeune hainuyer sur 20 souffre d'allergies, d'eczéma ou d'asthme. Un sur 100 de problèmes vertébraux.

Les jeunes luxembourgeois sont plus souvent atteints d'allergies et d'eczéma (7 %) que d'asthme (4 %).

Liens avec les facteurs socioéconomiques

La fréquence des maladies chroniques ne varie pas en fonction des facteurs socioéconomiques.

En province de Luxembourg, seule l'association avec la filière scolaire se révèle significative : 21 % des jeunes de l'enseignement de qualification déclarent une maladie chronique contre 15 % des jeunes de l'enseignement de transition.

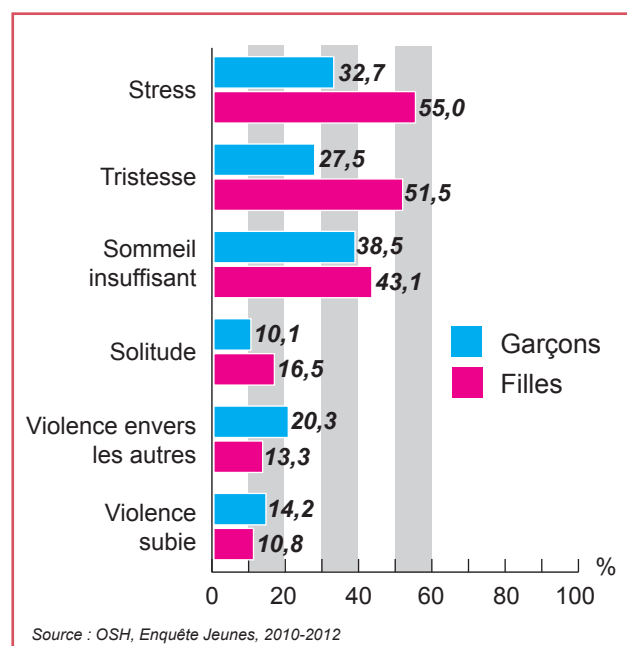
2.4. Problèmes déclarés

Les jeunes ont été interrogés sur les problèmes qu'ils auraient pu rencontrer au cours des douze mois précédant l'enquête : stress, tristesse, solitude, sommeil insuffisant, violence envers les autres et réciproquement, violence subie. Aucune question n'était posée quant à la fréquence à laquelle ils avaient été confrontés à ces problèmes.

Description de la situation en 2012

Globalement, 44 % des jeunes hainuyers ont été confrontés à des problèmes de stress et presque autant à des problèmes de sommeil insuffisant (41 %) et de tristesse (40 %). Par ailleurs, 13 % ont souffert de solitude, 17 % ont déclaré des problèmes de violence envers les autres et 12 % des problèmes de violence subie.

Figure 6.8. Problèmes rencontrés au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe (N = 1 174 à 1 788 selon le problème)

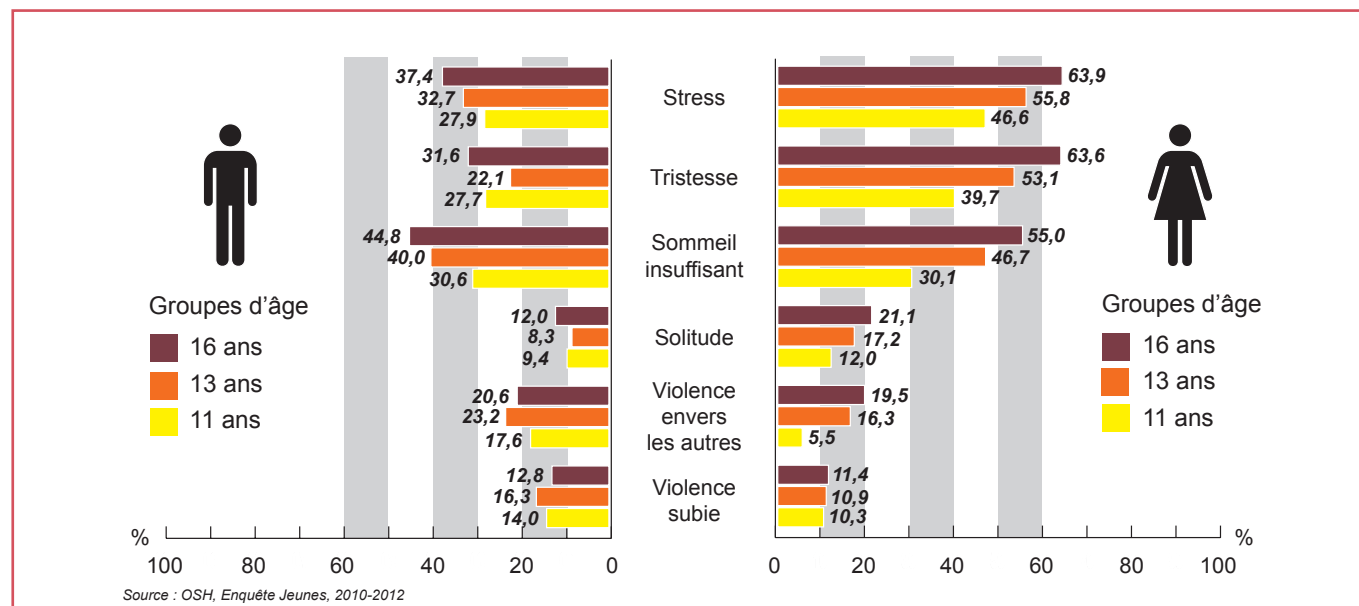


► Des différences s'observent entre les filles et les garçons pour tous les problèmes évoqués. Ainsi, les filles connaissent plus de problèmes de stress, de tristesse, de sommeil insuffisant et de solitude que les garçons. Les garçons connaissent plus fréquemment des problèmes de violence envers les autres et de violence subie que les filles.

En province de Luxembourg, les problèmes de stress sont plus fréquents, ils sont rapportés par un jeune sur 2. Les filles déclarent autant que les garçons des problèmes de violence envers les autres. Les autres résultats sont comparables à ceux observés pour le Hainaut.

Ainsi que la littérature le souligne, les filles sont plus enclines à exprimer leurs sentiments, leurs émotions, leur mal-être éventuel. Les garçons font encore souvent preuve de pudeur et se retranchent derrière l'idée qu'un homme ne doit pas avoir mal, doit être solide pour ne pas paraître faible (Currie, 2012 ; Patton, 2007).

Figure 6.9. Problèmes rencontrés au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe (N garçons = 878 à 886 ; N filles = 895 à 905, selon le problème)



Chez les garçons, les problèmes de stress et de sommeil insuffisant touchent de plus en plus de jeunes au fur et à mesure qu'ils avancent en âge.

Quant aux filles, plus l'âge augmente, plus souvent elles déclarent différents problèmes. A 16 ans, 2 filles sur 3 déclarent des problèmes de stress, de tristesse et presque autant des problèmes de sommeil insuffisant. La solitude et la violence envers les autres touchent alors une jeune fille sur 5.

En province de Luxembourg, le stress touche 39 % des garçons de 11 ans et 48 % de ceux de 13 ans. C'est nettement plus qu'en Hainaut. Par ailleurs, les jeunes de 11 ans déclarent davantage être la cible de violence (16 % des filles et 20 % des garçons), mais on retrouve des résultats comparables au fur et à mesure qu'ils avancent en âge. Les filles de 11 ans font également deux fois plus souvent preuve de violence envers les autres que leurs homologues hainuyères.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

L'analyse des liens avec les facteurs socioéconomiques fait essentiellement ressortir deux éléments importants.

Premièrement, elle met en lumière une association entre le type de famille et les différents problèmes envisagés, excepté le stress.

Les problèmes de tristesse, de sommeil insuffisant, de solitude et de violence (envers les autres ou subie) sont plus fréquemment rapportés par les jeunes vivant au sein d'une famille recomposée que par les jeunes vivant avec leurs deux parents. Ce résultat s'observe également pour les jeunes luxembourgeois.

Les jeunes vivant dans une famille monoparentale rapportent aussi davantage de problèmes de tristesse, de solitude et de violence envers les autres.

Malgré le petit nombre de jeunes qui vivent en garde alternée, ceux-ci rapportent, de façon significative, plus de problèmes de tristesse que les jeunes vivant avec leurs deux parents.

Le deuxième point à souligner est que, dans l'enseignement de qualification, les filles rapportent 2,3 fois plus souvent des problèmes de violence envers les autres et 2,1 fois plus de problèmes de violence subie que dans l'enseignement de transition (respectivement 30 % contre 13 % et 18 % contre 8 %).

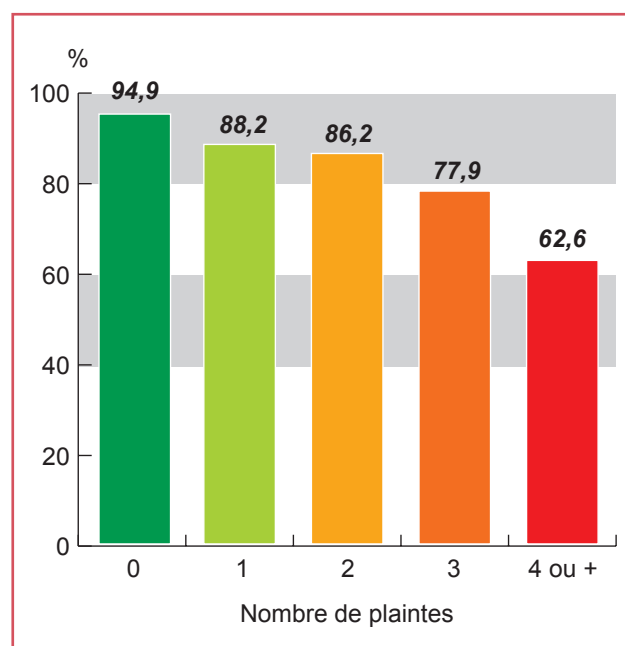
Cette distinction entre les filles des deux filières du secondaire s'observe également en province de Luxembourg. Elle s'y étend même aux problèmes de violence envers les autres rapportés par les garçons.

2.5. Liens entre les différents indicateurs de santé subjective

L'état de santé subjectif résulte des problèmes évoqués dans ce chapitre. Il est donc naturel que l'analyse mette en exergue des associations significatives entre la santé subjective et ces indicateurs.

2.5.1. Lien entre santé subjective et nombre de plaintes

Figure 6.10. Bon ou très bon état de santé subjective en fonction du nombre de plaintes (N = 1 799)



► Assez logiquement, lorsque le nombre de plaintes augmente, les jeunes hainuyers se déclarent moins fréquemment en bonne ou très bonne santé.

Le même gradient apparaît dans les données luxembourgeoises.

2.5.2. Lien entre santé subjective et maladie chronique

Les jeunes atteints d'une maladie chronique se sentent également moins souvent en bonne ou très bonne santé (77 %) que les autres jeunes (90 %).

Le même écart s'observe en province de Luxembourg.

2.5.3. Lien entre santé subjective et nombre de problèmes rencontrés

Parmi les jeunes qui n'éprouvent aucun problème de stress, de tristesse, de sommeil insuffisant, de solitude, de violence subie, ni de violence envers les autres, 94 % se déclarent en bonne ou très bonne santé. Cette proportion diminue lorsque le jeune rencontre des problèmes et ne vaut plus que 73 % pour les jeunes qui ont ressenti au moins quatre des problèmes.

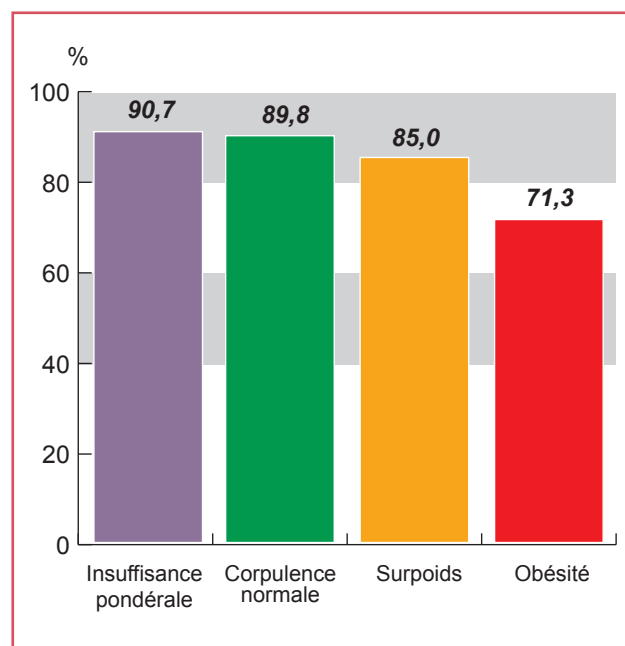
Un lien similaire est observé en province de Luxembourg.

2.6. Liens avec d'autres facteurs de santé

Nous concentrons ici l'analyse sur les associations qu'il pourrait y avoir entre l'état de santé subjectif et les facteurs et comportements de santé présentés dans les autres chapitres.

2.6.1. Facteurs biométriques

Figure 6.11. Etat de santé subjectif en fonction de la corpulence (N = 1 779)

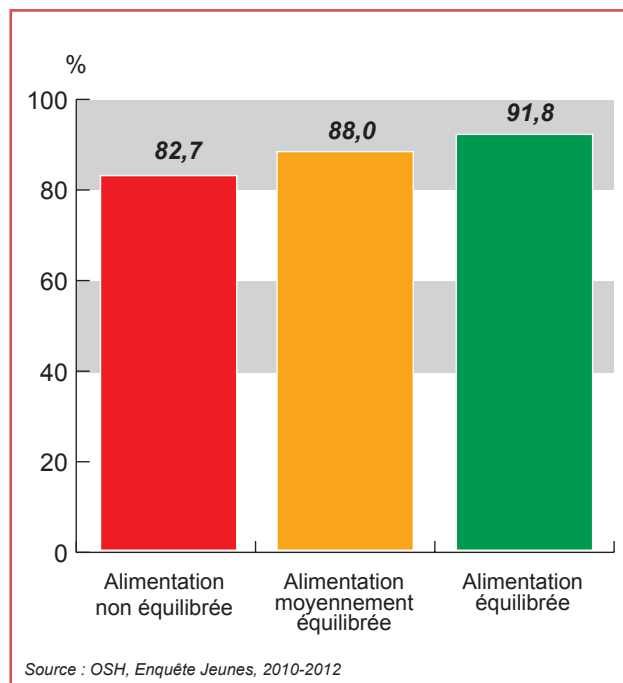


► La proportion de jeunes qui se sentent en bonne ou très bonne santé est plus faible chez les jeunes en surpoids et encore plus chez les jeunes obèses.

Notre analyse n'a pas mis en évidence, ni chez les jeunes hainuyers, ni chez les jeunes luxembourgeois, de lien entre l'état de santé subjectif et une pression artérielle limite ou élevée. Cela semble assez logique puisque l'hypertension artérielle est en général asymptomatique, même si, à long terme, elle est désastreuse pour la santé.

2.6.2. Alimentation

Figure 6.12. Etat de santé subjectif en fonction du score d'alimentation (N = 1 798)



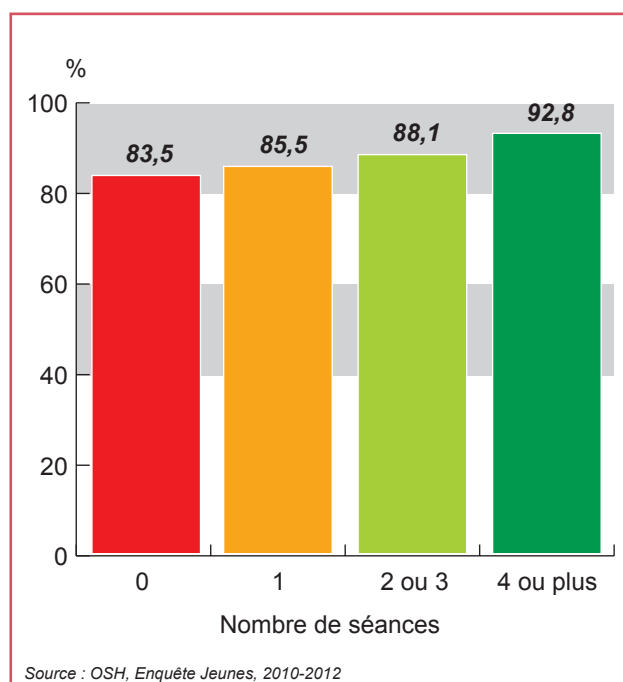
► On observe un gradient : plus l'alimentation est équilibrée et plus la proportion de jeunes qui s'estiment en bonne ou très bonne santé est élevée.

En province de Luxembourg, 93 % des jeunes qui ont une alimentation équilibrée se déclarent en bonne ou très bonne santé contre 88 % des autres jeunes.

2.6.3. Activité physique et sédentarité

Activité physique

Figure 6.13. Etat de santé subjectif en fonction du nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête (N = 1 801)

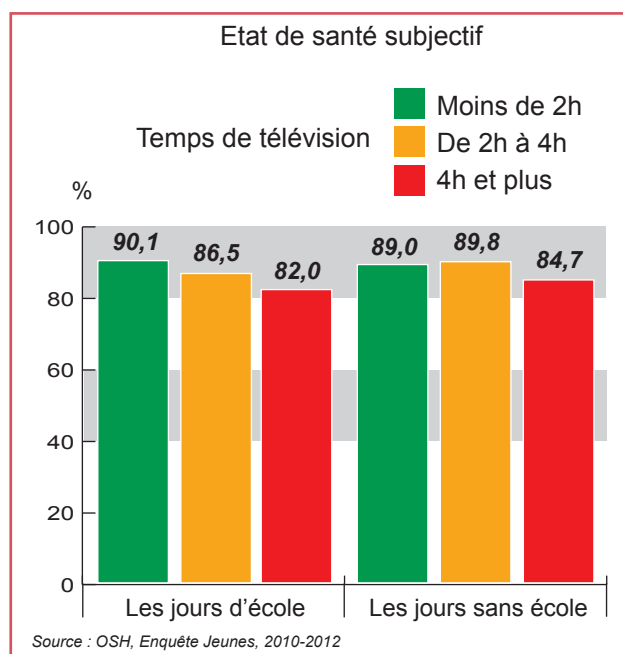


► En province de Hainaut, l'état de santé subjectif des jeunes est plus souvent bon ou très bon lorsque le nombre de séances d'au moins 30 minutes d'activité physique pratiquée la semaine précédant l'enquête augmente.

En province de Luxembourg, il n'y a pas de gradient, mais l'état de santé subjectif des jeunes varie selon qu'ils n'ont pratiqué aucune activité physique la semaine précédant l'enquête ou au moins une séance. L'état de santé subjectif des jeunes qui pratiquent un sport en club est également plus souvent bon à très bon (93 % contre 86 % pour les jeunes non inscrits en club). Ce dernier résultat n'a pas été observé pour les jeunes du Hainaut.

Sédentarité

Figure 6.14. Etat de santé subjectif en fonction du nombre d'heures quotidiennes de télévision les jours d'école (N = 1 698) et les jours sans école (N = 1 671)



► Plus le temps passé devant la télévision augmente et plus la proportion de jeunes qui s'estiment en bonne ou très bonne santé diminue. Les jours d'école, la diminution est progressive dès le seuil de 2 heures par jour alors que les jours sans école, la différence se marque à partir de 4 heures de télévision.

On observe également une variation de l'état de santé subjectif dès le seuil de 2 heures par jour passées devant un ordinateur ou une console de jeux, tant les jours d'école que les jours sans école.

En province de Luxembourg, seule l'association avec le temps passé devant un ordinateur ou une console de jeux les jours sans école est significative.

2.6.4. Assuétudes

Chez les jeunes de 13 et 16 ans, l'état de santé perçu varie également en fonction de leur consommation de tabac et d'alcool. Les proportions de jeunes qui se sentent en bonne ou très bonne santé sont de 74 % parmi les fumeurs quotidiens contre 87 % parmi les autres jeunes et de 81 % parmi les jeunes qui ont déjà été ivres contre 88 % parmi les autres jeunes.

L'association avec le tabac est également observée en province de Luxembourg avec des proportions de 80 % chez les fumeurs quotidiens et 90 % chez les autres. Le lien avec l'ivresse ne se vérifie qu'à partir de deux épisodes déclarés d'ivresse. Par contre, l'état de santé subjectif des jeunes luxembourgeois varie également par rapport à leur consommation de cannabis alors que cette association est à la limite de la signification statistique pour le Hainaut.

3. Image du corps et souhait de changer de poids

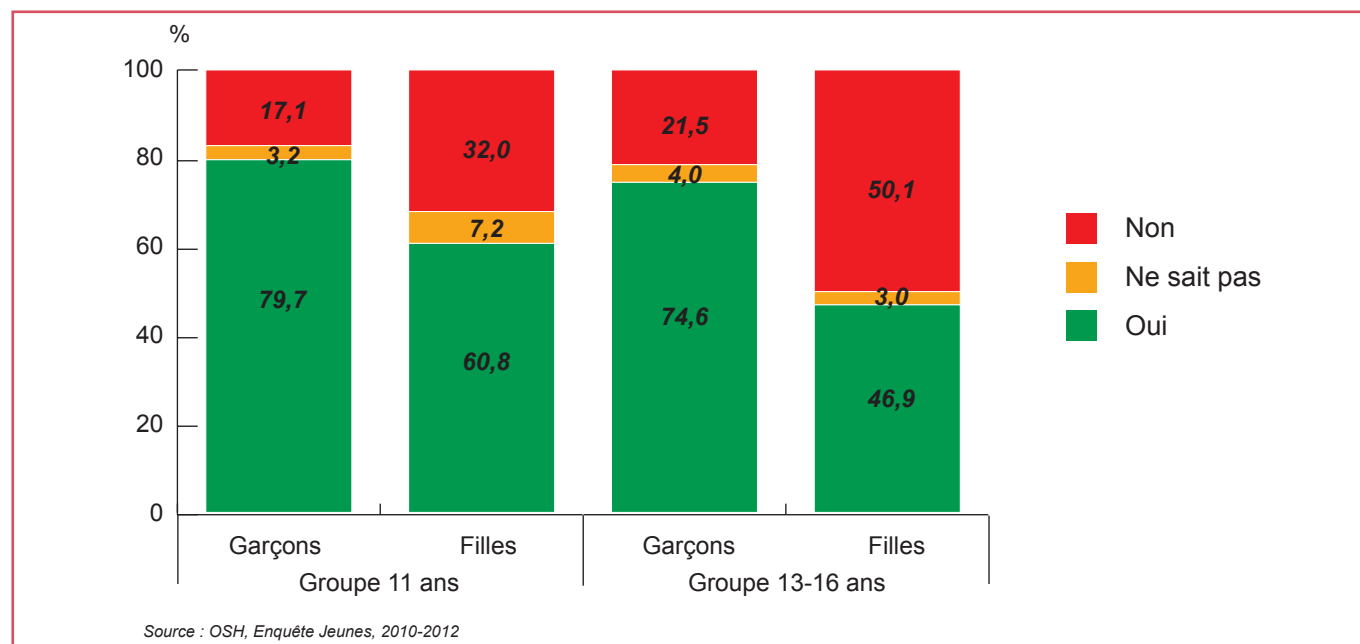
Dans une société où les médias véhiculent l'image de corps minces, musclés, à une période de leur vie où leur corps se transforme, comment les jeunes se sentent-ils par rapport à leur propre corps ? En particulier, souhaitent-ils changer de poids ?

3.1. Satisfaction par rapport au corps

Description de la situation en 2012

En 2012, deux tiers des jeunes hainuyers de 10 à 17 ans sont satisfaits de leur corps (64 %) ; un tiers ne l'est pas (32 %) ; une minorité (4 %) ne sait pas si elle l'est ou non.

Figure 6.15. Satisfaction par rapport au corps, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 802)

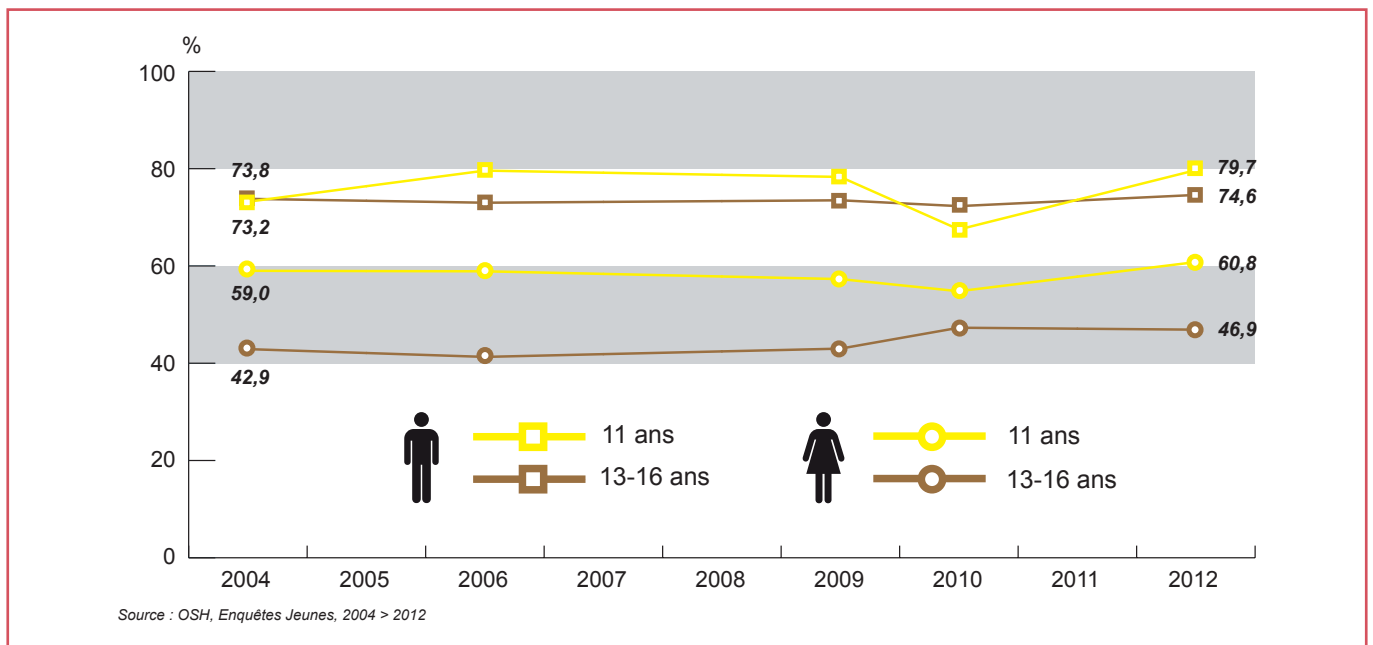


▼
Globalement, 76 % des garçons et 52 % des filles sont satisfaits de leur corps. A tout âge, les garçons sont davantage satisfaits de leur corps. De plus, la satisfaction par rapport au corps diminue encore à l'adolescence chez les filles. A 13 et 16 ans, une jeune fille sur 2 n'est pas satisfaite de son corps.

En province de Luxembourg, on observe des résultats similaires excepté que les filles de 11 ans ne sont pas moins satisfaites de leur corps que les garçons du même âge.

Evolution

Figure 6.16. Evolution de la satisfaction par rapport au corps, selon le groupe d'âge et le sexe



▼
 Les proportions de jeunes satisfaits de leur corps fluctuent depuis 2004 ; aucune tendance ne se dégage nettement.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 6.2. Satisfaction par rapport au corps en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 802	65,2 %	-
Sexe			
Garçons	910	76,4 %	1,46*
Filles	892	52,2 %	1
Groupe d'âge			
11 ans	657	69,7 %	1,15*
13 ans	515	60,8 %	1
16 ans	630	61,1 %	1,00
Nombre de parents qui travaillent			
0	146	61,6 %	1
1	531	61,4 %	1,00
2	983	67,3 %	1,09*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	208	63,5 %	1,06
Manuelle peu qualifiée	457	59,7 %	1
Manuelle qualifiée	79	68,4 %	1,15
Employée peu ou moyennement qualifiée	403	64,8 %	1,09
Employée qualifiée ou cadre	361	73,1 %	1,22*
Type de famille			
Biparentale	1 048	67,5 %	1,20*
Monoparentale	338	61,2 %	1,09
Recomposée	226	56,2 %	1
Garde alternée	99	64,6 %	1,15
Filière scolaire (Filles de 13 ans et 16 ans)			
Transition	397	49,4 %	1,25*
Qualification	155	39,4 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Le tableau 6.2. confirme que les garçons et les plus jeunes sont davantage satisfaits de leur corps.

Les jeunes dont les deux parents travaillent sont un peu plus souvent satisfaits de leur corps que les autres jeunes.

Les jeunes dont la mère est employée qualifiée ou cadre sont plus fréquemment satisfaits de leur corps que les jeunes dont la mère exerce une profession manuelle peu qualifiée.

Les jeunes vivant avec leurs deux parents ont également une meilleure image de leur corps que les jeunes vivant au sein de familles recomposées.

La proportion de jeunes filles satisfaites de leur corps est 25 % plus élevée dans l'enseignement de transition que dans l'enseignement de qualification.

L'analyse des données pour la province de Luxembourg confirme toutes ces associations et met également en évidence un lien avec la catégorie socioprofessionnelle du père au détriment des jeunes dont le père est manuel peu qualifié par rapport à ceux dont le père est employé qualifié ou cadre. Les jeunes luxembourgeois sont également moins satisfaits de leur corps lorsque la mère exerce une profession manuelle qualifiée ou lorsqu'ils vivent dans une famille monoparentale.

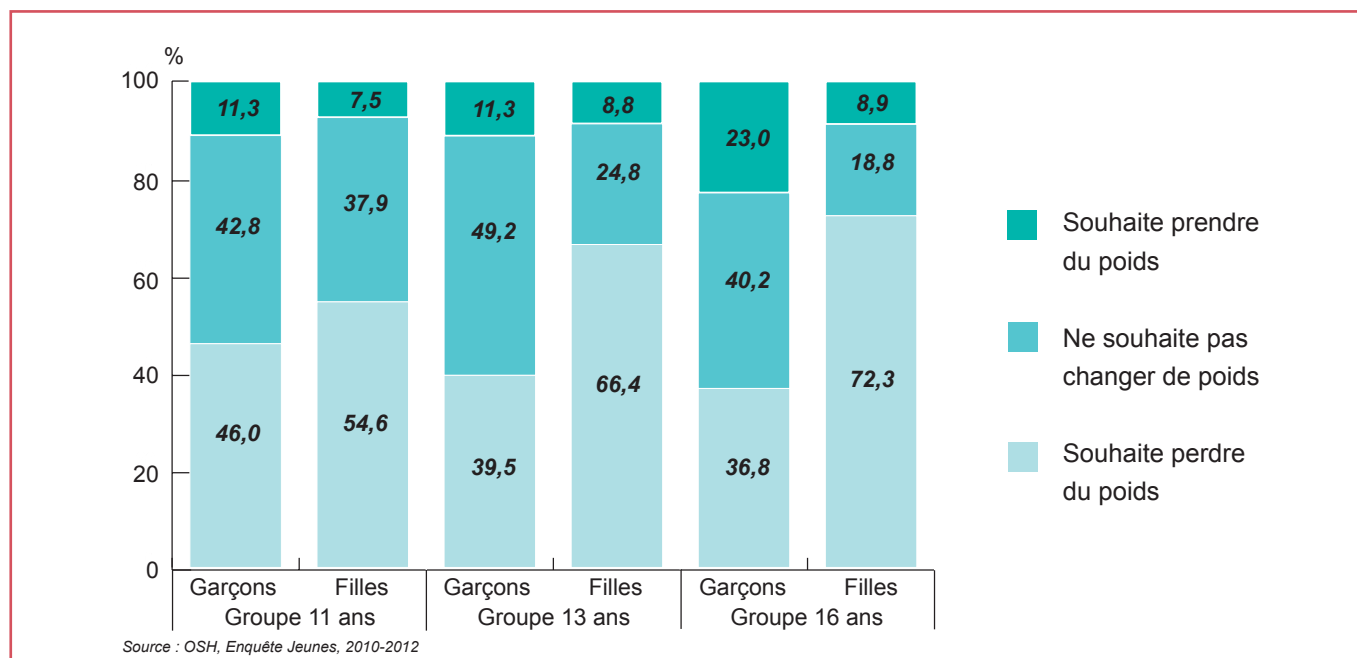
3.2. Souhait de changer de poids

En Hainaut, 29 % des jeunes présentent une surcharge pondérale et 10 %, une insuffisance pondérale ; 25 % se sont plaints de problèmes de poids.

Pourtant, 52 % souhaitent perdre du poids et 12 % souhaitent en prendre.

Description de la situation en 2012

Figure 6.17. Souhait de changer de poids, selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 804)



Davantage de filles que de garçons (64 % contre 41 %) souhaitent perdre du poids. L'écart s'accroît avec l'âge suite à l'augmentation de la proportion de filles qui souhaitent perdre du poids couplée à une diminution de la proportion correspondante de garçons.

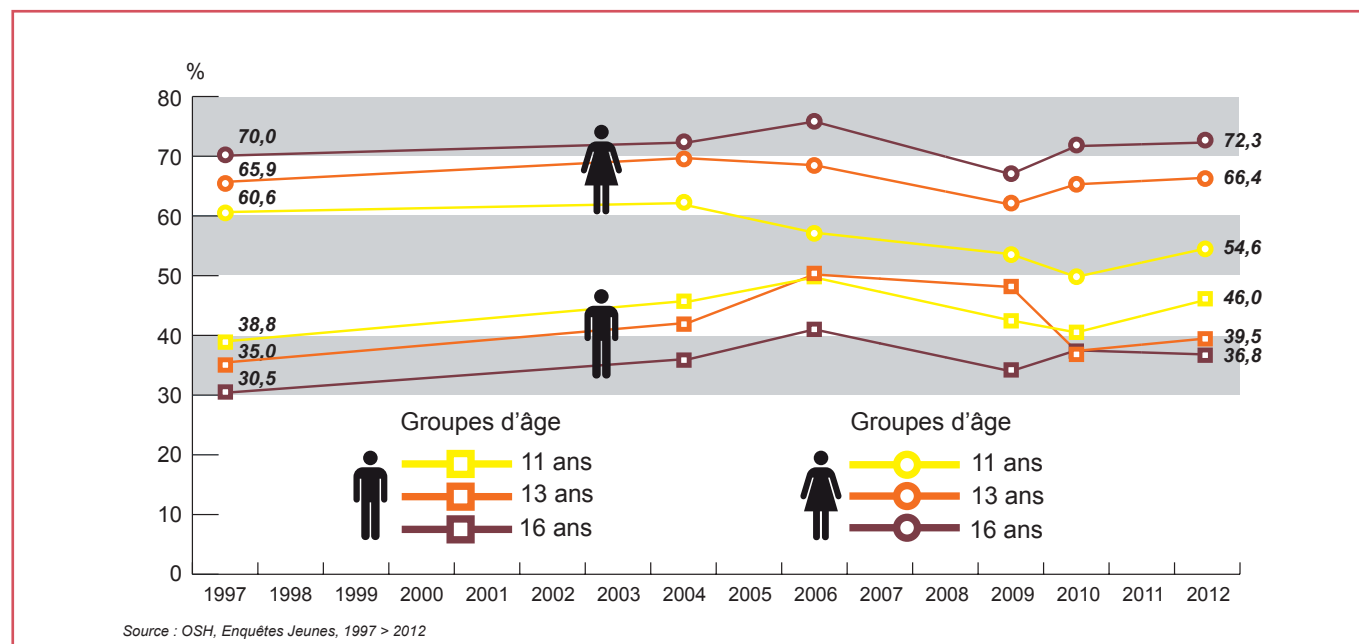
Par contre, ce sont les garçons qui veulent davantage prendre du poids. A 11 et 13 ans, 11 % et à 16 ans, 23 % d'entre eux le souhaitent. Chez les filles, la proportion est stable autour de 8 %.

En province de Luxembourg, 48 % des jeunes souhaitent perdre du poids. C'est un peu moins qu'en province de Hainaut (52 %). Par contre, ils sont autant à souhaiter prendre du poids (10 %).

Evolution

Globalement, quelle que soit l'enquête, un jeune sur 2 souhaite maigrir. Cette apparente stabilité cache néanmoins des fluctuations selon le groupe d'âge et le sexe.

Figure 6.18. Evolution du souhait de perdre du poids, selon le groupe d'âge et le sexe



Les proportions de jeunes garçons qui souhaitent perdre du poids ont augmenté entre 1997 et 2012. Elles sont restées stables pour les filles de 13 et 16 ans et ont diminué pour les filles de 11 ans.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Tableau 6.3. Souhait de perdre du poids en fonction des facteurs socioéconomiques

	N	%	RP
Total	1 804	52,4 %	-
Sexe			
Garçons	893	40,8 %	1
Filles	911	63,9 %	1,57*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	209	52,2 %	1,12
Manuelle peu qualifiée	455	57,4 %	1,23*
Manuelle qualifiée	79	55,7 %	1,19
Employée peu ou moyennement qualifiée	403	49,4 %	1,06
Employée qualifiée ou cadre	365	46,8 %	1

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Comme déjà souligné, les filles souhaitent 1,6 fois plus souvent perdre du poids que les garçons.

Par ailleurs, seule la catégorie socioprofessionnelle de la mère est associée au souhait de maigrir. Ainsi, les jeunes dont la mère exerce une profession manuelle peu qualifiée expriment plus fréquemment le souhait de perdre du poids que ceux dont la mère est employée qualifiée ou cadre.

En province de Luxembourg, ce facteur socioéconomique n'est pas associé au souhait de maigrir mais bien la catégorie socioprofessionnelle du père et le nombre de parents qui travaillent, au détriment des jeunes dont le père exerce une profession manuelle peu qualifiée et des jeunes dont aucun parent ne travaille.

3.3. Liens avec d'autres facteurs de santé

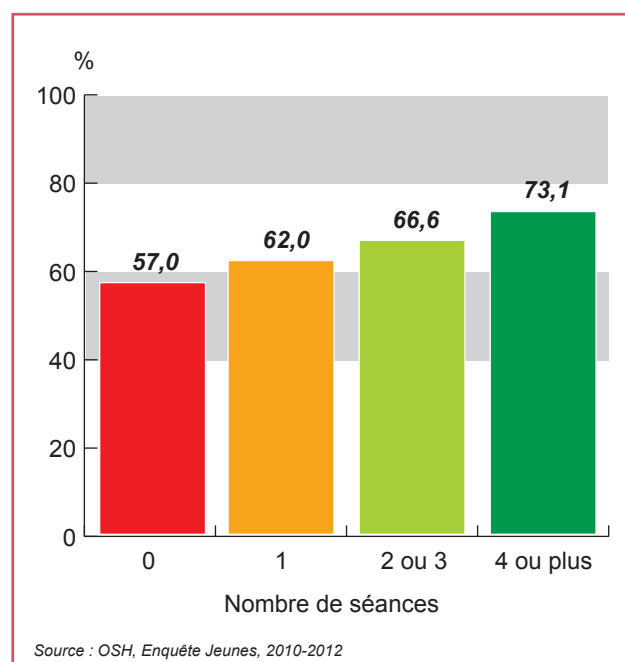
3.3.1. Poids, régime amaigrissant et corpulence

Globalement, les jeunes qui se plaignent plus fréquemment de leur poids, souhaitent davantage perdre du poids et suivent plus souvent un régime pour maigrir. Ces jeunes sont également moins satisfaits de leur corps que les autres. En toute logique, ces indicateurs s'observent davantage parmi les jeunes en surpoids ou obèses. Nous l'avons montré dans le paragraphe 6.2. du chapitre 2.

3.3.2. Activité physique

La proportion de jeunes satisfaits de leur corps augmente avec le nombre de séances d'au moins 30 minutes d'activité physique pratiquées en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête.

Figure 6.19. Satisfaction par rapport au corps en fonction du nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête (N = 1 800)



► Parmi les jeunes n'ayant pratiqué aucune séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête, 57 % se déclarent satisfaits de leur corps alors que ce pourcentage atteint 73 % parmi les jeunes ayant pratiqué au moins 4 séances.

Le même gradient est observé en province de Luxembourg : de 63 % de jeunes satisfaits de leur corps parmi les jeunes n'ayant pratiqué aucune séance d'activité physique, on passe à 77 % pour les jeunes déclarant au moins 4 séances.

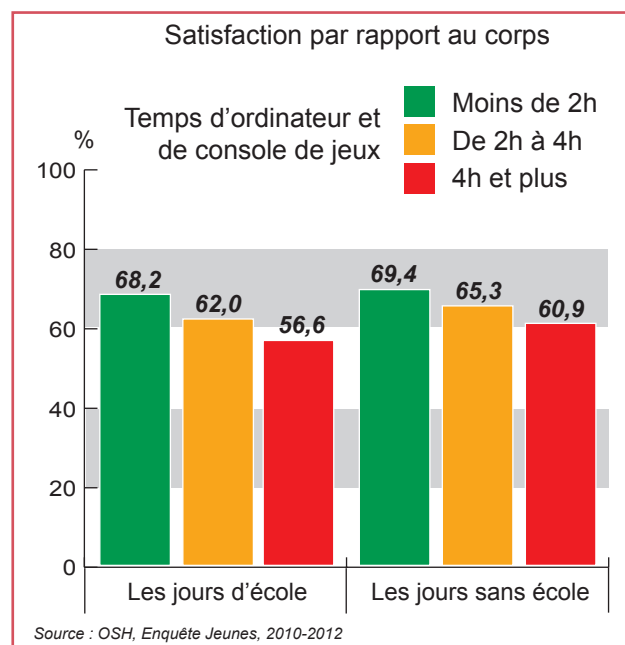
On retrouve le même type de lien entre la satisfaction par rapport au corps et la pratique sportive en club. En Hainaut, 59 % des jeunes ne faisant pas partie d'un club sportif se déclarent satisfaits de leur corps contre 70 % parmi les jeunes qui pratiquent un sport en club. En province de Luxembourg, ces pourcentages sont respectivement de 63 % et 72 %.

Logiquement, la proportion de jeunes inscrits dans un club est moindre parmi ceux qui ne sont pas satisfaits de leur corps (42 %) que parmi ceux qui sont satisfaits (54 %). En province de Luxembourg, ce lien est également vérifié avec des proportions de 53 % contre 63 %.

3.3.3. Sédentarité

Plus le temps consacré aux activités sédentaires augmente, moins les jeunes se déclarent satisfaits de leur corps. Ainsi, 68 % des jeunes qui passent moins de 2 heures par jour devant la télévision les jours d'école sont satisfaits de leur corps contre 61 % de ceux qui passent 2 heures ou plus. De même, 68 % des jeunes qui passent moins de 4 heures devant la télévision les jours sans école sont satisfaits de leur corps contre 62 % de ceux qui passent 4 heures ou plus.

Figure 6.20. Satisfaction par rapport au corps en fonction du temps passé chaque jour devant l'ordinateur et la console de jeux les jours d'école (N = 1 720) et les jours sans école (N = 1 707)



► La proportion de jeunes satisfaits de leur corps diminue aussi lorsque le temps passé devant un ordinateur ou une console de jeux augmente. L'écart le plus marqué est observé en fonction du temps consacré à l'ordinateur les jours d'école : quand les jeunes y consacrent moins de 2 heures par jour, la proportion de jeunes satisfaits de leur corps est de 68 % et quand ils y consacrent 4 heures ou plus, cette proportion chute à 57 %.

Les mêmes tendances sont observées pour les jeunes luxembourgeois.

4. Sommeil

Le sommeil est un élément important de la santé. Le sommeil a une fonction réparatrice et régulatrice qui contribue à l'équilibre métabolique et thermodynamique du corps, à la croissance, au renforcement du système immunitaire, au développement du cerveau, à l'apprentissage et la mémorisation (*Institut National du Sommeil et de la Vigilance, 2014*).

Un manque de sommeil engendre des troubles de l'attention, de l'apprentissage, de l'alimentation, une baisse d'énergie, des troubles de l'humeur pouvant à long terme aboutir à une dépression (*Gangwisch, 2010 ; Institut National du Sommeil et de la Vigilance, 2014 ; Mullens, 2007*).

Ici le sommeil est abordé uniquement par l'heure du lever, l'heure du coucher et le nombre d'heures de sommeil durant les jours d'école.

4.1. Durée de sommeil

Description de la situation en 2012

Tableau 6.4. Heure moyenne du lever (N = 1 751), du coucher (N = 1 791) et durée moyenne de sommeil (N = 1 751), selon le groupe d'âge et le sexe

hh:mm	Heure moyenne du lever		Heure moyenne du coucher		Durée moyenne du sommeil	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Groupe 11 ans	6:57 (0:32)*	6:55 (0:29)	21:10 (0:55)	21:02 (0:45)	9:47 (1:04)	9:53 (0:52)
Groupe 13 ans	6:43 (0:30)	6:39 (0:29)	22:00 (1:07)	21:46 (0:56)	8:44 (1:14)	8:53 (0:58)
Groupe 16 ans	6:39 (0:30)	6:29 (0:30)	22:36 (1:01)	22:16 (0:58)	8:02 (1:06)	8:12 (1:04)

* (hh:mm) : Ecart-type

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les garçons et les filles se lèvent à la même heure environ. Les jeunes de 13 et 16 ans se lèvent un peu plus tôt que ceux de 11 ans. L'heure du lever est relativement fixe car elle est bien souvent déterminée par des contraintes familiales et l'horaire scolaire (*Institut National du Sommeil et de la Vigilance, 2014*). En secondaire, les trajets domicile-école sont souvent un peu plus longs, ce qui explique, en partie, que les jeunes de 13 et 16 ans se lèvent un peu plus tôt.

Plus les jeunes avancent en âge, plus ils se couchent tard. A 11 et 13 ans, l'heure du coucher est la même pour les filles et les garçons, mais à 16 ans, les garçons se couchent plus tard que les filles.

La durée moyenne du sommeil ne varie pas entre les garçons et les filles. Par contre, les jeunes ont tendance à dormir moins lorsqu'ils avancent en âge. Toutes les enquêtes aboutissent à ce même constat (*Williams, 2012*).

Il n'existe pas de recommandations spécifiant le nombre d'heures qu'un jeune devrait dormir. Il est impossible d'en déterminer une valeur fixe, même par âge, tant les besoins de sommeil varient d'un jeune à l'autre (Jenni, 2012). Au mieux, les CDC précisent qu'un jeune de 10-11 ans devrait dormir au moins 10 heures et qu'un adolescent devrait dormir 9 ou 10 heures (CDC, 2010).

En comparant ces recommandations aux valeurs moyennes, on constate qu'à tout âge, et surtout chez les plus âgés, bon nombre de jeunes accumulent un déficit de sommeil au cours de la semaine de classe.

Il serait alors intéressant de compléter l'analyse par le temps de sommeil les jours sans école.

Enfin, pour être tout à fait complet, il faudrait tenir compte du temps d'endormissement, de la qualité du sommeil (réveils nocturnes, cauchemars, apnées...), de la régularité dans l'heure du coucher d'un jour à l'autre, entre les jours de classe et les jours sans... (Kelly, 2013).

Le sommeil des jeunes est donc un sujet qui mériterait d'être approfondi au-delà du cadre du suivi épidémiologique de notre enquête.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

Pour analyser les facteurs socioéconomiques associés à la durée de sommeil, nous avons identifié les jeunes qui déclaraient les durées de sommeil les plus courtes. Pour cela, nous avons calculé, par âge (en années accomplies) et par sexe, le percentile 20 (p20) de la durée de sommeil. Le p20 est la valeur telle que 20 % des jeunes ont une durée de sommeil inférieure à cette valeur. La durée de sommeil de chaque jeune est comparée à cette valeur de référence (p20 calculé pour son âge et son genre).

Tableau 6.5. **Avoir une durée de sommeil inférieure au seuil de référence (p20) en fonction des facteurs socioéconomiques**

	N	%	RP
Total	1 745	22,9 %	-
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	769	26,3 %	1,93*
Manuel qualifié	217	23,0 %	1,69*
Employé peu ou moyennement qualifié	240	20,8 %	1,53
Employé qualifié ou cadre	264	13,6 %	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer, étudiante	203	23,6 %	1,40
Manuelle peu qualifiée	437	28,4 %	1,69*
Manuelle qualifiée	74	27,0 %	1,61*
Employée peu ou moyennement qualifiée	394	23,4 %	1,39
Employée qualifiée ou cadre	358	16,8 %	1
Type de famille			
Biparentale	1 016	20,7 %	1
Monoparentale	323	29,4 %	1,42*
Recomposée	250	26,8 %	1,29
Garde alternée	100	23,0 %	1,11
Filière scolaire (13 ans et 16 ans)			
Transition	731	18,1 %	1
Qualification	343	29,7 %	1,64*

RP : Rapport de prévalence

* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



La proportion de jeunes qui dorment moins que les seuils de référence retenus est plus élevée parmi les jeunes dont le père ou la mère exerce une profession manuelle que parmi les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre.

Les jeunes vivant au sein de famille monoparentale déclarent plus fréquemment des durées de sommeil plus courtes que les jeunes vivant avec leurs deux parents.

C'est également le cas pour les jeunes de l'enseignement de qualification par rapport aux jeunes de l'enseignement de transition.

En province de Luxembourg, on retrouve le lien avec la catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère, mais uniquement lorsqu'il ou elle exerce une fonction manuelle peu qualifiée. La différence entre les structures des familles se marque aussi, mais en défaveur des familles recomposées. Les jeunes de l'enseignement de qualification déclarent aussi plus souvent des durées de sommeil plus courtes, surtout à 13 ans.

Selon la littérature, les conditions propices à un bon endormissement et à un bon sommeil sont plus difficilement satisfaites dans un environnement socioéconomique moins favorisé : chambre agréable, literie de qualité, silence... (Mullens, 2007).

4.2. Liens avec d'autres facteurs de santé

4.2.1. Sommeil insuffisant

La durée de sommeil nécessaire pour récupérer de sa fatigue et se sentir reposé varie d'un jeune à l'autre. Un jeune peut très bien dormir beaucoup et se sentir fatigué et un autre dormir moins et se sentir en forme (Williams, 2012). Néanmoins, les petits dormeurs se plaignent davantage d'avoir un sommeil insuffisant. En effet, parmi les jeunes qui dorment moins (temps de sommeil inférieur ou égal au p20 calculé pour l'âge et le sexe), 48 % déclarent des problèmes de sommeil insuffisant contre 39 % pour les autres.

Tableau 6.6. **Durée moyenne de sommeil selon que le jeune déclare des problèmes de sommeil insuffisant ou non, selon le groupe d'âge et le sexe**

	Problèmes de sommeil insuffisant			
	Oui		Non	
	N	Durée moyenne de sommeil	N	Durée moyenne de sommeil
Garçons				
11 ans	92	9:40	210	9:51
13 ans	97	8:35	143	8:50
16 ans	140	7:45	172	8:17
Filles				
11 ans	103	9:49	238	9:55
13 ans	113	8:39	133	9:05
16 ans	158	8:02	126	8:24

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

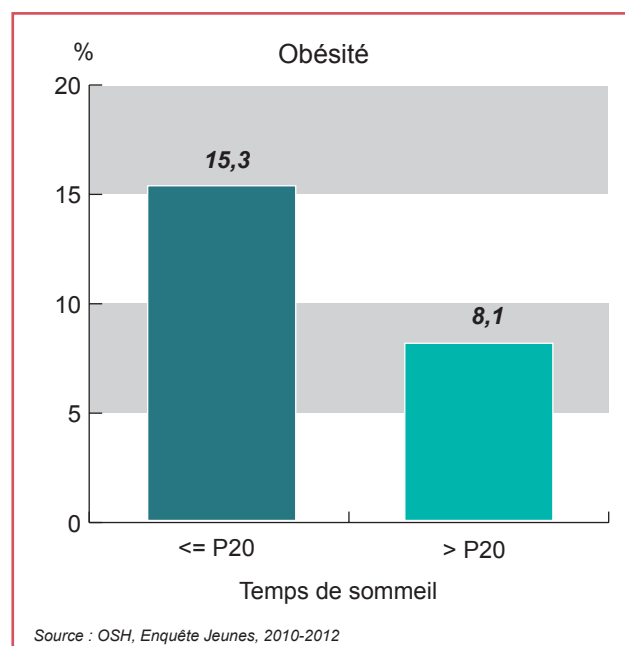
▼
Quels que soient le groupe d'âge et le sexe, la durée moyenne de sommeil est plus faible pour les jeunes qui déclarent des problèmes de sommeil insuffisant. Toutefois, les différences observées ne sont significatives que pour les garçons de 16 ans et les filles de 13 et 16 ans.

En province de Luxembourg, les différences observées sont significatives pour les garçons de 13 et 16 ans et les filles de 11 et 13 ans.

4.2.2. Facteurs biométriques

Un manque de sommeil induit des changements physiologiques et comportementaux (consommation de nourriture plus calorique, diminution de l'activité physique) qui augmentent le risque de surpoids et d'obésité (Bourdillon, 2010 ; Chen, 2008 ; Knutson, 2010).

Figure 6.21. **Obésité en fonction du temps de sommeil (N = 1 722)**



► Les données montrent un taux d'obésité de 15 % chez les jeunes qui déclarent une durée de sommeil inférieure au seuil de référence (p20) contre 8,1 % chez les jeunes qui déclarent une plus longue période de sommeil.

En province de Luxembourg, ces proportions sont respectivement de 7,5 % et 4,6 %.

La littérature scientifique mentionne un risque accru d'hypertension artérielle chez l'adulte qui dort régulièrement un nombre d'heures insuffisant par rapport à ses besoins (Knutson, 2010 ; Mullens, 2007). Ce résultat n'a pas été vérifié pour les jeunes du Hainaut, ni pour ceux de la province de Luxembourg.

4.2.3. Alimentation

Une dette de sommeil provoque un déséquilibre de la régulation de l'appétit et augmente la faim avec une appétence particulière pour les aliments riches en calorie et en hydrate de carbone. Il s'ensuit un risque accru de surcharge pondérale et, à plus long terme, de diabète de type 2 (Greer, 2013 ; Hense, 2011 ; Mullens, 2007).

Par ailleurs, un manque de sommeil engendre souvent des sautes d'humeur que certains compenseront une fois de plus par des aliments riches en sucre et en graisse (Markwald, 2013).

Parmi les jeunes qui ont une alimentation déséquilibrée (cf. Chapitre 2. "Alimentation"), 29 % des jeunes déclarent des durées de sommeil inférieures au seuil retenu. Cette proportion est de 21 % parmi les jeunes qui ont une alimentation équilibrée. Ce sont particulièrement les snacks salés, les sodas (sucrés ou édulcorés) qui font l'objet d'une consommation accrue.

Le même résultat s'observe en province de Luxembourg.

4.2.4. Sédentarité

Un manque de sommeil provoque une baisse de l'énergie et donc une propension à choisir des activités moins physiques (Bourdillon, 2010).

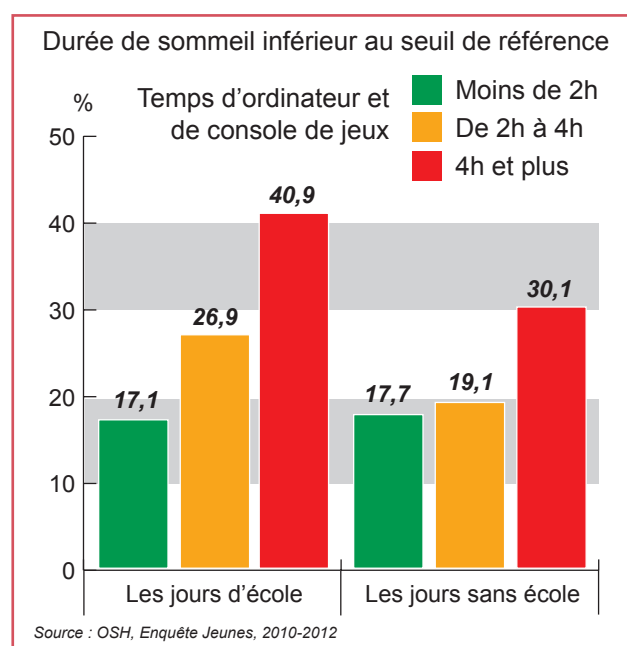
Inversement, la pratique d'activités sédentaires a un impact direct sur le sommeil. D'une part, les jeunes prolongent leur soirée devant la télévision, l'ordinateur ou la console de jeux et retardent le moment de se coucher. D'autre part, les jeunes investissent toute leur attention quand ils jouent à des jeux vidéo, à l'ordinateur, ils ne perçoivent pas les signes de fatigue et ne sont pas dans un état propice à l'endormissement avec un impact direct sur le temps d'endormissement et la qualité de sommeil.

Les données ne permettent pas d'établir un lien entre l'activité physique et sportive des jeunes et la durée de sommeil telle que nous l'appréhendons ici. Par contre, le temps que les jeunes consacrent aux écrans (télévision, d'une part, et ordinateur et console de jeux, d'autre part) est lié à leur temps de sommeil.

En effet, plus les jeunes regardent la télévision, plus fréquemment ils rapportent des durées de sommeil plus courtes. Par rapport au temps de télévision les jours sans école, la différence ne se marque qu'à partir de 4 heures de télévision par jour. Ces résultats s'observent également en province de Luxembourg.

Des conclusions similaires peuvent être tirées pour le temps consacré à l'ordinateur et aux consoles de jeux, ainsi que l'illustre la figure suivante.

Figure 6.22. **Durée de sommeil inférieure au seuil de référence en fonction du temps consacré chaque jour à l'ordinateur les jours d'école (N = 1 666) et les jours sans école (N = 1 654)**



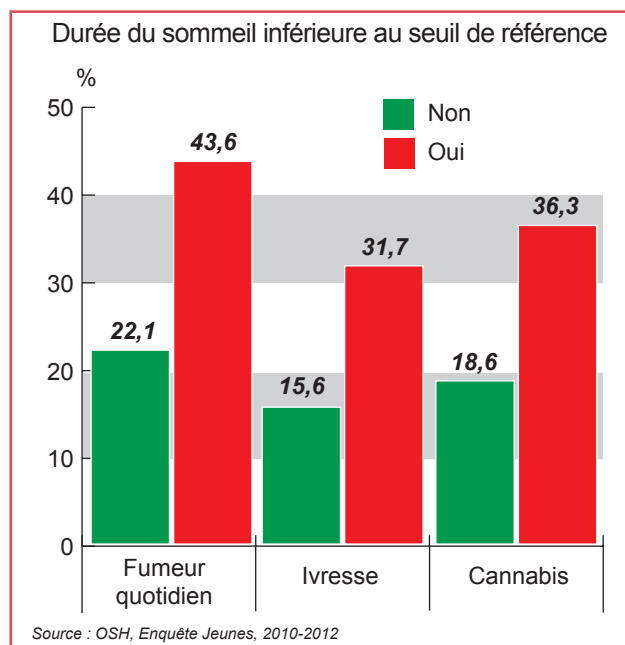
► Un gradient se marque : la proportion de jeunes qui dorment moins que les seuils choisis augmente avec le nombre d'heures quotidiennes d'ordinateur ou de console de jeux les jours d'école. Les jours sans école, la différence se marque à partir de 4 heures d'ordinateur ou de console de jeux.

En province de Luxembourg, le même gradient s'observe tant les jours d'école que les jours sans école.

Nous l'avons vu au chapitre 4. "Activité physique & sédentarité", les jeunes consacrent de plus en plus de temps aux écrans. Par ailleurs, leurs chambres sont de mieux en mieux équipées en télévision, ordinateur, console de jeux, internet. Autant de sources d'activités qui incitent le jeune à retarder le moment de l'endormissement. Nombreux sont aussi les jeunes qui utilisent leur GSM même après avoir éteint la lampe (Mullens, 2007).

4.2.5. Assuétudes

Figure 6.23. Durée de sommeil inférieure au seuil de référence en fonction des comportements en termes d'assuétudes (N tabac = 1 078 ; N ivresse = 1 089 ; N cannabis = 1 094)



► Les proportions de jeunes qui déclarent des durées de sommeil inférieures aux seuils retenus sont plus élevées parmi les jeunes qui fument quotidiennement (44 %), parmi les jeunes qui ont déjà été ivres (32 %) et parmi les jeunes qui ont déjà consommé du cannabis (36 %). On retrouve là aussi une accumulation de comportements défavorables à la santé.

Les résultats sont similaires en province de Luxembourg.

5. Consommation de soins

La santé des jeunes résulte de leurs comportements en termes d'alimentation, d'activité physique, d'assuétudes... L'amélioration globale de leur santé passe donc d'abord par la promotion et l'adoption de comportements sains avant de recourir à des traitements curatifs.

Quels sont les médecins ou autres professionnels de la santé que les jeunes ont consultés au cours des douze mois précédant l'enquête ?

La consultation chez le généraliste et la consultation chez le pédiatre ont été regroupées, car ils ont tendance à se substituer l'un à l'autre en fonction de l'âge du jeune.

Description de la situation en 2012

Globalement, 72 % des jeunes hainuyers de 10 à 17 ans ont consulté un généraliste ou un pédiatre au cours des douze mois précédant l'enquête.

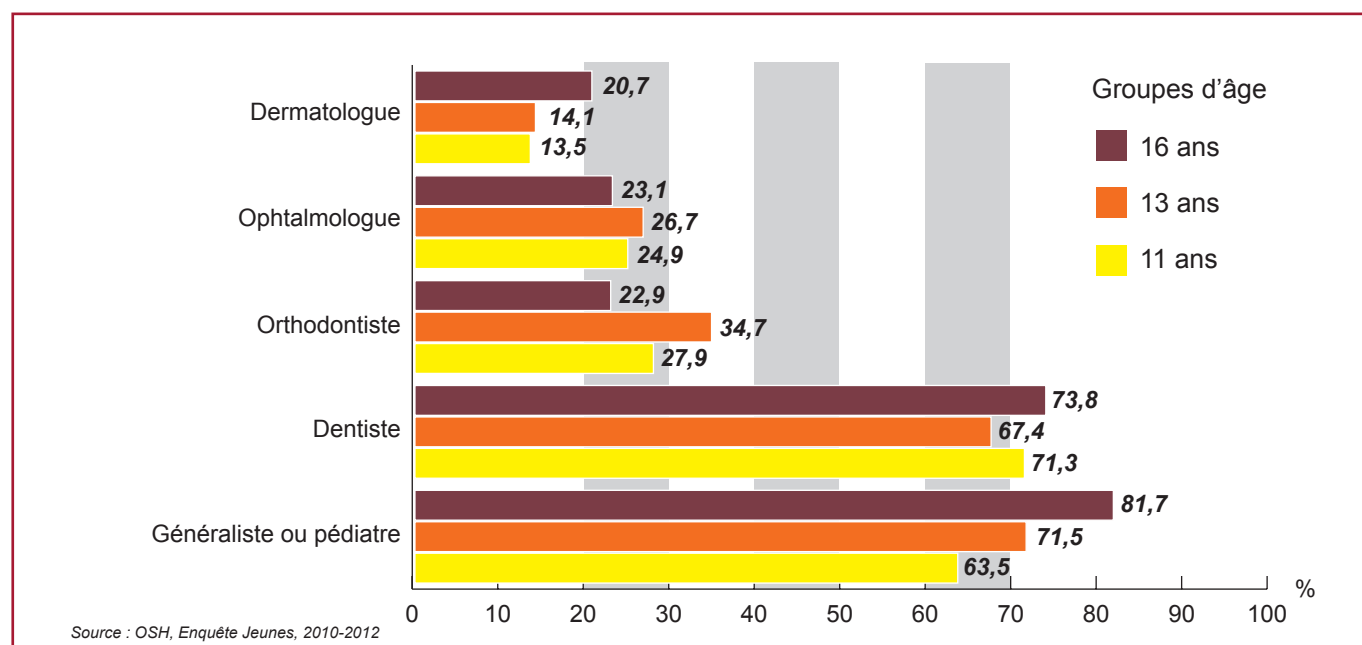
De même, 71 % ont consulté un dentiste alors que les recommandations prônent pour les jeunes une consultation préventive tous les six mois. Trois jeunes sur 10 s'y rendent moins d'une fois par an alors que les consultations chez le dentiste sont entièrement remboursées par les mutuelles pour tous les jeunes de moins de 18 ans.

Durant les douze mois précédant l'enquête, 28 % des jeunes ont consulté un orthodontiste, 25 % un ophtalmologue et 16 % un dermatologue.

Davantage de filles ont consulté un ophtalmologue (28 % des filles et 22 % des garçons). Pour les autres médecins, on ne note pas de différence entre les sexes.

Par ailleurs, 14 % des filles ont consulté un gynécologue : 5 % à 11 ans, 10 % à 13 ans et 26 % à 16 ans.

Figure 6.24. Consultation chez le généraliste ou le pédiatre (N = 1 790), le dentiste (N = 1 796), l'orthodontiste (N = 1 782), l'ophtalmologue (N = 1 792) et le dermatologue (N = 1 791) au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge



La proportion de jeunes qui ont consulté un généraliste ou un pédiatre au cours des douze mois précédant l'enquête augmente progressivement avec l'âge : de 64 % chez les 11 ans à 82 % chez les 16 ans.

Les jeunes de 16 ans ont davantage consulté le dermatologue. Ce qui s'explique aisément par les problèmes de peau qui apparaissent à la puberté.

Les jeunes de 13 ans ont, quant à eux, davantage consulté l'orthodontiste.

Les résultats observés en province de Luxembourg sont comparables. On note toutefois des proportions plus élevées qu'en Hainaut de jeunes de 11 ans et 16 ans qui ont consulté l'orthodontiste.

Evolution

En termes d'évolution, on observe uniquement une augmentation de la proportion de jeunes qui ont consulté le dentiste. En effet, après une période de stabilité autour de 60 % entre 1999 et 2010, cette proportion atteint 71 % en 2012. Cette progression s'observe dans les trois groupes d'âge et est probablement partiellement attribuable à la gratuité des soins dentaires pour les jeunes de moins de 18 ans⁸.

Liens avec les facteurs socioéconomiques

La littérature scientifique révèle que certaines personnes issues de milieux plus défavorisés reportent ou refusent des soins en raison de leur coût.

L'analyse des liens avec les facteurs socioéconomiques ne montre pas d'association avec la consultation chez le généraliste ou le pédiatre.

Globalement, 71 % des jeunes ont consulté un dentiste au cours des douze mois précédant l'enquête. La consultation chez le dentiste est cependant moins fréquente lorsque le jeune vit dans un milieu moins favorisé. C'est notamment le cas lorsqu'aucun parent ne travaille (63 %), lorsque le père ou la mère exerce une fonction manuelle peu qualifiée (respectivement 66 % et 68 %) ou lorsque la mère est femme au foyer ou étudiante (65 %).

Une différence est également observée en défaveur des jeunes de l'enseignement de qualification (66 %).

En plus des facteurs socioéconomiques associés à la consultation chez le dentiste, la consultation chez l'orthodontiste varie également en fonction du type de famille : 23 % des jeunes en famille monoparentale ont consulté un orthodontiste au cours des douze mois précédant l'enquête contre 31 % des jeunes en famille biparentale.

La consultation chez le dermatologue est associée à tous les facteurs socioéconomiques excepté la filière scolaire : une fois de plus, les consultations sont moins fréquentes lorsque le contexte socioéconomique du jeune est moins favorable.

Les jeunes filles issues de familles monoparentales sont proportionnellement presque deux fois plus nombreuses à consulter le gynécologue que celles vivant avec leurs deux parents. Dans l'enseignement de qualification, 33 % ont consulté un gynécologue contre 14 % de celles qui fréquentent l'enseignement de transition.

Par contre, la consultation chez un ophtalmologue n'est liée à aucun des facteurs étudiés ici.

En province de Luxembourg, on retrouve les mêmes variations excepté que la consultation chez le dermatologue n'est associée qu'à la catégorie socioprofessionnelle du père et à la filière scolaire.

8. En Belgique, la gratuité des soins dentaires est assurée pour chaque enfant jusqu'à son 12^e anniversaire depuis le 1^{er} septembre 2005, jusqu'à son 15^e anniversaire depuis le 1^{er} juillet 2008 et jusqu'à son 18^e anniversaire depuis le 1^{er} mai 2009.

6. Conclusion

En 2012, 87 % des jeunes hainuyers de 10 à 17 ans estiment que leur état de santé est bon ou très bon. En 1997, cette proportion était de 94 %.

Durant les douze mois précédant l'enquête, 28 % des jeunes ont émis une des plaintes suivantes : maux de dos, de tête, de ventre, de dents, problème de poids, fièvre, vertiges ; 30 %, 2 à 3 plaintes et 8 %, 4 plaintes ou plus. Les filles se plaignent davantage que les garçons.

En Hainaut, 17 % des jeunes souffrent d'une maladie chronique (asthme, allergies, eczéma, problèmes vertébraux...).

Environ 4 jeunes hainuyers sur 10 ont été confrontés à des problèmes de stress, de sommeil insuffisant, de tristesse au cours des douze mois précédant l'enquête ; plus d'un jeune sur 10 a souffert de solitude. 17 % des jeunes ont déclaré avoir été violents envers d'autres et 12 % avoir été victimes de violence.

L'état de santé subjectif est moins bon parmi les jeunes en surcharge pondérale, parmi ceux qui ont une alimentation déséquilibrée, parmi les moins actifs physiquement, parmi les plus sédentaires, parmi les fumeurs quotidiens et parmi les jeunes qui ont déjà été ivres.

En 2012, un tiers des jeunes hainuyers de 10 à 17 ans ne sont pas satisfaits de leur corps. Les filles sont moins souvent satisfaites de leur corps que les garçons, surtout à l'adolescence.

Moins de jeunes sont satisfaits de leur corps en 2012 qu'en 1997.

La satisfaction par rapport au corps est moindre dans les milieux socioéconomiquement moins favorisés, parmi les jeunes qui pratiquent moins d'activité physique ou sportive et chez ceux qui consacrent plus de temps aux écrans.

Un jeune sur 2 souhaite perdre du poids et un sur 8 souhaite en prendre.

Les jeunes hainuyers dorment, en moyenne, 9 heures 49 minutes à 11 ans, 8 heures 47 minutes à 13 ans et 8 heures 5 minutes à 16 ans.

Il y a davantage de petits dormeurs parmi les jeunes dont le père ou la mère est manuel peu qualifié, dans les familles monoparentales et dans l'enseignement de qualification.

La durée de sommeil diminue lorsque le temps de télévision, d'ordinateur ou de console de jeux augmente.

Obésité, alimentation déséquilibrée et assuétudes sont plus fréquentes parmi les jeunes qui dorment moins.

En Hainaut, 7 jeunes sur 10 ont consulté un médecin généraliste ou un pédiatre. Autant ont consulté un dentiste.

7. Bibliographie

- Bourdillon F, Cano N, Delarue J, Turck D. Propositions pour le PNNS 2011-2015 des sociétés savantes et d'experts en nutrition. Société française de santé publique ; 2010. Report N° : Automne 2010
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sleep and sleep disorders. CDC features website. 2010. <http://www.cdc.gov/features/sleep>. Dernière consultation janvier 2015
- Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity ? A systematic review and meta-analysis. Obesity (Silver Spring) 2008 Feb ; 16(2) : 265-74
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study : International Report from the 2009/2010 Survey. WHO Regional Office for Europe ; 2012
- Decant P, De Smet P, Favresse D, Godin I. La santé des élèves de 5^e et 6^e années primaires - Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2013 Feb
- Gangwisch JE, Babiss LA, Malaspina D, Turner JB, Zammit GK, Posner K. Earlier Parental Set Bedtimes as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation. Sleep 2010 ; 33 (1) : 97-106
- Greer SM, Goldstein AN, Walker MP. The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. Nat Commun 2013 Aug 6 ; 4
- Hense S, Barba G, Pohlabein H, De Henauw S, Marild S, Molnar D, et al. Factors that influence weekday sleep duration in European children. Sleep 2011 May 1 ; 34 (5) : 633-9
- Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Sommeil et scolarité. Institut National du Sommeil et de la Vigilance ; 2014
- Jenni OG. How much sleep is "normal" in children and adolescents ? Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2012 Nov 26 ; Online First : 1-2
- Kelly Y, Kelly J, Sacker A. Changes in Bedtime Schedules and Behavioral Difficulties in 7 Year Old Children. Pediatrics 2013 Oct 14 ; 132 (5) : e1184-e1193
- Knutson KL. Sleep duration and cardiometabolic risk : a review of the epidemiologic evidence. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2010 Oct ; 24 (5) : 731-43
- Maillard C. Santé des jeunes d'âge scolaire (1) : Bien-être et perception de la santé. Education Santé 2004 ; (195) : 18
- Markwald RR, Melanson EL, Smith MR, Higgins J, Perreault L, Eckel RH, et al. Impact of insufficient sleep on total daily energy expenditure, food intake, and weight gain. Proceedings of the National Academy of Sciences 2013 Mar 11 ; 110 (14) : S695-S700
- Moreau N, De Smet P, Godin I, (partie I), Favresse D, De Smet P, et al. La santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles (parties I et II). Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) ; 2013 Feb
- Mullens E. A quoi sert le sommeil ? La Santé de l'Homme 2007 ; 388 : 21-6
- Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. The Lancet 2007 ; 369 (9567) : 1130-1139
- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'OMS, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

- Williams JA, Zimmerman FJ, Bell JF. Norms and trends of sleep time among us children and adolescents. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2012 Nov 26 ; Online First : 1-6

Pour en savoir plus

- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Stress... utile ? Oui, mais pas trop ! ; 2010



Annexes



Annexe I. Protocole de mesures biométriques

I. Mesure de la taille

La taille est mesurée à l'aide d'une toise Seca® 220 graduée au millimètre avec une taille maximale de 200 centimètres.

La taille est mesurée chez le jeune en position debout, pieds nus, vêtu légèrement (en sous-vêtements), dos à la toise, épaules relâchées, pieds à plat, talons joints et non relevés. La taille est enregistrée au millimètre près, en fin d'inspiration. Une nouvelle mesure est répétée. La taille considérée pour l'analyse est la plus grande des deux mesures effectuées.

2. Mesure du poids

Le poids est mesuré à l'aide d'une balance Seca® 702 avec une précision de 50 grammes pour un poids inférieur à 150 kilos et de 100 grammes pour un poids entre 150 et 200 kilos. La balance est régulièrement calibrée avec des poids de la division Métrologie du Service public fédéral (SPF) Economie, PME, Classes moyennes et Energie. La balance est placée sur un sol dur et, a priori, plat.

Le jeune est vêtu légèrement (en sous-vêtements), pieds nus, rapprochés (mais pas nécessairement joints), le poids du corps étant réparti également sur les deux jambes et les bras pendant le long du corps. Le jeune reste immobile le temps que la masse affichée sur l'écran se stabilise.

3. Mesure de la pression artérielle

La pression artérielle (PA) est prise avec un tensiomètre électronique Omron® 705IT mesurant les PA de 0 à 299 mm/Hg ; en utilisant un brassard adapté au périmètre brachial.

Après avoir retiré son manteau et toute blouse épaisse, le jeune est au repos, assis, au calme, pendant cinq minutes minimum avant la prise de la première mesure de PA. Il est assis, le bras nu si possible et le dos supporté par un dossier de chaise tout au long de la procédure. Les pieds reposent fermement sur le sol. Les mesures sont effectuées au bras droit. L'avant-bras du participant est posé sur un plan dur (table, bureau...) de manière à ce que la fosse antécubitale de ce bras soit à hauteur du cœur, la paume de la main exposée vers le haut (supination).

La mesure débute lorsque le bouton "start" est enfoncé ; pendant toute cette période de gonflage et de déflation du brassard, le participant ne bouge pas le bras, ne parle pas et reste calme et immobile. Les résultats de la PAS et de la PAD sont notés. Après une minute d'attente durant laquelle le brassard est correctement dégonflé et le participant a pu "pomper" deux ou trois fois avec le poing, sans trop bouger le bras et en restant assis et calme, une nouvelle mesure est effectuée. Une troisième mesure est encore réalisée après une minute d'intervalle.

Les PAS et PAD retenues sont les moyennes arithmétiques des deux dernières mesures de PAS et de PAD effectuées.

4. Mesure du tour de taille

Le tour de taille est mesuré à l'aide d'un mètre ruban souple de 150 centimètres, gradué au millimètre.

Le tour de taille est mesuré à même la peau à mi-distance entre la base thoracique (côte la plus basse) et la crête iliaque, le mètre ruban faisant le tour du corps en position horizontale. Le jeune est debout, les pieds rapprochés mais pas joints (environ 10-15 centimètres d'écart) et son poids est réparti de manière égale sur les deux jambes.

Il est demandé au jeune de respirer normalement et la mesure du tour de taille s'effectue à la fin d'une expiration, ce qui évite de contracter les muscles abdominaux ou de retenir sa respiration. Le mètre ruban doit être fermement tenu mais ne comprime pas la peau.

Le tour de taille est mesuré à deux reprises. La dernière mesure est notée au millimètre près.

Annexe2. Présentation détaillée de l'échantillon

Les classes sont sélectionnées de manière aléatoire selon la méthode en grappes, stratifiées sur base :

- du réseau d'enseignement : communal-provincial (regroupés), Fédération Wallonie-Bruxelles, libre ;
- de l'arrondissement ;
- pour le secondaire, du type d'enseignement : enseignement de transition, enseignement de qualification.

Le nombre de classes dans chaque catégorie est proportionnel aux populations scolaires de la catégorie. Un ou plusieurs établissements sont tirés au hasard. Au sein de l'établissement, c'est le CSSV qui choisit une classe en fonction du calendrier de passage à la visite médicale.

Nous ne disposons pas des chiffres de population scolaire par année d'étude. Par conséquent, les chiffres présentés ici correspondent à l'ensemble des élèves du primaire (6 années) pour l'échantillon de 6^e primaire, au 1^{er} degré (1^{ère} et 2^e années) du secondaire pour l'échantillon de 2^e secondaire et au 2^e degré (3^e et 4^e années) du secondaire pour l'échantillon de 4^e secondaire. L'échantillon a été élaboré à partir des données de population scolaire de l'année académique 2007-2008. Aussi avons-nous choisi de comparer l'échantillon à cette population.

Tableau A2.1. Nombre de jeunes interrogés, selon le groupe d'âge et le sexe

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Groupe d'âge 11 ans	311	47,2	348	52,8	659	100,0
Groupe d'âge 13 ans	260	49,8	262	50,2	522	100,0
Groupe d'âge 16 ans	328	52,0	303	48,0	631	100,0
Total	899	49,6	913	50,4	1 812	100,0

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Contrairement à la population scolaire de 2007-2008 (garçons 51 %, filles 49 %), l'échantillon comporte un peu moins de garçons (49,6 %) et un peu plus de filles (50,4 %). La différence n'est cependant pas statistiquement significative quel que soit le niveau scolaire considéré.

Dans notre échantillon, l'enseignement de transition est constitué des classes de 2^e générale, 4^e générale et 4^e technique de transition. L'enseignement de qualification est constitué des classes de 2^e différenciée, 4^e technique de qualification et 4^e professionnelle.

Tableau A2.2. Répartition des jeunes en fonction de la filière d'enseignement

Filière d'enseignement	Hainaut 2007-2008		Echantillon	
	N	%	N	%
2° secondaire	31 288	100,0	589	100,0
Enseignement de transition	26 843	85,8	509	86,4
Enseignement de qualification	4 445	14,2	80	13,6
4° secondaire	37 006	100,0	555	100,0
Enseignement de transition	18 637	50,4	270	48,6
Enseignement de qualification	18 369	49,6	285	51,4
Total	68 294	100,0	1 144	100,0
Enseignement de transition	45 480	66,6	779	68,1
Enseignement de qualification	22 814	33,4	365	31,9

Sources : Hainaut : FWB, 2007-2008 ; Echantillon : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



En ce qui concerne les filières scolaires, l'échantillon est représentatif par rapport à la population scolaire de 2007-2008.

Tableau A2.3. Répartition des jeunes en fonction du réseau d'enseignement

Réseau d'enseignement	Hainaut 2007-2008		Echantillon	
	N	%	N	%
Enseignement primaire	91 156	100,0	668	100,0
Communal - Provincial	43 600	47,8	290	43,4
Libre	40 620	44,6	263	39,4*
Fédération Wallonie-Bruxelles	6 936	7,6	115	17,2*
Enseignement secondaire	68 294	100,0	1 144	100,0
Communal - Provincial	11 192	16,4	279	24,4*
Libre	39 943	58,5	699	61,1
Fédération Wallonie-Bruxelles	17 159	25,1	166	14,5*
Total	159 450	100,0	1 812	100,0
Communal - Provincial	54 792	34,4	569	31,4*
Libre	80 563	50,5	962	53,1
Fédération Wallonie-Bruxelles	24 095	15,1	281	15,5

* différence statistiquement significative au seuil de 5 % (tenant compte d'une correction pour comparaison multiple)

Sources : Hainaut : FWB, 2007-2008 ; Echantillon : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Dans le primaire, l'enseignement de la FWB est surreprésenté. Il est sous-représenté dans le secondaire. Globalement, sur l'ensemble de l'échantillon, on assiste à une sous-représentation limitée (31 % au lieu de 34 %), mais statistiquement significative, des réseaux communal et provincial.

Tableau A2.4. Répartition des jeunes en fonction de l'arrondissement

Arrondissement	Hainaut 2007-2008		Echantillon	
	N	%	N	%
6° primaire	91 156	100,0	668	100,0
Ath	5 662	6,2	39	5,8
Charleroi	29 906	32,8	193	28,9
Mons	17 104	18,8	115	17,2
Mouscron	5 956	6,5	34	5,1
Soignies	12 545	13,8	92	13,8
Thuin	10 068	11,0	112	16,8*
Tournai	9 915	10,9	83	12,4
2° secondaire	31 288	100,0	589	100,0
Ath	1 544	4,9	24	4,1
Charleroi	9 168	29,3	175	29,7
Mons	5 956	19,0	123	20,9
Mouscron	2 546	8,1	42	7,1
Soignies	4 703	15,0	104	17,7
Thuin	3 515	11,2	61	10,4
Tournai	3 856	12,3	60	10,2
4° secondaire	37 006	100,0	555	100,0
Ath	1 798	4,9	20	3,6
Charleroi	10 563	28,5	169	30,5
Mons	7 188	19,4	110	19,8
Mouscron	2 654	7,2	13	2,3*
Soignies	5 804	15,7	121	21,8*
Thuin	3 783	10,2	54	9,7
Tournai	5 216	14,1	68	12,3
Total	159 450	100,0	1 812	100,0
Ath	9 004	5,6	83	4,6
Charleroi	49 637	31,1	537	29,6
Mons	30 248	19,0	348	19,2
Mouscron	11 156	7,0	89	4,9*
Soignies	23 052	14,5	317	17,5*
Thuin	17 366	10,9	227	12,5
Tournai	18 987	11,9	211	11,6

* différence statistiquement significative au seuil de 5 % (tenant compte d'une correction pour comparaison multiple)

Sources : Hainaut : FWB, 2007-2008 ; Echantillon : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



L'échantillon n'est pas représentatif au niveau des arrondissements sauf en 2^e secondaire. L'écart varie de 0 à 6 points selon l'arrondissement et le niveau d'étude concerné. Vu le tirage au sort par classe et la grande variabilité du nombre d'élèves par classe, il est difficile de contrôler précisément le nombre d'élèves par arrondissement. Les arrondissements sur- ou sous-représentés sont indiqués par un astérisque. L'effet de ce biais sur les résultats est difficile à estimer.

Tableau A2.5. Répartition des jeunes en fonction des facteurs socioéconomiques

	Echantillon	
	N	%
Sexe	1 812	100,0
Garçons	899	49,6
Filles	913	50,4
Catégorie d'âge	1 812	100,0
11 ans	659	36,4
13 ans	522	28,8
16 ans	631	34,8
Nombre de parents qui travaillent	1 699	100,0
0	218	12,8
1	625	36,8
2	856	50,4
Catégorie socioprofessionnelle du père	1 539	100,0
Manuel peu qualifié	799	51,9
Manuel qualifié	223	14,5
Employé peu ou moyennement qualifié	249	16,2
Employé qualifié ou cadre ¹	268	17,4
Catégorie socioprofessionnelle de la mère	1 516	100,0
Femme au foyer, étudiante ²	209	13,8
Manuelle peu qualifiée	458	30,2
Manuelle qualifiée	79	5,2
Employée peu ou moyennement qualifiée	404	26,6
Employée qualifiée ou cadre ¹	366	24,1
Type de famille	1 749	100,0
Biparentale	1051	60,1
Monoparentale	341	19,5
Recomposée	257	14,7
Garde alternée	100	5,7
Filière scolaire (enseignement secondaire)	1 144	100,0
Transition	779	68,1
Qualification	365	31,9

1. Cette catégorie correspond aux personnes ayant réalisé des études supérieures.

2. Cette catégorie n'est pas représentée chez le père car l'effectif est trop petit.

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les données du tableau sont basées sur les déclarations des jeunes.

Annexe 3. Méthodes d'analyse

Pour les questions fermées, les questionnaires sont scannés et traités au moyen d'un système de lecture optique. L'encodage fait l'objet d'un contrôle qualité.

Les questions ouvertes et les questions fermées comprenant une option de réponse "autres", sont encodées manuellement.

Une fois l'encodage terminé, les données sont exportées vers le logiciel SPSS® 18.

Chaque thème abordé est étudié au travers d'un certain nombre d'indicateurs qui font l'objet d'une présentation descriptive usuelle (fréquence, moyenne...) pour l'ensemble des jeunes, et en fonction de l'âge et du sexe.

La signification statistique des différences a été testée via un chi carré de Pearson (ou Fisher exact, si nécessaire). Pour chaque test, le seuil de significativité était de 5 %. De manière générale, seuls les résultats significatifs sont présentés dans cette publication sauf si l'absence de significativité mérite d'être soulignée.

Les indicateurs les plus pertinents de chaque thème ont fait l'objet d'une analyse détaillée en fonction des facteurs socioéconomiques (analyse univariée du lien entre l'indicateur et chacun des facteurs socioéconomiques retenus). L'indicateur a été réduit à deux valeurs : présence ou absence de la caractéristique étudiée. Les résultats sont exprimés en RP.

Il y a davantage de jeunes dans l'enseignement de qualification en 4^e secondaire qu'en 2^e secondaire (cf. *Tableau A2.2.*) et plus de garçons que de filles fréquentent l'enseignement de qualification. Dans l'analyse des liens avec la filière scolaire, si un test de Mantel-Haentzel indique une variation statistiquement significative des RP en fonction de la catégorie d'âge ou du sexe, ce sont les RP calculés par groupe d'âge ou par sexe (RP stratifiés) qui sont présentés. Dans le cas contraire, c'est le RP brut sauf si le RP ajusté sur la catégorie d'âge ou le sexe varie de plus de 15 % par rapport au RP brut. Dans ce dernier cas, le RP ajusté est indiqué dans les tableaux.

Abréviations

ADEPS	Administration de l'éducation physique, du sport et de la vie en plein air
APA	Alcoolisation ponctuelle aigüe
APW.	Association des Provinces wallonnes
AVC	Accident vasculaire cérébral
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRIOC.	Centre de Recherche et d'Information des Organismes de Consommateurs
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
CSSV.	Centre de Santé Scolaire Vigies
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EFSA	European Food Safety Authority
ENS	Enquête Nationale de Santé
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
FARES	Fonds des affections respiratoires
FSD	Fondation pour la Santé Dentaire
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
GAO	General Accounting Office
GAPA	Global Advocacy Council of Physical Activity
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IDF.	International Diabetes Federation
IMC	Indice de masse corporelle
Inpes.	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm.	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IOTF	International Obesity Task Force
mm Hg	Millimètre de mercure
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
N	Effectif
NIH	National Institutes of Health
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development - OCDE
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé - WHO
OR2S	Observatoire de la santé et du social de Picardie
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut

OSL	Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
P20	Percentile 20 (ici de la durée de sommeil)
P90	Percentile 90 (ici du tour de taille)
PA	Pression artérielle
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS.	Pression artérielle systolique
PME	Petite et moyenne entreprise
PMS	Psycho-médico-social
PNNS-B	Plan National Nutrition Santé belge
PSE.	Promotion de la santé à l'école
RP	Rapport de prévalence
SIPES	Service d'Information Promotion Education Santé
SPF.	Service public fédéral
UICC	International Union against Cancer
ULB	Université libre de Bruxelles
USPSTF.	U.S. Preventive Service Task Force
VUB	Vrije Universiteit Brussel
WHO	World Health Organization - OMS

Table des cartes, figures & tableaux

Chapitre 1. Présentation générale

Carte 1.1. Répartition géographique des écoles ayant participé à l'enquête en 2010-2012	II
Tab. 1.1. Echantillon de l'enquête de 2010-2012.	II

Chapitre 2. Biométrie

Fig. 2.1. Corpulence des jeunes, selon le groupe d'âge	15
Fig. 2.2. Evolution de l'obésité et de la surcharge pondérale, selon le sexe	17
Tab. 2.1. Obésité en fonction des facteurs socioéconomiques	18
Fig. 2.3. Tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence, selon le groupe d'âge et le sexe	20
Fig. 2.4. Evolution de la proportion de jeunes dont le tour de taille est supérieur ou égal à la valeur de référence, selon le sexe	20
Tab. 2.2. Tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence en fonction des facteurs socioéconomiques	21
Fig. 2.5. Pression artérielle systolique/diastolique, selon le sexe	23
Fig. 2.6. Evolution de la proportion de jeunes dont la pression artérielle systolique/diastolique est limite ou élevée, selon le sexe	24
Fig. 2.7. Tour de taille supérieur ou égal à la valeur de référence en fonction de la corpulence.	25
Fig. 2.8. Pression artérielle élevée en fonction de la corpulence.	26
Fig. 2.9. Pression artérielle systolique élevée en fonction de la catégorie de tour de taille.	27
Fig. 2.10. Temps de télévision ou d'ordinateur et de console de jeux les jours d'école/sans école en fonction de la présence d'obésité	28
Fig. 2.11. Fréquence d'un score d'alimentation "non équilibrée" en fonction de la corpulence et du tour de taille	29
Fig. 2.12. Satisfaction par rapport au corps en fonction de la corpulence et du tour de taille	30
Fig. 2.13. Souhait de perdre du poids en fonction de la corpulence et du tour de taille.	31
Fig. 2.14. Suivi d'un régime pour maigrir en fonction de la corpulence et du tour de taille	31

Chapitre 3. Alimentation

Fig. 3.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes, selon le sexe	38
Fig. 3.2. Evolution de la consommation quotidienne de fruits et de légumes, selon le sexe	39
Tab. 3.1. Consommation quotidienne de fruits et de légumes en fonction des facteurs socioéconomiques	40
Fig. 3.3. Consommation quotidienne de fruits frais, selon le groupe d'âge et le sexe.	41
Fig. 3.4. Consommation de poisson, selon le sexe	42
Fig. 3.5. Evolution de la consommation de poisson, selon le sexe	43
Tab. 3.2. Consommation de poisson en fonction des facteurs socioéconomiques	44
Fig. 3.6. Consommation de produits laitiers, selon le groupe d'âge et le sexe.	45
Tab. 3.3. Consommation quotidienne de produits laitiers en fonction des facteurs socioéconomiques	46
Fig. 3.7. Consommation de frites ou de croquettes, selon le groupe d'âge et le sexe	47
Fig. 3.8. Evolution de la consommation de frites ou de croquettes, selon le sexe	48
Tab. 3.4. Consommation de frites ou de croquettes en fonction des facteurs socioéconomiques.	49
Fig. 3.9. Consommation de snacks salés, selon le groupe d'âge	51
Fig. 3.10. Evolution de la consommation quotidienne de snacks salés, selon le groupe d'âge	52
Tab. 3.5. Consommation quotidienne de snacks salés en fonction des facteurs socioéconomiques.	53
Fig. 3.11. Consommation de snacks sucrés, selon le groupe d'âge	54
Fig. 3.12. Consommation quotidienne d'eau, selon le sexe	55
Fig. 3.13. Evolution de la consommation quotidienne d'eau, selon le sexe	56
Tab. 3.6. Consommation quotidienne d'eau en fonction des facteurs socioéconomiques	57
Fig. 3.14. Consommation quotidienne de sodas sucrés, selon le groupe d'âge et le sexe	58
Fig. 3.15. Evolution de la consommation quotidienne de sodas sucrés, selon le groupe d'âge	59
Tab. 3.7. Consommation quotidienne de sodas sucrés en fonction des facteurs socioéconomiques	60
Fig. 3.16. Consommation de sodas édulcorés.	62
Fig. 3.17. Consommation de boissons énergisantes, selon le groupe d'âge et le sexe	63
Fig. 3.18. Evolution de la consommation de boissons énergisantes, selon le groupe d'âge et le sexe.	64
Tab. 3.8. Consommation de boissons énergisantes en fonction des facteurs socioéconomiques	65
Tab. 3.9. Score d'équilibre alimentaire	67
Fig. 3.19. Equilibre alimentaire, selon le groupe d'âge et le sexe.	68
Tab. 3.10. Alimentation non équilibrée en fonction des facteurs socioéconomiques.	69
Fig. 3.20. Prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école, selon le groupe d'âge et le sexe	70
Fig. 3.21. Evolution de la prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école, selon le groupe d'âge	71

Tab. 3.11.	Prise habituelle d'un petit déjeuner les jours d'école en fonction des facteurs socioéconomiques . . . . .	.72
Fig. 3.22.	Prise habituelle d'une collation les jours d'école, selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	.73
Fig. 3.23.	Jeunes qui suivent un régime alimentaire, selon le sexe . . . . .	.75
Fig. 3.24.	Proportion de jeunes ayant acheté des produits alimentaires à l'école la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge . . . . .	.76
Fig. 3.25.	Consommation quotidienne de sodas sucrés en fonction de l'achat de produits alimentaires à l'école . . . . .	.76
Fig. 3.26.	Equilibre alimentaire en fonction de la pratique d'au moins une séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête . . . . .	.77
Fig. 3.27.	Equilibre alimentaire en fonction de l'appartenance à un club sportif . . . . .	.78
Fig. 3.28.	Score alimentaire en fonction du suivi d'un régime alimentaire particulier. . . . .	.79
Fig. 3.29.	Consommation quotidienne d'eau selon que le jeune suive un régime pour maigrir ou non . . . . .	.79
Fig. 3.30.	Consommation de sodas sucrés et/ou édulcorés en fonction de la consommation d'eau et du suivi d'un régime pour maigrir . . . . .	.80

Chapitre 4. Activité physique & sédentarité

Fig. 4.1.	Activité physique en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	.88
Fig. 4.2.	Evolution de la fréquence de l'activité physique en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	.89
Tab. 4.1.	Pratique d'au moins une séance d'activité physique en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête en fonction des facteurs socioéconomiques . . . . .	.90
Fig. 4.3.	Affiliation à un club sportif, selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	.92
Fig. 4.4.	Evolution de l'affiliation à un club sportif, selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	.93
Tab. 4.2.	Affiliation à un club sportif en fonction des facteurs socioéconomiques. . . . .	.94
Fig. 4.5.	Dispense du cours d'éducation physique, selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	.96
Fig. 4.6.	Evolution de la dispense du cours d'éducation physique . . . . .	.96
Tab. 4.3.	Dispense du cours d'éducation physique en fonction des facteurs socioéconomiques. . . . .	.97
Tab. 4.4.	Regarder la télévision le matin en fonction des facteurs socioéconomiques.	100
Fig. 4.7.	Répartition des jeunes en fonction du temps qu'ils passent chaque jour devant la télévision	101
Fig. 4.8.	Nombre d'heures de télévision par jour, les jours d'école et les jours sans école	102
Fig. 4.9.	Temps passé chaque jour devant la télévision les jours d'école et les jours sans école, selon le groupe d'âge	103
Fig. 4.10.	Evolution de la proportion de jeunes qui regardent la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école, selon le groupe d'âge.	104
Fig. 4.11.	Evolution de la proportion de jeunes qui regardent la télévision au moins 2 heures par jour, les jours sans école, selon le groupe d'âge.	105
Tab. 4.5.	Regarder la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école en fonction des facteurs socioéconomiques	106
Fig. 4.12.	Nombre d'heures d'ordinateur et de console de jeux par jour, les jours d'école et les jours sans école	108
Fig. 4.13.	Temps consacré chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école et les jours sans école, selon le groupe d'âge et le sexe	109
Fig. 4.14.	Evolution de la proportion de jeunes qui consacrent au moins 2 heures par jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école et les jours sans école, selon le groupe d'âge	111
Tab. 4.6.	Consacrer à l'ordinateur et la console de jeux au moins 2 heures par jour les jours d'école en fonction des facteurs socioéconomiques.	112
Fig. 4.15.	Temps passé devant l'ordinateur et la console de jeux en fonction du temps passé chaque jour devant la télévision, les jours d'école et les jours sans école	114
Tab. 4.7.	Activité physique et sportive en fonction du temps consacré chaque jour à la télévision, à l'ordinateur et la console de jeux	115
Fig. 4.16.	Activité physique la semaine précédant l'enquête et sport en club en fonction de la satisfaction par rapport au corps.	118
Fig. 4.17.	Passer au moins 2 heures par jour devant la télévision ou l'ordinateur et la console de jeux les jours d'école, ou au moins 4 heures par jour les jours sans école en fonction de la satisfaction par rapport au corps	119
Fig. 4.18.	Nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête selon que les jeunes suivent un régime amaigrissant ou non	120
Fig. 4.19.	Consommation quotidienne de snacks sucrés, de snacks salés, de sodas sucrés, de sodas édulcorés et consommation hebdomadaire de boissons énergisantes, selon que le jeune a déclaré ou non au moins une séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête	121
Fig. 4.20.	Consommation quotidienne de snacks sucrés, de snacks salés, de sodas sucrés, de sodas édulcorés et consommation hebdomadaire de boissons énergisantes en fonction du temps consacré à l'ordinateur et la console de jeux les jours d'école.	122
Fig. 4.21.	Tabagisme quotidien des jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête	123
Fig. 4.22.	Tabagisme quotidien des jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école et les jours sans école.	124

Fig. 4.23.	Ivresse des jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux les jours d'école et les jours sans école	125
Fig. 4.24.	Consommation au moins une fois de cannabis chez les jeunes de 13 et 16 ans en fonction du nombre d'heures consacrées chaque jour à l'ordinateur et à la console de jeux, les jours d'école et les jours sans école.	126

Chapitre 5. Assuétudes

Fig. 5.1.	Consommation de tabac, selon le groupe d'âge et le sexe	137
Tab. 5.1.	Niveau de consommation tabagique chez les jeunes de 13 et 16 ans.	138
Fig. 5.2.	Evolution du tabagisme quotidien chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe.	138
Tab. 5.2.	Essai du tabac en fonction des facteurs socioéconomiques.	139
Tab. 5.3.	Fumeurs à la maison dans la famille du jeune	141
Tab. 5.4.	Présence de fumeurs à domicile en fonction des facteurs socioéconomiques	142
Fig. 5.3.	Fumeurs actuels selon le statut tabagique des membres de la famille chez les jeunes de 13 et 16 ans	143
Fig. 5.4.	Jeunes qui déclarent avoir des amis fumeurs, selon le groupe d'âge et le sexe	144
Fig. 5.5.	Jeunes qui déclarent avoir vu quelqu'un fumer à l'école, selon le groupe d'âge	145
Fig. 5.6.	Jeunes qui déclarent avoir fumé ou essayé de fumer la chicha, selon le groupe d'âge et le sexe.	146
Fig. 5.7.	Score d'alimentation équilibrée en fonction du statut tabagique chez les jeunes de 13 et 16 ans	147
Fig. 5.8.	Absence de prise du petit déjeuner les jours d'école en fonction du statut tabagique chez les jeunes de 13 et 16 ans	148
Fig. 5.9.	Proportion de fumeurs actuels en fonction de l'état de santé subjectif chez les jeunes de 13 et 16 ans.	149
Fig. 5.10.	Consommation au moins une fois dans sa vie d'un verre entier de boisson alcoolisée, selon le groupe d'âge et le sexe.	150
Fig. 5.11.	Ivresse au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe	151
Fig. 5.12.	Evolution de l'ivresse au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe	152
Tab. 5.5.	Ivresse au moins une fois dans sa vie en fonction des facteurs socioéconomiques chez les jeunes de 13 et 16 ans	153
Fig. 5.13.	Consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion au cours des 30 jours précédant l'enquête chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe	154
Fig. 5.14.	Consommation de boissons énergisantes en fonction de la consommation d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans	155
Fig. 5.15.	Problème de violence ou d'agressivité envers autrui en fonction de la consommation d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans	156
Fig. 5.16.	Expérimentation du cannabis et d'autres drogues chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe.	157
Fig. 5.17.	Consommation de cannabis dans le mois précédant l'enquête chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe	158
Fig. 5.18.	Evolution de l'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 13 et 16 ans, selon le groupe d'âge et le sexe	158
Tab. 5.6.	Expérimentation du cannabis en fonction des facteurs socioéconomiques chez les jeunes de 13 et 16 ans	159
Fig. 5.19.	Expérimentation du cannabis en fonction du temps quotidien d'ordinateur et de console de jeux chez les jeunes de 13 et 16 ans	160
Fig. 5.20.	Proportion de fumeurs actuels en fonction de la consommation d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans	161
Fig. 5.21.	Expérimentation du cannabis en fonction de la consommation de tabac et d'alcool chez les jeunes de 13 et 16 ans	161

Chapitre 6. Etat de santé, bien-être & consommation de soins

Fig. 6.1.	Etat de santé subjectif, selon le groupe d'âge et le sexe	170
Fig. 6.2.	Evolution de l'état de santé subjectif, selon le sexe	171
Tab. 6.1.	Bon ou très bon état de santé subjectif en fonction des facteurs socioéconomiques.	172
Fig. 6.3.	Nombre de plaintes somatiques, selon le groupe d'âge et le sexe	174
Fig. 6.4.	Plaintes somatiques, selon le groupe d'âge et le sexe	175
Fig. 6.5.	Evolution de la proportion de jeunes qui ont émis au moins 2 plaintes, selon le groupe d'âge et le sexe	176
Fig. 6.6.	Fréquence des maladies chroniques, selon le groupe d'âge et le sexe	177
Fig. 6.7.	Maladies chroniques	177
Fig. 6.8.	Problèmes rencontrés au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe	178
Fig. 6.9.	Problèmes rencontrés au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe	179
Fig. 6.10.	Bon ou très bon état de santé subjectif en fonction du nombre de plaintes.	180
Fig. 6.11.	Etat de santé subjectif en fonction de la corpulence	181
Fig. 6.12.	Etat de santé subjectif en fonction du score d'alimentation.	182
Fig. 6.13.	Etat de santé subjectif en fonction du nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête	182
Fig. 6.14.	Etat de santé subjectif en fonction du nombre d'heures quotidiennes de télévision les jours d'école et les jours sans école.	183

Fig. 6.15.	Satisfaction par rapport au corps, selon le groupe d'âge et le sexe.	184
Fig. 6.16.	Evolution de la satisfaction par rapport au corps, selon le groupe d'âge et le sexe	185
Tab. 6.2.	Satisfaction par rapport au corps en fonction des facteurs socioéconomiques	186
Fig. 6.17.	Souhait de changer de poids, selon le groupe d'âge et le sexe	188
Fig. 6.18.	Evolution du souhait de perdre du poids, selon le groupe d'âge et le sexe	189
Tab. 6.3.	Souhait de perdre du poids en fonction des facteurs socioéconomiques	189
Fig. 6.19.	Satisfaction par rapport au corps en fonction du nombre de séances d'activité physique la semaine précédant l'enquête	190
Fig. 6.20.	Satisfaction par rapport au corps en fonction du temps passé chaque jour devant l'ordinateur et la console de jeux les jours d'école et les jours sans école	191
Tab. 6.4.	Heure moyenne du lever, du coucher et durée moyenne de sommeil, selon le groupe d'âge et le sexe	192
Tab. 6.5.	Avoir une durée de sommeil inférieure au seuil de référence en fonction des facteurs socioéconomiques	194
Tab. 6.6.	Durée moyenne de sommeil selon que le jeune déclare des problèmes de sommeil insuffisant ou non, selon le groupe d'âge et le sexe	195
Fig. 6.21.	Obésité en fonction du temps de sommeil	196
Fig. 6.22.	Durée de sommeil inférieure au seuil de référence en fonction du temps consacré chaque jour à l'ordinateur les jours d'école et les jours sans école.	197
Fig. 6.23.	Durée de sommeil inférieure au seuil de référence en fonction des comportements en termes d'assuétudes	198
Fig. 6.24.	Consultation chez le généraliste ou le pédiatre, le dentiste, l'orthodontiste, l'ophtalmologue et le dermatologue au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge	199

Annexes

Tab. A2.1.	Nombre de jeunes interrogés, selon le groupe d'âge et le sexe	208
Tab. A2.2.	Répartition des jeunes en fonction de la filière d'enseignement	209
Tab. A2.3.	Répartition des jeunes en fonction du réseau d'enseignement	209
Tab. A2.4.	Répartition des jeunes en fonction de l'arrondissement	210
Tab. A2.5.	Répartition des jeunes en fonction des facteurs socioéconomiques	211

Notes

A series of horizontal dashed lines for writing notes.



Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut provincial de promotion de la santé
Domaine provincial du Bois d'Havré
rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique
Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79
Courriel : observatoire.sante@hainaut.be



Retrouvez-nous sur Facebook
www.facebook.com/hainaut.sante

Ce document est téléchargeable via
<http://observatoiresante.hainaut.be>



Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
rue du Carmel 1 - 6900 Marloie - Belgique
Tél. : +32 (0)84 31 05 05 - Fax : +32 (0)84 31 18 38
Courriel : obs.sante@province.luxembourg.be



Retrouvez-nous sur Facebook
<https://www.facebook.com/pages/La-Provence-de-Luxembourg-officiel/250589285071475>



Retrouvez-vous sur Twitter
<https://twitter.com/ProvLux>

Ce document est téléchargeable via
<http://www.province.luxembourg.be>



- I. Présentation générale
2. Biométrie
3. Alimentation
4. Activité physique & sédentarité
5. Assuétudes
6. Etat de santé, bien-être & consommation de soins