

*La santé pour mieux vivre*



Santé en Hainaut • Numéro 7 • 2010

# Carnet de bord

## de la **santé des jeunes** **2010**



### **Observatoire de la Santé du Hainaut**

Institut provincial de promotion de la santé  
Domaine Provincial du Bois d'Havré  
rue 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](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

Visitez notre site Internet

<http://observatoiresante.hainaut.be>

## Introduction générale

La santé des jeunes, c'est l'affaire de tous. Parents, familles, éducateurs parce que c'est leur rôle naturel de soutien au développement des enfants et des jeunes. Et la santé est très certainement un moyen d'épanouissement. Mais plus largement, si toute une société investit dans la santé des jeunes, au sens du bien-être physique, mental et social, elle sera enrichie du dynamisme et du potentiel préservés de ses futurs acteurs sociaux, économiques et culturels.

La Province de Hainaut contribue au bien-être des jeunes en proposant des formations, des animations culturelles, des services sociaux, des activités de promotion de l'activité physique et de la santé.

Une politique publique se gère en adaptant ses objectifs à la réalité de terrain et en mesurant régulièrement leur degré de réalisation. Pour obtenir des indicateurs qui peuvent servir de balises chiffrées pour cette évaluation, l'Observatoire de la Santé du Hainaut organise depuis plus de 10 ans des enquêtes de santé auprès des jeunes en milieu scolaire.

Le document qui vous est proposé présente les principaux résultats de ces enquêtes. On y retrouve des points encourageants comme la diminution du tabagisme, une légère augmentation de la consommation de légumes et une perception généralement bonne qu'ont les jeunes de leur santé. Mais la fréquence du surpoids est en augmentation et ceci est en rapport avec la persistance d'habitudes alimentaires peu équilibrées et du manque d'activité physique.

Les facteurs sociaux et économiques influencent nettement ces indicateurs. Mieux tenir compte de ces déterminants sociaux dans nos programmes d'action contribuera à la lutte contre les inégalités sociales de santé, une faiblesse majeure de notre système de santé.

Même si les résultats que vous allez lire représentent une mine d'informations, les données chiffrées ne reflètent pas l'ensemble d'une réalité. Sans pouvoir les quantifier précisément, l'engagement et les initiatives des écoles, des communes, des associations, des Services de Promotion de la Santé à l'Ecole sont en augmentation dans le Hainaut.

Nous espérons que les informations collectées lors de nos enquêtes renforceront ces engagements et permettront des ajustements de stratégie.

L'impact des interventions sera plus grand si elles sont mieux coordonnées et amplifiées. Cette publication est une opportunité d'amorcer un dialogue entre tous les acteurs concernés sur le contenu et l'organisation des programmes.

Bonne lecture.

Luc BERGHMANS  
Médecin-Directeur

Christian MASSOT  
Médecin-Responsable  
Secteur Information Sanitaire



Ce Carnet de bord de la santé des jeunes 2010 est le résultat du travail de toute une équipe :

- Coordination de l'édition  
Christian MASSOT  
Luc BERGHMANS
- Conception des enquêtes jeunes  
Véronique TELLIER  
Philippe BOSMAN  
Norbert JATES
- Enquêtrices OSH  
Christine BASSETTE  
Sylvie BROHE  
Bernadette DUBOISSE  
Anne-Marie GUIOT  
Martine HAUTAIN  
Anne-Marie LUIZZI  
Nicole THAUVOYE
- Analyse des données - Rédaction  
Valérie WATHIEU  
Christian MASSOT  
Frédéric BIELEN  
Véronique TELLIER  
Annick VANLIERDE
- Secrétariat  
Maria MILIOTO
- Graphisme et mise en page :  
Alain LEONARD  
Daniela MAJOIS
- Relecteurs  
Pierre BIZEL  
Carine BOURMORCK  
Karine DEJONGHE  
Michel DEMARTEAU  
Sophie GERIN  
Alain HUSDENS  
Norbert JATES
- Examens biologiques  
Laboratoire du CHU Tivoli de La Louvière

## Remerciements

- A toutes les écoles qui ont participé à l'enquête, leurs pouvoirs organisateurs, les élèves et leurs parents
- Aux Centres de Santé Scolaire Vigies partenaires
- A l'Union européenne, qui dans le cadre du projet Interreg III, a soutenu financièrement ce projet
- A la Communauté française de Belgique
- A la Région wallonne
- A la Biobanque de Picardie
- Un remerciement tout particulier à nos amis de l'Observatoire régional de la santé et du social de Picardie pour leur étroite collaboration
- Un remerciement personnel à
  - Madame Marie Françoise Rolland-Cachera, Chercheur INSERM - Unité Mixte de recherche INSERM, INRA, CNAM, Université Paris 13, Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle, Bobigny, France
  - Monsieur Gilles Paradis, Professeur au Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail à l'Université McGill, Québec, Canada et Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec, Canadapour leur relecture attentive de certains chapitres et leurs conseils avisés

### Droits d'auteur

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° 7, Carnet de bord de la santé des jeunes 2010, 2010".

# Table des matières

Introduction générale .....	1
<b>• Chapitre 1 Introduction et méthode</b>	
<i>Introduction</i> .....	9
1. Le réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies .....	10
2. L'Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes de 2004 .....	10
2.1. L'enquête .....	10
2.2. L'échantillon .....	11
2.3. La méthodologie statistique .....	14
3. Références .....	15
4. Logiciels .....	15
<b>• Chapitre 2 Etat de santé</b>	
<i>Introduction</i> .....	17
1. La santé subjective .....	18
1.1. La perception de la santé globale .....	18
1.2. Les maladies chroniques .....	20
1.3. Les plaintes somatiques .....	21
1.4. La satisfaction par rapport à son corps .....	23
1.5. Le souhait de maigrir .....	25
1.6. Les régimes .....	27
1.7. L'ennui .....	27
1.8. Le sommeil .....	30
1.8.1. La durée du sommeil .....	32
1.8.2. Problèmes pour s'endormir .....	33
1.8.3. Se réveiller la nuit .....	34
<b>On retiendra</b> .....	<b>35</b>
2. Les représentations de la santé .....	36
2.1. A ton avis, la santé c'est ? .....	36
2.2. Le contrôle de la santé .....	36
2.3. Les attitudes par rapport à la prévention des maladies .....	38
<b>On retiendra</b> .....	<b>39</b>
3. L'information sur la santé et sur les comportements .....	40
3.1. Les informations reçues .....	40
3.2. Les informations souhaitées .....	42
<b>On retiendra</b> .....	<b>43</b>
4. La consommation de soins .....	44
4.1. La consultation chez le généraliste et chez le pédiatre .....	44
4.2. La consultation chez le dentiste .....	46

# Table des matières

4.3. La consultation chez le spécialiste	48
4.3.1. La consultation chez l'ophtalmologue	48
4.3.2. La consultation chez le dermatologue	49
4.3.3. La consultation chez le gynécologue	49
4.4. La consommation de médicaments	49
<b>On retiendra</b>	<b>52</b>
5. Les données biométriques	53
5.1. La taille et le poids	53
5.2. Le tour de taille	56
5.3. La pression artérielle	58
5.4. Les paramètres sanguins	60
5.4.1. Les lipides sanguins	60
5.4.2. La glycémie et l'insuline	64
5.4.2.1. La glycémie	64
5.4.2.2. L'insuline	65
5.4.2.3. La résistance à l'insuline	66
5.5. Biométrie et surcharge pondérale	67
6. Le cumul des facteurs de risque	69
<b>On retiendra</b>	<b>72</b>
7. Références	73
<b>• Chapitre 3 Les comportements de santé</b>	
<b>Introduction</b>	<b>77</b>
1. L'alimentation	78
1.1. Le rythme des repas	78
1.2. Les aliments	81
1.2.1. Les fruits et légumes	82
1.2.2. Les laitages	86
1.2.3. La viande	87
1.2.4. Le poisson	88
1.2.5. Les frites et les croquettes	90
1.2.6. Les friandises, les chips et les biscuits apéritifs	92
1.2.6.1. Les friandises	92
1.2.6.2. Les chips	93
1.2.6.3. Les biscuits apéritifs	94
1.3. Les boissons	95
1.3.1. L'eau	95
1.3.2. Les limonades	96
1.4. La consommation entre les repas	99
<b>On retiendra</b>	<b>102</b>

# Table des matières

2. L'activité physique et la sédentarité . . . . .	103
2.1. L'activité sportive en dehors de l'école . . . . .	104
2.1.1. Données générales . . . . .	104
2.1.2. La pratique du sport en club . . . . .	107
2.1.3. L'activité physique la semaine qui a précédé l'enquête . . . . .	112
2.2. Les cours d'éducation physique à l'école . . . . .	113
2.3. Les motivations des jeunes : pourquoi les jeunes font-ils ou ne font-ils pas de sport ? . . . . .	116
2.4. Influence des autres loisirs sur la pratique sportive . . . . .	117
2.5. La pratique sportive des parents et l'influence parentale . . . . .	120
2.6. Les autres loisirs organisés . . . . .	123
2.7. Le temps devant un écran . . . . .	125
2.7.1. La télévision . . . . .	125
2.7.2. L'ordinateur et les consoles de jeux . . . . .	130
<b>On retiendra . . . . .</b>	<b>136</b>
3. Le tabac . . . . .	137
3.1. Le tabagisme chez les jeunes . . . . .	137
3.2. Les comportements de consommation de cigarettes . . . . .	141
3.3. Les jeunes sont-ils conscients que fumer du tabac a des effets sur la santé ? . . . . .	144
3.4. Les motivations à fumer ou à ne pas fumer chez les jeunes . . . . .	145
3.5. L'arrêt de la cigarette et le désir d'arrêter de fumer chez les jeunes . . . . .	147
3.6. L'exposition au tabagisme passif . . . . .	149
3.6.1. L'exposition au tabagisme passif à la maison . . . . .	150
3.6.2. L'exposition au tabagisme passif à l'école . . . . .	152
<b>On retiendra . . . . .</b>	<b>154</b>
4. La consommation d'alcool . . . . .	155
4.1. Avoir déjà consommé de l'alcool . . . . .	155
4.2. Quelles boissons alcoolisées ? Et à quelle fréquence ? . . . . .	158
4.3. L'état d'ivresse . . . . .	159
<b>On retiendra . . . . .</b>	<b>162</b>
5. Les attitudes et comportements vis-à-vis de la drogue . . . . .	163
5.1. Connaître quelqu'un qui se drogue . . . . .	163
5.2. La drogue proposée . . . . .	164
5.3. La drogue consommée . . . . .	165
5.4. Se voir proposer et consommer de la drogue . . . . .	167
5.4.1. Quelles drogues ? . . . . .	167
5.4.2. La consommation au cours des 30 jours précédant l'enquête . . . . .	168
<b>On retiendra . . . . .</b>	<b>170</b>
6. Références . . . . .	171



# Table <sup>des</sup> matières

## Annexes

Annexe 1 Le réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies . . . . . 176

Annexe 2 Protocole de mesure. . . . . 178

Annexe 3 Méthodologie statistique détaillée . . . . . 180

**Abréviations . . . . . 183**

**Table des Tableaux et Figures . . . . . 185**

# Chapitre 1

## Introduction <sup>et</sup> méthode

---



### ● Introduction

Dans le Hainaut, les jeunes de 10 à 19 ans représentent 12 % de la population totale (SPF Economie, 2008). L'état de santé dans l'enfance et l'adolescence influence l'état de santé à l'âge adulte et les habitudes acquises à l'adolescence ont tendance à persister à l'âge adulte.

Les informations concernant la santé des jeunes peuvent contribuer à mieux choisir les priorités pour les programmes de santé publique et de promotion de la santé destinés aux jeunes.

L'objectif de ce Carnet de bord de la santé des jeunes est tout d'abord de présenter les résultats d'une enquête menée en 2004 auprès des jeunes Hainuyers par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Cette enquête a été réalisée conjointement dans la province du Hainaut et dans le département français de l'Aisne grâce au soutien financier de l'Union européenne (dans le cadre du projet Interreg III) et en partenariat avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Picardie (OR2S).

Les résultats seront comparés à ceux d'enquêtes menées d'autres années dans le cadre du réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV).

La santé des jeunes a été appréhendée à partir de trois modules : un questionnaire, des mesures biométriques et un examen sanguin. Les jeunes interrogés sont âgés de 9 à 17 ans et ont été sélectionnés via un échantillon représentatif de la population scolarisée dans la province du Hainaut.

## 1. Le réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV)<sup>(1)</sup>

Le réseau des CSSV a été créé suite à la première enquête réalisée en 1997 par l'OSH auprès des jeunes Hainuyers. Cette enquête avait mis en exergue l'existence, chez les jeunes Hainuyers, de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires et l'impact des facteurs socio-économiques sur la santé des jeunes. Face à ces constats, pour assurer un suivi épidémiologique de la situation, les centres de santé scolaire (Services de Promotion de la Santé à l'école (PSE) ou centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) de la Communauté française) ont été sollicités pour former un réseau de CSSV. Sur base volontaire, 10 d'entre eux, puis 12 en 2002, 20 en 2005 et enfin 23 en 2007 se sont proposés pour faire partie de ce réseau. Ils sont répartis sur toute la province du Hainaut et relèvent des différents réseaux d'enseignement.

Les Centres de Santé Scolaire ont participé à l'élaboration du protocole de l'enquête et à l'élaboration du questionnaire initial. Ils participent au choix des thèmes et une rencontre annuelle permet de faire le point sur l'enquête écoulée et de programmer la nouvelle enquête. 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.

Depuis 2001 s'ajoute au recueil systématique d'indicateurs de suivi épidémiologique (obésité, tension artérielle, comportements de santé) un volet consacré à un thème spécifique.

Les trois classes normalement retenues pour le projet CSSV sont les classes de 6<sup>ème</sup> primaire, de 2<sup>ème</sup> secondaire et de 4<sup>ème</sup> secondaire, classes où est prévue une visite médicale systématique.

Ainsi, chaque année, environ 1200 élèves sont interrogés et passent un examen biométrique.

Ce carnet de bord dresse un état des lieux de la santé des jeunes Hainuyers sur base des résultats de l'Enquête Transfrontalière sur la Santé des jeunes de 2004 et en complétant les indicateurs principaux par des données récoltées lors d'enquêtes plus récentes réalisées dans le cadre du réseau CSSV.

## 2. L'Enquête Transfrontalière sur la Santé des Jeunes (ETSJ) de 2004

### 2.1. L'enquête

Une des actions du projet Interreg III, "Vers des programmes transfrontaliers de santé", avait pour objet la réalisation d'une Enquête Transfrontalière sur la Santé des Jeunes (ETSJ). Elle a été réalisée, durant l'année scolaire 2003-2004, dans la province belge du Hainaut et dans le département français de l'Aisne auprès de 5328 jeunes. Ce carnet de bord présente uniquement les résultats relatifs aux jeunes Hainuyers ; la comparaison transfrontalière ayant déjà fait l'objet d'une publication distincte <sup>(2)</sup> (OSH, 2007).

Le protocole de l'ETSJ de 2004 a été calqué sur le protocole de l'enquête transfrontalière de 1997 et pour que la comparaison avec les résultats de 1997 soit optimale, l'enquête de 2004 a été menée, comme celle de 1997, auprès d'élèves de 5<sup>ème</sup> primaire, 2<sup>ème</sup> secondaire et 4<sup>ème</sup> secondaire de l'enseignement ordinaire.

Le Comité d'accompagnement s'est réuni régulièrement pour valider le contenu de l'enquête et s'assurer des modalités pratiques d'organisation de l'enquête.

1. Une plus ample description du réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies est présentée dans l'annexe I.

2. La comparaison des situations sanitaires des jeunes de l'Aisne et du Hainaut et l'évolution entre 1997 et 2004 ont fait l'objet d'une publication transfrontalière, un recueil de 6 fiches : 1. Surcharge pondérale et ses déterminants – 2. Etat de santé et consommation de soins – 3. Activité sportive à l'école, en club ou non encadrée – 4. Conduites addictives : description et regards croisés – 5. Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires – 6. Bien-être et information sur la santé. Les fiches sont téléchargeables sur Internet à partir du site de l'OSH (<http://observatoiresante.hainaut.be>).

jeunes :

- un questionnaire auto-administré portant sur les représentations et la perception de la santé, le bien-être (satisfaction par rapport à son corps, souhait de maigrir, ennui, sommeil, plaintes de santé et consommation de soins), les comportements de santé (alimentation, activité physique, activités de loisirs, consommation de tabac, d'alcool et de drogue), l'information sur la santé et quelques questions sur le contexte socio-économique du jeune ;
- un module de biométrie (mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la pression artérielle)<sup>(3)</sup>. Le poids est mesuré avec une précision de 50 grammes par une balance étalonnée SECA 702, la taille est mesurée au millimètre près, le tour de taille est mesuré en fin d'expiration avec un mètre ruban (entre la base thoracique et la crête iliaque), la pression artérielle est mesurée avec un tensiomètre électronique OMRON 705IT ;
- un module de biologie clinique (profil des lipides sanguins, mesure de la glycémie et de l'insuline). La prise de sang est effectuée par du personnel qualifié du Laboratoire CHU Tivoli de La Louvière. Les dosages réalisés sont ceux susceptibles d'intervenir dans la genèse des maladies cardiovasculaires : le cholestérol total, le HDL cholestérol, le LDL cholestérol (par calcul), les triglycérides, la glycémie et pour les jeunes de l'enseignement secondaire uniquement, l'insuline. Les élèves sont à jeun. L'analyse des prélèvements a également été réalisée par le Laboratoire CHU Tivoli. Les résultats ont été transmis aux élèves via les centres de santé scolaire.

Les enquêtes ont été menées directement dans les écoles : questionnaire, prise de sang, mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la tension artérielle. L'enquête se déroulait dès l'arrivée en classe. Après les prises de sang, un petit déjeuner était proposé aux élèves.

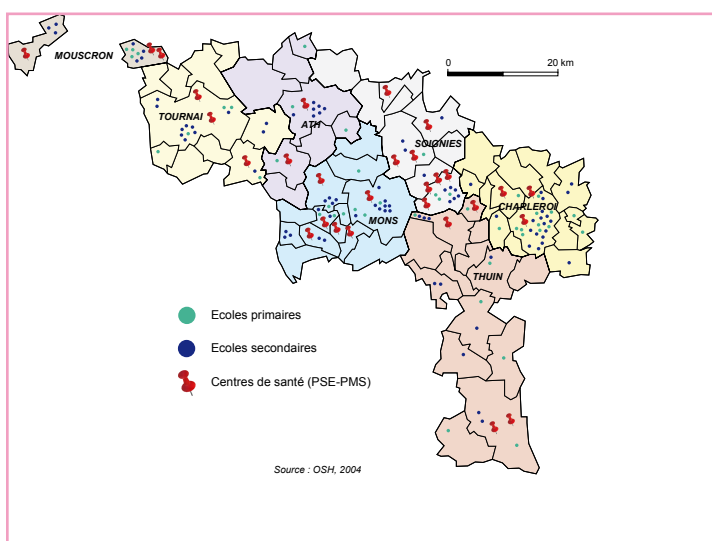
L'équipe d'infirmières de l'OSH a fait passer le questionnaire et réalisé les examens biométriques.

## 2.2. L'échantillon

Les jeunes interrogés ont été sélectionnés sur base de leur appartenance à une classe. Les classes ont elles-mêmes été choisies selon la méthode des quotas, avec le respect des cinq critères suivants : la classe (5<sup>ème</sup> primaire, 2<sup>ème</sup> secondaire, 4<sup>ème</sup> secondaire), le sexe, le réseau d'enseignement (communal, Communauté française, libre, provincial), la filière d'enseignement (enseignement de transition (général ou technique), enseignement de qualification (technique ou professionnel)), l'importance de la population par arrondissement.

Ainsi, 143 classes ont participé dans 119 écoles, soit un échantillon total de 2191 jeunes.

**Carte 1.1. Répartition géographique des écoles primaires et secondaires ayant participé à l'enquête de 2004**



3. Le protocole de mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la pression artérielle est repris dans l'annexe II.

Pour l'analyse, les jeunes ont été regroupés en fonction de leur âge en 3 catégories : "10 ans" pour les jeunes de 9, 10 et 11 ans, "13 ans" pour les jeunes de 12, 13 et 14 ans et "16 ans" pour les jeunes de 15, 16 et 17 ans. Ces catégories correspondent le plus souvent aux classes de 5<sup>ème</sup> primaire, 2<sup>ème</sup> secondaire et 4<sup>ème</sup> secondaire. Elles représentent, chacune, environ un tiers de l'échantillon total.

**Tableau 1.1. Répartition des jeunes interrogés par groupe d'âge et par sexe**

N = 2 191	Garçon		Fille		Total	
	N	%	N	%	N	%
Groupe 10 ans	356	30,9	337	32,4	693	31,6
Groupe 13 ans	389	33,8	362	34,8	751	34,3
Groupe 16 ans	406	35,3	341	32,8	747	34,1
Total	1 151	100,0	1 040	100,0	2 191	100,0

Source : OSH, 2004

▼  
L'échantillon est constitué de 1151 garçons et 1040 filles ; soit 52,5 % de garçons et 47,5 % de filles. Ce qui respecte la répartition garçons-filles observée pour l'ensemble des jeunes de 10 à 19 ans du Hainaut (51,2 % de garçons et 48,8 % de filles) (SPF Economie, 2009).

**Tableau 1.2. Participation des jeunes aux différents modules de l'enquête**

Modules	Garçon			Fille			Total		
	Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans
Questionnaire									
N	356	389	406	337	362	341	693	751	747
Biométrie									
N	320	337	366	316	317	305	636	654	671
%	89,9	86,6	90,1	93,8	87,6	89,4	91,8	87,1	89,8
Prise de sang									
N	239	271	277	239	253	223	478	524	500
%	67,1	69,7	68,2	70,9	69,9	65,4	69,0	69,8	66,9

Source : OSH, 2004

▼  
L'ensemble des jeunes sélectionnés dans l'échantillonnage ont répondu au questionnaire ; environ 90 % d'entre eux ont participé au module de biométrie et environ 70 % ont fait une prise de sang.

**Tableau 1.3. Répartition des jeunes en fonction de la filière d'enseignement**

Filière d'enseignement	HAINAUT		ECHANTILLON	
	N	%	N	%
<b>2<sup>ème</sup> secondaire</b> (Groupe 13 ans)	17 593		751	
Enseignement de transition		85,0		86,4
Enseignement de qualification		15,0		13,6
<b>4<sup>ème</sup> secondaire</b> (Groupe 16 ans)	17 045		747	
Enseignement de transition		52,0		57,0
Enseignement de qualification		48,0		43,0

Sources : Hainaut : Communauté française, 2003-2004  
Echantillon : OSH, 2004

▼  
Pour les jeunes de 13 et 16 ans, l'échantillon respecte relativement bien la répartition entre les différentes filières d'enseignement. Seuls les élèves de 4<sup>ème</sup> secondaire de l'enseignement de transition sont surreprésentés au détriment des élèves de l'enseignement de qualification. Les jeunes de 10 ans ont, quant à eux, tous été sélectionnés parmi les classes de 5<sup>ème</sup> primaire de l'enseignement fondamental.

**Tableau 1.4. Répartition des jeunes en fonction du réseau d'enseignement**

Réseau d'enseignement	HAINAUT en %	ECHANTILLON en %
<b>Enseignement primaire</b>		
Communauté française	8,4	8,2
Libre	44,1	37,7
Communal	46,7	54,1
Provincial	0,8	0,0
<b>Enseignement secondaire</b>		
Communauté française	25,3	27,4
Libre	56,8	56,7
Communal	4,7	5,8
Provincial	13,1	10,1

Sources : Hainaut : Communauté française, 2003-2004  
Echantillon : OSH, 2004

▼  
L'échantillon respecte également la répartition des élèves par réseau de l'enseignement excepté que les jeunes de l'enseignement primaire communal sont surreprésentés au détriment des jeunes des écoles primaires libres.

Le tableau 1.5. décrit l'échantillon par rapport aux différentes variables socio-économiques considérées dans l'analyse. Les données ont toutes été obtenues via le questionnaire et donc sur base de la déclaration des jeunes.

**Tableau 1.5. Répartition des jeunes selon les variables socio-économiques** (N = 2191)

Variables socio-économiques	N	%
<b>Type de famille</b>	2 063	100,0
Vit avec ses deux parents	1 459	70,7
Monoparentale	370	18,0
Recomposée	234	11,3
<b>Nombre de revenus professionnels dans la famille</b>	2 034	100,0
2 revenus	1 112	54,7
1 revenu	723	35,5
0 revenu	199	9,8
<b>Catégorie socioprofessionnelle du père</b>	1 913	100,0
Ouvrier non qualifié	1 009	52,7
Ouvrier qualifié	291	15,2
Employé moyennement qualifié	310	16,2
Cadre, profession libérale	303	15,9
<b>Filière d'enseignement (Groupes 13 et 16 ans)</b>	1 498	100,0
Enseignement de transition	1 075	71,8
Enseignement de qualification	423	28,2

Source : OSH, 2004

## 2.3. La méthodologie statistique

La méthodologie statistique est décrite en détail à l'annexe III.

De manière générale, les mesures et les résultats du questionnaire sont, tout d'abord, présentés de manière descriptive (fréquence, moyenne...) en fonction de l'âge et du sexe. Les facteurs qui influencent la santé des jeunes sont ensuite étudiés soit un à un en utilisant le test du  $\chi^2$  de Pearson, soit simultanément (analyse multivariée par la régression logistique). Dans ce dernier cas, seuls les facteurs statistiquement significatifs sont repris dans les tableaux et graphiques présentant les résultats. Pour tous les tests, le seuil de 5 % a été pris comme limite de test significatif.

L'annexe III détaille également la manière de comprendre et d'interpréter ces différents résultats.

## 3. Références

### Bibliographie

Etnic, Ministère de la Communauté française. Statistiques de l'enseignement de plein exercice et budget des dépenses d'enseignement - Annuaire 2003-2004 - Volume I. 1 - 659. Bruxelles, Ministère de la Communauté française, 2005.

Jenicek M, Cléroux R. Epidémiologie. Principes - Techniques - Applications. Québec : Edisem, Maloine, 1982.

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Santé en Hainaut n° 2, Tableau de bord de la santé des jeunes, 1998.

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Santé en Hainaut n° 4, Carnet de bord de la santé, 2001.

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Santé en Hainaut n° 5, Carnet de bord de la santé, 2004.

Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie (OR2S Picardie) ; Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Regard Transfrontalier Santé des Jeunes. Enquête réalisée dans le département de l'Aisne (France) et la province du Hainaut (Belgique) en 2003-2004. Amiens, Mons, 2007.

### Sitographie (Dernière consultation en août 2010)

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)  
<http://observatoiresante.hainaut.be>

SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie  
<http://statbel.fgov.be>

## 4. Logiciels

SPSS® version 14.0

Logiciel de cartographie MapInfo

Adobe Indesign - Illustrator CS3

Suite Microsoft Office





## Chapitre 2

# Etat de santé



### ● Introduction

Dans l'enquête CSSV, l'état de santé des jeunes est abordé à la fois sous l'angle subjectif, en fonction des déclarations des jeunes et sous l'angle plus objectif des mesures biométriques et des paramètres sanguins. C'est une des qualités de cette étude de pouvoir associer deux approches complémentaires.

Le questionnaire permet une approche globale de la manière dont les jeunes perçoivent leur santé et fournit également des informations sur leurs représentations.

Le suivi dans le temps des données biométriques et de ces indicateurs permet de dégager des tendances dans l'évolution de la santé des jeunes.

Les comportements de santé adoptés par les jeunes influenceront les comportements qu'ils adopteront à l'âge adulte et in fine leur état de santé.

Les éléments présentés dans ce chapitre peuvent contribuer à définir les priorités d'intervention en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.

## 1. La santé subjective

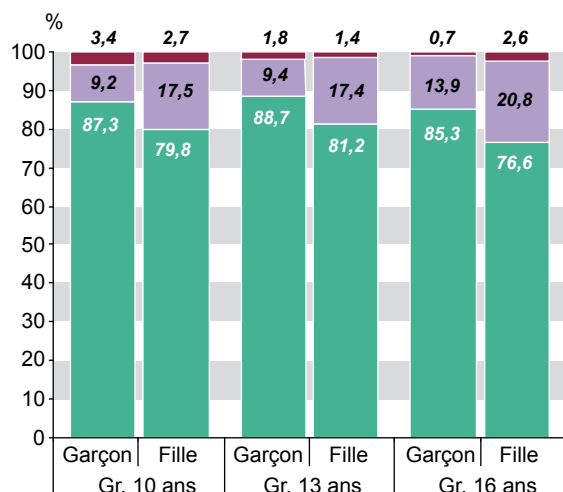
### 1.1. La perception de la santé globale

Entre 77 % et 89 % des jeunes Hainuyers interrogés en 2004 se considèrent en bonne ou très bonne santé, tandis que 11 % à 23 % trouvent leur état de santé moyen, mauvais ou très mauvais. A tout âge, la proportion de jeunes qui se sentent en bonne santé est plus élevée chez les garçons que chez les filles. Près d'une fille de 16 ans sur 4 déclare ne pas se sentir en bonne santé.



**Figure 2.1. Répartition des jeunes selon la perception de leur état de santé (N = 2163)**

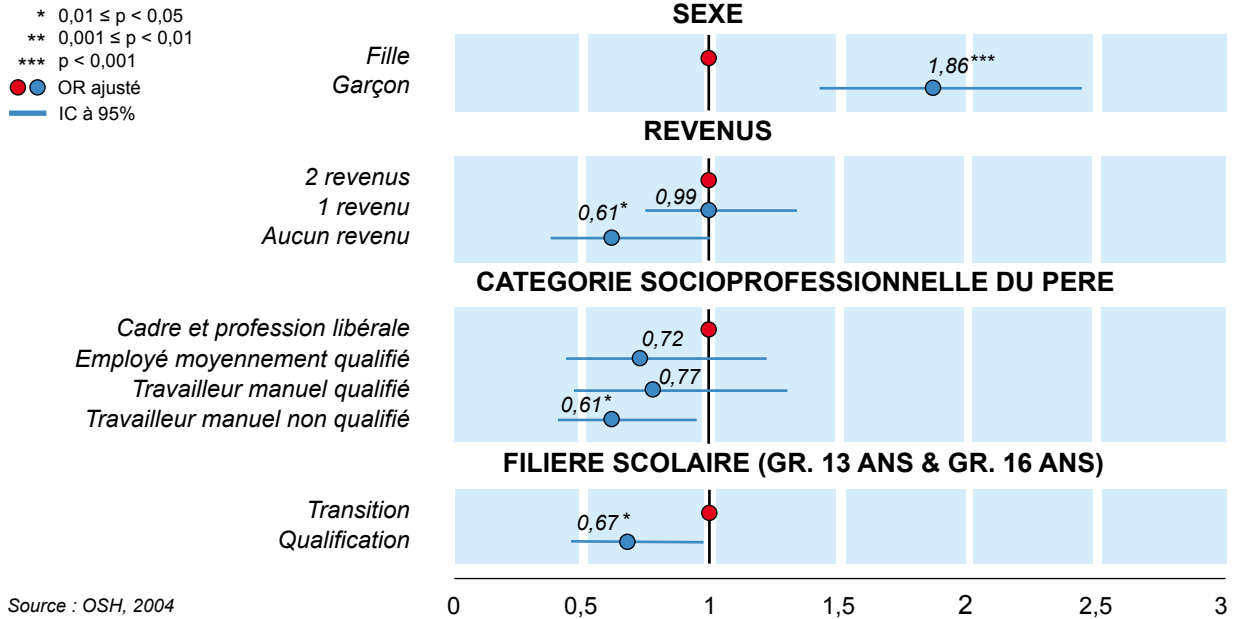
■ Bon, très bon ■ Moyen ■ Mauvais, très mauvais



Source : OSH, 2004

## **Santé perçue et facteurs associés**

**Figure 2.2. "Se sentir en bonne ou très bonne santé" et facteurs associés (N = 1755)**



L'analyse multivariée montre que le fait de se sentir en bonne santé est fortement lié au sexe même après ajustement sur l'âge et sur les facteurs socio-économiques. Les garçons se sentent plus souvent en bonne santé (87,1 %) que les filles (79,2 %).

L'état de santé perçue des jeunes est associé à leur contexte socio-économique. Les jeunes issus de familles ne bénéficiant d'aucun revenu professionnel se disent moins souvent en bonne ou très bonne santé (79,6 %) que les jeunes issus de familles bénéficiant de deux revenus professionnels (85,5 %). Les enfants dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée ont moins souvent une perception positive de leur état de santé (82,1 %) que les jeunes dont le père exerce une profession libérale ou de cadre (89,1 %).

Les jeunes qui suivent un enseignement de qualification (technique ou professionnel) se sentent également moins fréquemment en bonne ou très bonne santé (79,7 %) que les jeunes de l'enseignement de transition (général ou technique) (84,6 %). Ce lien n'avait pas été mis en évidence lors de l'Enquête Transfrontalière sur la Santé des Jeunes (ETSJ) de 1997 mais bien pour l'ensemble des jeunes scolarisés de la Communauté française (Piette, 2003).

## **Evolution 1997-2004-2006**

**Tableau 2.1. Évolution des proportions de jeunes se déclarant en bonne ou très bonne santé**

%	Garçon			Fille		
	1997	2004	2006	1997	2004	2006
Groupe 10 ans	91,8	87,3	89,3	87,2	79,8	86,3
Groupe 13 ans	92,1	88,7	92,6	89,6	81,2	86,9
Groupe 16 ans	92,1	85,3	89,0	83,8	76,6	80,2

Source : OSH, 1997-2004-2006

Le libellé de la question posée en 2004 et en 2006 est quelque peu différent de la question posée en 1997<sup>(4)</sup>.

L'évolution globale sur 1997-2006 est significative pour l'ensemble des jeunes : en 2006, les jeunes se déclarent moins souvent en bonne ou très bonne santé que dix ans auparavant.

Il ressort de l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) que, pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française, l'état de santé perçue reste globalement stable sur la période 1994-2006 : environ 93 % des jeunes se déclarent en bonne ou très bonne santé (Godin, 2008). En Communauté flamande en 2006, plus de 95 % des jeunes de 11 à 16 ans se perçoivent en bonne ou très bonne santé (Currie, 2008).

Les jeunes Flamands se sentent donc en meilleure santé que les jeunes francophones, ceux-ci se sentent eux-mêmes en meilleure santé que les jeunes Hainuyers.

### **1.2. Les maladies chroniques**

Le terme "maladie chronique" désigne, dans l'enquête, toute maladie qui dure ou est susceptible de durer au moins six mois et qui peut nécessiter un traitement ou des soins réguliers (par exemple : le diabète, la scoliose, l'asthme, les allergies...).

En 2004, 17 % des jeunes Hainuyers interrogés (N =2159) déclarent souffrir d'une maladie chronique. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons, pas plus qu'entre les trois catégories d'âge considérées. Cette proportion est stable par rapport à 1997 (18 %).

4. En 1997, il y avait quatre items de réponse (très bon, plutôt bon, plutôt mauvais, très mauvais) et un item "je ne sais pas", alors qu'en 2004 et en 2006, les cinq items étaient : excellent, bon, moyen, mauvais et très mauvais.

## 1.3. Les plaintes somatiques

Seuls les jeunes Hainuyers de 13 et 16 ans ont été interrogés sur les problèmes de santé ressentis (problèmes de poids, maux de dos, maux de tête (céphalées), fièvre, maux de dents, maux de ventre et vertiges) et sur la fréquence des plaintes (jamais, rarement, assez souvent et souvent) au cours des 12 mois précédant l'enquête. Pour l'analyse, les modalités "assez souvent" et "souvent" ont été regroupées sous le terme "régulièrement".

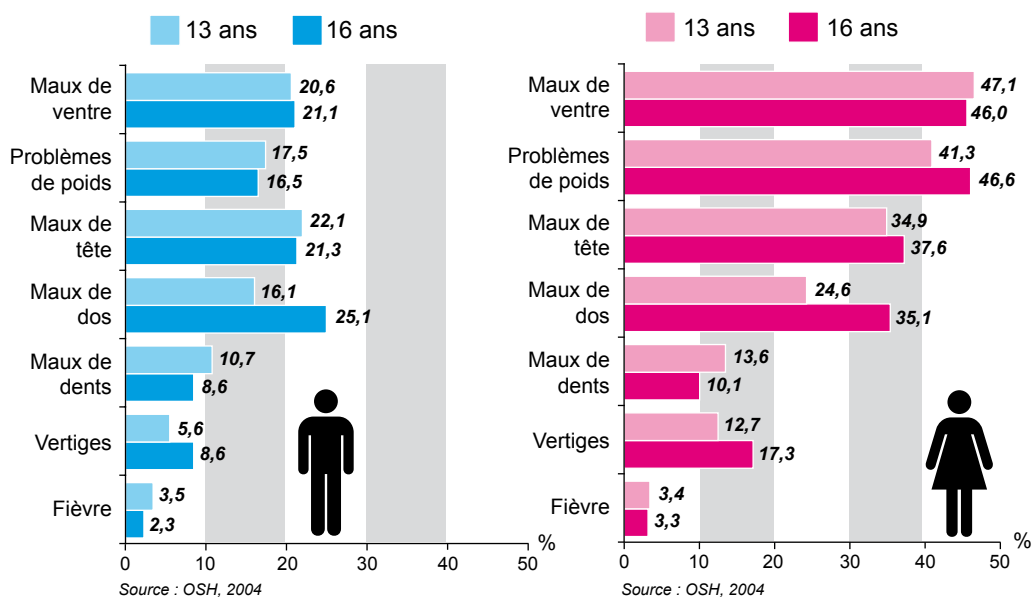
Les plaintes les plus fréquemment citées sont les maux de ventre, les problèmes de poids et les maux de tête.

Tant à 13 ans qu'à 16 ans, les garçons se plaignent régulièrement de maux de tête (22 %), de maux de dos (21 %), de maux de ventre (21 %) et de problèmes de poids (17 %). Globalement, les filles déclarent plus de plaintes régulières et l'ordre de fréquence des plaintes est différent de celui des garçons. Les filles se plaignent d'abord de maux de ventre (47 %), puis de problèmes de poids (44 %), de maux de tête (36 %), de maux de dos (30 %) et de vertiges (15 %). Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes en ce qui concerne la fièvre et les maux de dents.

Une analyse par classes d'âge montre que les maux de dos et les vertiges augmentent avec l'âge pour les deux sexes ; les maux de tête aussi mais seulement chez les filles.



**Figure 2.3. Présence de plaintes régulières par sexe (N = 1380)**



## **Plaintes et facteurs associés**

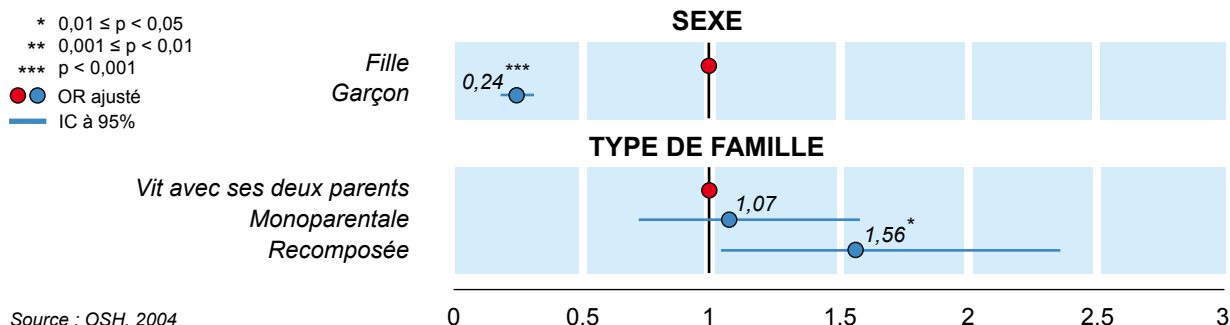
Globalement, les filles déclarent plus fréquemment que les garçons au moins deux plaintes de santé. En particulier, elles se plaignent significativement plus de problèmes de poids, de maux de dos, de maux de tête, de maux de ventre et de vertiges.

En introduisant les facteurs socio-économiques dans l'analyse, le nombre de plaintes régulières de santé ne semble pas associé à l'âge. Mais on observe malgré tout que les jeunes de 13 ans se plaignent moins de maux de dos, de maux de tête et de vertiges que les jeunes de 16 ans.

Les jeunes des familles recomposées déclarent plus fréquemment deux plaintes ou plus (49,0 %) que les jeunes vivant avec leurs deux parents (37,3 %).

Le fait d'éprouver au moins deux plaintes régulières de santé ne semble pas lié aux autres facteurs socio-économiques. Toutefois, les jeunes de l'enseignement de transition se plaignent plus fréquemment de maux de tête (75,8 %) et de fièvre (42,6 %) que les jeunes de l'enseignement de qualification (respectivement 72,4 % et 35,2 %).

► **Figure 2.4. "Eprouver régulièrement deux plaintes de santé ou plus" et facteurs associés (N = 1101)**



## **Evolution 1997-2004**

En 2004, 32 % des jeunes Hainuyers ne déclarent aucune plainte régulière, 28 % en déclarent une seule et 40 % en déclarent deux ou plus. Ces proportions sont semblables à celles observées en 1997 (respectivement 35 %, 25 % et 40 %). Cependant, l'analyse par sexe montre, de façon significative, qu'en 2004, les filles sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer deux plaintes régulières de santé ou plus qu'en 1997.

▼ **Tableau 2.2. Evolution des proportions de jeunes en fonction du nombre de plaintes régulières de santé**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Pas de plainte	48,3	43,7	26,1	18,9
1 plainte	24,9	30,1	24,5	24,7
2 plaintes et plus	26,8	26,2	49,4	56,4

Source : OSH, 1997-2004

Pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française, l'enquête HBSC constate une relative stabilité entre 1998 et 2006 des proportions de jeunes qui déclarent des plaintes multiples (maux de dos, de ventre et/ou de tête) plus d'une fois par semaine. En particulier, les jeunes Hainuyères de 16 ans semblent se plaindre davantage (60 % d'entre elles déclarent des plaintes multiples) que les jeunes filles de la Communauté française et de la Communauté flamande pour lesquelles, respectivement 49 % et 28 % rapporteraient des plaintes multiples plus d'une fois par semaine (Currie, 2008).

## 1.4. La satisfaction par rapport à son corps

La question de la satisfaction personnelle à l'égard de son corps a été posée aux jeunes, en proposant cinq modalités de réponse. Les deux premières sont connotées positivement ("oui, tout à fait" et "oui, plutôt") ; les deux suivantes sont connotées négativement ("non, pas tellement" et "non, pas du tout") ; et la dernière modalité permet au répondant d'exprimer un doute ou une incapacité à répondre ("je ne sais pas").

Dans la province du Hainaut, 73,7 % des garçons se disent satisfaits de leur corps, 21,8 % ne le sont pas. Pour les filles, 48,8 % sont satisfaites, 45,9 % ne le sont pas. On observe une forte disparité entre les filles et les garçons : à tout âge, les garçons déclarent plus fréquemment avoir une image positive de leur corps que les filles.

L'image positive du corps diminue avec l'âge mais de façon nettement plus marquée pour les filles que pour les garçons. A 11 ans, 6 filles sur 10 sont satisfaites de leur corps mais elles ne sont plus que 4 sur 10 à 16 ans.

### Satisfaction par rapport à son corps et facteurs associés

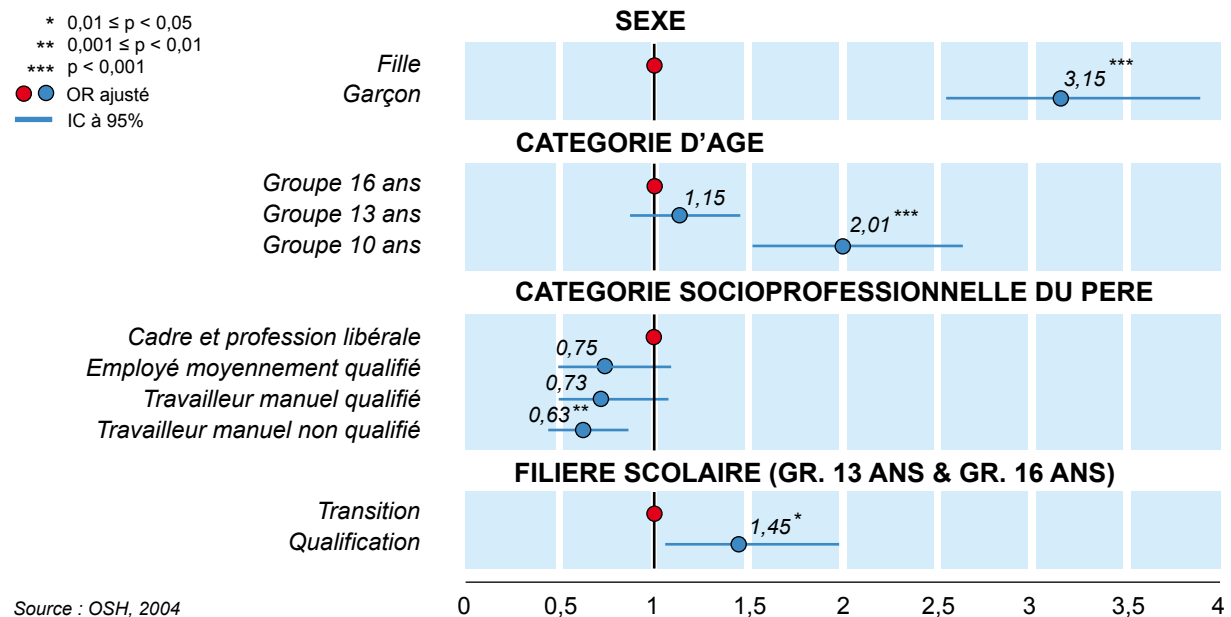
Les garçons sont nettement plus satisfaits de leur corps (77,1 %) que les filles (51,5 %) et les jeunes de 10 ans ont également plus souvent une image positive de leur corps (73,1 %) que les plus âgés (13 ans : 63,3 % ; 16 ans : 59,6 %).

Au niveau des facteurs socio-économiques, les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale sont significativement plus satisfaits de leur corps (71,7 %) que les jeunes dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée (62,9 %).

Par ailleurs, les jeunes de l'enseignement de transition se déclarent plus fréquemment satisfaits de leur corps (64,0 %) que ceux de l'enseignement de qualification (54,8 %). Ce résultat a également été démontré en 2006 pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française (Godin, 2008).



**Figure 2.5. "Etre tout à fait ou plutôt satisfait de son corps" et facteurs associés (N = 1678)**



L'introduction de l'obésité dans l'analyse montre un lien très fort entre obésité et satisfaction par rapport à son corps et diminue fortement l'effet des facteurs socio-économiques. Ceci indiquerait que ces facteurs influencent la fréquence de l'obésité (voir figure 2.30.) qui elle-même agit sur la satisfaction par rapport à son corps.



## **Evolution 1997-2004**

Quels que soient l'âge et le sexe, les jeunes Hainuyers ont une moins bonne image de leur corps en 2004 qu'en 1997. Cette évolution se marque fortement pour l'ensemble des filles et pour les garçons de 10 ans. L'absence de la modalité "je ne sais pas" parmi les réponses possibles en 1997 n'explique qu'une faible partie de la diminution des proportions observées en 2004 par rapport à celles observées en 1997.

**Tableau 2.3. Evolution des proportions de jeunes tout à fait ou plutôt satisfaits de leur corps**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	89,0	74,2	75,1	59,0
Groupe 13 ans	79,2	75,1	56,1	45,6
Groupe 16 ans	77,2	72,0	50,2	42,0

Source : OSH, 1997-2004

Simultanément à l'augmentation de l'insatisfaction grandissante des jeunes par rapport à leur corps, on observe, entre 1997 et 2004, une augmentation significative (pour les deux sexes et pour les deux catégories d'âge considérées) des proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui se plaignent régulièrement de problèmes de poids.

**Tableau 2.4. Evolution des proportions de jeunes qui se plaignent régulièrement de problèmes de poids**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 13 ans	13,0	17,5	22,9	41,3
Groupe 16 ans	12,6	16,5	24,2	46,6

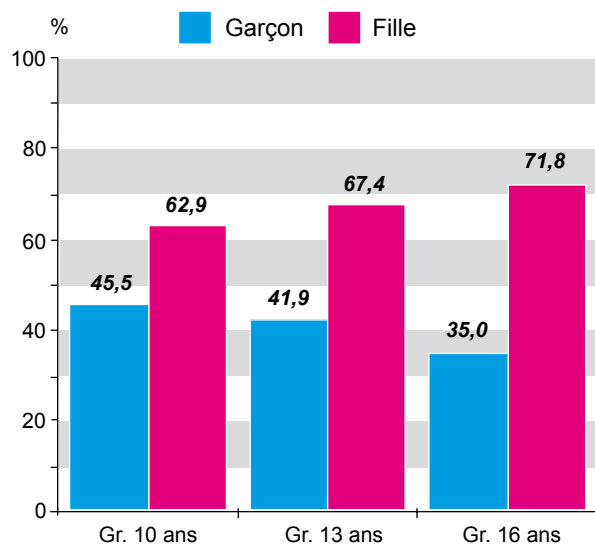
Source : OSH, 1997-2004

## 1.5. Le souhait de maigrir

Globalement, un jeune Hainuyer interrogé sur 2 souhaite perdre du poids ; les filles, plus fréquemment que les garçons : elles sont presque 7 sur 10, tous âges confondus, à vouloir maigrir contre 4 garçons sur 10. Le désir de maigrir augmente avec l'âge chez les filles mais diminue chez les garçons. Ces variations sont toutes significatives d'un point de vue statistique.



**Figure 2.6. Proportions de jeunes qui souhaitent maigrir (N = 2191)**



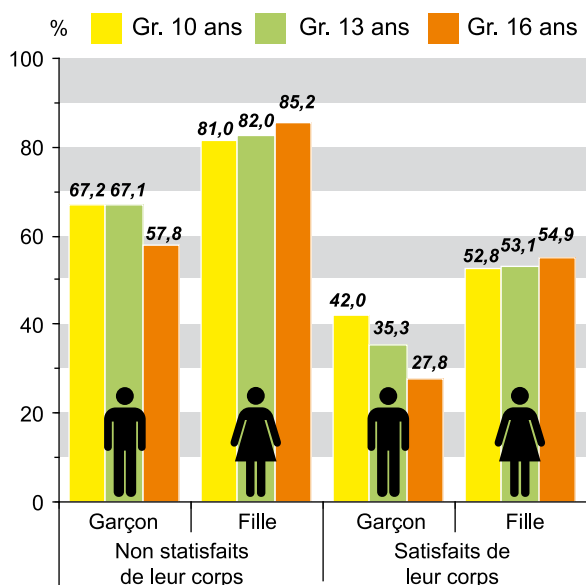
Source : OSH, 2004

## **Souhait de maigrir et facteurs associés**

Les facteurs socio-économiques habituellement étudiés ne sont pas associés au souhait de maigrir, pas plus que la filière scolaire.

En outre, on constate, sans surprise, que les jeunes qui sont moins satisfaits de leur corps souhaitent davantage maigrir que les autres. Il est, par contre, plus surprenant de constater que parmi les jeunes satisfaits de leur corps, 34,8 % des garçons et 53,5 % des filles souhaitent maigrir.

**Figure 2.7. Proportions de jeunes qui souhaitent maigrir en fonction du fait qu'ils soient satisfaits de leur corps ou non (N = 2057)**



Source : OSH, 2004

La surcharge pondérale (thème traité dans le paragraphe 5.1. "La taille et le poids") est fortement corrélée avec le souhait de maigrir, ainsi 90 % des jeunes en surcharge pondérale souhaitent perdre du poids. Mais 27,4 % des garçons et 59,1 % des filles qui ne présentent pas d'excès de poids souhaitent également maigrir.

## **Evolution 1997-2004**

Quels que soient l'âge et le sexe, les proportions de jeunes qui souhaitent maigrir observées en 2004 ont augmenté par rapport à 1997.

**Tableau 2.5. Evolution des proportions de jeunes qui souhaitent maigrir**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	37,3	45,5	60,0	62,9
Groupe 13 ans	34,5	41,9	62,6	67,4
Groupe 16 ans	29,0	35,0	68,6	71,8

Source : OSH, 1997-2004

## 1.6. Les régimes

Au moment de l'enquête, 16,8 % des jeunes Hainuyers interrogés déclarent suivre un régime : 19,7 % des filles et 14,1 % des garçons. A 13 et 16 ans, les filles (22,2 %) déclarent plus fréquemment suivre un régime que les garçons (12,6 %). Chez les filles, on observe une augmentation significative de la proportion de filles qui déclarent faire régime à partir de 13 ans (+ 57 % d'augmentation). Chez les garçons, l'âge n'a pas d'effet significatif. En outre, la proportion de jeunes qui suivent un régime est plus élevée parmi les jeunes en surcharge pondérale (respectivement 28,5 % et 38,4 % des garçons et des filles en surcharge pondérale) que parmi les jeunes de corpulence normale (respectivement 9,4 % et 13,1 % des garçons et des filles de corpulence normale).

**Tableau 2.6. Proportions de jeunes qui déclarent suivre un régime au moment de l'enquête** (N = 2168)

%	Garçon	Fille
Groupe 10 ans	17,5	14,6
Groupe 13 ans	14,0	22,9
Groupe 16 ans	11,3	21,5

Source : OSH, 2004

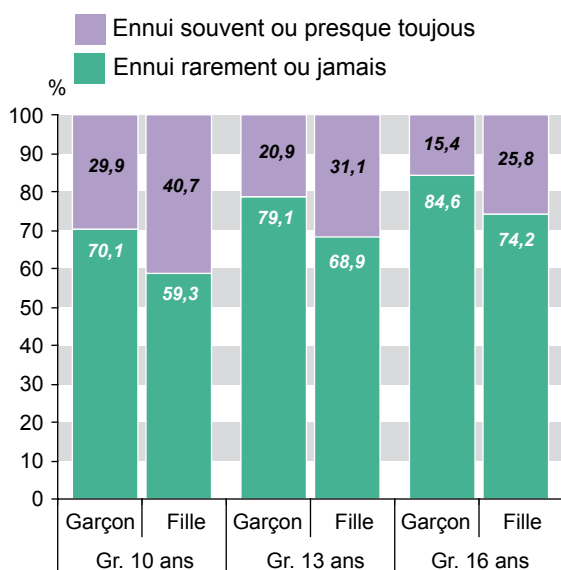
Par rapport à 1997, la proportion globale de jeunes Hainuyers qui déclarent suivre un régime reste stable (14,0 % en 1997 et 16,8 % en 2004).

Par ailleurs, bien que le Hainaut compte proportionnellement plus de jeunes en surcharge pondérale que l'ensemble de la Communauté française, les jeunes Hainuyères suivent moins souvent un régime que l'ensemble des filles scolarisées en Communauté française. En 2006, en Communauté française, un jeune garçon sur 10 et une jeune fille sur 4 déclarent en effet suivre un régime (Godin, 2008).

## 1.7. L'ennui

En 2004, plus d'un jeune sur 4 déclare s'ennuyer souvent ou presque toujours. Plus précisément, il s'agit de près d'une fille sur 3 et d'un garçon sur 5. Cette différence entre les filles et les garçons s'observe à tout âge. Le sentiment d'ennui diminue avec l'âge, tant chez les filles que chez les garçons.

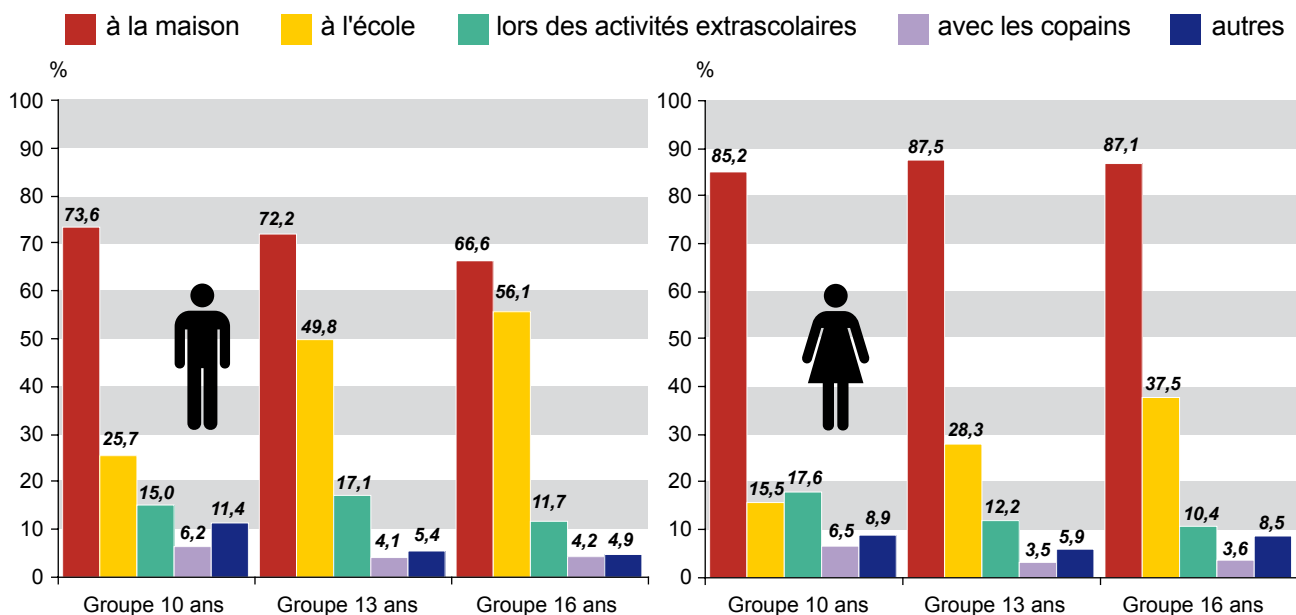
**Figure 2.8. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence à laquelle ils déclarent s'ennuyer** (N = 2095)



Source : OSH, 2004

Il était demandé aux jeunes ressentant de l'ennui (rarement, souvent ou presque toujours), d'exprimer les lieux, les occasions ou les activités associés à ce sentiment. Majoritairement, c'est à la maison que les jeunes déclarent s'ennuyer (78 %), bien davantage qu'à l'école (36 %), dans des activités extrascolaires (14 %), avec des copains (5 %). D'autres situations sont citées dans 7,4% des cas.

**Figure 2.9. Lieux où les jeunes déclarent s'ennuyer** (% parmi les jeunes qui s'ennuient) (N = 1882)



Source: OSH, 2004

Lorsqu'ils s'ennuient, la maison est le lieu où le plus de jeunes s'ennuient quels que soient l'âge ou le sexe. Cette tendance diminue légèrement avec l'âge chez les garçons, mais s'accroît chez les filles. A tout âge, les filles s'ennuient plus à la maison que les garçons.

Un jeune sur 3 qui s'ennuie déclare s'ennuyer à l'école, les garçons plus que les filles. La proportion de jeunes qui s'ennuient à l'école augmente avec l'âge. A 16 ans, plus d'un garçon sur 2 s'ennuie à l'école.

En vieillissant, les jeunes éprouvent moins d'ennui dans les activités extrascolaires, surtout les filles. Il faut toutefois noter que la participation des jeunes à ces activités diminue avec l'âge.

Environ 5 % des jeunes éprouvent de l'ennui en compagnie de leurs copains. Ce pourcentage est stable quels que soient l'âge et le sexe.

## **Sentiment d'ennui et facteurs associés**

Les analyses multivariées ont mis en exergue de nombreuses associations significatives avec la fréquence à laquelle les jeunes éprouvent de l'ennui et avec les lieux où ils s'ennuient.

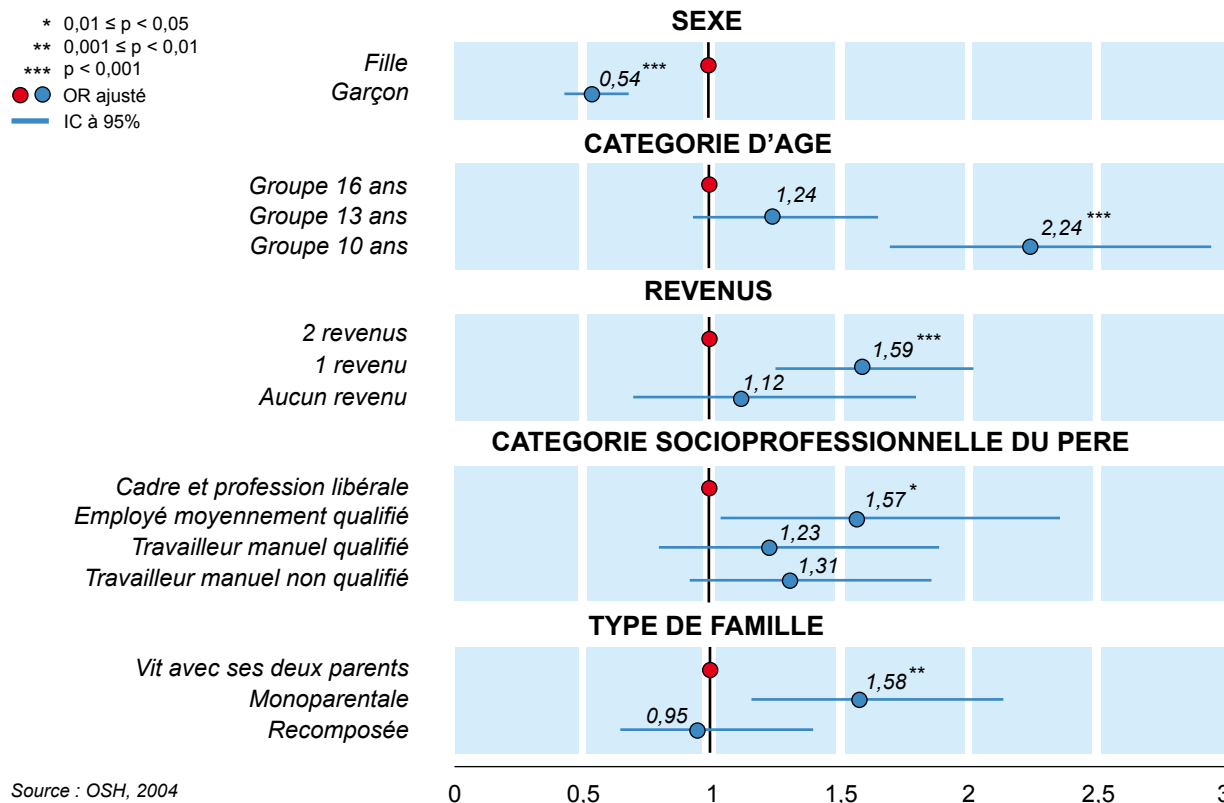
Tout d'abord, les filles déclarent plus fréquemment s'ennuyer souvent, toujours ou presque (32,4 %) que les garçons (21,8 %), et les jeunes de 10 ans (35,1 %) plus que ceux de 13 (25,9 %) et 16 ans (20,2 %).

Ensuite, au niveau des facteurs socio-économiques :

- 28,0 % des jeunes Hainuyers dont le père exerce une profession d'employé moyennement qualifié déclarent s'ennuyer contre 20,7 % des jeunes dont le père exerce une profession libérale ou de cadre ;
- 32,0 % des jeunes dont un seul parent travaille déclarent s'ennuyer contre 22,6 % lorsque les deux parents travaillent. Par contre, parmi les jeunes qui s'ennuient, ceux dont un seul parent travaille s'ennuient moins à l'école que ceux dont les deux parents travaillent ;
- 32,2 % des jeunes vivant dans une famille monoparentale déclarent s'ennuyer contre 25,1 % des enfants vivant avec leurs deux parents. Ils s'ennuient particulièrement plus à l'école.

En outre, il est important de souligner que quel que soit l'indicateur envisagé dans notre enquête, l'ennui éprouvé par les jeunes et, en particulier, l'ennui à l'école n'est pas associé à la filière scolaire.

**Figure 2.10. "S'ennuyer souvent ou presque toujours" et facteurs associés (N = 1710)**



Enfin, une analyse complémentaire montre que la proportion de jeunes qui déclarent s'ennuyer est significativement plus élevée parmi les jeunes atteints d'obésité (38,9 %) que parmi les autres jeunes (26,2 %) et, plus généralement, parmi les jeunes qui ne sont pas tellement ou pas du tout satisfaits de leur corps (37,8 %) que parmi ceux qui sont satisfaits de leur corps (20,7 %).

## 1.8. Le sommeil

Le manque de sommeil est fréquemment associé à des problèmes aussi différents que le stress, l'irritabilité, l'instabilité motrice, les difficultés de concentration (Valatx, 2009).

L'enquête s'est penchée sur les habitudes des jeunes les jours d'école : heure du lever, heure du coucher, durée de sommeil. La qualité du sommeil a, quant à elle, été évaluée via deux autres indicateurs : le fait d'éprouver des difficultés pour s'endormir et le fait de se réveiller pendant la nuit.

La durée de sommeil les jours d'école a été calculée pour chaque répondant à partir des heures de coucher et de lever mentionnées. La durée moyenne de sommeil est la moyenne des durées individuelles.

**Tableau 2.7. Heure moyenne du lever, du coucher et durée moyenne du sommeil**

hh:mm	Heure moyenne du lever (N=2 155)		Heure moyenne du coucher (N=2 170)		Durée moyenne du sommeil (N=2 146)	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Groupe 10 ans	07:08	07:07	21:01	20:49	10:07	10:19
Groupe 13 ans	06:46	06:43	21:44	21:36	09:03	09:07
Groupe 16 ans	06:46	06:37	22:29	22:06	08:17	08:31

Source : OSH, 2004

En moyenne, les jeunes du Hainaut se lèvent vers 7 heures 10 minutes à l'âge de 10 ans et vers 6 heures 40 minutes pour les élèves de l'enseignement secondaire interrogés. Cette différence pourrait s'expliquer par diverses hypothèses : des activités scolaires démarrant plus tard dans certaines écoles de l'enseignement primaire en comparaison au système secondaire, un éloignement plus important de l'école secondaire par rapport au domicile ou l'emprunt plus fréquent de transport public pouvant allonger la durée du trajet vers l'école, l'importance de rencontrer les copains avant de rentrer en classe...

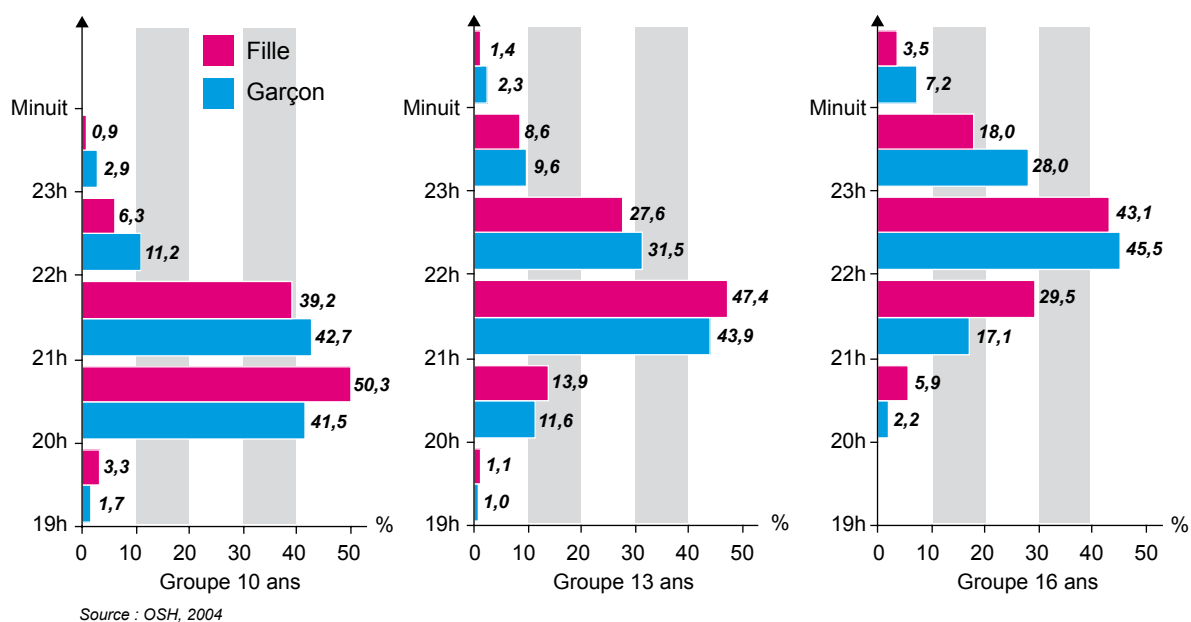
Une enquête menée en Suisse rapporte des durées moyennes de sommeil semblables à celles observées pour les jeunes du Hainaut (9 heures 54 minutes à 10 ans, 9 heures à 13 ans et 8 heures 6 minutes à 16 ans) (Iglowstein, 2003).

Les filles de 16 ans se couchent plus tôt que les garçons.

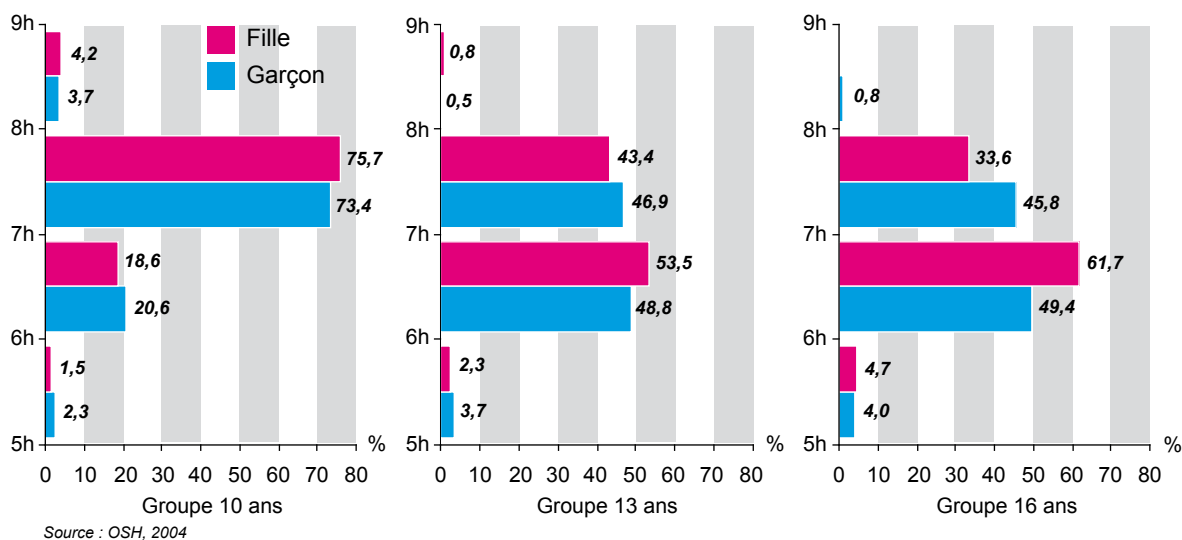
Les différences de durée de sommeil entre les filles et les garçons ne sont pas significatives, quelle que soit la catégorie d'âge.

▶ Voir les figures 2.11. et 2.12.

**Figure 2.11. Répartition des jeunes en fonction de l'heure à laquelle ils se couchent les jours d'école**  
(N = 2170)



**Figure 2.12. Répartition des jeunes en fonction de l'heure à laquelle ils se lèvent les jours d'école**  
(N = 2155)





## 1.8.1. La durée de sommeil

En l'absence de consensus scientifique sur la durée de sommeil recommandée en fonction de l'âge, la durée de sommeil est présentée sous forme de percentiles. Comme pour la moyenne, chaque percentile de la durée du sommeil diminue avec l'âge sans différence significative entre filles et garçons.

Le percentile 20 (p20) a été choisi arbitrairement, il ne correspond pas à un seuil qui déterminerait un problème de santé. Le percentile 20 indique, pour les garçons, que 20 % des 10 ans dorment moins de 9 heures 30 minutes, 20 % des 13 ans moins de 8 heures 15 minutes et 20 % des 16 ans moins de 7 heures 30 minutes. Chez les filles, les valeurs correspondantes du percentile sont respectivement de 9 heures 45 à 10 ans, 8 heures 16 à 13 ans et 7 heures 49 à 16 ans.

**Tableau 2.8. Percentile 20 et médiane de la durée de sommeil (N = 2146)**

	hh:mm	N	p20	médiane
♂	Gr. 10 ans	346	09:30	10:15
	Gr. 13 ans	379	08:15	09:00
	Gr. 16 ans	397	07:30	08:30
♀	Gr. 10 ans	331	09:45	10:30
	Gr. 13 ans	355	08:16	09:10
	Gr. 16 ans	338	07:49	08:30

Source : OSH, 2004

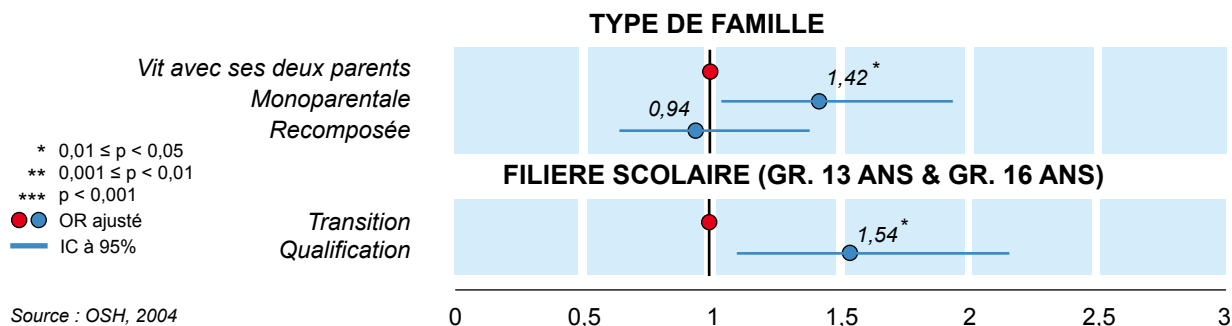
## Durée de sommeil et facteurs associés

Pour analyser les facteurs associés à la durée de sommeil, les percentiles 20 de la durée de sommeil ont été calculés par sexe et pour chaque âge (en année accomplie). La durée de sommeil de chaque jeune a été comparée au percentile 20 calculé pour son âge. Ensuite, une analyse multivariable a été menée en vue de caractériser les 20 % de jeunes qui dorment le moins.

Il en ressort que 26,7 % des jeunes vivant dans une famille monoparentale ont une plus courte durée de sommeil contre 21,6 % des jeunes vivant avec leurs deux parents et que 28,5 % des jeunes de l'enseignement de qualification et 21,3 % des jeunes qui suivent un enseignement de transition ont également une plus courte durée de sommeil.

Les autres facteurs socio-économiques (nombre de revenus et catégorie socioprofessionnelle du père) ne sont pas associés à une durée de sommeil plus courte.

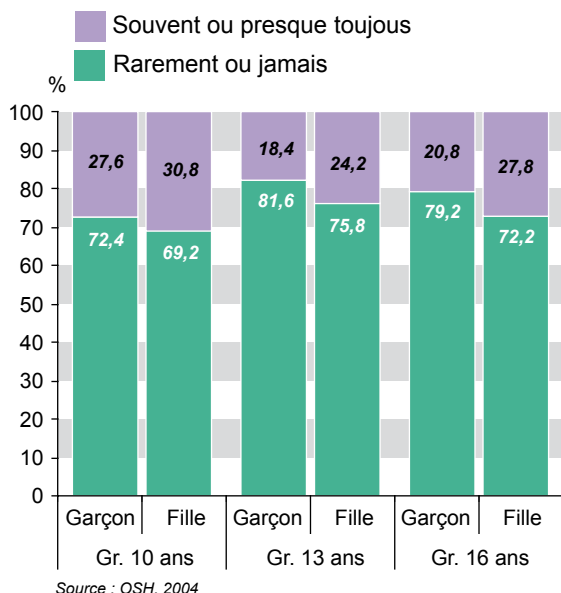
**Figure 2.13. "Dormir un nombre d'heures inférieur au percentile 20 calculé par âge et par sexe" et facteurs associés (N = 1737)**



## 1.8.2. Problèmes pour s'endormir

Un jeune sur 4 déclare avoir des problèmes pour s'endormir (souvent ou presque toujours). Cette proportion est légèrement plus élevée parmi les enfants de 10 ans (29 %). A 16 ans, les filles éprouvent significativement plus de problèmes pour s'endormir que les garçons.

**Figure 2.14. Répartition des jeunes selon qu'ils éprouvent (souvent ou presque toujours) ou non (jamais ou rarement) des problèmes pour s'endormir (N = 2165)**



Les jeunes de 13 ans qui déclarent avoir des difficultés à s'endormir sont plus nombreux à aller dormir après 22 heures que ceux qui ne rencontrent pas ou rarement de difficulté à s'endormir.

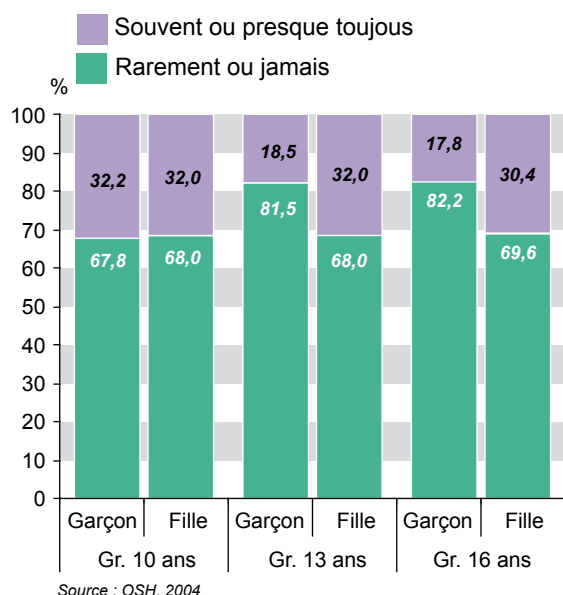
Les problèmes pour s'endormir sont associés à l'âge et au sexe, mais pas aux facteurs socio-économiques.

L'enquête HBSC note en 2006 que près de la moitié des jeunes se plaignent de fatigue matinale au moins une fois par semaine (Godin, 2008). Les auteurs font l'hypothèse d'un lien entre le fait d'éprouver des difficultés à s'endormir et la fatigue matinale. Cet aspect n'a pas été exploré dans notre enquête.

## 1.8.3. Se réveiller la nuit

Un jeune sur 4 déclare se réveiller pendant la nuit (souvent ou presque toujours). A nouveau, ce sont les plus jeunes qui déclarent davantage ce trouble du sommeil (32 %). Parmi les filles, cette tendance perdure avec l'âge et 30 % d'entre elles déclarent se réveiller la nuit à 16 ans.

**Figure 2.15. Répartition des jeunes selon qu'ils se réveillent (souvent ou presque toujours) ou non (jamais ou rarement) pendant la nuit (N = 2181)**



Les problèmes de réveil pendant la nuit sont associés significativement à l'âge et au sexe mais pas aux facteurs socio-économiques.



### On retiendra...

- **9 garçons sur 10 et 8 filles sur 10 se déclarent en bonne santé. Cette fréquence diminue quand la situation socio-économique de la famille devient moins bonne. A 16 ans, près d'une fille sur 4 déclare ne pas se sentir en bonne santé.**
- **17 % des jeunes déclarent être touchés par une maladie chronique.**
- **Les jeunes se plaignent souvent de maux de tête (75 %), de maux de ventre (74 %) et de maux de dos (61 %). 4 jeunes sur 10 déclarent au moins 2 plaintes régulières. Les filles (56 %) plus fréquemment que les garçons (26 %).**
- **En 2004, environ une fille sur 2 et un garçon sur 4 ne sont pas satisfaits de leur corps. L'insatisfaction augmente avec l'âge. Les proportions de jeunes non satisfaits de leur corps augmentent de 29 % en 1997 à 35 % en 2004.**
- **L'insatisfaction par rapport à son corps est fortement liée à l'obésité, elle-même liée aux facteurs socio-économiques.**
- **7 filles sur 10 et 4 garçons sur 10 souhaitent perdre du poids. La fréquence augmente de 48 % en 1997 à 53 % en 2004. 90 % des jeunes en surcharge pondérale souhaitent maigrir, mais aussi 27 % des garçons et 60 % des filles qui ne sont pas en surcharge pondérale.**
- **20 % des filles et 14 % des garçons suivent un régime.**
- **Une fille sur 3 et un garçon sur 5 s'ennuient fréquemment. L'ennui diminue avec l'âge.**
- **La durée médiane du sommeil est de 10 heures 15 à 10 ans, 9 heures 05 à 13 ans et 8 heures 30 à 16 ans.**
- **Un jeune sur 4 éprouve fréquemment des difficultés pour s'endormir et un sur 4 se réveille fréquemment pendant la nuit.**

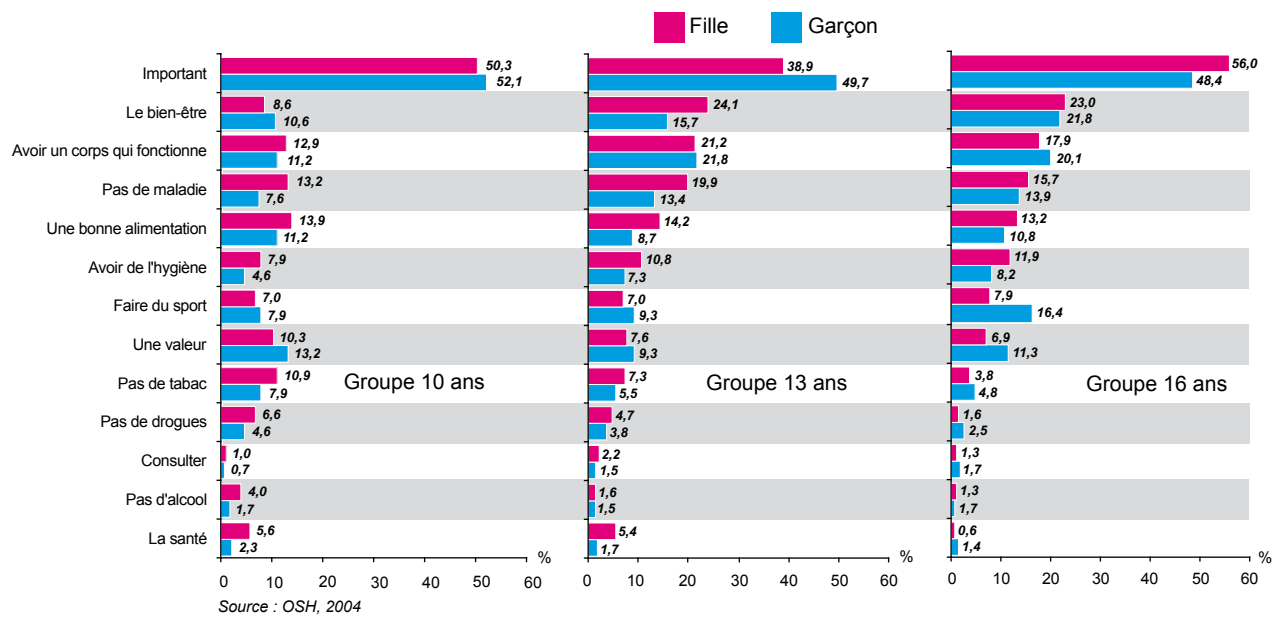
## 2. Les représentations de la santé

### 2.1. A ton avis, la santé c'est ?

Une question ouverte explorait ce que les jeunes associent spontanément au mot "santé". Les réponses ont été regroupées en une dizaine de catégories. Les proportions présentées correspondent aux pourcentages de jeunes ayant cité l'item considéré dans une de leurs réponses.

Globalement, pour un jeune Hainuyer sur 2, la santé c'est important ; pour presque'un sur 5, c'est le bien-être, avoir un corps qui fonctionne et pour plus d'un jeune sur 10, c'est avoir une bonne alimentation, ne pas être malade.

**Figure 2.16. Réponses les plus fréquentes à la question "La santé, c'est ?" (N = 1936)**



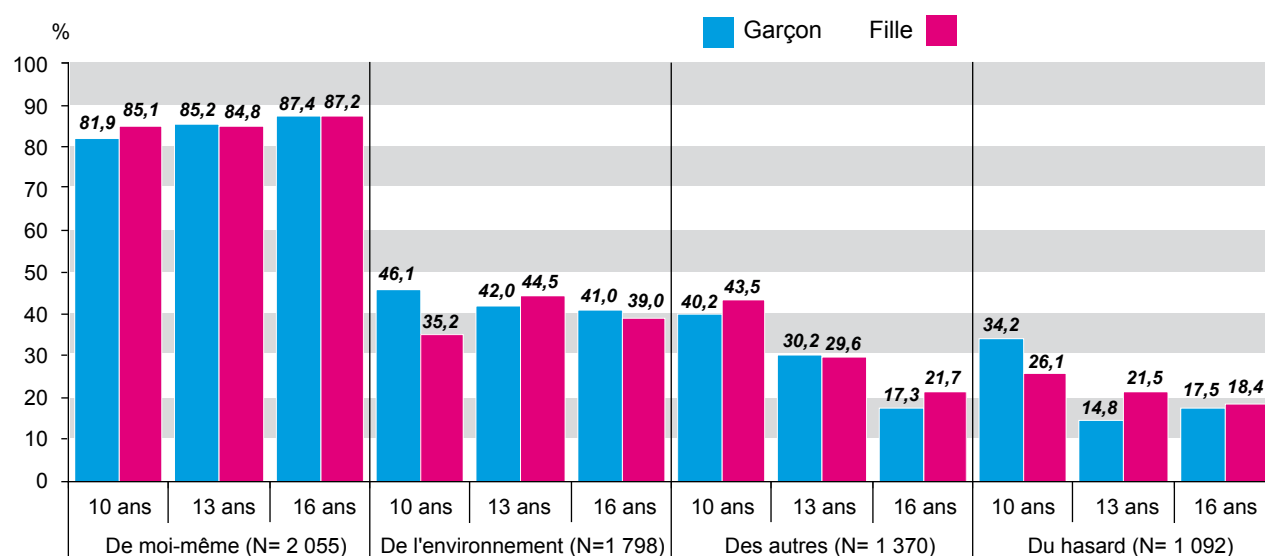
Il y a peu de différences entre les groupes d'âge et entre les filles et les garçons. Parmi les réponses qui augmentent avec l'âge, on trouve "avoir de l'hygiène", "le corps qui fonctionne", "faire du sport" et "le bien-être", et parmi celles qui diminuent, on a "pas de tabac", "pas d'alcool", "pas de drogues" (les plus âgés se montrent plus tolérants ou tout simplement y pensent moins).

### 2.2. Le contrôle de la santé

Plus une personne se sent responsable de sa santé, plus elle sera prête à s'impliquer dans une démarche préventive (Consoli, 2004). A l'inverse, si la santé est perçue comme dépendant des autres, du hasard, de l'environnement, la personne sera peu encline à s'engager à adopter de nouveaux comportements favorables à la santé. C'est ce qu'on appelle habituellement le lieu de contrôle relatif à la santé (health locus of control) ou l'attribution causale de la santé.

Quatre attributions causales de la santé (soi-même, l'environnement, les autres, le hasard) ont été évaluées avec une échelle en quatre points, allant d'une absence de causalité ("pas du tout"), à une dépendance élevée ("beaucoup"). La figure suivante reprend le pourcentage de jeunes qui déclarent que leur santé dépend moyennement ou beaucoup de l'item considéré.

**Figure 2.17. Proportions de jeunes déclarant que la santé dépend moyennement ou beaucoup du facteur étudié**



Source : OSH, 2004

Plus de 8 jeunes sur 10 disent que leur santé dépend d'eux-mêmes. L'environnement est le second facteur, environ 4 jeunes sur 10 estiment que leur santé en dépend. Viennent ensuite "les autres" et "le hasard", deux causes externes dont l'importance décroît avec l'âge.

Les réponses sont cohérentes avec le phénomène d'internalisation observé au cours de l'adolescence : avec l'âge, le jeune se rend de plus en plus compte de sa capacité à influencer le cours de sa vie de manière générale et de sa santé en particulier, et à développer des compétences dans ce sens.

La proportion de jeunes qui associent leur état de santé à l'environnement est également élevée. Ce constat est vraisemblablement associé à l'importance actuellement accordée à l'impact de l'environnement sur la santé.

## **Lieu de contrôle et facteurs associés**

Des analyses multivariées ont été menées afin de déterminer s'il existait des inégalités socio-économiques face à cette dimension essentielle.

Que les jeunes considèrent les autres et l'environnement comme des facteurs dont dépend leur santé n'est pas associé aux facteurs socio-économiques.

Par contre, les jeunes dont le père est employé moyennement qualifié pensent plus fréquemment que leur santé dépend du hasard (30,4 %) que les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (18,5 %). Les jeunes qui vivent avec leurs deux parents (84,8 %) pensent moins fréquemment que leur santé dépend d'eux-mêmes que les jeunes vivant dans une famille recomposée (90,1 %).

En outre, les analyses multivariées ont confirmé que les jeunes pensent de moins en moins que leur santé dépend des autres et du hasard au fur et à mesure qu'ils deviennent plus âgés.

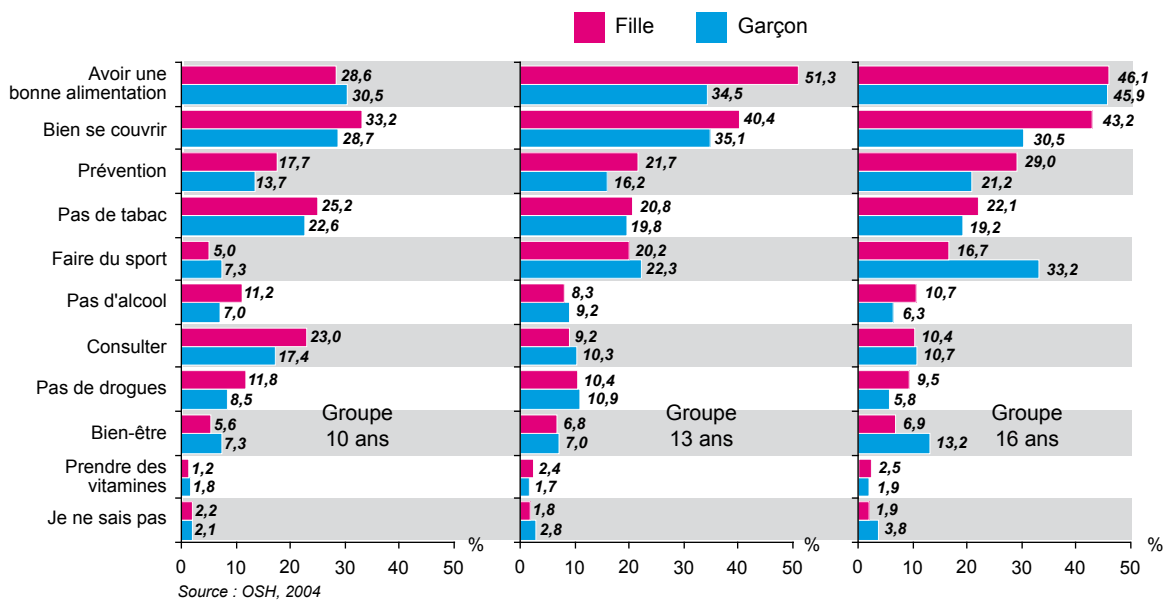
## 2.3. Les attitudes par rapport à la prévention des maladies

"D'après toi, que faut-il faire pour ne pas être malade ?". Les jeunes Hainuyers ont répondu à cette question ouverte en quelques lignes sur base desquelles un regroupement thématique a été réalisé. Il en ressort que pour les jeunes "soigner son alimentation" est la première attitude à adopter pour ne pas être malade (39,6 %), suivie de "bien se couvrir" (35,1 %) et "éviter les assuétudes" (30,9 %).

Les résultats observés pour les filles et pour les garçons sont relativement semblables et ordonnés de la même manière, à l'exception du thème "se couvrir", plus présent chez les filles (38,9 %) que chez les garçons (31,5 %) et du thème "faire du sport", qui est plus souvent cité chez les garçons (21,4 %) que chez les filles (14,0 %). "Consulter" n'est cité que par 12,7 % des garçons et 14,1 % des filles. La "prévention" citée par 29,0 % des filles de 16 ans regroupe l'hygiène, l'hygiène de vie et éviter le contact avec les personnes contagieuses.

Avec l'âge, "soigner son alimentation" semble acquérir plus d'importance, tant chez les filles que chez les garçons. A l'inverse, "éviter les assuétudes", "bien se couvrir" et "consulter" semblent moins important pour les aînés, particulièrement pour les garçons pour lesquels la pratique du sport acquiert davantage d'importance.

**Figure 2.18. "Que faut-il faire pour ne pas être malade ?" (N = 2027)**





### On retiendra...



- **Pour un jeune sur 2, la santé est importante. Elle est associée au bien-être, à un corps qui fonctionne, à l'absence de maladie.**
- **Plus de 8 jeunes sur 10 considèrent que leur santé dépend d'eux-mêmes. Cette proportion augmente avec l'âge.**
- **Une bonne alimentation, bien se couvrir, une bonne hygiène sont les moyens les plus cités pour ne pas être malade. Les garçons mentionnent également le sport.**





## 3. L'information sur la santé et sur les comportements

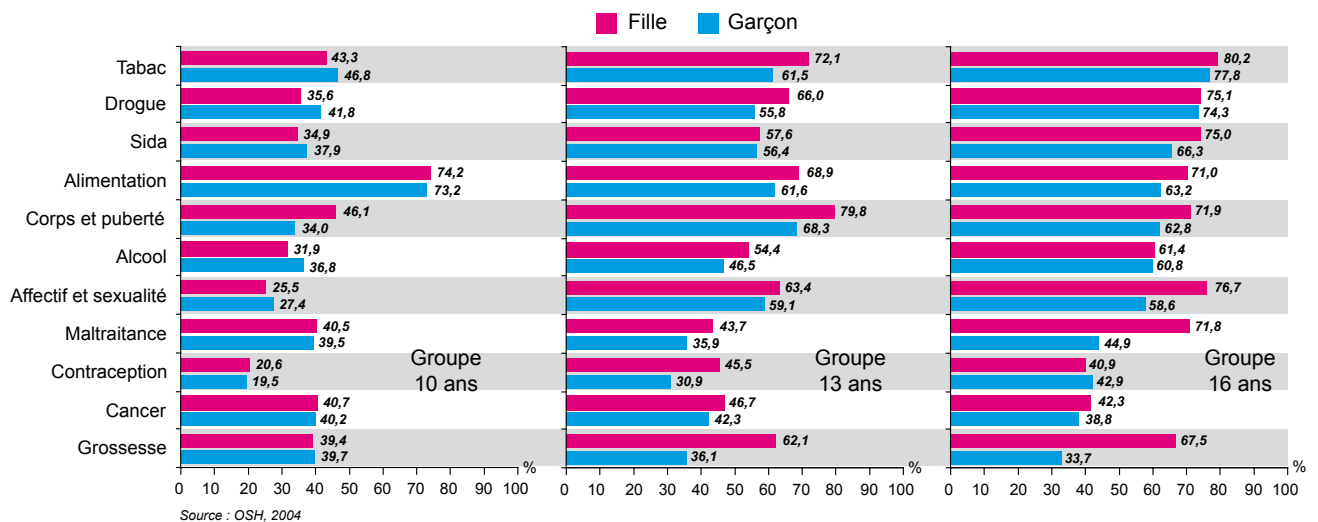
L'information transmise à un jeune ne garantit pas qu'il adoptera un comportement favorable à sa santé et à son bien-être, mais une certaine connaissance de base s'impose afin que le jeune soit mieux armé face à ses choix, même si le passage de l'information à l'action est fonction des capacités individuelles de chacun (De Bourdeaudhuij, 2007).

L'ETSJ de 2004 s'est intéressée aux différents sujets d'informations concernant la santé sur lesquels les jeunes auraient pu avoir été informés et sur lesquels ils souhaiteraient être informés.

### 3.1. Les informations reçues

Les jeunes sont-ils informés sur les thèmes qui les concernent : alimentation, tabac, vie sexuelle et affective ... ? La question leur a été posée sujet par sujet en ces termes : "As-tu reçu de l'information sur... ?". Aucune distinction n'a été faite par rapport à la source d'information (l'école, les médias, les parents, des recherches personnelles sur Internet ou dans des livres...) ni par rapport au moment où l'information a été reçue (durant l'année scolaire ou avant ; suite à un problème ou non).

**Figure 2.19. Proportions de jeunes qui déclarent avoir reçu de l'information par thème (N = 2137)**



A 10 ans, le sujet qui a touché le plus grand nombre de jeunes Hainuyers est l'alimentation (75 %). A 13 ans, il s'agit du corps et de la puberté (74 %) et à 16 ans, du tabac (79 %). Globalement, les filles sont plus souvent informées que les garçons, la différence est significative pour les sujets comme l'alimentation, le corps, la grossesse et la contraception.

Les proportions de jeunes qui déclarent avoir reçu de l'information sur les assuétudes (alcool, tabac, drogue) et sur les thèmes liés à la sexualité (sexualité, contraception, grossesse, sida) augmentent avec l'âge alors que ce n'est pas le cas pour l'information sur le corps, l'alimentation, la maltraitance et le cancer. Les jeunes de 10 ans seraient même plus souvent informés sur l'alimentation que les 16 ans, et ceux de 13 ans plus souvent informés sur le corps que les 16 ans.

### **Information reçue et facteurs associés**

L'ensemble des différences observées par rapport au sexe et à l'âge restent significatives même après ajustement sur les facteurs socio-économiques.

Au niveau des facteurs socio-économiques, on observe les associations suivantes :

- avec le nombre de revenus : les jeunes dont la famille bénéficie d'un seul revenu du travail sont moins informés sur le tabac (59,9 %) et sur le corps (58,0 %) que les jeunes dont la famille dispose de deux revenus du travail (respectivement 67,7 % et 63,2 %) ;
- avec la catégorie socioprofessionnelle du père : les jeunes dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée sont moins bien informés sur le tabac (62,1 %), la drogue (56,8 %) et le sida (51,8 %), ceux dont le père exerce une profession manuelle qualifiée sont également moins bien informés sur le tabac (63,2 %) et la drogue (60,4 %) et ceux dont le père est employé peu qualifié sont moins bien informés sur la drogue (57,1 %) que ceux dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (tabac : 75,0 % ; drogue : 69,6 % ; sida : 61,8 %) ;
- avec la filière scolaire : les jeunes de l'enseignement de transition sont moins bien informés sur l'alimentation (65,0 %) et la grossesse (46,5 %) que les jeunes de l'enseignement de qualification (alimentation : 68,7 % ; grossesse 54,5 %).

### **Information reçue et comportements**

Les jeunes concernés par des problèmes de surcharge pondérale, de tabagisme, d'ivresse ou de consommation de drogue sont davantage informés par rapport aux problèmes qui les concernent que les autres. L'analyse montre que ces différences sont statistiquement significatives. L'enquête ne permet cependant pas de dire si l'information a été transmise avant, après ou directement lors de l'apparition du problème.

La proportion de jeunes qui ont reçu de l'information sur l'alimentation est significativement plus élevée parmi les jeunes qui présentent une surcharge pondérale (surpoids ou obésité) (72,7 %) que parmi les jeunes de corpulence normale (67,5 %).

64,3 % des jeunes qui ont déjà été ivres ont reçu de l'information sur l'alcool alors qu'ils sont 44,0 % parmi ceux qui ne l'ont jamais été.

Les jeunes fumeurs sont proportionnellement plus nombreux (84,4 %) à avoir reçu de l'information sur le tabac que les non-fumeurs (61,3 %) et les jeunes de 13 et 16 ans ayant déjà consommé de la drogue (85,9 %) sont plus souvent informés sur la drogue que les autres (70,6 %).

## Evolution 1997-2004

**Tableau 2.9. Evolution des proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent avoir reçu de l'information par thème**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Alimentation	58,4	62,2	65,7	70,4
Affectif, sexualité	64,0	62,8	65,2	69,0
Tabac	57,0	69,8	63,5	76,1
Alcool	47,5	53,8	52,0	57,8
Drogue	58,2	65,3	66,5	70,5

Source : OSH, 1997-2004

Les jeunes de 10 ans n'avaient pas été interrogés au sujet de l'information relative à la santé en 1997. Les proportions de jeunes qui ont déclaré lors de l'enquête de 2004 avoir reçu de l'information sont plus élevées qu'en 1997 pour chacun des thèmes. Toutes les évolutions constatées sont significatives excepté pour l'information sur le tabac.

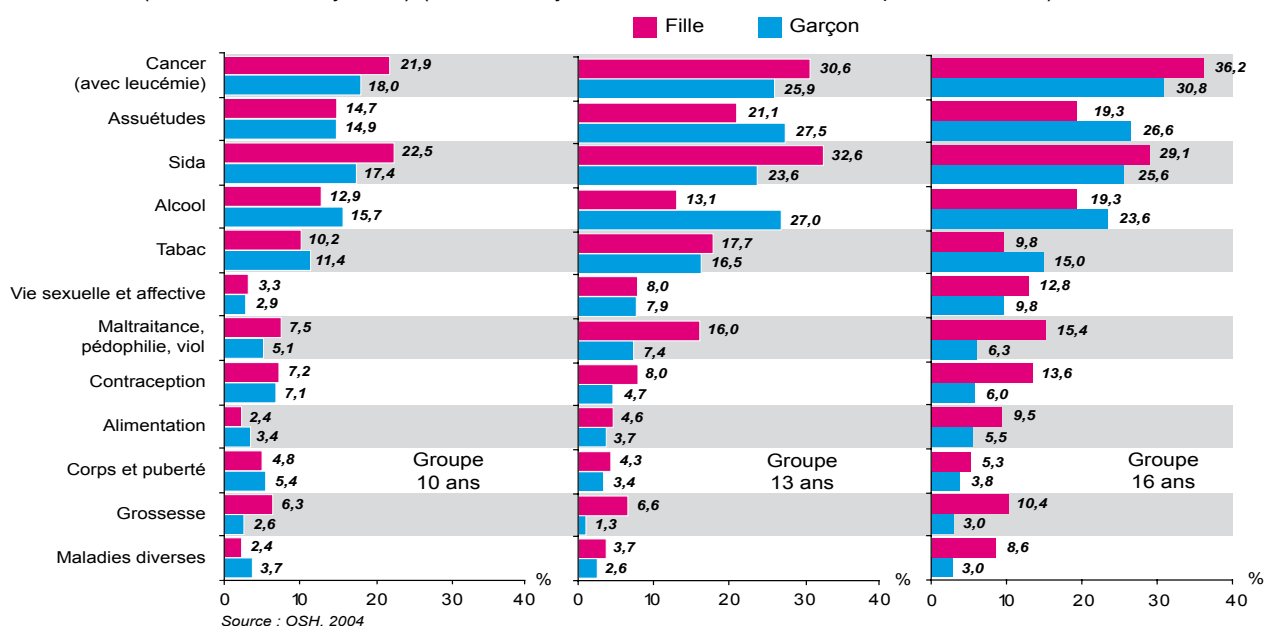
### 3.2. Les informations souhaitées

Via une question ouverte, le jeune pouvait citer des thèmes liés à la santé (maximum trois) sur lesquels il souhaitait recevoir de l'information, qu'il en ait déjà reçue ou non sur ce sujet. Le cancer, le sida, l'alcool, les assuétudes et le tabac sont les principaux thèmes évoqués par les jeunes.

Les jeunes de 10 ans souhaitent le plus recevoir de l'information sur le sida, le cancer et l'alcool. A 13 ans, les assuétudes s'ajoutent à cette liste. A 16 ans s'y ajoute la vie sexuelle et affective. Le tabac est cité à tous les âges par plus d'un jeune sur 10.

**Figure 2.20. Proportions de jeunes qui souhaitent obtenir de l'information par thème**

(% du nombre de jeunes) (Nombre de jeunes = 2159 - Nombre de réponses = 6441)





### On retiendra...

- **A 10 ans, les jeunes déclarent le plus souvent avoir reçu de l'information sur l'alimentation ; à 13 ans, sur le corps et la puberté ; à 16 ans sur le tabac.**
- **Les jeunes se déclarent plus informés en 2004 qu'en 1997.**
- **Les jeunes présentant une surcharge pondérale ou qui consomment de l'alcool, du tabac ou de la drogue sont plus souvent informés que les autres sur ces sujets.**
- **Les jeunes souhaitent recevoir plus d'information sur le cancer, le sida, le tabac, l'alcool et les autres assuétudes. A 16 ans, s'ajoute une demande d'information sur la vie sexuelle et affective.**

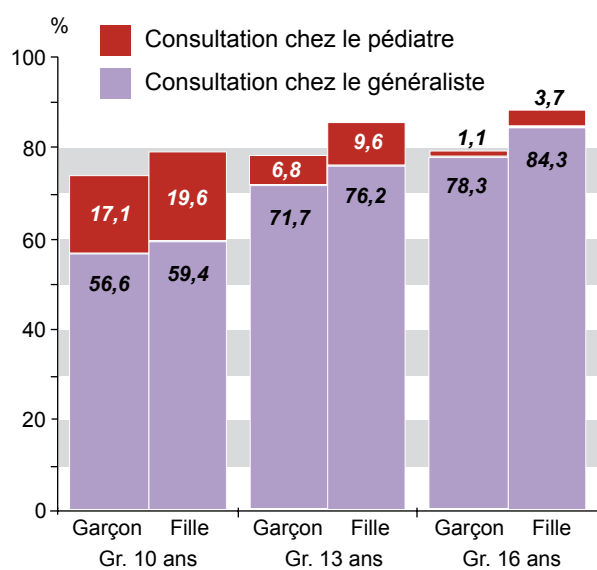
## 4. La consommation de soins

### 4.1. La consultation chez le généraliste et chez le pédiatre

Parmi les jeunes Hainuyers interrogés en 2004, 71 % ont consulté au moins une fois un médecin généraliste et 9,4 % un pédiatre au cours des 12 mois précédant l'enquête. Derrière ces chiffres globaux se cachent des réalités différentes par âge et par sexe. En effet, la proportion de jeunes qui consultent le généraliste augmente avec l'âge alors que simultanément, la proportion de jeunes qui consultent le pédiatre diminue, la visite chez le généraliste se substituant, en toute logique, à la visite chez le pédiatre quand l'âge augmente.

Les différences filles/garçons ne sont pas significatives.

**Figure 2.21. Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le médecin généraliste et/ou le pédiatre au cours des 12 mois précédant l'enquête** (N généraliste = 2135 ; N pédiatre = 2133)



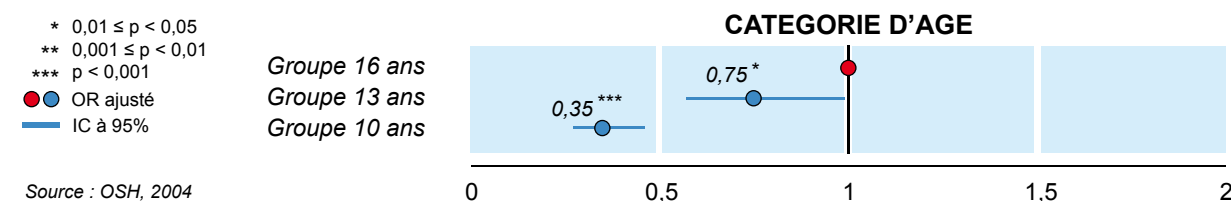
Source : OSH, 2004

## **Consultation chez le généraliste, chez le pédiatre et facteurs associés**

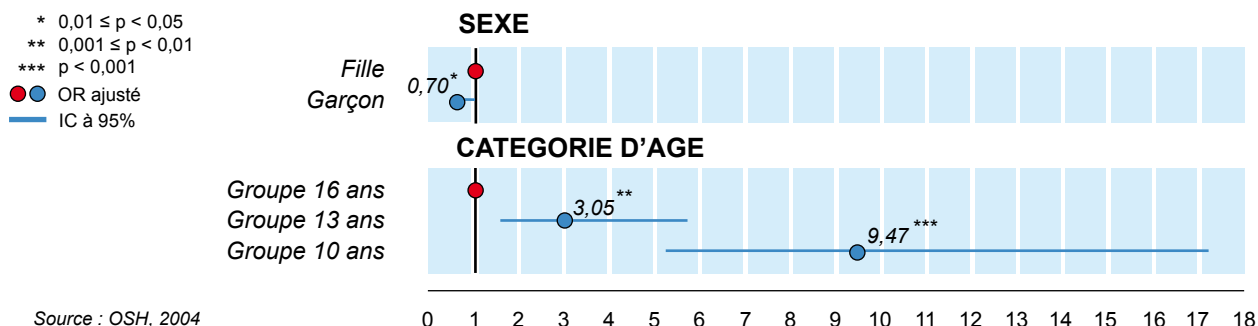
L'âge est associé au fait d'avoir consulté le généraliste au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Les jeunes de 16 ans sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes de 10 ans et de 13 ans à avoir consulté un généraliste. L'âge est également associé à la consultation chez le pédiatre. Les filles sont également proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir consulté un pédiatre au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Ni la consultation chez le généraliste, ni la consultation chez le pédiatre ne sont associées aux facteurs socio-économiques. Cela pourrait témoigner de la bonne accessibilité à ce premier niveau de soins.

**Figure 2.22. "Avoir consulté son médecin généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête" et facteurs associés (N = 1731)**



**Figure 2.23. "Avoir consulté son pédiatre au cours des 12 mois précédant l'enquête" et facteurs associés (N = 1695)**



### **Evolution 1997-2004**

La proportion de jeunes qui déclarent avoir consulté au moins une fois le médecin généraliste au cours de l'année qui a précédé l'enquête a augmenté de façon significative de 65 % en 1997 à 71 % en 2004. L'augmentation est constatée pour toutes les catégories d'âge et de sexe. Face à cette évolution, il convient de rester prudent dans son interprétation. En effet, une augmentation des consultations chez le généraliste ne signifie pas nécessairement plus de maladies chez les jeunes.

**Tableau 2.10. Evolution des proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le généraliste au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête**

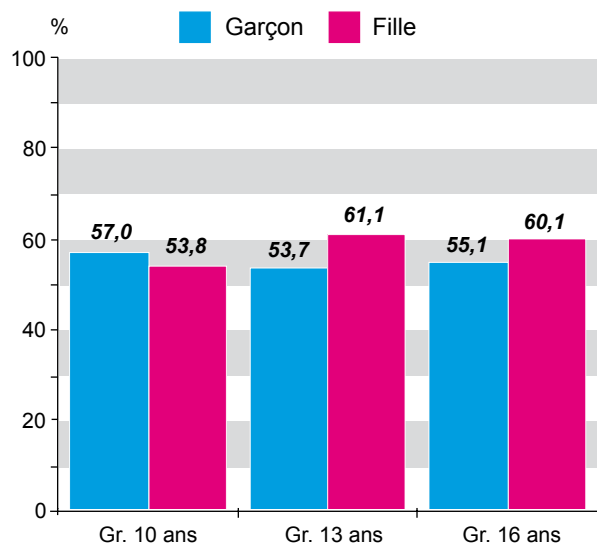
%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	49,1	56,6	56,0	59,4
Groupe 13 ans	64,3	71,7	67,7	76,2
Groupe 16 ans	75,5	78,3	76,6	84,3

Source : OSH, 1997-2004

## 4.2. La consultation chez le dentiste

57 % des jeunes Hainuyers interrogés en 2004 ont consulté au moins une fois le dentiste au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. La répartition de cette proportion est relativement équilibrée par sexe et par âge.

**Figure 2.24. Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête (N = 2133)**



Source : OSH, 2004

La fréquence observée est largement inférieure aux recommandations qui préconisent pour les jeunes deux visites préventives par an chez le dentiste, en dehors de tout problème dentaire. Depuis 2004, des actions sont menées en vue de promouvoir les soins dentaires préventifs : gratuité des soins dentaires pour les moins de 12 ans depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2005 et jusqu'à 18 ans depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009.

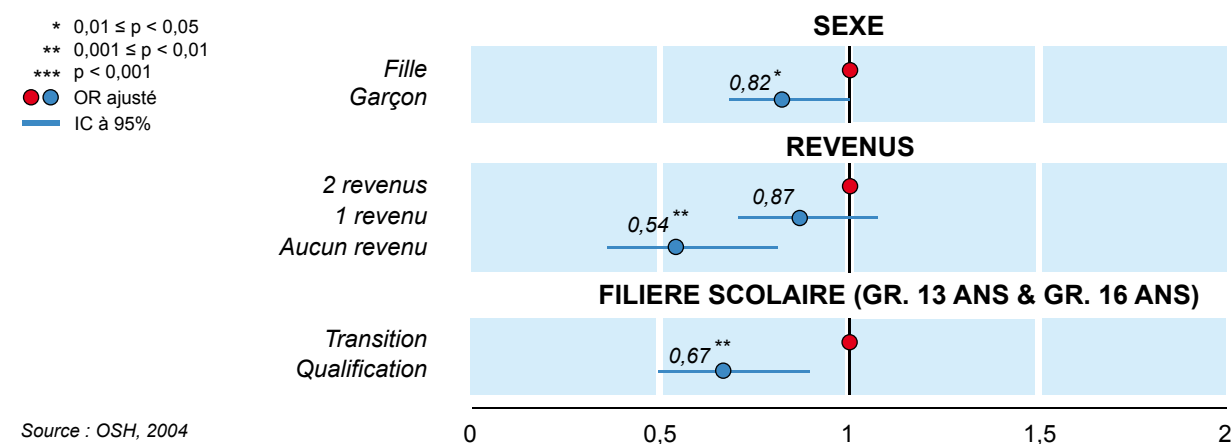
## **Consultation chez le dentiste et facteurs associés**

Après ajustement sur l'âge et les facteurs socio-économiques, la variation en fonction du genre subsiste : les garçons déclarent moins fréquemment avoir consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête (55,2 %) que les filles (58,4 %).

Au niveau des facteurs socio-économiques, les jeunes dont la famille ne dispose d'aucun revenu du travail consultent moins le dentiste (42,0 %) que ceux dont la famille dispose de deux revenus du travail (60,7 %).

Par ailleurs, la filière scolaire est également associée à la consultation chez le dentiste : 48,1 % des jeunes de l'enseignement de qualification ont déclaré avoir consulté le dentiste durant l'année précédant l'enquête contre 60,8 % des jeunes de l'enseignement de transition.

**Figure 2.25. "Avoir consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête" et facteurs associés (N = 1731)**



Source : OSH, 2004

## **Evolution 1997-2004-2006**

En 2005-2006, l'OSH a mené, en collaboration avec la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD) et le réseau CSSV, une enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut. Les résultats ont fait l'objet d'une publication (OSH, 2007). Ils confirment, précisent et complètent les indicateurs de base sur la santé bucco-dentaire des jeunes repris dans ce Carnet de bord de la santé des jeunes 2010.

**Tableau 2.11. Evolution des proportions de jeunes qui déclarent avoir consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête**

%	Garçon			Fille		
	1997	2004	2006	1997	2004	2006
Groupe 10 ans	56,9	57,0	55,6	64,4	53,8	64,9
Groupe 13 ans	*	53,7	54,9	*	61,1	64,5
Groupe 16 ans	*	55,1	55,9	*	60,1	60,8

\* question non posée  
 Source : OSH, 1997-2004-2006

Entre 1997 et 2006, les proportions de jeunes qui déclarent avoir consulté le dentiste au moins une fois durant l'année précédant l'enquête sont stables pour toutes les catégories d'âge et de sexe. On observe pour les filles de 10 ans une forte baisse entre 1997 et 2004, mais elle est compensée entre 2004 et 2006. L'effet de la gratuité des soins ne se marque pas encore sur la fréquence de consultation du dentiste en 2006.



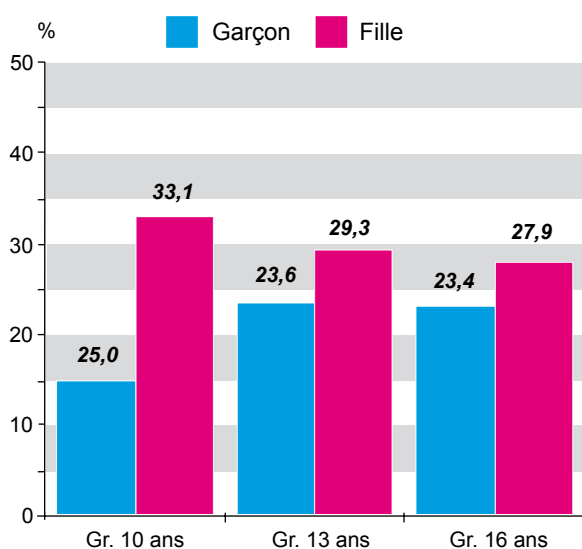
Sur base des résultats des Enquêtes Nationales de Santé (ENS) successives, on constate qu'en 1997, le nombre moyen annuel de contacts avec un dentiste est de 4,2 pour les jeunes Hainuyers âgés de 11 à 15 ans. Cette année-là, les contacts avec le dentiste sont plus fréquents pour les jeunes du Hainaut que pour les jeunes Wallons (3,4 contacts en moyenne annuelle), les jeunes Flamands (3,1) et les jeunes Bruxellois (3,4). En 2001, la tendance est inversée, les jeunes Hainuyers consultent moins le dentiste que les autres et cela se confirme en 2004. En effet, le nombre annuel moyen de consultations chez le dentiste est de 2,1 en 2001 et 1,2 en 2004 pour le Hainaut, de 2,4 et 1,3 en Région wallonne, de 3,2 et 2,6 dans la Région de Bruxelles-Capitale et enfin de 3,5 en 2001 et en 2004 en Région flamande.

### 4.3. La consultation chez le spécialiste

#### 4.3.1. La consultation chez l'ophtalmologue

En 2004, plus d'un jeune Hainuyer sur 4 déclare avoir consulté au moins une fois un ophtalmologue au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à avoir consulté un ophtalmologue. Par contre, les variations par rapport à l'âge ne sont pas significatives.

**Figure 2.26. Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois l'ophtalmologue au cours des 12 mois précédant l'enquête (N = 2105)**



Source : OSH, 2004

En 1997, les consultations chez l'ophtalmologue étaient moins fréquentes : 17,8 % des jeunes de 13 ans et 16 ans déclaraient en avoir consulté un.

#### **Consultation chez l'ophtalmologue et facteurs associés**

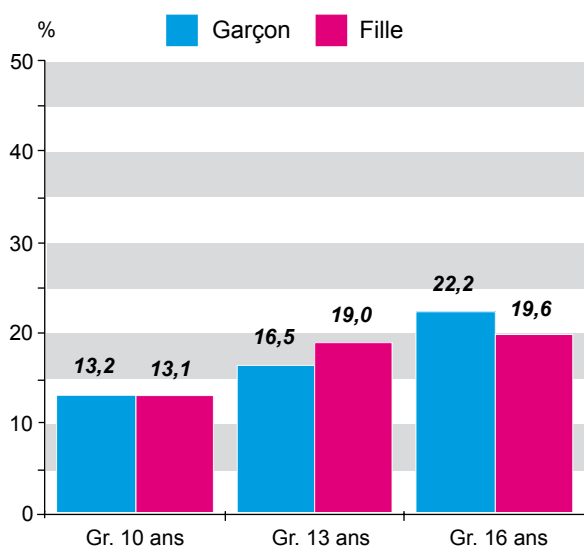
L'analyse multivariée confirme que la consultation chez l'ophtalmologue n'est pas associée à l'âge et ne révèle aucun lien significatif avec les facteurs socio-économiques étudiés (nombre de revenus du travail, catégorie socioprofessionnelle du père, type de famille, filière scolaire).

### 4.3.2. La consultation chez le dermatologue

Globalement, 17 % des jeunes Hainuyers interrogés ont consulté un dermatologue au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

La consultation chez le dermatologue croît de façon significative avec l'âge : 13 % parmi les 10 ans et plus de 20 % chez les jeunes de 16 ans ont consulté un dermatologue au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Les différences entre les filles et les garçons ne sont pas significatives.

▼ **Figure 2.27. Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le dermatologue au cours des 12 mois précédant l'enquête (N = 2109)**



Source : OSH, 2004

▼ La proportion de jeunes de 13 ans et 16 ans qui déclarent consulter un dermatologue est plus élevée en 2004 (19,4 %) qu'en 1997 (15,1 %).

### 4.3.3. La consultation chez le gynécologue

La consultation chez le gynécologue (N = 998) passe de 3,1 % pour les filles de 10 ans à 6,5 % pour les filles de 13 ans, et à 20,8 % pour les 16 ans.

## 4.4. La consommation de médicaments

Seuls les jeunes de 13 et 16 ans ont été interrogés sur leur consommation de médicaments au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête de 2004. Les fréquences déclarées ont été regroupées en deux catégories : jamais ou rarement et deux fois par mois ou plus (régulièrement).

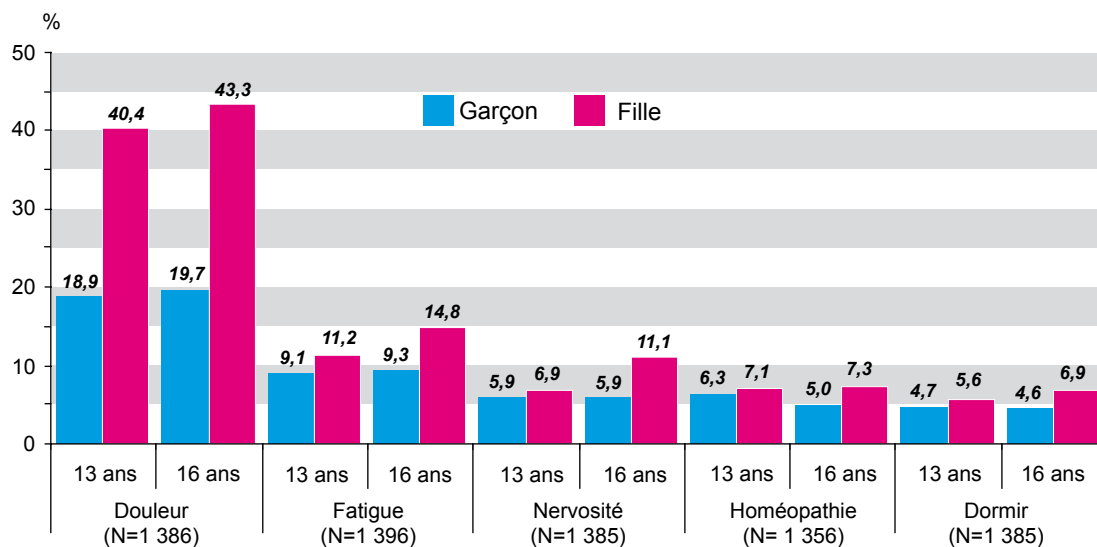
Cinq types de médicaments ont été considérés :

- (1) les médicaments contre la fatigue, pour être en forme ;
- (2) les médicaments pour mieux dormir ;
- (3) les médicaments contre la nervosité, l'angoisse, la déprime ;
- (4) les médicaments contre la douleur ;
- (5) les médicaments homéopathiques.

Parmi ces médicaments, les antidouleurs (31 %) sont de loin les plus régulièrement consommés dans la population des jeunes participant à l'étude, suivis des médicaments contre la fatigue, pour être en forme (12 %).

Plus de 4 filles sur 10 déclarent consommer régulièrement des médicaments contre la douleur. Cette proportion est deux fois plus élevée que celle observée pour l'ensemble des garçons. Quels que soient le groupe d'âge et le type de médicament, les filles consomment systématiquement plus de médicaments que leurs condisciples masculins.

**Figure 2.28. Proportions de jeunes qui consomment régulièrement des médicaments par type de médicament** (N Fatigue = 1396 ; Dormir = 1385 ; Nervosité = 1385 ; Douleur = 1386 ; Homéopathie = 1356)



Source : OSH, 2004

Il n'est pas possible de comparer les proportions obtenues dans notre enquête à celle d'autres enquêtes sur la santé des jeunes, étant donné que les questions et les réponses possibles diffèrent d'une enquête à l'autre. Néanmoins, pour l'ensemble de la Communauté française (CF), ce sont également les antidouleurs qui sont les plus consommés. La proportion varie de 22,0 % à 42,8 % pour les médicaments contre les maux d'estomac, les maux de ventre et les maux de tête. 8,7 % des jeunes déclarent avoir consommé des médicaments contre la fatigue au cours du moins précédant l'enquête HBSC de 2006, 8,3 % des médicaments pour mieux dormir et 8 % des médicaments contre la nervosité (Godin, 2008).

### **Consommation régulière de médicaments et facteurs associés**

L'analyse multivariable confirme que les filles déclarent plus souvent consommer régulièrement des médicaments contre la douleur, contre la fatigue et contre la nervosité que les garçons.

Les facteurs socio-économiques étudiés ne semblent pas être associés à la consommation d'antidouleur.

La consommation de médicaments contre la fatigue est associée à la catégorie socioprofessionnelle du père : 7,7 % des jeunes dont le père est ouvrier qualifié déclarent consommer régulièrement des médicaments contre la fatigue pour 15,2 % des jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale.

La consommation régulière de médicaments pour dormir et contre la nervosité est plus répandue parmi les jeunes vivant dans une famille recomposée (respectivement 9,8 % et 13,7 %) que parmi les jeunes vivant avec leurs deux parents (respectivement 4,0 % et 5,8 %).

### **Evolution 1997-2004**

Le classement des proportions observées est le même en 2004 qu'en 1997 : ce sont toujours les antidouleurs les plus consommés par les jeunes Hainuyers suivis des médicaments contre la fatigue.

**Tableau 2.12. Evolution des proportions de jeunes qui consomment régulièrement des médicaments par type de médicament**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Douleur	20,5	19,3	37,5	41,9
Fatigue	12,2	9,2	13,0	13,1
Nervosité	4,6	5,9	7,5	9,0
Homéopathie	6,0	5,6	7,7	7,2
Dormir	2,8	4,7	3,8	6,3

Source : OSH, 1997-2004

Parmi les évolutions observées, entre 1997 et 2004, seule l'augmentation de la consommation de médicaments pour dormir est significative d'un point de vue statistique.



### On retiendra...

- 7 jeunes sur 10 ont consulté au moins une fois le généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête ; 1 sur 10 le pédiatre.
- Entre 1997 et 2004, la proportion de jeunes ayant consulté le généraliste a augmenté de 65 % à 71 %.
- La consultation chez le généraliste ou le pédiatre n'est pas liée aux facteurs socio-économiques.
- La consultation chez le dentiste est inférieure aux recommandations de prévention : 4 jeunes sur 10 n'ont pas consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête.
- La consultation chez le dentiste est moins fréquente pour les jeunes issus de famille sans aucun revenu professionnel.
- Les antidouleurs sont les médicaments les plus consommés par les jeunes (31 %), surtout par les filles.
- De 1997 à 2004, la consommation de médicaments pour dormir augmente de 3 % à 5 % alors que la consommation d'autres types de médicaments reste stable.

## 5. Les données biométriques

L'enquête sur la santé des jeunes de 2003-2004 comporte un module de biométrie : mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la tension artérielle. Les différentes mesures ont été réalisées selon les protocoles standards décrits à l'annexe II "Protocole de mesure".

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui combine les mesures de poids et de taille permet d'évaluer la corpulence d'un individu. Le tour de taille donne une idée de la distribution de la masse grasse d'un individu.

### 5.1. La taille et le poids

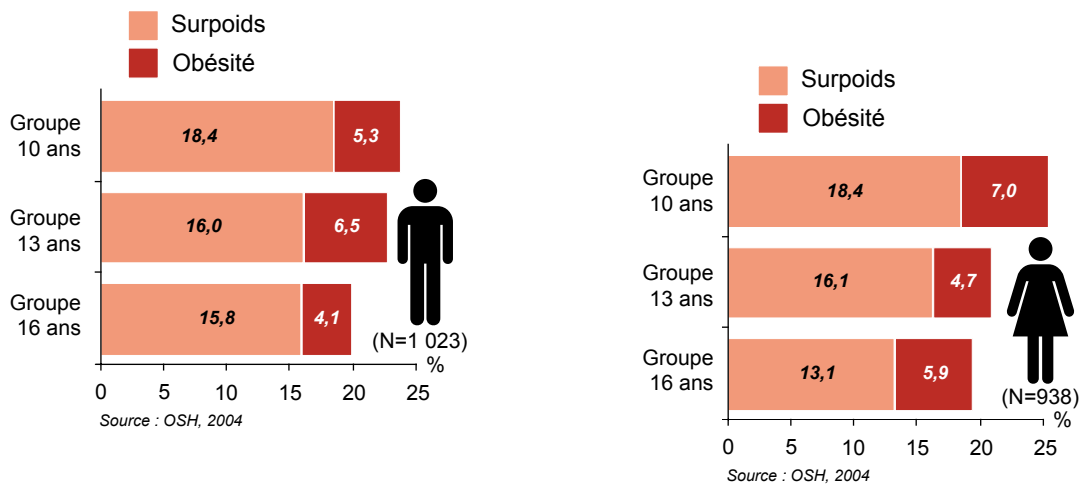
L'épidémie de surpoids et d'obésité observée depuis plusieurs décennies parmi la population, et en particulier parmi les enfants et les adolescents, n'est pas spécifique au Hainaut. Elle se développe à l'échelle mondiale et constitue une véritable préoccupation de santé publique (Broyles, 2010).

Le surpoids et a fortiori l'obésité de l'enfant et de l'adolescent augmentent le risque de maladies cardiovasculaires, de problèmes métaboliques, gastro-intestinaux, pulmonaires ou articulaires (Daniels, 2009 ; Morrison, 2008). Un enfant obèse présente un plus grand risque d'être en surpoids ou obèse à l'âge adulte qu'un enfant de corpulence normale (Freedman, 2005). Le risque augmente si l'obésité subsiste ou s'installe après l'âge de 6 ans et en particulier à l'adolescence (Inserm, 2000).

L'IMC ou indice de Quételet mesure la corpulence des individus. Il est calculé selon la formule suivante :  $IMC = P/T^2$  où P désigne le poids exprimé en kilogramme et T la taille en mètre. Sur base de la valeur de leur IMC, les jeunes ont été répartis en trois catégories : corpulence normale ou insuffisance pondérale, surpoids et obésité.

Les valeurs limites d'IMC varient en fonction de l'âge et du sexe. Le surpoids et l'obésité sont définis selon la grille de l'International Obesity Task Force (IOTF) (Cole, 2000).

**Figure 2.29. Proportions de jeunes en surcharge pondérale (surpoids et obésité) (N = 1961)**



Tant chez les filles que chez les garçons, en 2004, plus d'un jeune sur 5 est en surcharge pondérale. Plus précisément, 16,3 % des jeunes présentent un surpoids et 5,6 % une obésité. Les différences entre les filles et les garçons ne sont pas significatives, et on n'observe pas non plus de variation significative par rapport à l'âge.

## **Corpulence, satisfaction de son corps et souhait de maigrir**

Parmi les jeunes de corpulence normale, 30,0 % ne sont pas satisfaits de leur corps et 42,6 % souhaitent maigrir. Ce souhait de maigrir atteint 62,6 % chez les filles. Assez logiquement, 53,8 % des jeunes en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) ne sont pas satisfaits de leur corps et 90,7 % souhaitent maigrir.

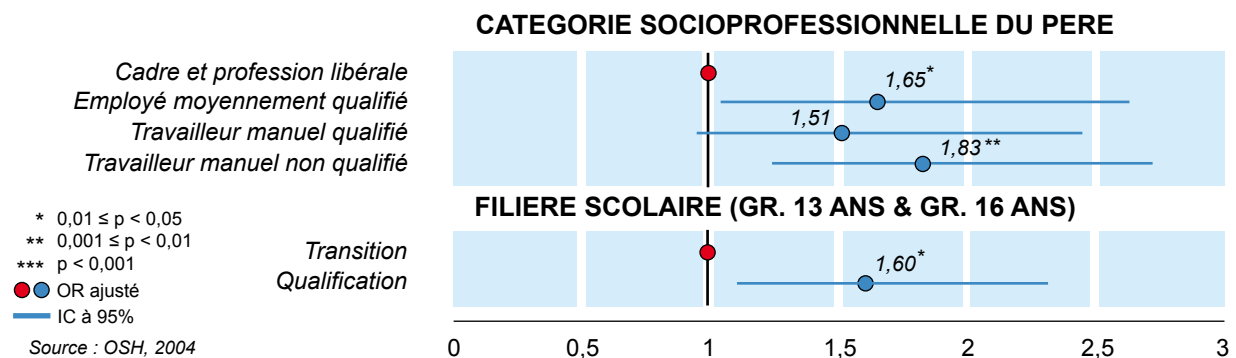
## **Corpulence et facteurs associés**

L'analyse statistique multivariée ne montre pas de différence significative dans la prévalence de la surcharge pondérale (surpoids ou obésité) en fonction du sexe ou de l'âge.

En termes de facteurs socio-économiques, le fait d'être en surcharge pondérale est lié à la catégorie socio-professionnelle du père. Les jeunes dont le père exerce une profession peu qualifiée ont plus tendance à être en surcharge pondérale (manuel non qualifié : 24,6 %; employé moyennement qualifié 22,0 %) que les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (14,6 %).

La surcharge pondérale est également associée à la filière scolaire : 24,7 % des jeunes de l'enseignement de qualification (technique ou professionnel) présentent une surcharge pondérale contre 19,0 % des jeunes de l'enseignement de transition (général ou technique). L'effet de la filière d'enseignement se retrouve au niveau de la Communauté française. (Godin, 2008).

**Figure 2.30. "Présenter une surcharge pondérale" et facteurs associés (N = 1587)**



Les variations des proportions observées pour la surcharge pondérale s'expliquent, en partie, par les variations des proportions observées pour l'obésité et donc il n'est pas étonnant de constater que les analyses réalisées sur l'obésité seule révèlent les mêmes liens avec les paramètres socio-économiques : plus d'obésité chez les jeunes dont le père est ouvrier non qualifié (7,0 %) et chez les jeunes dont le père est employé peu qualifié (5,9 %) que chez les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (2,1 %), et plus d'obésité chez les jeunes de l'enseignement de qualification (7,3 %) que chez les jeunes de l'enseignement de transition (4,5 %).

## **Evolution 1997-2004-2006-2009**

Entre 1997 et 2009, la proportion de jeunes en surcharge pondérale a augmenté pour l'ensemble des jeunes Hainuyers examinés (22,1 % en 1997 et 26,2 % en 2009). Cette augmentation concerne surtout les garçons de 13 et 16 ans. L'essentiel de l'augmentation se situe entre 1997 et 2006. Entre 2006 et 2009, on assiste à un certain tassement de cette progression.

Plus spécifiquement, l'obésité progresse chez les jeunes Hainuyers (5,4 % en 1997 et 7,9 % en 2009) essentiellement chez les garçons.

Les résultats montrent à quel point il convient de ne pas relâcher la pression dans la lutte contre la surcharge pondérale et contre l'obésité en particulier.

**Tableau 2.13. Evolution des proportions de jeunes en surcharge pondérale** (surpoids et obésité)

	%	Garçon				Fille			
		1997	2004	2006	2009	1997	2004	2006	2009
Groupe 10 ans	Surpoids	19,4	18,4	19,4	20,0	20,6	18,4	25,2	20,5
	Obésité	2,8	5,3	10,5	6,8	6,8	7,0	7,1	6,7
	<b>Surcharge pondérale</b>	<b>22,2</b>	<b>23,7</b>	<b>29,9</b>	<b>26,8</b>	<b>27,4</b>	<b>25,4</b>	<b>32,3</b>	<b>27,2</b>
Groupe 13 ans	Surpoids	15,6	16,0	22,4	17,8	15,3	16,1	18,4	17,3
	Obésité	5,4	6,5	7,1	9,1	7,7	4,7	6,0	8,6
	<b>Surcharge pondérale</b>	<b>21,0</b>	<b>22,5</b>	<b>29,5</b>	<b>26,9</b>	<b>23,0</b>	<b>20,8</b>	<b>24,4</b>	<b>25,9</b>
Groupe 16 ans	Surpoids	14,5	15,8	19,8	15,4	13,8	13,1	13,7	17,6
	Obésité	4,8	4,1	6,0	10,7	4,2	5,9	6,5	6,2
	<b>Surcharge pondérale</b>	<b>19,3</b>	<b>19,9</b>	<b>25,8</b>	<b>26,1</b>	<b>18,0</b>	<b>19,0</b>	<b>20,2</b>	<b>23,8</b>

Source : OSH, 1997-2004-2006-2009

La comparaison avec les résultats pour les jeunes du Département de l'Aisne ne montre pas de différence significative par rapport aux proportions calculées pour les jeunes du Hainaut (OR2S - OSH, 2007).

En France, selon l'Enquête Nationale Nutrition Santé (ENNS) de 2006, la surcharge pondérale (dont l'obésité) concerne 25,3 % (3,2 %) des garçons et 16,5 % (3,0 %) des filles de 11 à 14 ans et 16,7 % (3,8 %) des garçons et 16,5 % (4,7 %) des filles de 15 à 17 ans. (Castetbon, 2007).

Dans les enquêtes réalisées par l'OSH et les enquêtes citées ci-dessus, le poids et la taille de chaque jeune sont mesurés selon un protocole bien précis. Les résultats des autres enquêtes, présentées ci-après sont basés sur l'IMC calculé à partir du poids et de la taille déclarés par le jeune. Il y a un risque de sous-estimation du poids et de surestimation de la taille dans les données déclaratives. Il est donc hasardeux de comparer les fréquences du surpoids et de l'obésité par contre il est intéressant de regarder l'évolution des fréquences dans chaque étude.

En se référant aux déclarations des jeunes lors des enquêtes HBSC et sur base des courbes de croissance flamandes (Roelants, 2004), la surcharge pondérale reste stable, entre 2002 et 2006, pour l'ensemble des jeunes de 11 à 17 ans de la Communauté française : le surpoids touche 10 % des jeunes en 2002 et 9 % en 2006 et l'obésité touche 5 % des jeunes en 2002 et en 2006 (Godin, 2009). En Communauté flamande, en 2006, les proportions rapportées pour les jeunes de 15 ans qui présentent une surcharge pondérale sont de 11 % pour les garçons et 8 % pour les filles (Currie, 2008).



En Belgique, l'enquête nationale de santé par interview de 2008, sur base des déclarations des répondants, rapporte des proportions de surcharge pondérale (dont l'obésité) de 19,4 % (2,0 %) pour les jeunes de 10 à 14 ans et de 12,4 % (1,6 %) pour les jeunes de 15 à 17 ans (Van der Heyden, 2010). Ces proportions sont stables depuis 2001.

### **5.2. Le tour de taille**

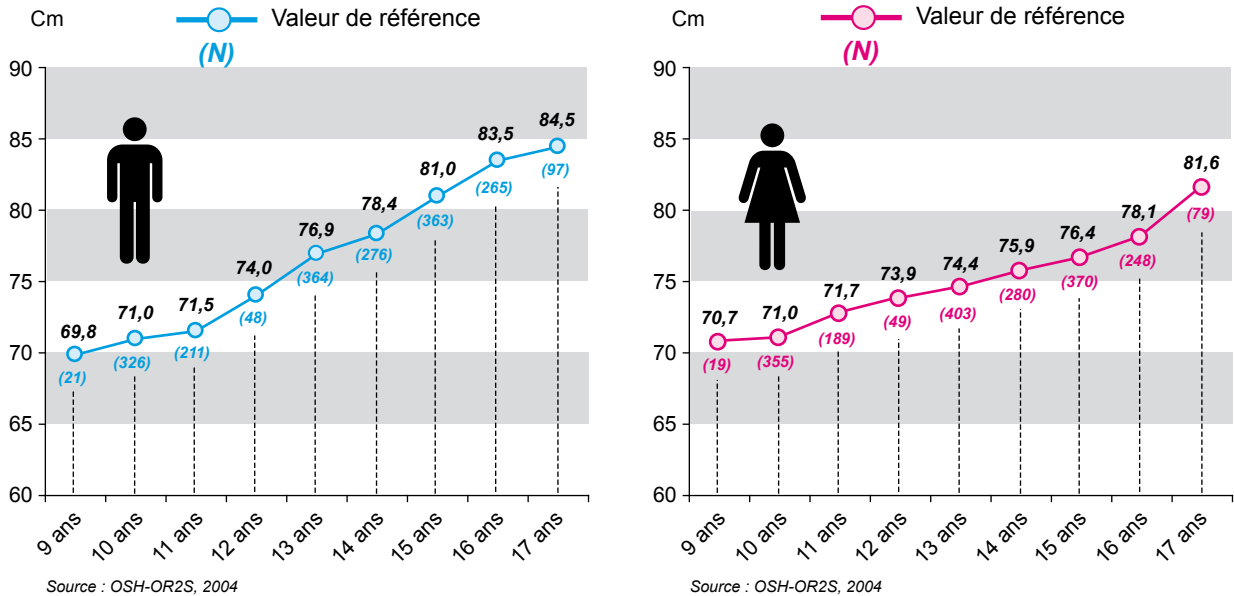
Idéalement, la masse grasse d'une personne est calculée à partir des mesures des plis cutanés (triceps, pli sous-scapulaire, pli supra-iliaque, pli abdominal et tiers supérieur de la cuisse) effectuées à l'aide d'une pince de Harpenden. Une étude menée par Taylor sur des enfants et des adolescents en Nouvelle Zélande (Taylor, 2000) a permis de montrer que dans cette population, le fait d'avoir un tour de taille supérieur à la valeur du percentile 80 calculé pour l'âge et le sexe était un bon prédicteur d'une accumulation de la graisse au niveau abdominal. Pour des raisons pratiques, la mesure du tour de taille, plus facile à réaliser, s'est substituée dans notre enquête à la mesure des plis cutanés.

S'il est généralement admis que l'accumulation de graisse viscérale chez l'adulte augmente le risque de développer des maladies cardiovasculaires (Scheen, 2004), il n'y a pas de consensus scientifique sur un risque accru suite à l'accumulation de graisse au niveau abdominal chez le jeune. Certains auteurs (Fredricks, 2005) considèrent néanmoins que, chez le jeune déjà, la mesure du tour de taille peut être un bon outil de surveillance dans les programmes de lutte contre les risques de maladie cardiovasculaire.

Les normes définies pour les adultes (seuils limites de 80 cm pour les femmes et 94 cm pour les hommes et seuils à ne pas dépasser de 88 cm pour les femmes et 102 cm pour les hommes (Jacobs, 2008)) ne conviennent pas pour les jeunes. Malheureusement, il n'existe pas à l'heure actuelle de courbes de référence pour le tour de taille. Des spécialistes se sont attelés pour définir de telles courbes pour les USA (Fernandez, 2004), les Pays-Bas (Fredriks, 2005), la Grande-Bretagne (McCarthy, 2001)... En l'absence de normes directement utilisables pour le Hainaut, nous avons calculé des valeurs de référence en nous basant sur la méthode utilisée par Taylor : le tour de taille de chaque jeune a été comparé à la valeur du percentile 80 (p80) calculé pour son âge et son sexe pour l'ensemble des jeunes interrogés dans l'enquête transfrontalière de 2003-2004 (Echantillon représentatif de 5013 jeunes de l'Aisne (France) et du Hainaut; le fait "d'avoir un tour de taille supérieur au p80" ne variant pas de façon significative entre les deux régions).

Les valeurs de référence du p80 sont présentées sur la figure 2.31. ci-dessous. Elles sont comparables à celles reprises dans l'article de Taylor (Taylor, 2000) et aux valeurs observées dans une autre enquête américaine (Fernandez, 2004).

**Figure 2.31. Valeurs de référence du tour de taille par sexe et par âge (cm)**



La définition du percentile 80 est que 20 % des observations sont supérieures à cette valeur et 80 % des observations sont inférieures. Par conséquent, en 2004, environ 20 % des jeunes ont un tour de taille supérieur à la valeur limite. Les valeurs obtenues lors de l'enquête 2004 peuvent servir de référence pour suivre l'évolution de ce paramètre dans le temps ou comparer des groupes de jeunes entre eux.

## Tour de taille et facteurs associés

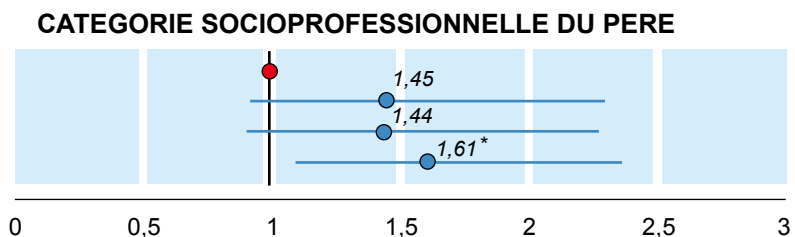
Le tour de taille est associé de façon significative uniquement à la catégorie socioprofessionnelle du père. Ainsi, 23,6 % des jeunes dont le père est ouvrier non qualifié présentent un tour de taille supérieur à la valeur de référence alors que cette proportion est de 15,7 % chez les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale.

**Figure 2.32. "Présenter un tour de taille supérieur à la valeur de référence" et facteurs associés**

(N = 1568)

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%

Cadre et profession libérale  
 Employé moyennement qualifié  
 Travailleur manuel qualifié  
 Travailleur manuel non qualifié



## **Evolution 2004-2009**

**Tableau 2.14. Evolution des proportions de jeunes qui présentent un tour de taille supérieur à la valeur de référence définie pour son sexe et son âge**

%	Garçon		Fille	
	2004	2009	2004	2009
Groupe 10 ans	21,3	39,7	22,5	31,0
Groupe 13 ans	24,4	32,2	20,2	30,8
Groupe 16 ans	18,6	28,1	22,0	28,8

Source : OSH, 2004-2009

En 2004, selon l'âge et le sexe, entre 18,6 % et 24,4 % des jeunes ont un tour de taille supérieur à la valeur de référence calculée pour leur âge et leur sexe. En comparant à ces mêmes valeurs de référence le tour de taille de chaque jeune enquêté en 2008-2009 dans les Centres Santé Scolaire Vigies (CSSV), on constate une forte évolution en quatre ans. En effet, en 2008-2009, un tiers des jeunes de 10 et 13 ans et plus d'un quart des jeunes de 16 ans présentent un tour de taille supérieur aux seuils de référence alors qu'ils étaient un sur 5 en 2004. L'évolution est significative pour l'ensemble des jeunes et pour toutes les catégories d'âge et de sexe excepté pour les filles de 16 ans.

### **5.3. La pression artérielle**

La pression artérielle (systolique et diastolique) a été mesurée sur chacun des jeunes avec un tensiomètre électronique (OMRON 705IT) en utilisant un brassard adapté au périmètre brachial. Pour chaque jeune, trois mesures ont été effectuées à une minute d'intervalle. La valeur traitée ici est la moyenne des deux dernières mesures effectuées.

La pression artérielle mesure la pression exercée par le sang sur les parois des artères. Elle correspond à deux mesures : celle de 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).

Une pression artérielle trop élevée n'entraîne généralement pas de symptôme immédiat mais, à terme, elle constitue un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire. Pour les adultes, la pression artérielle est réputée normale jusque 120 mm Hg pour la systolique et jusque 80 mm Hg pour la diastolique. On parle d'hypertension à partir de 140 mm Hg pour la systolique et de 90 mm Hg pour la diastolique. Pour les jeunes, des normes spécifiques doivent être utilisées.

La PAS et la PAD de chaque jeune ont, dès lors, été comparées à des percentiles de référence déterminés à partir d'une population multiethnique de jeunes américains par le National Institutes of Health (National Institutes of Health, 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 est limite si elle est comprise entre ces deux valeurs de référence.

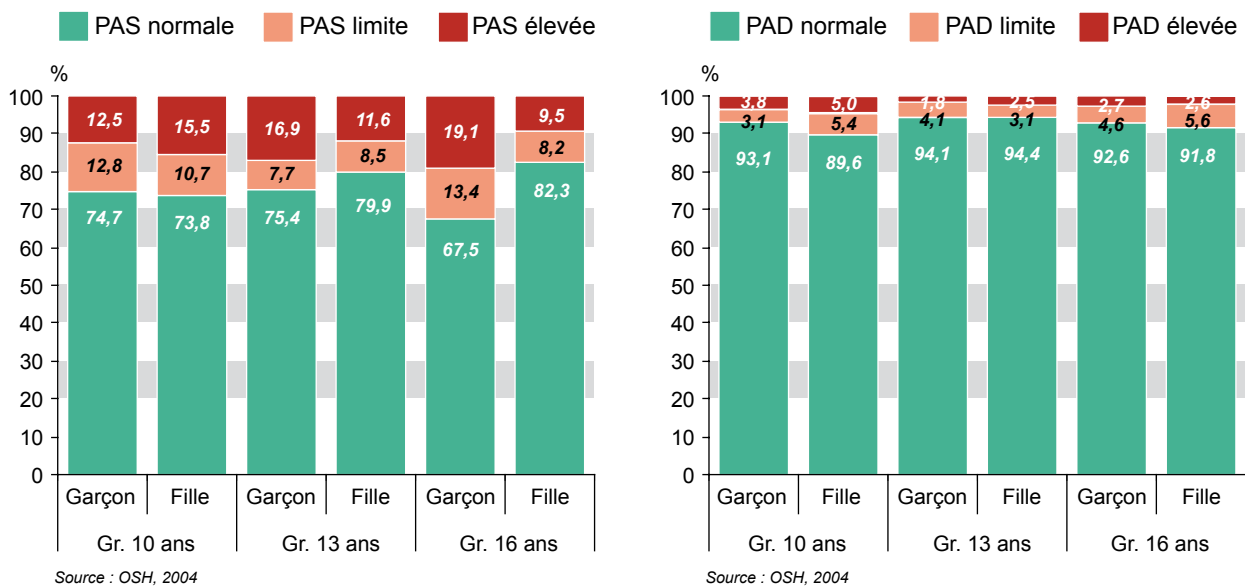
Avoir une pression artérielle élevée dans l'enfance ou l'adolescence augmente le risque d'avoir une pression artérielle élevée à l'âge adulte (Bao, 1996) avec pour résultante une morbidité cardiovasculaire et une mortalité accrues (Paradis, 2004).

Dans le Hainaut, 75 % des jeunes interrogés ont eu, lors de l'examen médical, une PAS dans les normes, 10 % des jeunes ont une PAS limite et 15 % une PAS élevée. Simultanément, 92,6 % des jeunes ont eu une PAD dans les normes, 4,3 % une PAD limite et 3,1 % une PAD élevée. Les valeurs observées pour la pression artérielle et les proportions de jeunes avec une PAS limite ou élevée sont comparables à celles obtenues<sup>(5)</sup> par Paradis (Paradis, 2004) lors d'une enquête sur la santé des jeunes Québécois réalisée en 1999 : à 9 ans, 12 % des garçons et 14 % des filles présenteraient une PAS limite ou trop élevée, à 13 ans ces proportions étaient respectivement de 22 % et 19 %, et à 16 ans, de 30 % et 17 %.

A 16 ans, les jeunes garçons ont plus fréquemment une PAS limite ou élevée (32,5 %) que les filles (17,7 %) alors que les différences entre les sexes ne sont pas significatives chez les jeunes de 10 et 13 ans. Ce résultat avait déjà été constaté dans d'autres études (Orchard, 1980 ; Maximova, 2010), les garçons ont une pression artérielle plus élevée que les filles à l'approche de l'âge adulte. On ne retrouve pas ce constat au niveau de la PAD.

Par ailleurs, la proportion de jeunes qui ont une PAS limite ou élevée diminue avec l'âge chez les filles alors qu'elle augmente chez les garçons. Aucune variation par rapport à l'âge n'est observée pour la PAD.

**Figure 2.33. Proportions de jeunes présentant une pression artérielle systolique/diastolique normale, limite ou élevée (N = 1965)**



5. Paradis a utilisé les mêmes références pour définir les PAS limite et élevée (National Institutes of Health, 1996).

## **Pression artérielle et facteurs associés**

L'analyse multivariée montre également l'association entre le sexe et le fait d'avoir une pression artérielle systolique limite ou élevée.

L'effet des facteurs socio-économiques n'est pas clair : d'une part, une PAS limite ou élevée est plus fréquente parmi les jeunes de l'enseignement de transition (25,1 %) que parmi ceux de l'enseignement de qualification (21,5 %) et d'autre part, une PAD limite ou élevée est plus fréquente parmi les jeunes dont le père est ouvrier non qualifié (8,1 %) que parmi les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (4,3 %).

## **Evolution 2004-2009**

Les données de 2004 et de 2009 sont comparables car les mesures de la pression artérielle ont été réalisées sur base du même protocole (voir Annexe 2 "Protocole de mesure") et avec les mêmes tensiomètres. Ce qui n'était pas le cas en 1997, où la pression artérielle avait été mesurée avec des tensiomètres à mercure.

**Tableau 2.15. Evolution des proportions de jeunes qui présentent une pression artérielle systolique/diastolique limite ou élevée**

%	Pression artérielle systolique				Pression artérielle diastolique			
	Garçon		Fille		Garçon		Fille	
	2004	2009	2004	2009	2004	2009	2004	2009
Groupe 10 ans	25,3	22,3	26,2	19,9	6,9	4,8	10,4	6,0
Groupe 13 ans	24,6	27,4	20,1	28,5	5,9	5,8	5,6	8,7
Groupe 16 ans	32,5	29,1	17,7	19,1	7,3	6,4	8,2	12,0

Source : OSH, 2004-2009

Bien qu'entre 2004 et 2009, on observe des variations entre les proportions de jeunes qui présentent une pression artérielle systolique/diastolique limite ou élevée, seule l'augmentation constatée pour les filles de 13 ans est significative. Globalement, on peut donc conclure que les proportions de jeunes qui présentent une pression artérielle limite ou élevée sont stables entre 2004 et 2009.

## **5.4. Les paramètres sanguins**

L'enquête menée en 2003-2004 comportait un prélèvement sanguin en vue d'analyser les lipides sanguins, la glycémie et l'insuline. Les prélèvements ont été faits à jeun (voir Chapitre I "Introduction et méthode") après consentement écrit des parents et accord du jeune. Les taux de réponses ont été respectivement de 69,0 %, 69,8 % et 66,9 % à 10, 13 et 16 ans. Les enfants ayant refusé le prélèvement ne présentent pas de caractéristiques sociales ou comportementales différentes des autres.

### **5.4.1. Les lipides sanguins**

Les analyses sanguines ont permis de déterminer le profil lipidique de chaque jeune : cholestérol total, HDL-cholestérol (High-Density Lipoprotein), triglycérides et LDL-cholestérol (Low-Density Lipoprotein) (calculé).

La moyenne et l'écart-type des mesures du cholestérol total sont donnés ci-dessous.

**Tableau 2.16. Moyenne et écart-type du taux de cholestérol total par âge et par sexe (mg/dl)**  
(N = 1502)

mg/dl	Garçon		Fille	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Groupe 10 ans	165,3	25,3	165,7	29,3
Groupe 13 ans	152,8	28,2	156,1	27,7
Groupe 16 ans	144,8	27,3	161,2	28,5

Source : OSH, 2004

Ensuite, chaque jeune a été catégorisé par rapport à chacun de ces paramètres en fonction de seuils de référence (cholestérol total, HDL-cholestérol, LDL-cholestérol : Williams, 2002; triglycérides : Expert Panel NCEP, 2002).

Le profil lipidique des jeunes varie en fonction du sexe, de l'âge mais également du stade pubertaire. Vu l'impossibilité de tenir compte du stade pubertaire, elles sont définies pour l'ensemble des jeunes de 2 à 18 ans (Daniels, 2008).

### **Cholestérol total**

Le taux de cholestérol total est considéré normal si sa valeur est inférieure à 170 mg/dl, limite si sa valeur est comprise entre 170 mg/dl et 200 mg/dl et élevé s'il est supérieur ou égal à 200 mg/dl.

### **HDL-cholestérol**

Le HDL-cholestérol (High-Density Lipoprotein – protecteur cardiovasculaire) est dans les normes si son taux est supérieur ou égal à 35 mg/dl et est bas si son taux est inférieur à 35 mg/dl.

### **Triglycérides**

Le taux de triglycérides est considéré normal s'il est inférieur à 150 mg/dl et, comme élevé, s'il est supérieur ou égal à 200 mg/dl, limite entre ces 2 valeurs.

### **LDL-cholestérol**

Le LDL-cholestérol (Low-Density Lipoprotein – augmente le risque cardiovasculaire) est calculé à partir de la formule de Friedewald (Friedewald, 1972) :

$$\text{LDL} = \text{cholestérol total} - \text{HDL} - (\text{triglycérides}/5)$$

Il est considéré comme étant dans les normes s'il est strictement inférieur à 110 mg/dl ; limite, s'il est compris entre 110 mg/dl et 130 mg/ ; et élevé, s'il est supérieur ou égal à 130 mg/dl.

Avoir un mauvais profil lipidique à l'âge adulte (concentration élevée de cholestérol total, de LDL-cholestérol, de triglycérides, faible concentration de HDL-cholestérol, rapport cholestérol total/HDL élevé) augmente le risque de maladies cardiovasculaires.

L'analyse d'une cohorte dans l'étude Bogalusa (Daniels, 2008) a montré que plus de 70 % des jeunes, présentant un taux de cholestérol élevé dès l'enfance et l'adolescence, continuaient à avoir des taux élevés à l'âge adulte et que le fait de présenter des taux de cholestérol élevés dès l'enfance et l'adolescence était associé à un risque plus élevé d'athérosclérose et de maladie cardiovasculaire à l'âge adulte. Il est donc crucial d'en apprécier la prévalence chez les jeunes.

Globalement, dans le Hainaut, 23 % des jeunes ayant accepté la prise de sang ont un taux de cholestérol total limite ( $\geq 170$  mg/dl) et 8 % un taux élevé ( $\geq 200$  mg/dl).

Conformément à ce qu'Orchard a observé (Orchard, 1980), les filles sont plus concernées que les garçons : en effet, à tout âge, les filles ont plus souvent un taux de cholestérol total limite ou élevé et des valeurs moyennes plus élevées que les garçons. A 13 et 16 ans, les différences par rapport au genre sont significatives. Il faut toutefois rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats. En effet, le taux de cholestérol est influencé par les variations hormonales liées à la puberté qui survient plus tôt chez la fille que le garçon.

Le taux de cholestérol varie aussi en fonction de l'âge et du stade pubertaire : il diminue à la puberté et augmente de nouveau ensuite. Ainsi, c'est bien à 10 ans que l'on observe la plus forte proportion de jeunes avec un taux de cholestérol total limite ou élevé. Le taux de cholestérol moyen calculé pour les 10 ans est même proche de 170 mg/dl (seuil limite).

On observe également que la proportion de filles de 16 ans ayant un taux de cholestérol total limite ou élevé est plus élevée qu'à 13 ans même si cette variation n'est pas significative alors que cette proportion continue de diminuer de façon significative pour les garçons. Il est possible que cela s'explique en partie par le fait que la puberté est plus tardive chez les garçons que chez les filles.

**Tableau 2.17. Proportions de jeunes ayant des paramètres lipidiques sanguins supérieurs aux valeurs recommandées (N = 1502)**

%		Garçon			Fille		
		10 ans	13 ans	16 ans	10 ans	13 ans	16 ans
<b>Cholestérol total</b>	<i>Limite</i>	30,1	18,5	10,5	33,5	22,9	27,8
	<i>Elevé</i>	10,0	5,9	5,1	10,9	6,7	9,0
<b>HDL</b>	<i>Bas</i>	0,0	1,5	1,1	0,4	0,4	0,9
<b>LDL</b>	<i>Limite</i>	10,0	7,4	5,8	10,9	5,9	7,6
	<i>Elevé</i>	5,9	3,7	2,9	4,6	3,6	4,5
<b>Triglycérides</b>	<i>Limite</i>	0,8	1,5	2,2	2,5	1,2	3,1
	<i>Elevé</i>	0,4	0,7	0,4	2,1	0,8	0,0

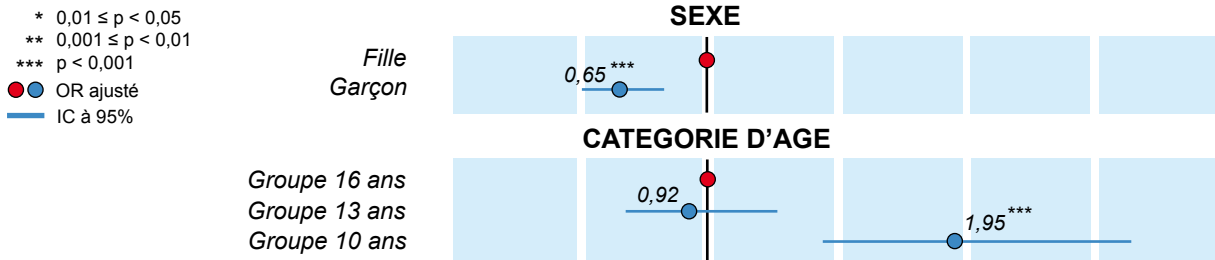
Source : OSH, 2004

99 % des jeunes ont des taux de HDL dans les normes. Par contre, 7,9 % des jeunes Hainuyers ont un taux de LDL-cholestérol limite et 4,1 % un taux élevé. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes pour le LDL. La proportion de jeunes ayant un taux de LDL supérieur à la normale suit la même évolution par rapport à l'âge que la proportion de jeunes ayant un taux de cholestérol supérieur à la normale. Le LDL est également fonction du stade pubertaire (Daniels, 2008). Globalement, 1,9 % des jeunes ont un taux de triglycérides limite et 0,7 % un taux élevé. Ces proportions ne varient pas de façon significative ni entre les sexes, ni entre les catégories d'âge.

## **Cholestérol total et facteurs associés**

Les résultats de l'analyse multivariée confirment que les filles ont plus fréquemment un taux de cholestérol total limite ou élevé (36,8 %) que les garçons (26,0 %) et que les jeunes de 10 ans ont plus souvent un taux de cholestérol limite ou élevé (42,3 %) que ceux de 16 ans (25,0 %). Ces variations sont à mettre en relation avec les modifications hormonales à la puberté.

**Figure 2.34. "Avoir un taux de cholestérol total supérieur à 170 mg/dl" et facteurs associés (N = 1213)**



Par contre, il n'y a pas de différence significative dans les proportions de jeunes qui présentent un taux de cholestérol total supérieur à la normale en fonction des facteurs socio-économiques étudiés : nombre de revenus, catégorie socioprofessionnelle du père, type de famille et filière scolaire.

## **Evolution 1997-2004**

**Tableau 2.18. Evolution des proportions de jeunes ayant un taux de cholestérol total supérieur à 170 mg/dl**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	57,5	40,1	61,2	44,4
Groupe 13 ans	45,5	24,4	59,3	29,6
Groupe 16 ans	35,4	15,6	55,0	36,8

Source : OSH, 1997-2004

Le tableau 2.18. compare les résultats obtenus en 1997 et en 2004. Il montre une diminution du pourcentage de jeunes ayant un taux de cholestérol supérieur à 170 mg/dl. La comparaison des méthodes de dosage laisse à penser qu'une diminution de 10 points maximum pourrait s'expliquer par le changement de méthode<sup>6</sup>. Pour les 10 ans, l'amélioration observée est probablement imputable au changement dans les méthodes de mesure.

6. Des échantillons de sang ont été conservés à la Biobanque de Picardie pour chaque prélèvement effectué en 1997 et en 2004. En 2007, 30 échantillons choisis au hasard sur les 1570 conservés ont été décongelés et analysés de nouveau par le laboratoire du CHU Tivoli de La Louvière selon les mêmes processus appliqués pour l'analyse des prélèvements sanguins de 2004. Les nouveaux taux de cholestérol total ainsi obtenus ont été reclassifiés par rapport aux seuils de référence. Trois prélèvements avaient changé de catégorie, soit 10 % de l'échantillon qui étaient classifiés de taux limite ou élevé en 1997 et de taux normal en 2004. Etant donné qu'il est probable qu'il y ait une diminution des paramètres sanguins suite aux opérations de congélation et décongélation, il est réaliste de supposer qu'au plus 10 % de l'échantillon ont changé de classification suite à l'amélioration des technologies entre 1997 et 2004. En retirant 10 points aux proportions de 1997, on garde malgré tout une amélioration significative du profil lipidique des jeunes.



Les tendances observées pour le LDL-cholestérol sont semblables à celles observées pour le cholestérol total. Elles sont également significatives pour l'ensemble des jeunes et pour chaque catégorie d'âge et de sexe.

En 1997, presque la totalité des jeunes avaient un taux de HDL supérieur ou égal à 35 mg/dl et plus de 95 % des taux de triglycérides inférieurs à 150 mg/dl. Cette situation est maintenue en 2004.

Dans l'enquête Bogalusa<sup>(7)</sup> (1973-1994) (Freedman, 1999), 9 % des jeunes de 11 à 17 ans avaient un taux de cholestérol total supérieur à 170 mg/dl, 8 % un taux de LDL supérieur à 130 mg/dl, 11 % un taux de HDL inférieur à 35 mg/dl, 8 % un taux de triglycéride supérieur à 130 mg/dl.

L'enquête de Gilles Paradis de 1997 au Québec (Institut de la statistique – Québec, 2002) rapporte des moyennes légèrement inférieures à celles observées en 2004 en Hainaut pour les garçons. Pour les filles, les valeurs sont similaires. Un cholestérol total limite ou élevé est moins fréquemment rapporté dans l'étude québécoise. Toutefois, un HDL bas et un LDL limite ou élevé y sont plus fréquents. Il semblerait donc qu'en 2004, les jeunes Hainuyers avaient plus fréquemment un cholestérol élevé que les jeunes Québécois de 1999, mais avec un rapport HDL/LDL apparemment plus favorable.

### **5.4.2. La glycémie et l'insuline**

Il existe deux types de diabète : le diabète est dit insulino-dépendant ou insulinoprive lorsque le pancréas ne produit plus assez ou plus du tout d'insuline. Ce diabète, aussi appelé diabète de type I, survient en général chez des sujets jeunes. Cela concerne une faible minorité de diabétiques adultes (environ 15 %). 85 % des diabétiques adultes ont un diabète non-insulino-dépendant, "gras" ou insulino-résistant, c'est-à-dire lié davantage à une résistance à l'insuline qu'à un manque de production. La fréquence de ce diabète, aussi appelé diabète de type II, augmente avec l'âge. La résistance à l'insuline se traduit par un déséquilibre de la glycémie et de l'insulinémie.

La glycémie a été mesurée dans les 3 groupes d'âge en 2004, mais l'insuline n'a été mesurée que chez les jeunes de 13 et 16 ans.

#### **5.4.2.1. La glycémie**



A l'heure actuelle, il n'existe pas dans la littérature de normes spécifiques pour les enfants et les adolescents permettant de classer un taux de glycémie comme normal, limite ou élevé. Ce sont les seuils définis pour les adultes qui sont utilisés : soit 110 mg/dl, seuil au-delà duquel le taux de glucose est considéré comme anormal et, 126 mg/dl, seuil au-delà duquel on pose un prédiagnostic de diabète (Daniels, 2008).

7. L'enquête Bogalusa a été réalisée de 1973 à 1994 auprès de 14 000 jeunes de la ville de Bogalusa (Etats-Unis). L'analyse de cohorte portait en particulier sur l'étude des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Parmi les jeunes pour lesquels la glycémie a été mesurée, 99 % avaient un taux de glucose inférieur à 110 mg/dl : seuls 9 garçons et 5 filles avaient un taux supérieur à 110 mg/dl.

Les percentiles du taux de glucose sont repris dans le tableau 2.19. Ils sont inférieurs aux percentiles observés par Allard dans une étude sur les jeunes Québécois réalisée en 1999 (Allard, 2003) mais sont supérieurs à ceux obtenus par Guillaume en 1996 pour des jeunes de la province du Luxembourg (Guillaume, 1996).

**Tableau 2.19. Moyenne et percentiles du taux de glycémie (mg/dl) (N = 1486)**

	mg/l	Moyenne	p5	p25	p50	p75	p95
	Groupe 10 ans	86	75	81	86	91	99
	Groupe 13 ans	88	76	83	87	91	101
	Groupe 16 ans	86	74	81	86	90	98
	Groupe 10 ans	86	74	81	86	90	98
	Groupe 13 ans	85	74	79	84	89	100
	Groupe 16 ans	82	71	78	82	87	95



Source : OSH, 2004

### 5.4.2.2. L'insuline

Tout comme pour la glycémie, on ne trouve pas pour les enfants ou les adolescents de normes permettant de classer un taux d'insuline comme normal, limite ou trop élevé. Ce sont toujours les percentiles observés qui sont repris dans la littérature. La distribution observée des taux d'insuline mesurés dans notre étude chez les jeunes de 13 et 16 ans<sup>(8)</sup> est présentée dans le tableau 2.20. Elle est proche de celle obtenue par Allard (Allard, 2001), excepté pour le percentile 95 plus élevé ici.

8. L'insuline n'a pas été mesurée chez les enfants de 10 ans.

**Tableau 2.20. Moyenne et percentiles du taux d'insuline (mU/l) (N = 960)**

	mU/l	Moyenne	p5	p25	p50	p75	p95
	Groupe 10 ans*	-	-	-	-	-	-
	Groupe 13 ans	7,8	2,8	4,5	6,2	9,2	18,7
	Groupe 16 ans	8,2	2,7	4,3	6,0	8,6	21,6
	Groupe 10 ans*	-	-	-	-	-	-
	Groupe 13 ans	9,6	3,5	5,6	7,3	10,6	24,4
	Groupe 16 ans	8,2	3,3	4,9	6,8	8,6	19,7

\* non mesuré  
Source : OSH, 2004

Les distributions observées par âge et par sexe sont asymétriques autour du percentile 50 avec une tendance à atteindre des valeurs élevées pour le percentile 95. A tout âge et pour chaque percentile, les concentrations d'insuline sont plus élevées pour les filles que pour les garçons (sauf pour le percentile 95 du groupe des 16 ans). Ici il faut voir dans ces différences les modifications hormonales liées à la puberté.

Les percentiles sont également plus élevés pour les 13 ans que pour les 16 ans, tant pour les filles que pour les garçons. Ces différences pourraient s'expliquer par les changements hormonaux survenant à la puberté qui modifieraient l'équilibre de l'insulinémie (Allard, 2001). Les filles auraient plus tendance que les garçons à développer une résistance transitoire à l'insuline au cours de la puberté.



### 5.4.2.3. La résistance à l'insuline

La résistance à l'insuline signe un risque accru de développer un diabète gras et est un précurseur majeur de l'athérosclérose responsable des maladies cardiovasculaires de l'adulte. Le lien entre la résistance à l'insuline chez l'enfant d'une part, et le diabète et les maladies cardiovasculaires de l'adulte d'autre part n'est pas encore bien établi. Mais il est indéniable que l'incidence du diabète gras, maladie autrefois réservée à l'adulte, augmente de façon alarmante chez les enfants et les adolescents, particulièrement chez les obèses (Williams, 2002). Il paraît dès lors opportun de suivre l'évolution du phénomène de résistance à l'insuline chez les jeunes comme un élément de suivi de l'épidémie d'obésité.

La résistance à l'insuline peut se mesurer via un examen spécifique, mais celui-ci n'est pas réalisable dans le cadre d'une enquête épidémiologique (Allard, 2003). Par contre, l'indice H<sub>O</sub>meostasis Model Assessment of Insuline Resistance (HOMA-IR) (Matthews, 1985 ; Allard, 2003 ; Tresaco, 2005) donne une bonne indication de la résistance à l'insuline. L'indice HOMA-IR est défini par le produit du taux de glucose (exprimé en mg/dl) et du taux d'insuline (exprimé en  $\mu$ U/ml) divisé par 405.

La distribution observée de HOMA-IR pour les jeunes de 13 et 16 ans est présentée dans le tableau 2.21. Les distributions par âge et par sexe sont comparables à celles observées par Allard lors d'une étude sur les jeunes Québécois (Allard, 2003) excepté pour le percentile 95 qui est plus élevé ici. Tout comme Allard, on observe également une variation par rapport à l'âge. Ces observations reflètent les variations similaires de l'insuline.

**Tableau 2.21. Moyenne et percentiles de l'indice HOMA-IR (N = 959)**

indice HOMA-IR		Moyenne	p5	p25	p50	p75	p95
	Groupe 10 ans*	-	-	-	-	-	-
	Groupe 13 ans	1,70	0,59	0,94	1,35	2,02	4,18
	Groupe 16 ans	1,81	0,54	0,88	1,30	1,88	4,73
	Groupe 10 ans*	-	-	-	-	-	-
	Groupe 13 ans	2,20	0,70	1,14	1,52	2,32	5,10
	Groupe 16 ans	1,68	0,64	0,99	1,38	1,79	4,21

\* non mesuré  
Source : OSH, 2004

Il n'y a pas de consensus sur une valeur seuil de HOMA-IR mais Tresaco (Tresaco, 2005) estime que, pour les enfants et les adolescents, un indice HOMA-IR supérieur à 3 signifie une résistance à l'insuline.

Sur base d'un seuil critique de 3, un jeune Hainuyer de 13 et 16 ans sur 10 qui ont eu un prélèvement sanguin présenterait une résistance à l'insuline et donc un risque élevé de développer un diabète de type II, maladie autrefois réservée à l'adulte. Cette proportion est ventilée par âge et par sexe dans le tableau 2.22. Cette proportion de 10 % environ est également celle obtenue par Lambert (Lambert, 2004) dans l'étude réalisée en 1999 sur des jeunes Québécois.

**Tableau 2.22. Proportions de jeunes ayant un indice HOMA-IR supérieur ou égal à 3 (N = 959)**

%	Garçon		Fille	
	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans
HOMA-IR ≥ 3	9,4	8,8	13,4	8,1

Source : OSH, 2004

## 5.5. Biométrie et surcharge pondérale

Le tableau 2.23. reprend les proportions de jeunes en surcharge pondérale ou non qui présentent les facteurs biologiques et une pression artérielle défavorables.

Sur base de l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois de 1999, Paradis avaient relevé qu'une augmentation du poids est associée à une augmentation des triglycérides, à une diminution du HDL-cholestérol, à une augmentation du LDL-cholestérol, une augmentation de la glycémie et surtout une augmentation de la pression artérielle systolique et de la pression artérielle diastolique (Institut de la statistique – Québec, 2002).

La surcharge pondérale est significativement liée à chacun de ces facteurs individuels. La comparaison avec les proportions présentées précédemment pour l'ensemble des jeunes interrogés, montre que les jeunes en surcharge pondérale ont plus fréquemment une PAS élevée, une PAD élevée, des taux de triglycérides et de LDL élevés, un taux de HDL trop bas et un indice HOMA-IR supérieur ou égal à 3.

**Tableau 2.23. Proportions de jeunes qui présentent chaque facteur de risque de maladie cardiovasculaire, en fonction de la corpulence**

Facteur de risque modifiable	Garçon			Fille		
	10 ans	13 ans	16 ans	10 ans	13 ans	16 ans
Triglycérides > 150 mg/dl						
Pas de surcharge pondérale	1,2	0,0	1,4	1,8	0,5	2,4
Surcharge pondérale	1,6	10,0	6,6	12,6	7,6	6,3
LDL > 130 mg/dl						
Pas de surcharge pondérale	2,8	2,4	1,4	4,0	2,6	4,2
Surcharge pondérale	13,1	8,3	8,2	6,3	7,5	6,3
HDL < 35 mg/dl						
Pas de surcharge pondérale	0,0	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0
Surcharge pondérale	0,0	1,7	3,3	1,6	0,0	4,2
PAS élevée						
Pas de surcharge pondérale	9,8	12,3	16,7	12,7	9,2	8,1
Surcharge pondérale	21,1	32,9	28,8	23,8	21,2	15,5
PAD élevée						
Pas de surcharge pondérale	3,7	1,5	2,0	3,4	2,0	2,0
Surcharge pondérale	3,9	2,6	5,5	10,0	4,5	5,2
Résistance insuline HOMA-IR ≥ 3						
Pas de surcharge pondérale	*	5,4	5,4	*	6,7	4,8
Surcharge pondérale	*	21,8	20,7	*	37,8	18,8

\* non mesuré chez les 10 ans  
Source : OSH, 2004

Cet exemple illustre à quel point les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont liés entre eux. Les interventions visant à améliorer les habitudes de vie peuvent influencer favorablement ces facteurs simultanément.

## 6. Le cumul des facteurs de risque

"Les maladies cardiovasculaires (MCV), à l'exception des cardiopathies congénitales et des accidents vasculaires cérébraux chez les nouveau-nés, sont habituellement considérées comme des maladies d'adultes plutôt que d'enfants ou d'adolescents. Or, les facteurs de risque modifiables des MCV ischémiques commencent à se manifester dès l'enfance et l'adolescence. Le processus d'athérosclérose, qui entraîne la cardiopathie ischémique et les accidents vasculaires cérébraux à l'âge adulte, débute également tôt et il est lié aux mêmes facteurs de risque que chez l'adulte" (Institut de la statistique – Québec, 2002).

Les facteurs de risque sont de nature biologique (mauvais profil lipidique, déséquilibre de la glycémie, résistance à l'insuline), biométrique (surcharge pondérale, tour de taille élevé, hypertension artérielle) ou comportementale (activité physique insuffisante, sédentarité, tabac, alcool, stress, alimentation déséquilibrée), génétiques (antécédents familiaux, maladies métaboliques...) mais également de nature socio-économique.

Les facteurs de risque se cumulent et se renforcent. Il est possible d'agir pour réduire les risques qui découlent des facteurs comportementaux et en retirer des bienfaits par rapport à la prévention des MCV, mais également par rapport à la prévention de la majeure partie des maladies chroniques et des cancers.

Plus généralement, en 2002, le rapport de l'OMS (OMS, 2002) sur la santé dans le monde montre que, dans les pays industrialisés, un petit nombre de facteurs de risque sont responsables de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité. Les plus grands risques sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, une faible consommation de fruits et légumes, la surcharge pondérale, la sédentarité et le tabagisme.

Paradis (Institut de la statistique – Québec, 2002) parle de "facteurs de risque modifiables de MCV" chez les jeunes. En se basant sur son approche, on construit un score de facteurs de risque modifiables de MCV qui, pour chaque jeune, comptabilise les facteurs de risque présentés par le jeune parmi les facteurs repris dans le tableau ci-dessous :

facteur de risque	critère
la consommation de tabac	<i>être fumeur quotidien ou occasionnel au moment de l'enquête</i>
l'inactivité physique	<i>pratiquer moins de deux fois par semaine de l'activité physique</i>
la surcharge pondérale et le tour de taille	<i>obésité ou (surpoids et tour de taille supérieur au percentile 95 (p95) de référence en fonction du sexe et de l'âge)</i>
LDL-cholestérol élevé	<i>&gt; 130 mg/dl</i>
HDL-cholestérol bas	<i>&lt; 35 mg/dl</i>
triglycérides élevés	<i>&gt; 150 mg/dl</i>
résistance à l'insuline ( <i>mesuré uniquement chez les jeunes de 13 et 16 ans</i> )	<i>indice HOMA-IR ≥ 3</i>
pression artérielle systolique (PAS) élevée	<i>&gt; au p95 de référence en fonction du sexe, de l'âge et de la taille</i>
pression artérielle diastolique (PAD) élevée	<i>&gt; au p95 de référence en fonction du sexe, de l'âge et de la taille</i>

Source : OSH

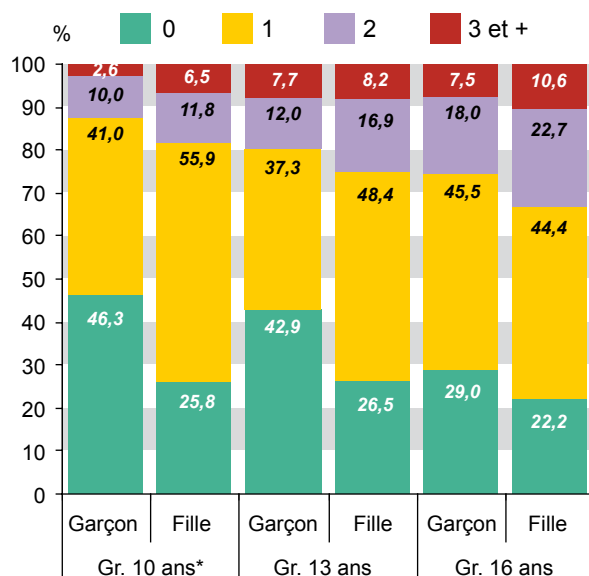
Le tableau 2.24. synthétise les proportions de jeunes qui présentent les différents facteurs de risque modifiables de MCV, chaque facteur étant traité individuellement. La figure 2.35. présente la répartition des jeunes selon le nombre de facteurs de risque qu'ils cumulent.

**Tableau 2.24. Fréquence de chaque facteur de risque modifiable**

%	Garçon			Fille		
	10 ans	13 ans	16 ans	10 ans	13 ans	16 ans
Obésité ou (surpoids et tour de taille > p95 de référence)	6,6	7,7	6,0	8,2	7,3	7,5
Pression Artérielle Systolique (PAS) > p95 de référence	12,5	16,9	19,1	15,5	11,6	9,5
Pression Artérielle Diastolique (PAD) > p95 de référence	3,8	1,8	2,7	5,0	2,5	2,6
Triglycérides > 150 mg/dl	1,2	2,2	2,6	4,6	2,0	3,1
LDL-cholestérol calculé > 130 mg/dl	5,9	3,7	2,9	4,6	3,6	4,5
HDL-cholestérol < 35 mg/dl	0,0	1,5	1,1	0,4	0,4	0,9
Fumeur	0,8	9,8	23,0	0,9	8,7	24,3
Activité physique : moins de 2 fois par semaine	39,3	33,3	40,3	57,6	60,4	65,3
Résistance à l'insuline (Homa-IR ≥ 3)	*	9,4	8,8	*	13,4	8,1

\* non mesuré chez les 10 ans  
Source : OSH, 2004

**Figure 2.35. Répartition des jeunes selon leur score de facteurs de risque modifiables** (% parmi les jeunes qui ont des données pour tous les risques ; avec résistance à l'insuline pour les 13 et 16 ans) (N = 1372)



\* Chez les 10 ans, le score ne tient pas compte de la résistance à l'insuline  
Source : OSH, 2004

Plus d'un jeune de 10 à 16 ans sur 5 présente deux facteurs de risque ou plus. Moins d'un sur 2 en présente un seul et plus d'un sur 3 n'en présente aucun.

A tout âge, les proportions de garçons qui ne présentent aucun facteur de risque de MCV sont plus élevées que les proportions de filles. Les filles présentent plus souvent que les garçons au moins 2 facteurs de risque modifiables.

Le cumul de facteurs de risque de MCV croît avec l'âge : à 10 ans, 12,6 % de garçons et 18,3 % de filles présentent au moins deux facteurs : à 16 ans, ces proportions sont passées respectivement à 25,5 % et 33,3 %. Le tabagisme et l'inactivité physique, deux facteurs de risque comportementaux, sont, avec la PAS pour les garçons, les principaux facteurs qui expliquent cette augmentation pour les deux sexes.

### **Cumul des facteurs de risque modifiables de MCV et facteurs associés**

Le fait de présenter au moins deux facteurs de risque modifiables de MCV n'est pas associé au sexe mais augmente avec l'âge. Au niveau des facteurs socio-économiques, le nombre de revenus et le type de famille sont associés à la présence de 2 facteurs de risque ou plus. Ainsi, 25,0 % des jeunes dont la famille ne bénéficie d'aucun revenu professionnel présentent au moins deux facteurs de risque modifiables de MCV contre 17,5 % des jeunes dont la famille bénéficie de deux revenus professionnels. 24,2 % des jeunes vivant avec un seul de leur parent présentent au moins deux facteurs de risque contre 18,0 % des jeunes vivant avec leurs deux parents.

Quand on tient compte de la résistance à l'insuline pour les jeunes de 13 et 16 ans et en restreignant l'analyse à ceux-ci, la filière scolaire est également associée au fait de présenter au moins deux facteurs de risque modifiables de MCV. 36,9 % des jeunes de l'enseignement de qualification présentent au moins 2 facteurs contre 21,1 % des jeunes de l'enseignement de transition.





### On retiendra...

- En 2004, 22 % des jeunes Hainuyers sont en surcharge pondérale (surpoids et obésité). En 2009, cette proportion passe à 26 %.
- De 1997 à 2009, la fréquence de l'obésité passe de 5 à 8 %.
- La surcharge pondérale et, en particulier, l'obésité sont plus fréquentes lorsque la profession du père est peu qualifiée ou lorsque le jeune suit un enseignement de qualification.
- Le pourcentage de jeunes ayant un tour de taille supérieur à la norme augmente entre 2004 et 2009.
- 25 % des jeunes Hainuyers ont une pression artérielle systolique supérieure aux normes. Cette fréquence est de 7 % pour la pression artérielle diastolique. Les proportions sont stables au cours du temps.
- En 2004, 31 % des jeunes ont un taux de cholestérol supérieur à 170 mg/dl. Cette fréquence était de 52 % en 1997.
- En cas de surcharge pondérale, le risque d'une pression artérielle élevée, de LDL cholestérol élevé et de résistance à l'insuline augmente.
- A 10 ans, 13 % des jeunes présentent au moins 2 facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires. Cette fréquence passe à 25 % à 16 ans. La présence d'au moins 2 facteurs de risque modifiables est associée aux facteurs socio-économiques.

### **7. Références**

Allard P, Lambert M, Levy E, Paradis G, Lavallée C, Delvin E. Distribution des concentrations d'insuline plasmatique dans un échantillon représentatif de la population pédiatrique québécoise. *Ann Biol Clin Qué* 2001 ; 39 (1) : 16.

Allard P, Delvin E, Paradis G, Hanley J, O'Loughlin J, Lavallée C, et al. Distribution of Fasting Plasma Insulin, Free Fatty Acids, and Glucose Concentrations and of Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance in a Representative Sample of Quebec Children and Adolescents. *Clinical Chemistry* 2003 ; 49 (4) : 644-649.

Bao W, Srinivasan S, Wattigney W, Berenson G. Usefulness of Childhood Low-Density Lipoprotein Cholesterol Level in Predicting Adult Dyslipidemia and Other Cardiovascular Risks - The Bogalusa Heart Study. *Arch Intern Med* 1996 ; 156 (june 25) : 1315-20.

Broyles S, Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, Chen W, Bouchard C, Freedman DS, et al. The pediatric obesity epidemic continues unabated in Bogalusa, Louisiana. *Pediatrics* 2010 May ; 125 : 900-905.

Castetbon K, Hercberg S, (Resp.), Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Etude nationale nutrition santé ENNS. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères au Programme national nutrition santé (PNNS). 2007.

Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ* 2000 ; 320 (7244) : 1240.

Consoli S, Bruckert E. Lieu de contrôle relatif à la santé et représentations du cholestérol. Résultats de l'enquête FRACTON. *L'Encéphale* 2004 ; 30 (4) : 331-341.

Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. 2008. Report N° : 2005/2006.

Daniels S, Greer F, Committee on Nutrition. Lipid Screening and Cardiovascular Health in Childhood. *Pediatrics* 2008 ; August 19 : 198-209.

Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. *Int J Obes. (Lond)* 33 (2009) : S60-S65.

De Bourdeaudhuij I, Bizek P. L'activité physique en Belgique. Document de consensus scientifique. Plan National Nutrition Santé, Axe 2b - Groupe de travail "Activité physique". 2007 : 1-23.

Expert Panel. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Proam (NCEP) Final Report. September 2002.

Expertise collective INSERM. Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. Approches épidémiologique et sociologique. Approche clinique. Approche biologique. Paris : INSERM 2000.

Fernandez J, Redden D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *The Journal of Pediatrics* 2004 ; Octobre : 439-444.

Fredriks M, van Buuren S, Fekkes M, Verloove-vanhorick P, Wit JM. Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice ? *European Journal of Pediatrics* 2005 ; 164 : 216-222.

Freedman D, Dietz W, Srinivasan S, Berenson G. The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents : The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 1999 Jun ; 103(6) : 1175-82.

Freedman D, Khan L, Serdula M, Dietz W, Srinivasan S, Berenson G. The Relation of Childhood BMI to Adult Adiposity : The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2005 ; 115 (1) : 22-7.

Friedewald W, Levy R, Fredrickson D. Estimation of the Concentration of Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Plasma, Without Use of the Preparative Ultracentrifuge. *Clinical Chemistry* 1972 ; 18 (6) : 499-502.

Godin I, Decant P, Moreau N, de Smet P, Boutsen M. La santé des jeunes en Communauté française. Résultats de l'enquête HBSC 2006. 2009. Report N° : Décembre 2008.

Guillaume M, Lapidus L, Beckers F, Lambert A, Björntorp P. Cardiovascular Risk Factors in Children from the Belgian Province of Luxembourg - The Belgian Luxembourg Child Study. *Am J Epidemiol* 1996 ; 144 (9) : 867-880.

Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep Duration from Infancy to Adolescence : Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics* 2003 ; 111 : 302-307.

Institut de la statistique - Québec (sous la direction de). Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 : Collection la santé et le bien-être. Sainte-Foy (Québec) : Les publications du Québec ; 2002.

Jacobs M. Prendre son tour de taille à coeur. *Le Généraliste* 22 mai 2008 ; 77 : 1.

Lambert M, Paradis G, O'Loughlin J, Delvin E, Hanley J, Levy E. Insulin resistance syndrome in a representative sample of children and adolescents from Quebec, Canada. *International Journal of Obesity* 2004 ; 28 : 833-841.

Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment : insulin resistance and B-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia* 1985 ; 28 : 412-419.

Maximova K, O'Loughlin J, Paradis G, Hanley JA, Lynch J. Changes in anthropometric characteristics and blood pressure during adolescence. *Epidemiology* 2010 May ; 21(3) : 324-31.

McCarthy HD, Jarrett KV, Crawley HF. Original Communication. The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0 - 16.9 y. *European Journal of Clinical Nutrition* 2001 ; 55 : 902-907.

Morrison JA, Friedman LA, Wang P, Glueck CJ. Metabolic syndrome in childhood predicts adult metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus 25 to 30 years later. *J Pediatr* 2008 Feb ; 152 (2) : 201-206.

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. US : National Institutes of Health, editor, 1996. Report N° : 96/3790 : 1-24.

Observatoire régional de la Santé et du Social de Picardie (OR2S), Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Regard Transfrontalier Santé des Jeunes. Edition 2007. Report N° : 2007 (6 chapitres).

OMS, (sous la direction de). Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : OMS ; 2002.

Orchard T, Rodgers M, Hedley A, Mitchell J. Changes in blood lipids and blood pressure during adolescence. *BMJ* 1980 ; 280 (1) : 1563-7.

Paradis G, Lambert M, O'Loughlin J, Lavallée C, Aubin J, Delvin E, et al. Blood Pressure and Adiposity in Children and Adolescents. *Circulation* 2004 ; 110 : 1832-1838.

Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L, et al. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire - Quoi de neuf depuis 1994 ? - Comportement et modes de vie des jeunes scolarisés et des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002. Bruxelles : ULB-Promes ; 2003.

Roelants M, Hauspie R. Courbes de croissance (groecurven). Bruxelles, VUB, Laboratorium voor Antropogenetica, 2004 (Consultation du site Internet : <http://www.vub.ac.be./groecurven>).

Scheen A, Kulbertus H. L'étude clinique du mois "INTERHEART" : La preuve par 9. Neuf facteurs de risque prédisent neuf infarctus du myocarde sur dix. *Rev Med Liege* 2004 ; 59 (11) : 676-9.

Taylor R, Jones I, Williams S, Goulding A. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 Y. *Am J Clin Nutr* 2000 ; 72 : 490-495.

Tresaco B, Bueno G, Pineda I, Moreno LA, Garagorri JM, Bueno M. Homeostatic model assessment (HOMA) index cut-off values to identify the metabolic syndrome in children. *Journal Physiol Biochem* 2005 ; 61 : 381-388.

Valatx JL, Patois E, Alperovitch A. Le sommeil des lycéens. 2009. Report N° : 21/04/09.

Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - Etat de santé – Module 7 : Etat nutritionnel. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2010. Rapport N° : 2010/005.

Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S, Bazzarre T. Cardiovascular Health in Childhood : A Statement for Health Professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2002 July 2 ; 106 : 143 - 160.



## Chapitre 3

# Les comportements de santé

---



### ● Introduction

Les comportements déterminent considérablement l'état de santé d'un individu. Ils se mettent en place progressivement au cours de la vie sous l'influence de l'environnement familial, des différents milieux de vie et de la société en général. Les comportements acquis pendant l'enfance et l'adolescence vont influencer la vie adulte.

Le questionnaire rempli par les élèves permet d'explorer leurs attitudes et leurs comportements en matière de santé. C'est une source d'information importante sur la manière dont les jeunes perçoivent leur comportement dans le domaine de l'alimentation, de l'activité physique, des loisirs, des assuétudes...

## **1. L'alimentation**

Depuis plusieurs décennies, le régime alimentaire évolue, d'une part, vers une plus grande consommation de sucre, de lipides, de sel, de plats à haute densité calorique et, d'autre part, vers une faible consommation de fruits, de légumes et de fibres.

Simultanément, la diminution de l'activité physique régulière engendre un déséquilibre énergétique responsable de l'épidémie d'obésité. Plus généralement, une alimentation déséquilibrée et une trop grande sédentarité comptent parmi les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, du diabète de type II, de certains cancers...

En 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) approuve une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (OMS, 2004) dans laquelle elle invite ses Etats-membres à développer un plan national pour améliorer les habitudes alimentaires et l'activité physique. En réponse à cette attente, la Belgique établit en avril 2006 son premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) (Groupe d'experts du PNNS-B, 2006).

Dans ce cadre, il est important de dresser un état des lieux des habitudes alimentaires (rythme des repas et aliments consommés) des jeunes. Cet état des lieux pourra aussi servir de base pour apprécier l'évolution des comportements alimentaires dans les années à venir.

### **1.1. Le rythme des repas**

La prise d'un petit déjeuner représente un élément important d'une alimentation équilibrée : il joue un rôle primordial dans la couverture des besoins énergétiques et nutritionnels après une nuit de jeûne et améliore la concentration et les performances à l'école (Eufic, 2006).

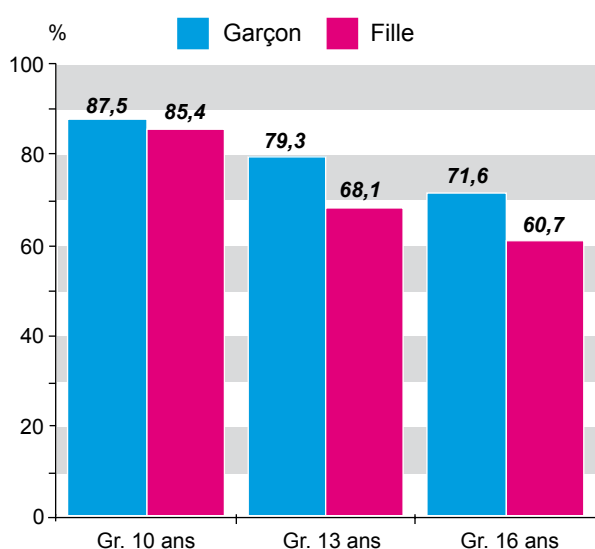
En moyenne durant la semaine de classe, 75 % des jeunes Hainuyers prennent habituellement un petit déjeuner, 68 % prennent un en-cas à 10 heures, 92 % un repas le midi (dîner ou pique-nique), 68 % un goûter et 97 % un repas le soir (souper). Pour le dîner et le souper, les proportions sont stables quels que soient l'âge et le sexe. Par contre, la prise d'un en-cas à 10 heures et à 16 heures (goûter) diminue avec l'âge tant chez les filles que chez les garçons.

Les proportions de jeunes qui consomment un petit déjeuner diminuent avec l'âge pour les deux sexes, mais plus chez les filles que chez les garçons. Il en découle que les jeunes filles de 13 et 16 ans déclarent significativement moins fréquemment prendre un petit déjeuner les jours d'école que les garçons du même âge.



**Figure 3.1. Proportions de jeunes qui prennent régulièrement un petit déjeuner les jours d'école**

(N = 2170)



Source : OSH, 2004

L'absence de petit déjeuner concerne 25 % des jeunes Hainuyers et cette proportion augmente avec l'âge. Elle ouvre la porte aux fringales et incite le jeune à consommer snacks et boissons souvent trop sucrés qu'il a soit apportés, soit achetés à l'école.

De plus, les jeunes qui ne consomment pas un petit déjeuner suffisant et équilibré auront beaucoup plus de mal à atteindre les recommandations journalières pour couvrir leurs besoins en nutriments (Nicklas, 1998). En l'absence d'un petit déjeuner suffisant, le cerveau ne dispose pas des ressources permettant au jeune de se concentrer en classe (Pollitt, 1998).

Il est donc important de promouvoir la consommation d'un petit déjeuner et de collations équilibrés auprès des jeunes.



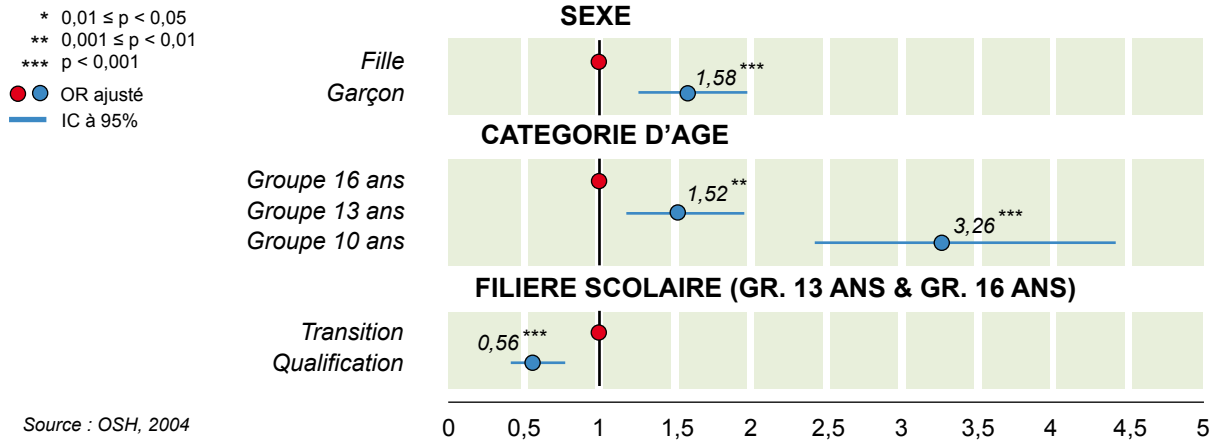
## Petit déjeuner et facteurs associés

Après ajustement sur les facteurs socio-économiques, les analyses montrent toujours que la prise régulière d'un petit déjeuner les jours d'école diminue significativement avec l'âge et que les filles déclarent moins fréquemment consommer un petit déjeuner les jours d'école que les garçons.

Ces variations par rapport à l'âge et au sexe sont semblables à ce qui est relevé dans d'autres études en Communauté française (Piette, 2003), en France (Godeau, 2008) et en Suisse (Delgrande Jordan, 2009).

**Figure 3.2. "Prendre habituellement un petit déjeuner les jours d'école" et facteurs associés**

(N = 1757)



La filière scolaire est également associée à la prise quotidienne d'un petit déjeuner les jours d'école : 60,9 % des jeunes de l'enseignement de qualification en consomment contre 74,0 % des jeunes qui suivent un enseignement de transition.

Les autres facteurs socio-économiques (nombre de revenus du travail, catégorie socioprofessionnelle du père et type de famille) ne semblent pas être associés à la prise quotidienne d'un petit déjeuner les jours d'école.

Dans notre étude, nous ne trouvons pas de lien entre prise régulière d'un petit déjeuner et surcharge pondérale (surpoids ou obésité).

## Evolution 1997-2004-2006

Entre 1997 et 2006, on observe une diminution significative de la proportion globale de jeunes Hainuyers qui consomment un petit déjeuner les jours d'école. L'évolution est significative pour les garçons et les filles de 16 ans mais pas pour les autres catégories d'âge et de sexe.



**Tableau 3.1. Evolution des proportions de jeunes qui prennent régulièrement un petit déjeuner les jours d'école**

%	Garçon			Fille		
	1997	2004	2006	1997	2004	2006
Groupe 10 ans	85,0	87,5	82,2	82,2	85,4	81,1
Groupe 13 ans	76,7	79,3	79,5	72,3	68,1	67,8
Groupe 16 ans	75,6	71,6	67,3	71,6	60,7	67,0

Source : OSH, 1997-2004-2006

Les proportions de jeunes Hainuyers (77,2 % en 1997, 75,6 % en 2004, 73,3 % en 2006) qui déclarent prendre un petit déjeuner les jours de classe sont supérieures aux proportions observées aux mêmes périodes pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française. En effet, en Communauté française, 57,3 % des filles et 63,4 % des garçons déclaraient en 2002 prendre quotidiennement un petit déjeuner les jours d'école (Piette, 2003). En 2006, cette proportion est de 62,7 % pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française (Godin, 2008).

## 1.2. Les aliments

Les recommandations du plan opérationnel du PNNS sont traduites en termes de fréquence et de quantité journalière à consommer les différentes catégories d'aliments. Ainsi, il est préconisé de consommer :

- 1,5 litre d'eau par jour, soit 6 à 8 verres ;
- des féculents à chaque repas en diversifiant sa consommation et en privilégiant les céréales complètes ;
- 400 grammes de fruits et légumes par jour, soit 3 portions de légumes et 2 portions de fruits ;
- 100 grammes de produits riches en protéines (viande, volaille, œuf, poisson) par jour dont du poisson une à deux fois par semaine ;
- 2 ou 3 rations de produits laitiers par jour pour les enfants et les adolescents ;
- 25 à 60 grammes de matière grasse par jour, en variant son origine et en privilégiant les matières grasses d'origine végétale ;
- maximum une à deux fois par semaine un snack sucré et maximum une à deux fois par semaine un snack salé.

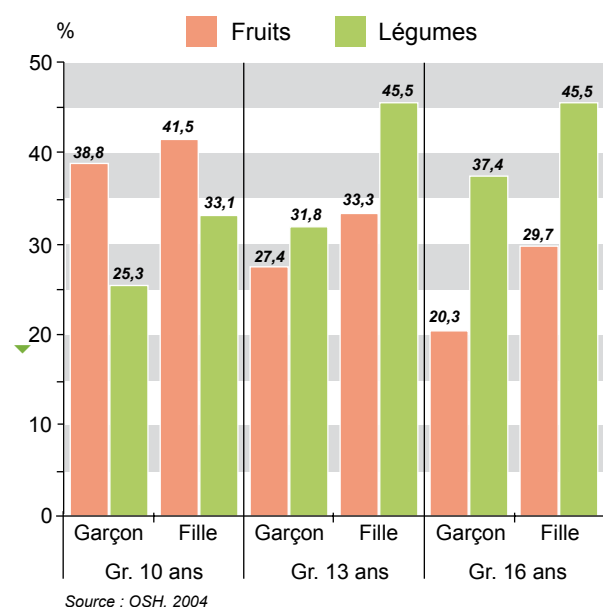
Dans l'étude menée auprès des jeunes, nous disposons uniquement de la fréquence déclarée de consommation : journalière, entre deux à cinq fois par semaine, une fois par semaine ou moins. Dans ce type de questionnaire auto-administré, il ne nous est pas possible de récolter de manière fiable les quantités consommées. Nous avons regardé les habitudes de consommation des jeunes par rapport aux produits suivants : les fruits et légumes, les produits laitiers, la viande, le poisson, les frites, les friandises, les chips, les biscuits apéritifs, l'eau et les limonades.

## 1.2.1. Les fruits et légumes

Pour suivre les recommandations, les jeunes devraient consommer des fruits et des légumes plusieurs fois par jour.

En moyenne, seulement un jeune Hainuyer sur 3 déclare manger des fruits frais au moins une fois par jour. Les deux autres tiers ont une consommation plus faible, nettement en dessous des recommandations. Ces résultats globaux cachent des réalités différentes en fonction de l'âge et du sexe. La consommation de fruits frais diminue avec l'âge chez les filles et les garçons. Par ailleurs, les filles de 16 ans consomment plus régulièrement des fruits que les garçons du même âge. Les mêmes proportions et les mêmes tendances ont été observées en 2002 pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française (Piette, 2003).

**Figure 3.3. Proportions de jeunes qui consomment au moins une fois par jour des fruits frais et des légumes (N = 2165)**



Globalement, seulement 36,4 % des jeunes déclarent consommer quotidiennement des légumes. A tout âge, les filles consomment plus régulièrement des légumes que les garçons bien que cette différence ne soit significative que pour les jeunes de 13 ans.

Contrairement aux tendances observées dans la consommation de fruits frais, la consommation régulière de légumes augmente avec l'âge. La proportion de jeunes, filles et garçons, qui consomment quotidiennement des légumes passe de 29,1 % à 10 ans à 41,1 % à 16 ans. Cette tendance n'a pas été relevée en 2002 pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française (Piette, 2003).

Globalement, ces résultats sont similaires à ceux de l'Enquête de consommation alimentaire belge de 2004 (Debacker, 2007) qui rapporte que seul un tiers des jeunes de 15 à 18 ans déclare manger des fruits au moins une fois par jour.

Comme pour la consommation de fruits, les résultats de cette enquête pour la consommation de légumes sont semblables aux proportions observées en Hainaut : un jeune Belge de 15 à 18 ans sur 3 déclare consommer quotidiennement des légumes (Debacker, 2007).

## Relation entre la consommation de fruits et celle de légumes

Tant chez les filles que chez les garçons, il existe un lien significatif entre la consommation quotidienne de fruits et celle de légumes. En effet, les jeunes qui consomment au moins une fois par jour un fruit ont également plus tendance à consommer régulièrement des légumes ; l'inverse étant également vrai, c'est-à-dire qu'une moindre consommation de fruits s'accompagne d'une moindre consommation de légumes.



**Tableau 3.2. Répartition des jeunes en fonction de leur consommation quotidienne de fruits et de légumes (N = 2165)**

		LÉGUMES	
		Au moins une fois par jour	Moins d'une fois par jour
FRUITS	Au moins une fois par jour	15,6 %	15,8 %
	Moins d'une fois par jour	20,8 %	47,8 %

Source : OSH, 2004



L'analyse simultanée des fréquences de consommation de fruits frais et de légumes montre que 15,6 % des jeunes Hainuyers mangent quotidiennement des fruits frais et des légumes et que 47,8 % ne consomment pas de fruits frais ni de légumes au moins une fois par jour. Cette proportion est inférieure à celle observée en France en 2006 où 33,7 % des jeunes déclaraient ne consommer ni fruits ni légumes au moins une fois par jour (Godeau, 2008).

## Consommation de fruits et facteurs associés

L'analyse multivariée confirme que la consommation quotidienne de fruits frais diminue avec l'âge et que les filles déclarent plus fréquemment consommer des fruits frais quotidiennement que les garçons.

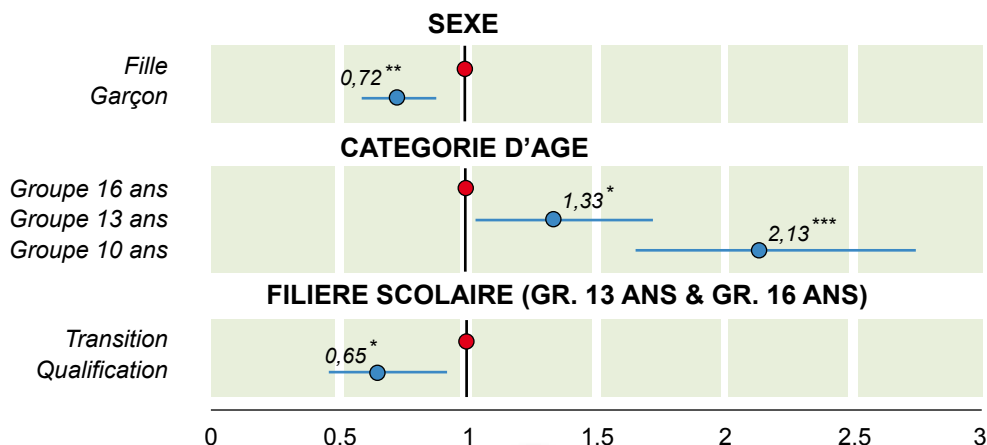
Les jeunes de l'enseignement de transition déclarent plus fréquemment consommer quotidiennement des fruits (30,2 %) que les jeunes de l'enseignement de qualification (20,3 %).

Les autres facteurs socio-économiques (nombre de revenus professionnels, catégorie socioprofessionnelle du père et type de famille) ne semblent pas associés à la consommation quotidienne de fruits.



**Figure 3.4. Consommation quotidienne de fruits et facteurs associés (N = 1758)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



Source : OSH, 2004

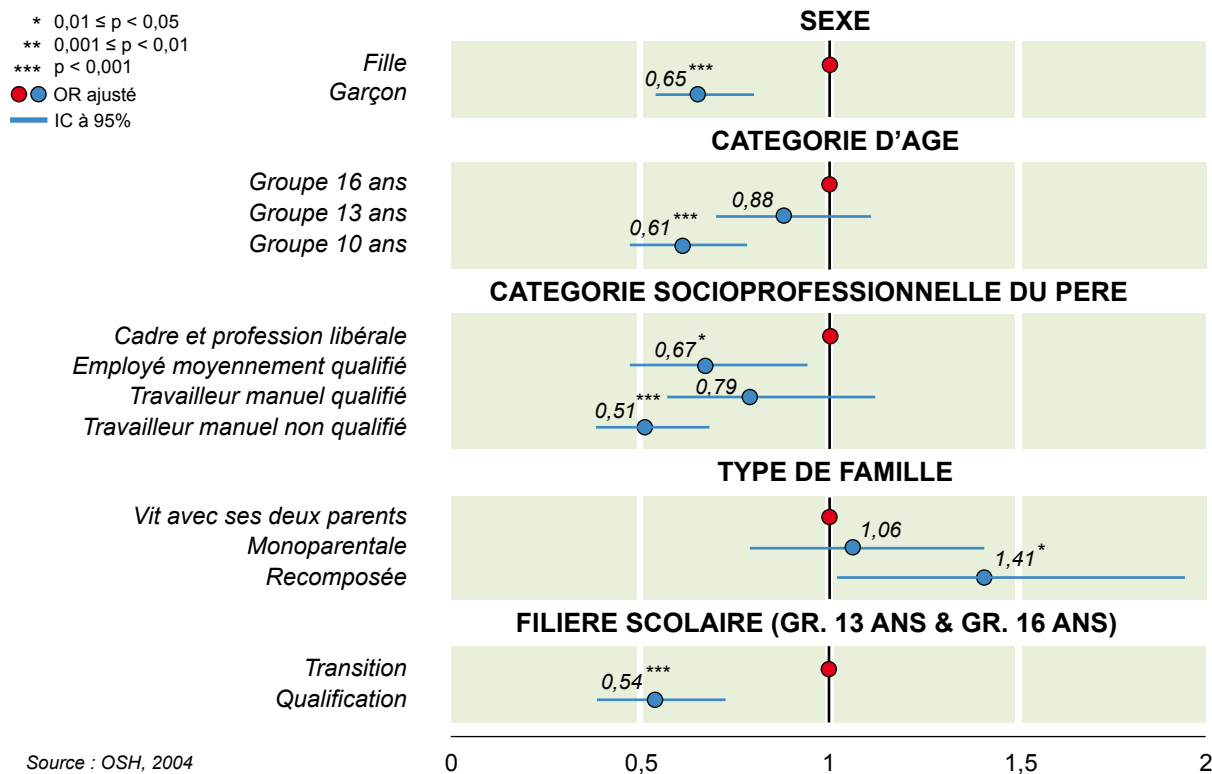
## Consommation de légumes et facteurs associés

Tout comme pour les fruits frais, les filles consomment plus souvent des légumes quotidiennement que les garçons. Par contre, à l'inverse de la consommation de fruits frais, la consommation quotidienne de légumes augmente avec l'âge.

La consommation quotidienne de légumes, comme celle des fruits frais, est plus fréquente chez les jeunes de l'enseignement de transition (43,4 %) que chez les jeunes de l'enseignement de qualification (30,4 %).

En plus de ces trois facteurs, le type de profession exercée par le père et le type de famille sont également liés à la consommation de légumes. Ainsi, 32,0 % des jeunes Hainuyers dont le père exerce une profession de travailleur manuel non qualifié et 37,3 % des jeunes dont le père est employé moyennement qualifié consomment tous les jours des légumes contre 47,7 % des enfants dont le père exerce une profession libérale ou de cadre. Les jeunes vivant au sein d'une famille recomposée consomment plus souvent des légumes quotidiennement (41,6 %) que les jeunes vivant avec leurs deux parents (35,8 %).

**Figure 3.5. Consommation quotidienne de légumes et facteurs associés (N = 1756)**



## Evolution 2004-2006

**Tableau 3.3. Evolution des proportions de jeunes qui déclarent consommer des fruits frais au moins une fois par jour**

%	Garçon		Fille	
	2004	2006	2004	2006
Groupe 10 ans	38,8	33,0	41,5	44,4
Groupe 13 ans	27,4	28,5	33,3	36,8
Groupe 16 ans	30,3	22,1	29,7	30,5

Source : OSH, 2004-2006

**Tableau 3.4. Evolution des proportions de jeunes qui déclarent consommer des légumes au moins une fois par jour**

%	Garçon		Fille	
	2004	2006	2004	2006
Groupe 10 ans	25,3	34,5	33,1	42,6
Groupe 13 ans	31,8	46,0	45,5	54,9
Groupe 16 ans	37,4	39,1	45,5	57,3

Source : OSH, 2004-2006

Entre 2004 et 2006, la proportion de jeunes qui déclarent consommer quotidiennement des fruits frais reste stable dans le temps. Par contre, la proportion de jeunes qui déclarent consommer quotidiennement des légumes augmente de façon significative pour l'ensemble des jeunes excepté pour les garçons de 16 ans.

En 2006, les proportions de jeunes Hainuyers (28,0 % des garçons et 36,4 % des filles) qui consomment quotidiennement des fruits sont inférieures aux proportions rapportées pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française (39,5 % des garçons et 46,9 % des filles) (Godin, 2008). Entre 2002 et 2006, la consommation quotidienne de fruits augmente significativement pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française. Par contre, la consommation quotidienne de légumes reste stable, 44,1 % des garçons et 53,4 % des filles de la Communauté française déclarent en consommer quotidiennement contre 39,2 % des garçons et 51,7 % des filles en Hainaut.

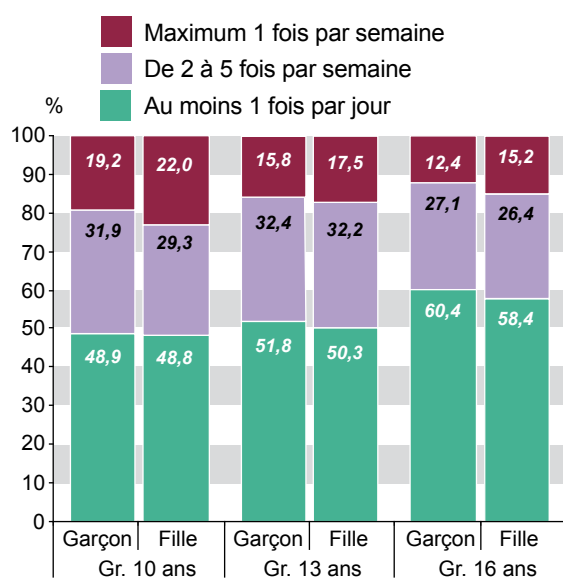
En Suisse, en 2006, 36,6 % des garçons et 45,8 % des filles consomment quotidiennement des fruits (Delgrande Jordan, 2009). En ce qui concerne la consommation de légumes, les proportions sont semblables à celles des jeunes Hainuyers : 34,4 % des garçons et 43,6 % des filles déclarent en consommer quotidiennement.

## 1.2.2. Les laitages

Le PNNS recommande de consommer 2 à 3 produits laitiers par jour pour les enfants et adolescents, leur croissance exigeant un apport en calcium accru.

Plus d'un jeune Hainuyer sur 2 consomme quotidiennement des produits laitiers (lait, yoghourt...). Pour les filles comme pour les garçons, cette tendance augmente sensiblement avec l'âge : environ 50 % des jeunes de 10 et 13 ans et environ 60 % des jeunes de 16 ans consomment quotidiennement des laitages. Ce dernier résultat correspond à la proportion de 62 % de l'ensemble des jeunes Belges de 15 à 18 ans qui ont déclaré en 2004 consommer quotidiennement des produits laitiers (Debacker, 2007).

**Figure 3.6. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de produits laitiers (N = 2171)**



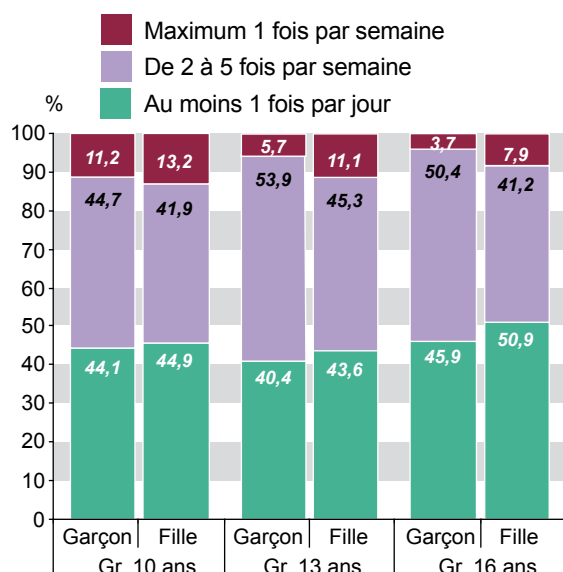
Source : OSH, 2004

## 1.2.3. La viande

Dans la population belge, la consommation habituelle totale de produits riches en protéines est en général proche ou supérieure aux recommandations du PNNS, soit 100 grammes par jour. Cependant, qualitativement, la consommation de poisson reste trop faible (Debacker, 2007).

En 2004, 44,9 % des jeunes Hainuyers mangent de la viande chaque jour, 46,5 % en mangent 2 à 5 fois par semaine et 8,6 % une fois par semaine ou moins. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons. On note juste une consommation quotidienne de viande significativement plus faible pour les jeunes de 13 ans par rapport à ceux de 16 ans.

**Figure 3.7. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de viande (N = 2179)**



Source : OSH, 2004

### Consommation de viande et facteurs associés

L'analyse multivariée ne met pas en évidence de lien entre les facteurs socio-économiques étudiés (nombre de revenus du travail, catégorie socioprofessionnelle du père et type de famille) et la consommation quotidienne de viande.

Seul l'âge est associé à la consommation quotidienne de viande : les jeunes de 13 ans déclarent moins fréquemment manger de la viande tous les jours que les jeunes de 16 ans.



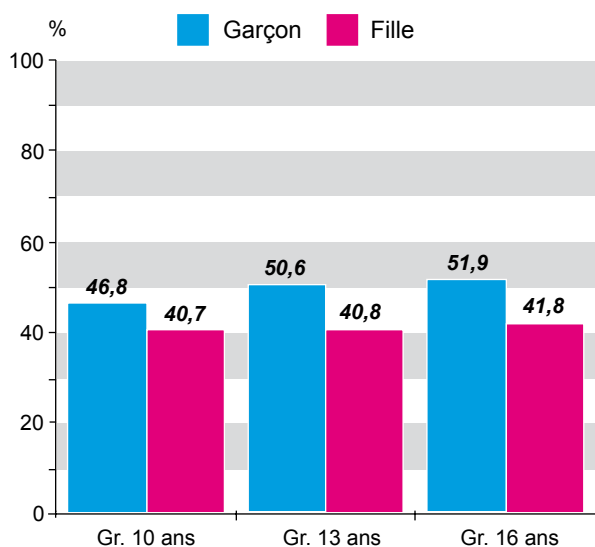
## 1.2.4. Le poisson

Le PNNS recommande de consommer du poisson une ou deux fois par semaine.

En 2004, 45,7 % des jeunes Hainuyers déclarent consommer du poisson au moins une fois par semaine : les garçons (49,9 %) significativement plus que les filles (41,1 %). Environ un jeune Hainuyer sur 8 mange du poisson 2 fois par semaine ou plus. Il n'y a pas de différence significative entre les catégories d'âge.

Moins d'un jeune sur 2 satisfait donc aux recommandations du PNNS pour la consommation de poisson (au moins une fois par semaine).

**Figure 3.8. Proportions de jeunes qui consomment du poisson au moins une fois par semaine (N = 2175)**

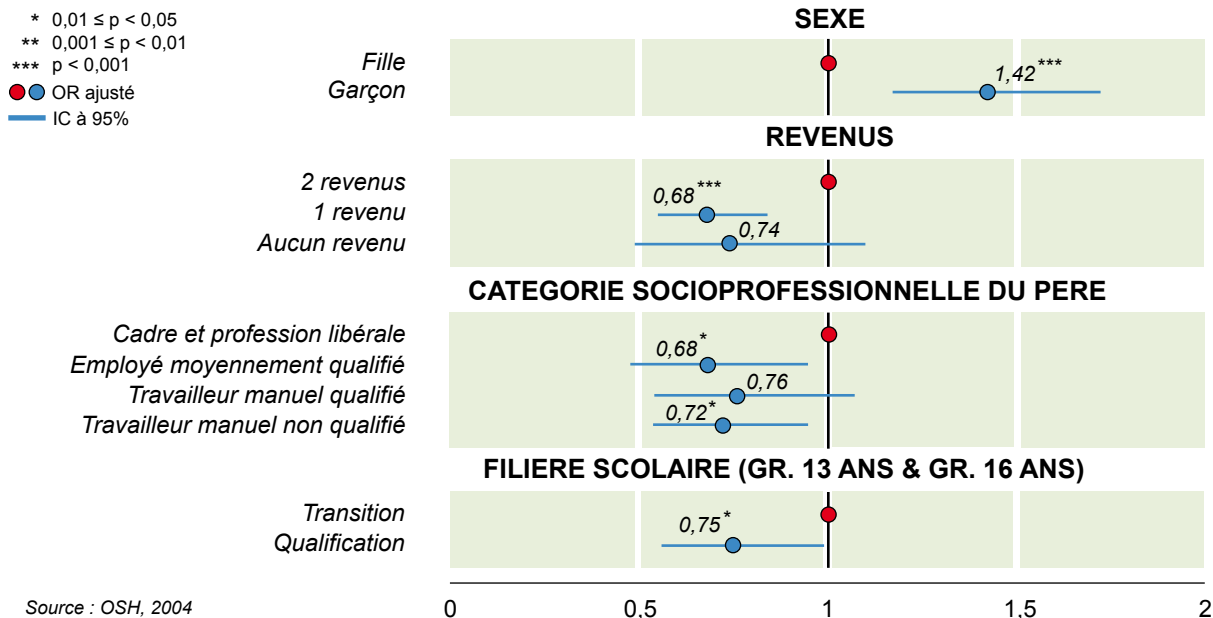


Source : OSH, 2004

## Consommation de poisson et facteurs associés

Outre l'association avec le sexe, l'analyse multivariée montre que la consommation hebdomadaire de poisson est liée à la profession du père, au nombre de revenus et à la filière scolaire.

**Figure 3.9. Consommation hebdomadaire de poisson et facteurs associés (N = 1758)**



Les jeunes Hainuyers dont le père exerce une profession pas ou peu qualifiée consomment significativement moins fréquemment du poisson (42,9 % des jeunes dont le père est ouvrier non qualifié et 44,5 % des jeunes dont le père est employé peu qualifié) que les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (55,1 %).

Les jeunes dont un seul parent travaille déclarent une consommation hebdomadaire de poisson moins fréquemment (40,8 %) que les jeunes dont les deux parents travaillent (50,2 %).

41,1 % des jeunes qui suivent un enseignement de qualification déclarent consommer du poisson au moins une fois par semaine contre 48,7 % des jeunes de l'enseignement de transition.

## Evolution 1997-2004-2006

**Tableau 3.5.** Evolution des proportions de jeunes qui déclarent consommer du poisson au moins une fois par semaine

%	Garçon			Fille		
	1997	2004	2006	1997	2004	2006
Groupe 10 ans	48,4	46,8	61,7	44,2	40,7	57,2
Groupe 13 ans	48,1	50,6	61,0	45,9	40,8	50,0
Groupe 16 ans	50,9	51,9	47,7	49,3	41,8	52,9

Source : OSH, 1997-2004-2006



On observe une tendance à l'augmentation de la consommation de poisson. Cette augmentation entre 1997 et 2006 est significative uniquement pour les garçons de 13 ans.

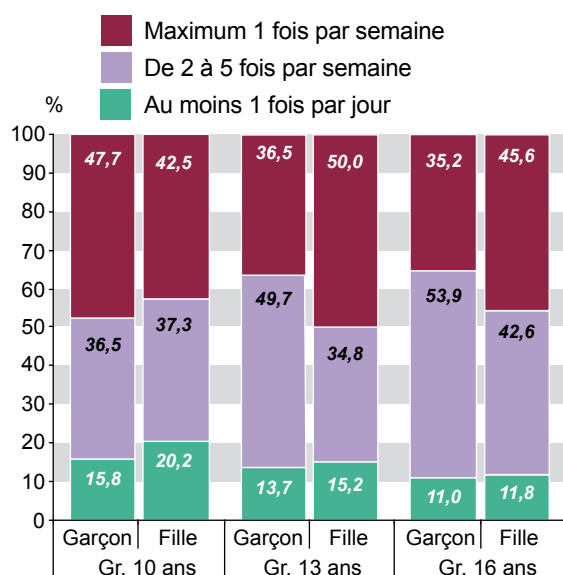
En Suisse (Delgrande Jordan, 2009), en 2006, 43,6 % des garçons et 36,5 % des filles déclarent consommer au moins une fois par semaine du poisson. La consommation des garçons est également supérieure à celle des filles mais elles sont toutes deux inférieures aux proportions observées pour les jeunes Hainuyers (56,6 % des garçons et 53,1 % des filles).

### 1.2.5. Les frites et les croquettes

Globalement, 42,6 % des jeunes mangent des frites ou des croquettes une fois par semaine ou moins, 42,9 % en mangent entre 2 à 5 fois par semaine et 14,5 % en mangent quotidiennement. Cette dernière proportion diminue lorsque l'âge augmente.



**Figure 3.10.** Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de frites et de croquettes (N = 2163)



Source : OSH, 2004

En 2006, la consommation de frites et de croquettes diminue : 50,0 % des jeunes en consomment une fois par semaine ou moins, 44,9 % en mangent 2 à 5 fois par semaine et 5,1 % en mangent quotidiennement.

La consommation quotidienne de frites ou de croquettes dans le Hainaut (4,9 % des garçons et 5,4 % des filles) est du même ordre que la consommation quotidienne de frites en Communauté française (6,2 % des garçons et 3,7 % des filles en 2006) (Godin, 2008).

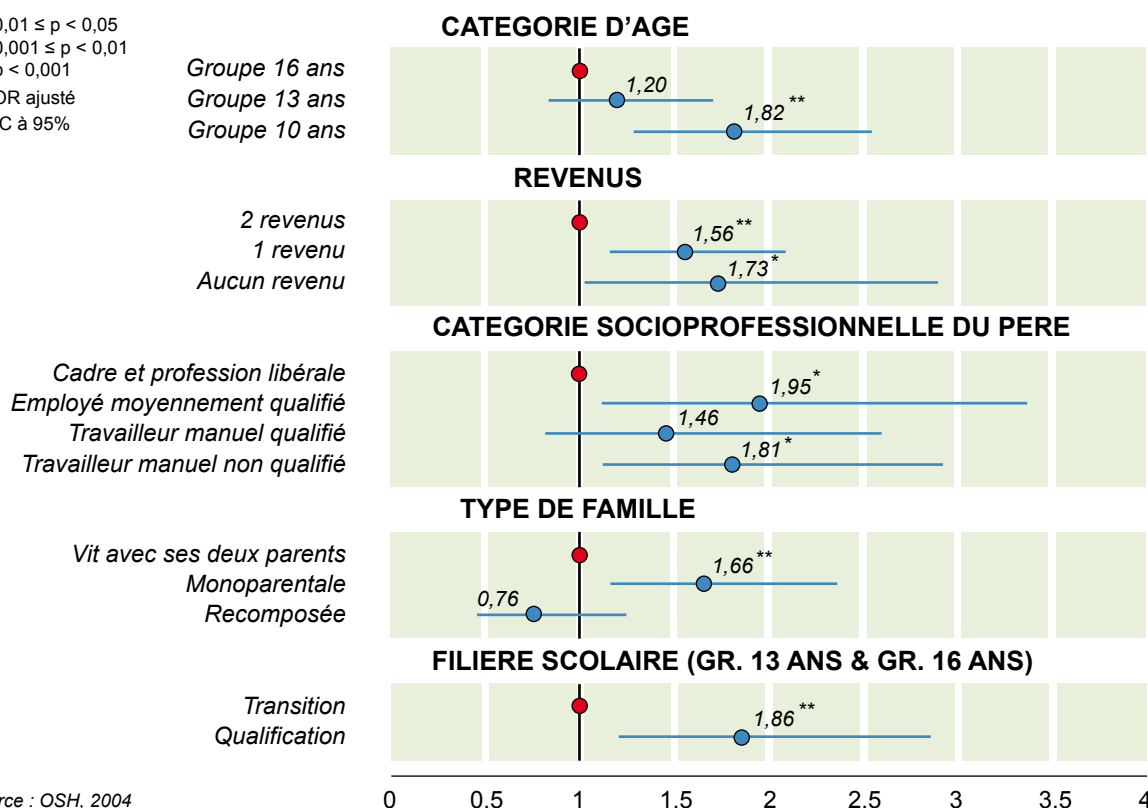
## Consommation de frites et de croquettes et facteurs associés

La consommation de frites et de croquettes est analysée en cherchant à identifier les facteurs liés à une consommation quotidienne de frites.

La consommation quotidienne de frites ou de croquettes n'est pas associée au sexe mais bien à l'âge et à tous les facteurs socio-économiques étudiés. Elle diminue avec l'âge.

**Figure 3.11. Consommation quotidienne de frites ou de croquettes et facteurs associés (N= 1754)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



Source : OSH, 2004

20,9 % des jeunes dont aucun parent ne travaille et 16,9 % de ceux dont un parent travaille consomment des frites ou des croquettes tous les jours contre 11,6 % des jeunes dont les deux parents travaillent.

Les jeunes dont le père est ouvrier non qualifié et ceux dont le père est employé peu qualifié déclarent plus fréquemment consommer quotidiennement des frites (respectivement 16,1 % et 14,3 %) que les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (8,7 %).

Le type de famille est associé à la consommation quotidienne de frites : 18,0 % des jeunes Hainuyers vivant avec un seul de leur parent déclarent en consommer tous les jours contre 13,5 % des jeunes vivant avec leurs deux parents.

Enfin, la consommation quotidienne de frites est également plus répandue parmi les jeunes de l'enseignement de qualification (17,5 %) que parmi les jeunes de l'enseignement de transition (11,1 %). Ce résultat est aussi observé pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française : la consommation quotidienne de frites est nettement plus élevée dans l'enseignement professionnel que dans l'enseignement technique ou général (Piette, 2003).

## 1.2.6. Les friandises, les chips et les biscuits apéritifs

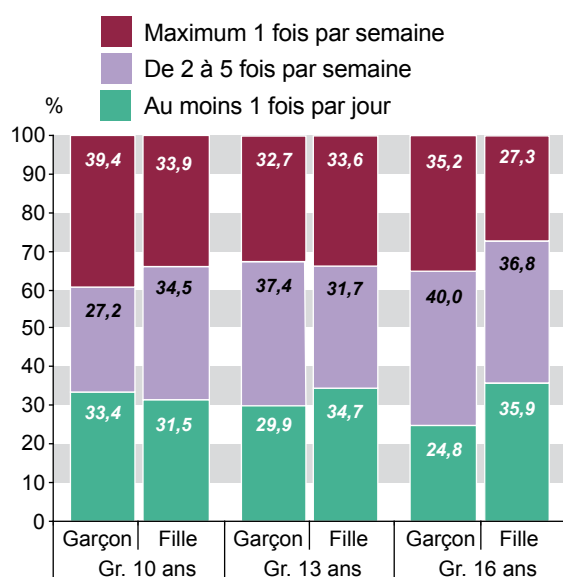
Selon le PNNS, les snacks sucrés et salés devraient être consommés occasionnellement (maximum une à 2 fois par semaine) et en petites quantités. Ces recommandations sont mieux suivies par les jeunes Hainuyers pour les produits salés que pour les produits sucrés.

### 1.2.6.1. Les friandises

Un tiers des jeunes interrogés déclarent manger des friandises (barres chocolatées, bonbons...) moins d'une fois par semaine, un tiers, 2 à 5 fois par semaine et un tiers déclarent en manger quotidiennement.

Les filles mangent plus de friandises que les garçons. L'âge ne semble pas influencer la consommation de friandises.

Figure 3.12. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de friandises (N = 2171)



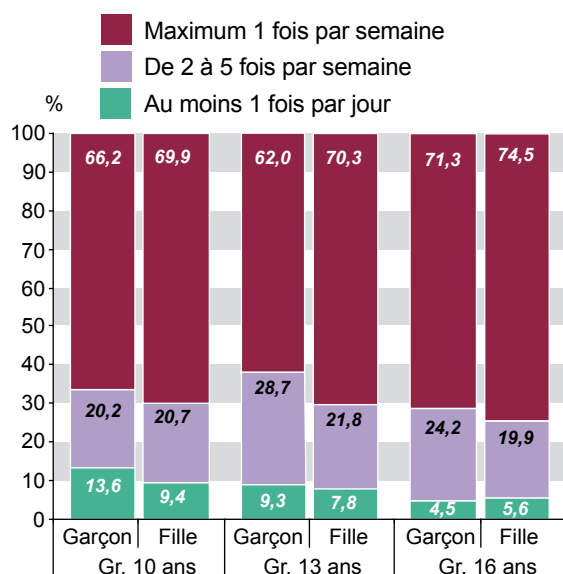
Source : OSH, 2004

En Communauté française, en 2006, 32,5 % des garçons et 34,0 % des filles déclarent une consommation quotidienne de friandises (Godin, 2008). Ces proportions sont du même ordre que celles observées pour le Hainaut en 2004.

## 1.2.6.2. Les chips

Environ 7 jeunes sur 10 satisfont aux recommandations du PNNS en mangeant des chips au maximum une fois par semaine (13,8 % jamais, 55,1 % une fois par semaine ou moins). Trois jeunes sur 10 en mangent plusieurs fois par semaine (22,8 % entre 2 à 5 fois et 8,3 % quotidiennement). En outre, la consommation de chips est plus élevée parmi les garçons que les filles et diminue avec l'âge pour l'ensemble des jeunes.

**Figure 3.13. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de chips** (N = 2167)



Source : OSH, 2004

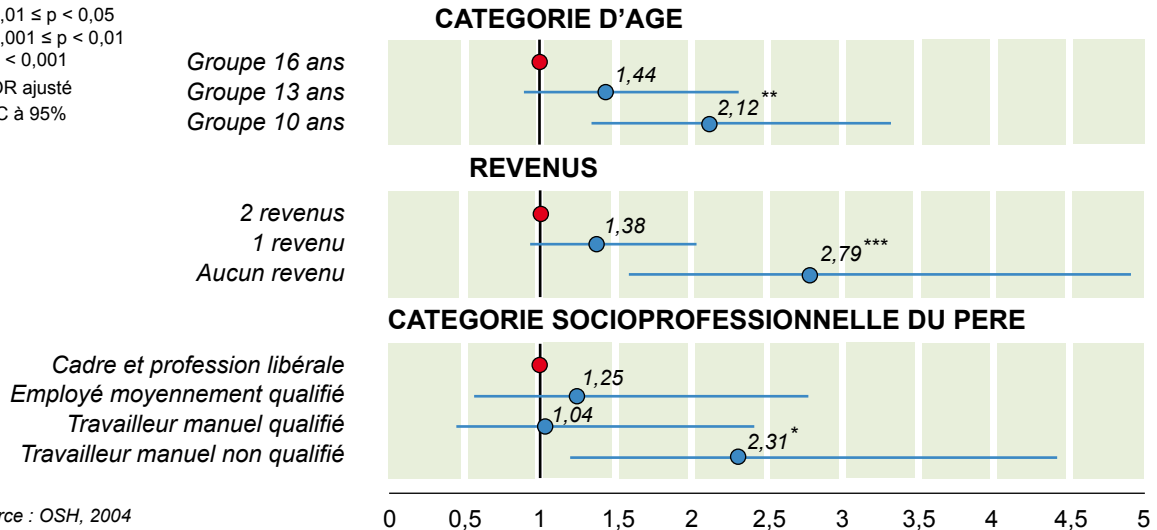
En 1997, 13,8 % des jeunes déclaraient consommer quotidiennement des chips. Cette proportion a diminué. Les jeunes Hainuyers semblent consommer aussi fréquemment des chips que l'ensemble des jeunes de la Communauté française puisqu'en 2006, en Communauté française, 10,2 % des garçons et 7,0 % des filles déclarent une consommation quotidienne de chips (Godin, 2008).

### Consommation de chips et facteurs associés

La consommation de chips est positivement associée à la consommation de frites : une consommation de chips plus fréquente est accompagnée d'une consommation de frites plus fréquente. A l'inverse, la consommation de chips est négativement associée à la consommation de fruits : plus le jeune Hainuyer mange des fruits, moins fréquemment il déclare manger des frites et des chips.

**Figure 3.14. Consommation quotidienne de chips et facteurs associés (N = 1754)**

\* 0,01 ≤ p < 0,05  
 \*\* 0,001 ≤ p < 0,01  
 \*\*\* p < 0,001  
 ● OR ajusté  
 — IC à 95%



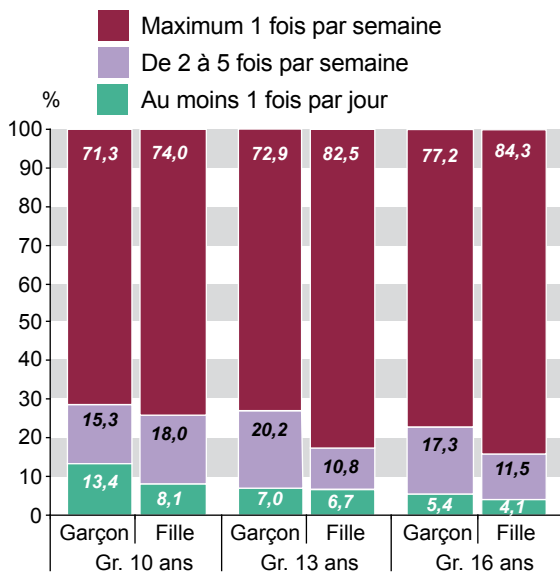
L'analyse multivariée réalisée sur la consommation quotidienne de chips met en évidence, en plus de l'association avec l'âge, des inégalités socio-économiques.

Le nombre de revenus professionnels dont bénéficie la famille est lié à la consommation quotidienne de chips : les jeunes dont la famille ne bénéficie d'aucun revenu du travail ont nettement plus tendance à déclarer être des consommateurs quotidiens de chips (16,2 %) que ceux issus de famille bénéficiant de deux revenus professionnels (6,1 %). La catégorie socioprofessionnelle du père est également liée à la consommation quotidienne de chips : 10,3 % quand le père est manuel non qualifié contre 4,0 % quand le père est cadre ou exerce une profession libérale.

### 1.2.6.3. Les biscuits apéritifs

Trois jeunes sur 4 mangent des biscuits apéritifs, des cacahuètes... au plus une fois par semaine. Les filles en consomment moins que les garçons, surtout à partir de 13 ans. La consommation de biscuits apéritifs diminue avec l'âge.

**Figure 3.15. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de biscuits apéritifs, de cacahuètes... (N = 2175)**



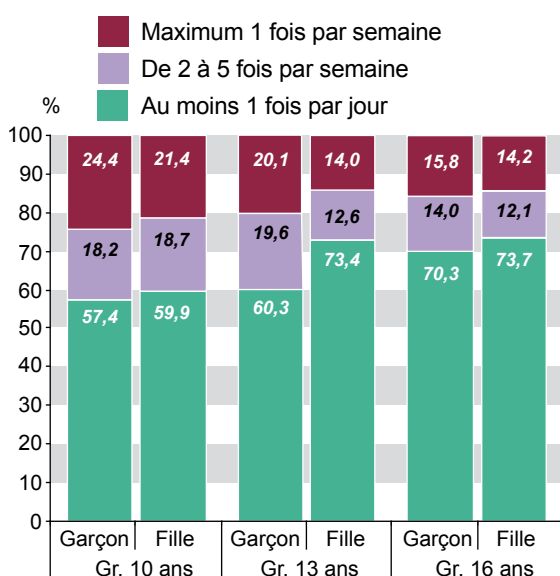
Si l'on combine la consommation de chips et de biscuits apéritifs, 60,5 % des jeunes consomment ce type de produit maximum une à deux fois par semaine, satisfaisant aux recommandations du PNNS. A l'inverse, 12,1 % des jeunes mangent quotidiennement des chips ou des biscuits apéritifs.

## 1.3. Les boissons

### 1.3.1. L'eau

66 % des jeunes Hainuyers déclarent boire quotidiennement (une ou plusieurs fois par jour) de l'eau (plate ou gazeuse), 18 % une fois par semaine ou moins. La consommation d'eau augmente avec l'âge : parmi les jeunes de 16 ans, 72 % boivent quotidiennement de l'eau contre 59 % à 10 ans. Les filles boivent davantage d'eau que les garçons.

Figure 3.16. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation d'eau (N = 2163)



Source : OSH, 2004

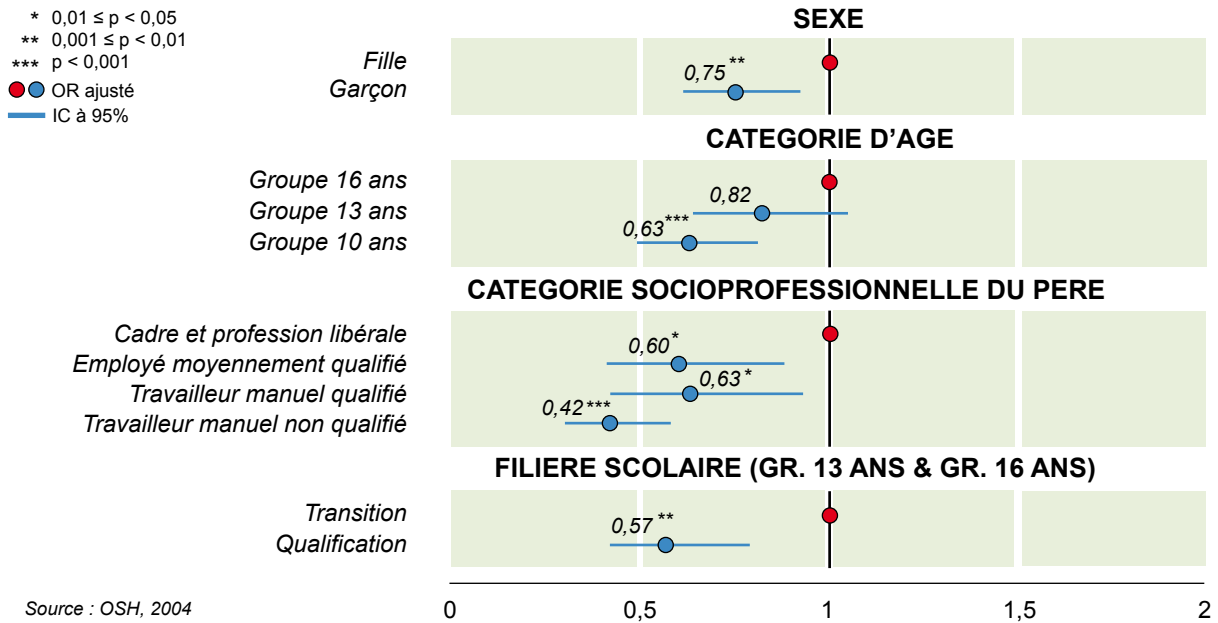
En 1997, 77,6 % des jeunes déclaraient une consommation quotidienne d'eau. En 2004, cette proportion a chuté à 65,8 %.

### Consommation d'eau et facteurs associés

La même analyse multivariée réalisée sur la consommation quotidienne d'eau confirme les variations par rapport au sexe et à l'âge et met en évidence des associations significatives avec la catégorie socioprofessionnelle du père et la filière scolaire.



**Figure 3.17. Consommation quotidienne d'eau et facteurs associés (N = 1752)**



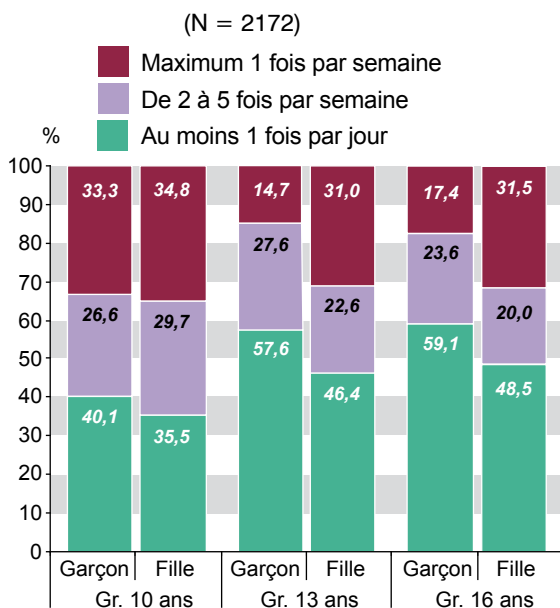
Les jeunes dont le père est ouvrier non qualifié (61,5 %), employé moyennement qualifié (69,4 %) ou ouvrier qualifié (70,9 %) déclarent moins fréquemment boire de l'eau chaque jour que les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (79,5 %).

Les jeunes de l'enseignement de qualification (61,8 %) déclarent moins fréquemment boire de l'eau que les jeunes de l'enseignement de transition (72,1 %).

### 1.3.2. Les limonades

Presque 50 % des jeunes Hainuyers déclarent boire quotidiennement (une ou plusieurs fois par jour) des limonades. La consommation de limonades augmente avec l'âge : parmi les jeunes de 16 ans, 54 % boivent quotidiennement des limonades, alors qu'ils sont 38 % à en boire à 10 ans.

**Figure 3.18. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de limonades**



Source : OSH, 2004

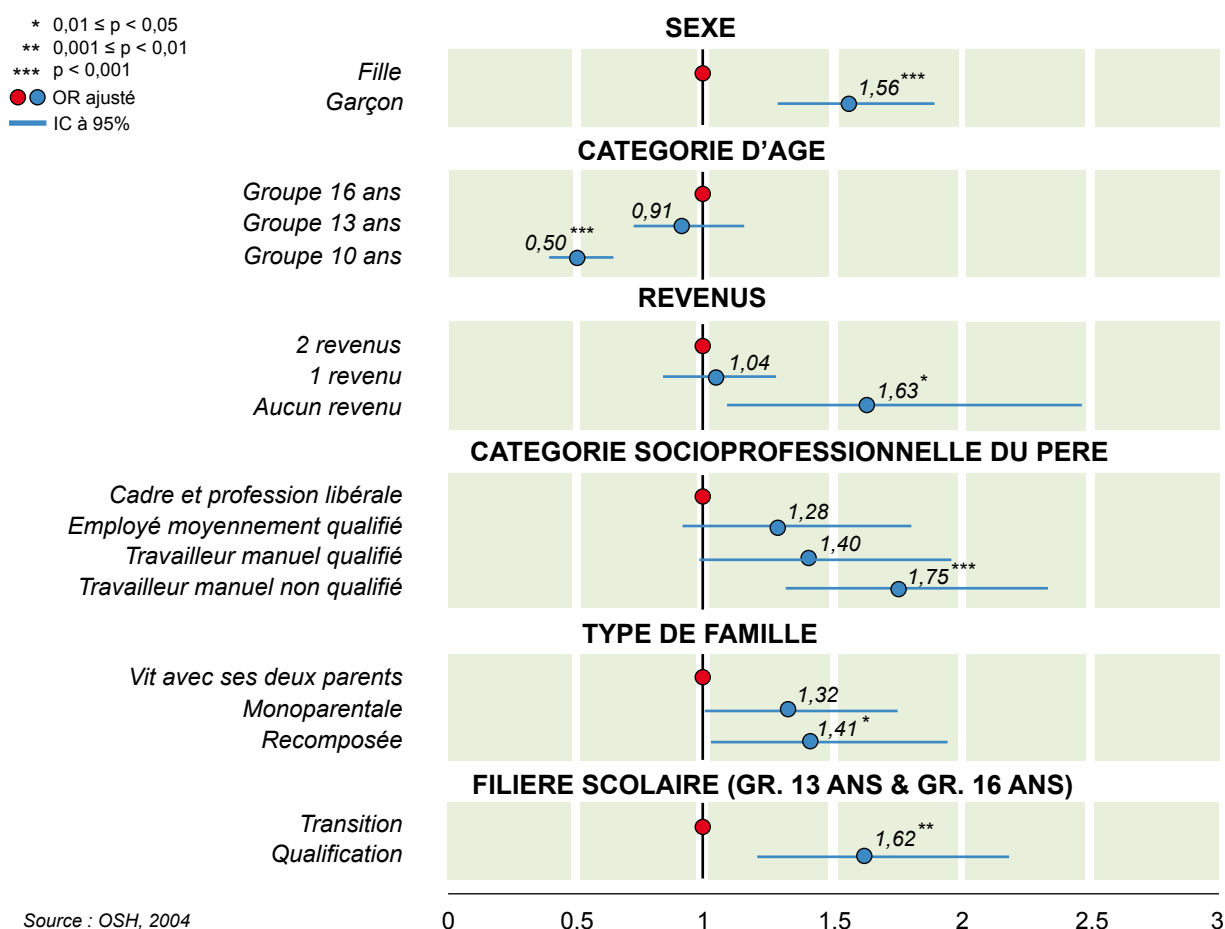
Bien que la consommation quotidienne d'eau ait diminué entre 1997 et 2004, la consommation quotidienne de limonades n'augmente pas pour autant (53,5 % en 1997 et 48,4 % en 2004).

En 2006, en Communauté française, les garçons (37,3 %) déclarent également plus fréquemment boire quotidiennement des limonades sucrées que les filles (27,7 %) et la consommation quotidienne de boissons allégées en calories concerne 20 % des jeunes filles et garçons (Godin, 2008).

## Consommation de limonades et facteurs associés

L'ensemble des facteurs introduits dans l'analyse multivariée sont associés à la consommation quotidienne de limonades.

**Figure 3.19. Consommation quotidienne de limonades et facteurs associés (N = 1758)**



Les garçons (52,7 %) déclarent plus souvent que les filles (43,6 %) consommer quotidiennement des limonades. Les jeunes de 16 ans (54,2 %) déclarent plus fréquemment en boire quotidiennement que ceux de 10 ans (37,9 %).

Les jeunes issus de familles ne bénéficiant d'aucun revenu professionnel (56,1 %) déclarent plus souvent que les jeunes issus de familles bénéficiant de deux revenus professionnels (47,2 %) boire des limonades chaque jour.

Les jeunes Hainuyers dont le père exerce une profession de travailleur manuel non qualifié (51,2 %) déclarent plus souvent boire de la limonade quotidiennement que les jeunes dont le père exerce une profession libérale ou de cadre (40,3 %).

53 % des jeunes Hainuyers vivant dans une famille monoparentale ou recomposée déclarent boire quotidiennement des limonades contre 46,4 % des jeunes Hainuyers vivant avec leurs deux parents.

Les jeunes de l'enseignement de qualification (64,4 %) sont proportionnellement plus nombreux à boire des limonades que les jeunes de l'enseignement de transition (48,8 %).

### **Analyse conjointe de la consommation d'eau et de limonades**

Quels que soient l'âge et le sexe, la proportion de consommateurs quotidiens d'eau est supérieure à la proportion de consommateurs quotidiens de limonades. Il existe une relation inverse entre la consommation quotidienne d'eau et celle de limonades, ce qui pourrait indiquer une substitution partielle de l'un par l'autre. Plus on boit de l'eau, moins on boit des limonades et inversement. Les garçons déclarent davantage boire des limonades que les filles.

## 1.4. La consommation entre les repas

En moyenne, 84 % des jeunes interrogés déclarent manger ou boire entre les repas. Cette proportion est assez stable quels que soient l'âge et le sexe.

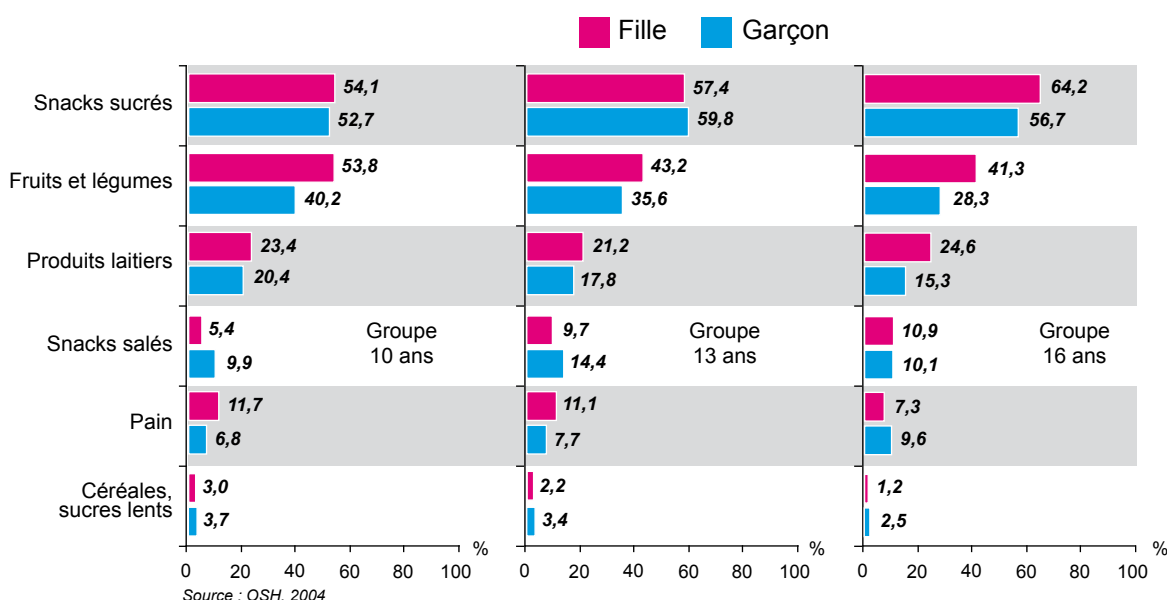
### Types de nourritures consommées entre les repas

Il a été demandé aux jeunes Hainuyers ce qu'ils consommaient habituellement entre les repas. Chaque jeune pouvait donner jusqu'à trois réponses.

Les réponses données ont été classées en sept catégories : les snacks sucrés, les fruits et légumes, les produits laitiers, les céréales et sucres lents, les snacks salés, le pain et enfin, une catégorie "autres" non étudiée ici. Les proportions présentées expriment la proportion de jeunes qui ont donné la catégorie en réponse.

Quels que soient l'âge et le sexe, ce sont les snacks sucrés que les jeunes Hainuyers mangent le plus entre les repas (57,5 %). Viennent ensuite les fruits et légumes (39,9 %), les produits laitiers (20,2 %) et les snacks salés (10,2 %).

Figure 3.20. Types de nourritures consommées entre les repas (N = 2180)



Les chiffres montrent que les filles consomment plus de fruits et légumes entre les repas que les garçons et que le grignotage de snacks sucrés augmente avec l'âge contrairement au grignotage des fruits et légumes qui diminue avec l'âge.

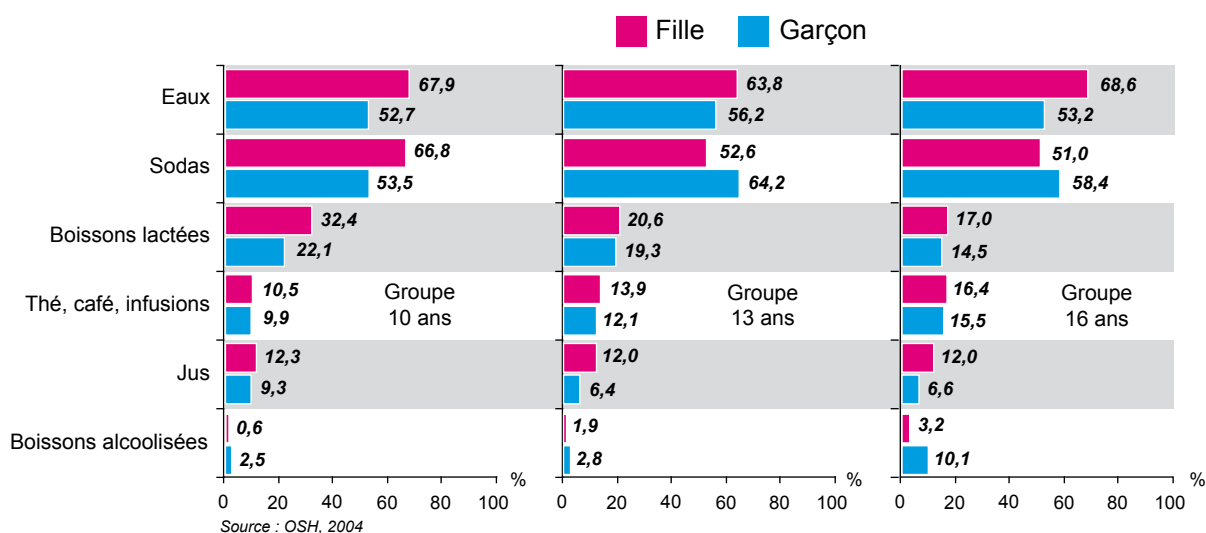
## Types de boissons consommées entre les repas

Un classement similaire a été réalisé sur base des réponses données à la question ouverte posée sur les types de boissons consommées habituellement en dehors des repas. Les catégories étudiées sont : les eaux (plates et gazeuses), les sodas (y compris les eaux sucrées), les jus de fruits, le thé et le café, les boissons lactées et les boissons alcoolisées.

Les garçons déclarent plus fréquemment boire des sodas (58,8 %) entre les repas que de l'eau (54,1 %). Alors que pour les filles c'est l'inverse, 66,7 % boivent de l'eau entre les repas et 53,8 % des sodas. Ces constats sont valables pour toutes les catégories d'âge. Par contre, les filles boivent plus de jus entre les repas (12,1 %) que les garçons (7,4 %). La consommation de produits laitiers entre les repas diminue avec l'âge tant chez les filles que chez les garçons.

Il est également important de souligner que dès l'âge de 10 ans, certains jeunes déclarent consommer de l'alcool, cela concerne 10,1 % des garçons de 16 ans. La consommation d'alcool par les jeunes est analysée plus en profondeur dans le paragraphe 4 "L'alcool".

**Figure 3.21. Types de boissons consommées entre les repas (N = 2180)**



## Consommation entre les repas et prise d'un petit déjeuner

Ne pas prendre de petit déjeuner entraîne souvent l'apparition de fringales dans la matinée (Parizel, 2005), le jeune est alors tenté de grignoter.

**Tableau 3.6. Proportions de jeunes qui consomment les différents types d'aliments et de boissons entre les repas en fonction de la prise ou non d'un petit déjeuner (N = 2162)**

%		Pas de petit déjeuner	Petit déjeuner
<b>A L I M E N T S</b>	Snacks sucrés	61,6	56,0
	Fruits et légumes	35,0	41,4
	Produits laitiers	21,1	19,7
	Snacks salés	13,4	9,1
	Pain	11,9	7,9
	Céréales, sucres lents	2,8	2,6
<b>B O I S S O N S</b>	Eau	60,8	59,7
	Sodas	63,5	54,1
	Boissons lactées	19,2	21,2
	Thé, café, infusions	13,4	12,9
	Jus	9,0	9,9
	Boissons alcoolisées	4,7	3,3

Source : OSH, 2004

▼  
L'analyse des aliments et boissons consommés entre les repas en fonction de la prise ou non d'un petit déjeuner montre que les jeunes qui prennent un petit déjeuner sont proportionnellement plus nombreux à consommer des fruits et des légumes entre les repas et moins nombreux à consommer des sodas que les jeunes qui ne prennent pas de petit déjeuner.

Il semble ici que les jeunes cumulent les bonnes habitudes alimentaires ou au contraire les habitudes alimentaires défavorables à la santé.



### On retiendra...

- **Un jeune sur 4 ne prend pas de petit déjeuner les jours d'école.**
- **Les jeunes qui prennent un petit déjeuner grignotent moins entre les repas.**
- **Seuls 16 % des jeunes mangent quotidiennement des fruits et des légumes. 48 % ne mangent ni fruits ni légumes quotidiennement.**
- **La consommation quotidienne de légumes est en augmentation et passe d'un jeune sur 3 en 2004 à un jeune sur 2 en 2006 ; celle des fruits est restée stable (environ un jeune sur 3).**
- **Plus d'un jeune sur 2 consomme quotidiennement des laitages.**
- **45 % des jeunes mangent du poisson au moins une fois par semaine. La consommation de poisson est moins fréquente lorsque l'environnement socio-économique est moins favorable.**
- **15 % des jeunes mangent des frites quotidiennement. La consommation quotidienne de frites est plus fréquente dans les familles dont le contexte socio-économique est moins favorable.**
- **Les jeunes grignotent trop fréquemment. 57 % des jeunes mangent régulièrement des snacks sucrés et 10 % des snacks salés.**
- **Un tiers des jeunes ne boit pas d'eau tous les jours. Plus de la moitié consomme quotidiennement des sodas.**
- **Les filles consomment plus fréquemment de l'eau, les garçons plus fréquemment des sodas. La consommation de soda est plus fréquente dans les milieux socio-économiquement moins favorables.**

### **2. L'activité physique et la sédentarité**

L'activité physique correspond à l'ensemble des mouvements du corps produits par la contraction des muscles, avec pour résultat une dépense d'énergie au-dessus de la valeur de repos (Oppert, 2003). L'activité physique regroupe non seulement les activités sportives que les jeunes réalisent à l'école, en club ou de manière informelle (rouler à vélo, en roller, à trottinette, sauter à la corde, nager, jouer au ballon...) mais aussi tous les mouvements de la vie quotidienne (marche, escalier, travail ménager, jardinage...).

La littérature reconnaît de multiples bienfaits d'un mode de vie actif physiquement (Rousseau, 2006 ; Oppert, 2003 ; Marique, 2005 ; Blanchet, 2008 ; Slentz, 2005 ; Patè, 2006 ; De Bourdeaudhuij, 2007 ; INSERM, 2008) :

- augmentation de la dépense énergétique, maintien du poids et aide à l'amaigrissement ;
- renfort de la densité et de l'architecture osseuse, assurant une protection contre un futur risque d'ostéoporose ;
- meilleure condition physique : aérobie, force musculaire, endurance, vitesse, souplesse, habileté, équilibre, agilité... ;
- effet favorable sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, du diabète de type II, du cancer du côlon : profil lipidique sanguin, tension artérielle, insuline ;
- développement harmonieux du corps et, en particulier, diminution de l'adiposité abdominale ;
- plaisir, bien-être, diminution du stress.

Pour bénéficier de tous ces effets positifs, l'OMS recommande aux jeunes de pratiquer chaque jour minimum une heure d'activité physique modérée. Le développement des technologies a, peu à peu, instauré un mode de vie beaucoup moins actif. La télévision, les consoles de jeux, l'ordinateur et Internet occupent une part de plus en plus importante dans les loisirs des jeunes et des adultes. Toutes ces activités sont sédentaires : la dépense énergétique qu'elles entraînent est proche de la valeur de repos. Les périodes d'activité physique ne seraient plus suffisamment importantes pour compenser les heures passées à des activités sédentaires (Shields, 2008) et les jeunes devraient entrecouper fréquemment les activités sédentaires par de l'activité physique (Healy, 2008). Pour remédier au déséquilibre entre activités physiques et activités sédentaires, il faut promouvoir une pratique régulière d'une activité physique chez les jeunes. Rendre les jeunes plus actifs au quotidien nécessite de les guider et de leur donner les moyens pour qu'ils soient en mesure de mieux équilibrer leurs choix entre loisirs actifs et loisirs sédentaires afin d'en tirer un maximum de bienfaits pour leur santé mais aussi pour leur plaisir, leur apprentissage, leurs contacts sociaux...

Ce chapitre dresse l'inventaire de la participation, en 2004, des jeunes Hainuyers aux activités physiques (activités sportives en dehors de l'école : en club ou informelles, cours d'éducation physique à l'école), aux loisirs non sportifs (mouvements de jeunesse, associations culturelles...) et aux activités sédentaires (télévision, ordinateur et consoles de jeux).



## 2.1. L'activité sportive en dehors de l'école

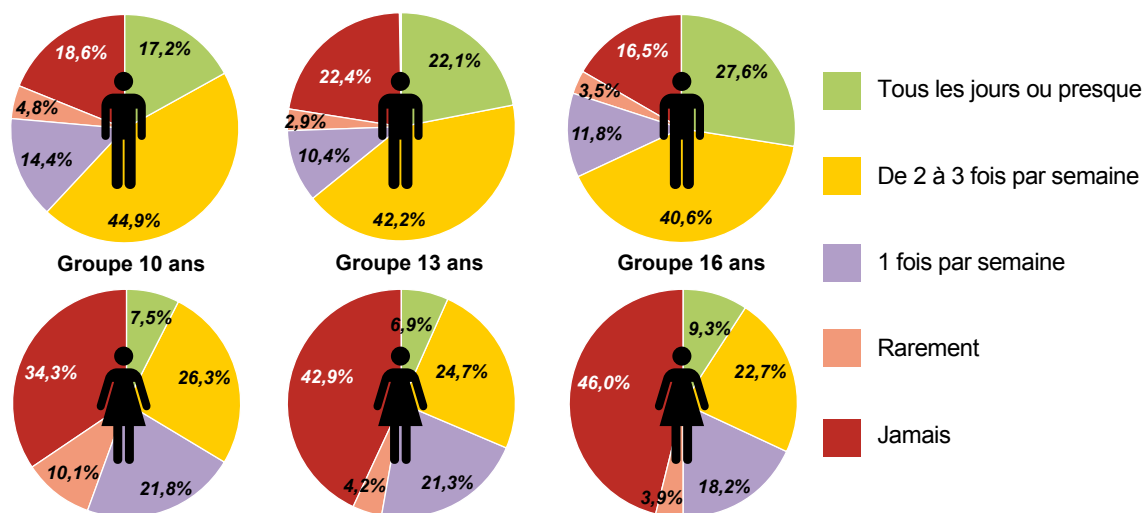
L'activité sportive en dehors de l'école couvre la pratique d'une activité sportive pendant au moins 20 minutes d'affilée au sein d'un club sportif ou non.

### 2.1.1. Données générales

En 2004, 71 % des jeunes Hainuyers interrogés déclarent pratiquer une activité sportive en dehors de l'école au moins une fois par semaine. A tout âge, la proportion observée est plus élevée pour les garçons (81 %) que pour les filles (59 %). Par ailleurs, au fur et à mesure qu'elles avancent en âge, les filles sont de moins en moins nombreuses à pratiquer une activité sportive en dehors de l'école.

Parmi les jeunes qui pratiquent une activité sportive en dehors de l'école au moins une fois par semaine, 23 % le font de manière quasi quotidienne, 52 % le font deux à trois fois par semaine et 25 % de manière hebdomadaire. Ces fréquences sont diversement réparties selon le sexe : quelle que soit la catégorie d'âge, les garçons sont deux fois plus nombreux à pratiquer du sport de manière quotidienne et aussi systématiquement plus nombreux que les filles à en faire deux ou trois fois par semaine.

**Figure 3.22. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence à laquelle ils pratiquent de l'activité sportive en dehors de l'école (N = 2168)**

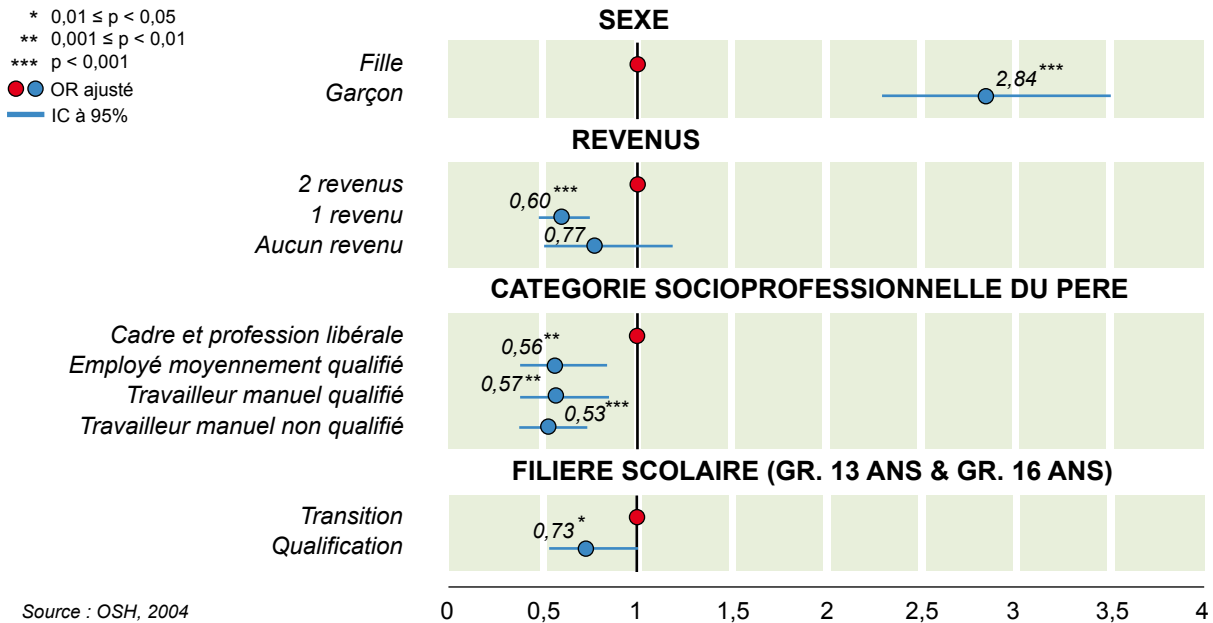


Source : OSH, 2004

## Pratique d'une activité sportive en dehors de l'école et facteurs associés

Outre le fait que les filles pratiquent moins d'activité physique que les garçons, la pratique d'une activité physique en dehors de l'école au moins une fois par semaine est associée au nombre de revenus, à la catégorie socioprofessionnelle du père et à la filière scolaire.

**Figure 3.23. Pratique de l'activité physique en dehors de l'école au moins une fois par semaine et facteurs associés (N = 1755)**



Les jeunes dont un seul parent travaille (57,6 %) sont proportionnellement moins nombreux que ceux dont les deux parents travaillent (72,7 %) à pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine. Les jeunes Hainuyers dont le père exerce une profession de travailleur manuel non qualifié (63,1 %), de travailleur manuel qualifié (68,2 %) ou d'employé peu qualifié (69,2 %) déclarent moins souvent pratiquer une activité sportive en dehors de l'école que les enfants dont le père exerce une profession libérale ou de cadre (77,9 %).

De plus, les jeunes de l'enseignement de qualification déclarent moins fréquemment pratiquer une activité sportive en dehors de l'école au moins une fois par semaine (60,9 %) que les jeunes de l'enseignement de transition (66,9 %).

## Evolution 1997-2004

Entre 1997 et 2004, il apparaît une diminution sensible de la pratique sportive en dehors de l'école pour les filles et pour les garçons, excepté pour les garçons de 16 ans. En particulier, la proportion de jeunes pratiquant une activité sportive au moins une fois par semaine en dehors de l'école passe de 81,7 % en 1997 à 70,7 % en 2004. Cette diminution est significative pour les deux sexes et pour les trois catégories d'âge.

**Tableau 3.7. Evolution des proportions de jeunes qui pratiquent une activité sportive en dehors de l'école**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	90,8	81,5	83,3	65,9
Groupe 13 ans	88,5	77,9	74,0	57,2
Groupe 16 ans	83,8	83,7	68,6	54,6

Source : OSH, 1997-2004

**Tableau 3.8. Evolution des proportions de jeunes qui pratiquent une activité sportive au moins une fois par semaine en dehors de l'école**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	87,6	76,6	75,7	55,6
Groupe 13 ans	84,8	74,7	64,2	52,9
Groupe 16 ans	79,8	80,0	60,2	50,1

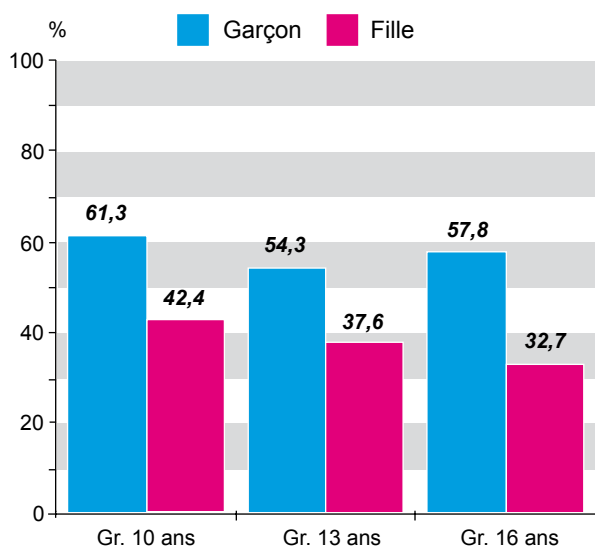
Source : OSH, 1997-2004

En Suisse, en 2006, 79,8 % des garçons et 60,4 % des filles de 11 à 15 ans pratiquent au moins 2 heures de sport par semaine en dehors de l'école et ces proportions sont stables par rapport à celles constatées en 1998 (Delgrande Jordan, 2009). Comparées aux proportions de jeunes qui pratiquent une activité physique au moins une fois par semaine observées en 2004 dans le Hainaut (77,4 % des garçons et 53,3 % des filles), la situation est favorable en Suisse, surtout pour les filles.

## 2.1.2. La pratique du sport en club

Un jeune Hainuyer interrogé sur 2 pratique un ou plusieurs sports en club, les garçons (58 %) sont proportionnellement plus nombreux que les filles (38 %). Ces proportions représentent 67 % des jeunes (71 % des garçons et 62 % des filles) qui ont déclaré pratiquer du sport en dehors de l'école. L'adhésion à un club diminue avec l'âge de façon significative chez les filles mais pas chez les garçons.

Figure 3.24. Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club (N = 2161)



Source : OSH, 2004

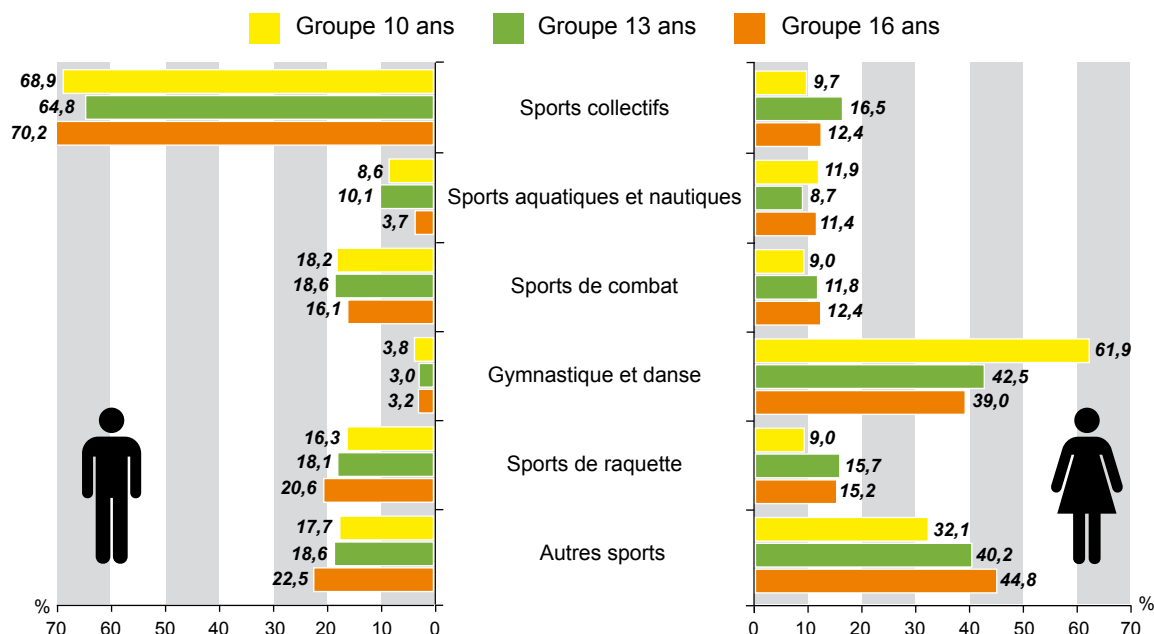
## Types de sport pratiqués en club

Pour l'ensemble des jeunes pratiquant du sport en club, 7 jeunes sur 10 sont inscrits dans un seul club sportif, 2 sur 10 dans deux clubs et un sur 10 dans trois clubs.

Tous âges confondus, les garçons préfèrent les sports collectifs, les sports de raquette et les sports de combat et les filles, la gymnastique et la danse. Parmi les autres sports, les filles pratiquent surtout l'équitation. La répartition entre les types de sports pratiqués en club varie peu par rapport à l'âge.

**Figure 3.25. Répartition des jeunes en fonction du ou des sports qu'ils pratiquent en club**

(% parmi les jeunes qui font partie d'un club sportif) (N = 992)



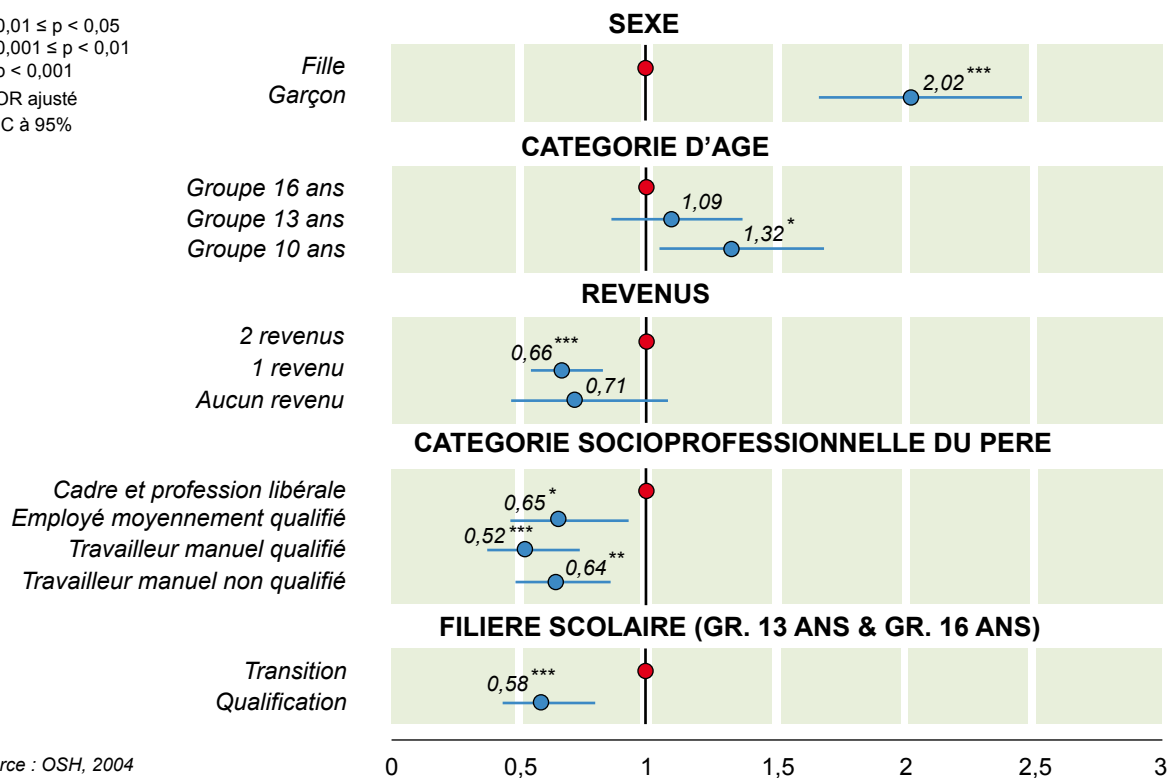
Source : OSH, 2004

## Sport en club et facteurs associés

67 % des jeunes qui pratiquent une activité sportive en dehors de l'école pratiquent un sport en club. Il n'est, dès lors, pas étonnant que la pratique sportive en club varie en fonction du sexe, du nombre de revenus, de la catégorie socioprofessionnelle du père et de la filière scolaire, comme c'était le cas pour la pratique d'une activité physique régulière en dehors de l'école. Mais en plus, l'adhésion à un club est significativement plus élevée chez les jeunes de 10 ans que chez les jeunes de 16 ans.

Figure 3.26. Sport en club et facteurs associés (N = 1747)

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%

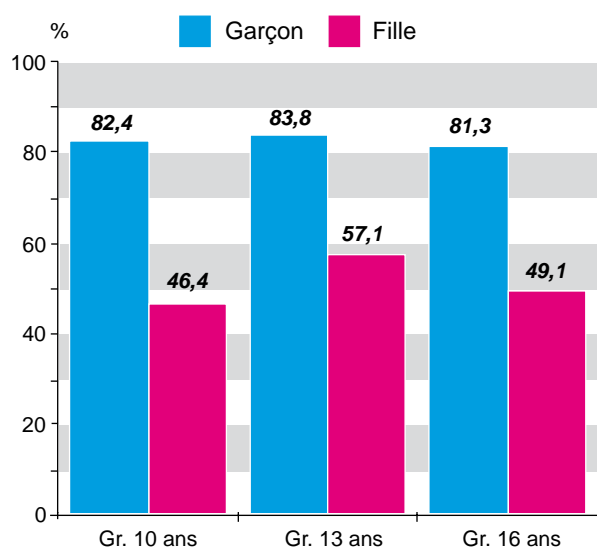


Source : OSH, 2004

## La compétition

Parmi les jeunes inscrits dans un club sportif, à tout âge, les garçons (82,4 %) sont plus nombreux à déclarer faire de la compétition que les filles (50,9 %). La proportion de compétiteurs reste stable avec l'âge.

**Figure 3.27. Proportions de jeunes faisant partie d'un club sportif qui déclarent participer à des compétitions (N = 1019)**



Source : OSH, 2004

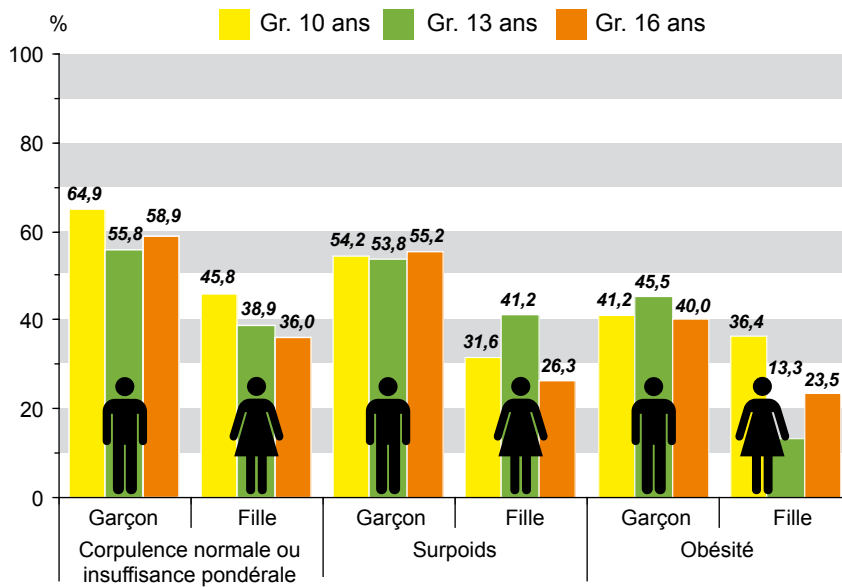
## Sport en club, corpulence et satisfaction par rapport à son corps

Une première analyse croisée entre la pratique sportive en club et la corpulence (voir figure 3.28.) montre que les jeunes qui sont en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) font moins souvent partie d'un club sportif que les jeunes de corpulence normale.

Ces constatations peuvent s'expliquer, en partie du moins, par le lien très fort qui existe avec la satisfaction par rapport à son corps (voir figure 3.29.) : les jeunes qui ne sont pas satisfaits de leur corps font nettement moins souvent partie d'un club sportif que ceux qui en sont satisfaits.

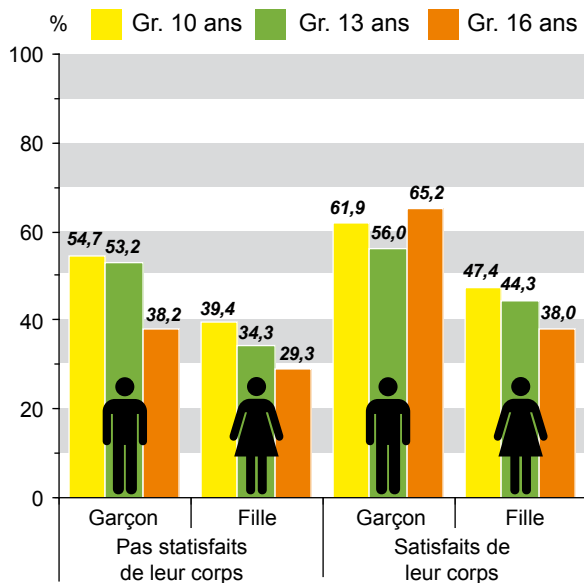
Certains auteurs relèvent que les jeunes en surcharge pondérale rencontrent plus d'obstacles face à la pratique sportive : plaintes physiques et peur des moqueries de la part de leurs condisciples (Weiss, 2006 ; Rousseau, 2006).

**Figure 3.28. Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club en fonction de leur corpulence**  
(N = 1934)



Source : OSH, 2004

**Figure 3.29. Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club en fonction du fait qu'ils soient satisfaits par rapport à leur corps ou non** (N = 2030)



Source : OSH, 2004



## Evolution 1997-2004-2006

Globalement, pour l'ensemble des jeunes Hainuyers interrogés, il n'y a pas d'évolution dans la pratique sportive en club. Il semble donc que les jeunes ne soient pas davantage attirés en 2006 par la pratique sportive en club qu'en 1997. La pratique sportive en club des garçons de 10 et de 16 ans diminue même. Seule la pratique sportive en club des filles de 13 ans augmente. Les garçons fréquentent toujours plus les clubs sportifs que les filles, mais l'écart entre les deux sexes tend à diminuer.

**Tableau 3.9. Evolution des proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club**

%	Garçon			Fille		
	1997	2004	2006	1997	2004	2006
Groupe 10 ans	66,8	61,3	59,4	47,9	42,4	47,5
Groupe 13 ans	56,8	54,3	49,1	34,1	37,6	44,8
Groupe 16 ans	57,6	57,8	43,1	29,4	32,7	33,7

Source : OSH, 1997-2004-2006

Si la pratique sportive en club n'augmente pas entre 1997 et 2006 pour les jeunes Hainuyers, il n'en est pas de même pour l'ensemble des jeunes de la Communauté française. Entre 1994 et 2004, la proportion de jeunes qui fréquentent des clubs sportifs est passée de 49 % à 53 %. Cette augmentation est principalement due à l'augmentation de la pratique sportive en club des filles, surtout pour les filles de 10 et 13 ans. La proportion globale de jeunes filles qui pratiquent un sport en club passe de 36 % en 1994 à 42 % en 2004 alors que pour les garçons, cette proportion passe de 61 % à 64 % (Marique, 2005).

### 2.1.3. L'activité physique la semaine qui a précédé l'enquête

Il a été demandé aux jeunes Hainuyers à quelle fréquence au cours de la semaine qui a précédé l'enquête, ils avaient pratiqué de l'activité physique (vélo, roller, jeu de balle, tennis, piscine, marche, jogging...) pendant au moins 20 minutes d'affilée en dehors d'un club et en dehors de l'école.

Parmi l'ensemble des jeunes Hainuyers interrogés, 51,3 % ont pratiqué de l'activité physique au moins 2 fois, 23,1 % une fois et 25,7 % n'ont pratiqué aucune activité physique pendant au moins 20 minutes d'affilée la semaine précédant l'enquête. Les résultats varient cependant entre les filles et les garçons pour constater encore une fois qu'à tout âge, l'activité physique des filles est inférieure à celle des garçons.

La proportion de filles qui n'ont pratiqué aucune activité physique la semaine qui a précédé l'enquête augmente avec l'âge (29,4 % à 10 ans, 33,6 % à 13 ans et 43,2 % à 16 ans) alors qu'elle reste stable pour les garçons (respectivement 18,2 %, 15,6 %, 17,3 % à 10, 13, et 16 ans).

Parmi les activités pratiquées en dehors de l'école et en dehors d'un club la semaine précédant l'enquête, le vélo, la marche, le jogging, les sports de ballon, ainsi que le roller et le skateboard, sont les activités les plus souvent citées par les jeunes. Il s'agit donc d'activités facilement accessibles, nécessitant pas ou peu d'équipement.

### **2.2. Les cours d'éducation physique à l'école**

Le cours d'éducation physique à l'école représente une toute petite partie de l'activité physique développée sur une semaine. De plus, sur une séance de 50 minutes, le temps actif est restreint (17 minutes en moyenne (Swalus, 1988 ; Carlier, 1992)).

En Communauté française, le cours d'éducation physique est obligatoire pour l'ensemble des élèves à raison de deux périodes de 50 minutes en primaire et de deux à trois périodes par semaine dans le secondaire. Dans le secondaire à orientation sportive, il est possible de suivre 4 à 11 heures de cours d'éducation physique.

Le nombre d'heures obligatoires se situe dans la moyenne européenne (deux heures). Malheureusement, l'organisation de l'enseignement (trajet, vestiaire, placement du matériel), la faiblesse des infrastructures, la dévalorisation du cours d'éducation physique par rapport aux autres cours, le manque de motivation de certains élèves et de certains professeurs sont autant d'obstacles qui entravent la possibilité de retirer tous les bénéfices potentiels d'un cours d'éducation physique (bienfaits généraux de l'activité physique, intégration, découverte de nouvelles disciplines, expression et communication au travers du développement physique...). A tous ces freins s'ajoutent les dispenses (de courte et de longue durée) octroyées par les parents et les médecins parfois par complaisance.

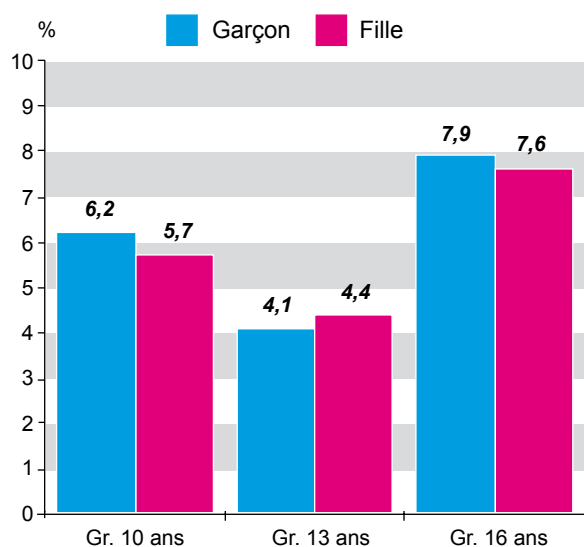
En juin 2008, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) a réuni des enseignants, des acteurs de Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (Services PSE), des inspecteurs de la Communauté française, des médecins généralistes, pour une matinée de réflexion sur le thème "La promotion de la santé et la dispense du cours d'éducation physique". Ce sujet est complexe en raison du fait qu'une dispense de complaisance dissimule parfois un profond malaise vécu par les jeunes et mérite une grande attention étant donné que l'absence au cours d'éducation physique s'avère parfois être la première étape d'un décrochage scolaire (Bizel, 2008).

Alors que la littérature parle de 7 à 10 % de jeunes dispensés du cours d'éducation physique (Telama, 2009), l'enquête réalisée en 2004 a montré que 6,0 % des jeunes Hainuyers interrogés étaient dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête (voir figure 3.30.). Il est probable que la proportion observée soit sous-évaluée car les jeunes excusés par un mot de leurs parents ne considèrent en général pas qu'il s'agisse d'une dispense.

La proportion de jeunes dispensés du cours d'éducation physique augmente avec l'âge mais ne varie pas entre les sexes.

Parmi les raisons expliquant la dispense du cours d'éducation physique, 53,1 % des jeunes dispensés font état de problèmes d'articulations, 11,5 % de problèmes respiratoires et 14,6 % de problèmes de dos.

**Figure 3.30. Proportions de jeunes dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête**  
(N = 2189)



Source : OSH, 2004

Il conviendrait cependant de confronter les données récoltées sur base des déclarations des jeunes à des données objectives (sur base du registre de présence, par exemple) et à des données récoltées auprès des professeurs car lors de la matinée organisée par l'OSH, il est apparu que les professeurs rapportent un absentéisme plus important que celui déclaré par les élèves et en particulier, à certains moments de la semaine (le lundi matin, par exemple) et pour certaines activités telles que la piscine (Bizel, 2008).

### **Dispense du cours d'éducation physique et corpulence de l'élève**

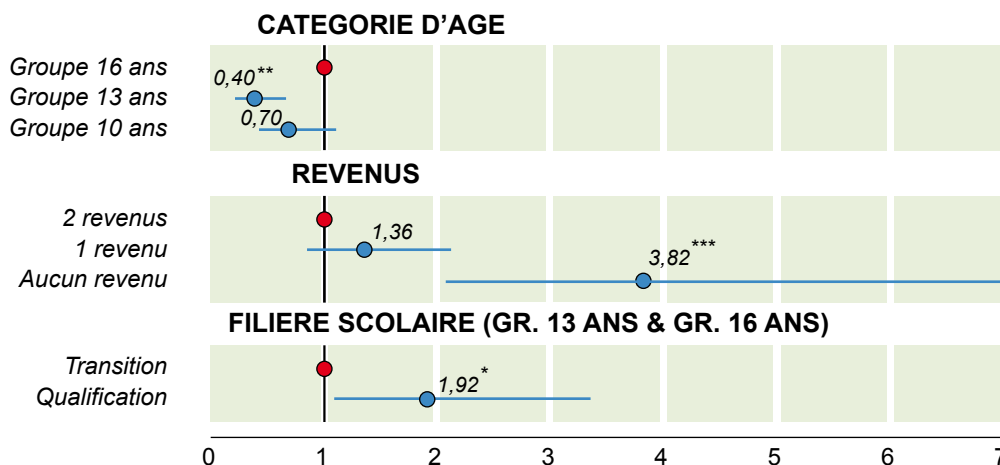
L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de lien significatif entre la dispense du cours d'éducation physique et la corpulence de l'élève : les jeunes présentant un surpoids ou une obésité ne sont pas plus souvent dispensés que les jeunes de corpulence normale.

## Dispense du cours d'éducation physique et facteurs associés

L'analyse multivariée confirme que les dispenses du cours d'éducation physique sont plus fréquentes chez les plus âgés et montre que les jeunes dont aucun parent ne travaille (12,6 %) sont nettement plus souvent dispensés du cours d'éducation physique que les jeunes dont les deux parents travaillent (4,7 %).

**Figure 3.31. Dispense du cours d'éducation physique à l'école et facteurs associés (N = 1769)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



La dispense du cours d'éducation physique varie aussi en fonction de la filière scolaire : la proportion de jeunes dispensés est plus élevée dans la filière de qualification (technique ou professionnelle) (9,2 %) que dans la filière de transition (générale ou technique) (4,7 %).

## Evolution 1997-2004

En 1997, 11 % des jeunes déclaraient être dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête. En sept ans, cette proportion a fortement diminué puisqu'elle n'est plus que de 6,0 % en 2004. L'évolution à la baisse est significative pour l'ensemble des jeunes excepté pour les garçons de 16 ans pour lesquels la proportion reste stable.

**Tableau 3.10. Evolution des proportions de jeunes qui déclarent être dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Groupe 10 ans	17,7	6,2	14,9	5,7
Groupe 13 ans	10,1	4,1	7,4	4,4
Groupe 16 ans	7,2	7,9	9,4	7,6

Source : OSH, 1997-2004

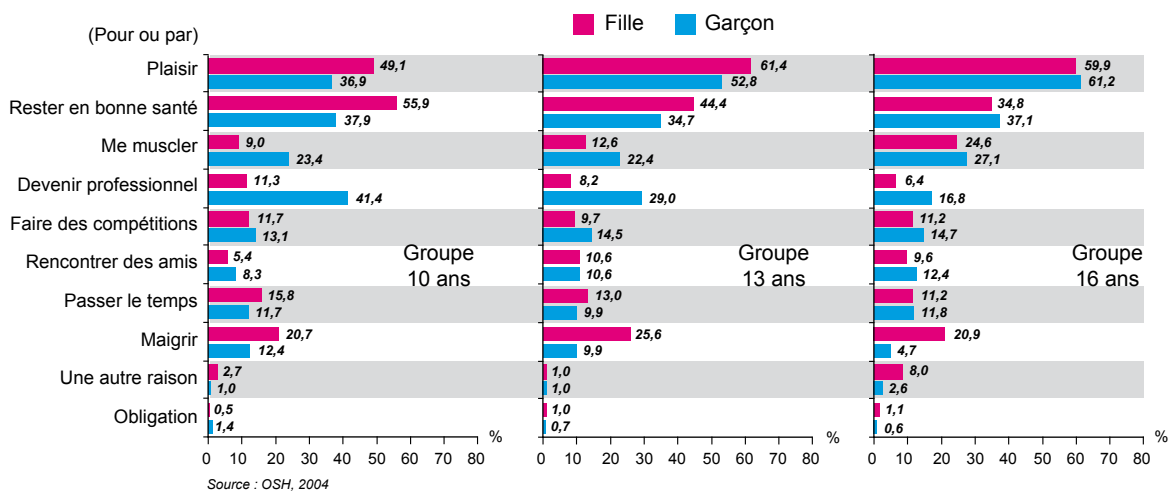
## 2.3. Les motivations des jeunes : pourquoi les jeunes font-ils ou ne font-ils pas de sport ?

Il a été demandé aux jeunes Hainuyers qui pratiquent du sport en dehors de l'école de choisir, parmi dix propositions, deux raisons qui les incitent à la pratique sportive. De la même manière, il a été demandé aux jeunes Hainuyers ne pratiquant pas de sport en dehors de l'école, de sélectionner deux items parmi dix propositions qui expliquent pourquoi ils ne font pas de sport. Malgré les consignes, certains jeunes n'ont donné qu'une seule réponse. Ce qui explique pourquoi les totaux par catégorie d'âge et de sexe sont inférieurs à 200 %.

### Pour quelles raisons faire du sport ?

Globalement, la raison la plus souvent citée en faveur de la pratique du sport est le plaisir (53 %), suivie de rester en bonne santé (40 %), se muscler (21 %) et devenir sportif professionnel (21 %).

**Figure 3.32. Répartition des jeunes en fonction de leurs deux motivations principales à pratiquer du sport en dehors de l'école (N = 1549)**



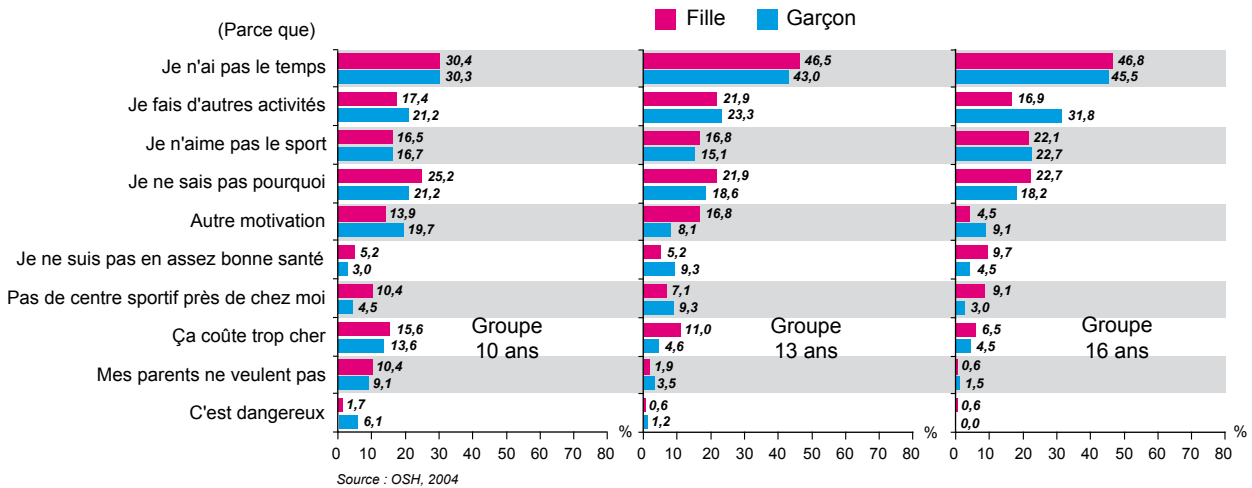
Chez les garçons, la notion de plaisir est davantage citée par les plus âgés (61 % des garçons de 16 ans), à l'inverse de l'envie de devenir sportif professionnel qui diminue avec l'âge (42 % des garçons de 10 ans). Être en bonne santé est une des deux motivations les plus présentes à tout âge.

Chez les filles, le plaisir est plus présent dès l'âge de 13 ans (61 %), alors que rester en bonne santé diminue avec l'âge (56 % à 10 ans et 35 % à 16 ans). Se muscler est bien plus fréquemment cité chez les 16 ans (25 %) que chez les plus jeunes et, maigrir est cité par au moins une fille sur 5, comme étant un des deux incitants principaux à la pratique sportive.

## Pour quelles raisons ne pas faire de sport ?

Parmi les réponses données afin d'expliquer pourquoi le jeune Hainuyer ne fait pas de sport en dehors de l'école, les plus fréquentes sont le manque de temps (41 %), l'absence de raison particulière (22 %), la pratique d'autres activités (21 %), ainsi que le fait de ne pas aimer le sport (18 %).

**Figure 3.33. Répartition des jeunes en fonction de leurs deux motivations principales à ne pas pratiquer du sport en dehors de l'école (N = 642)**



Chez les filles comme chez les garçons, le manque de temps est plus fréquemment invoqué au fur et à mesure que l'âge augmente. La présence d'autres activités est plus souvent citée par les garçons, surtout chez les plus âgés. Plus d'une fille sur 5 ne donne pas de raison particulière à la non pratique du sport. A 10 ans, 10 % des jeunes déclarent ne pas faire du sport car leurs parents ne le veulent pas, proportion qui chute fortement avec l'âge pour les deux sexes.

## 2.4. Influence des autres loisirs sur la pratique sportive

Pratiquer une activité organisée non sportive, regarder la télévision ou passer du temps devant un ordinateur ou une console de jeux a-t-il une influence sur la pratique sportive des jeunes ?

### Activités organisées non sportives

La participation à des activités non sportives influence différemment la pratique du sport selon le sexe : il n'y a pas d'influence pour les garçons, par contre les filles qui déclarent participer à des activités organisées non sportives pratiquent plus fréquemment une activité sportive.

**Tableau 3.11. Proportions de jeunes pratiquant une activité sportive en dehors de l'école en fonction de la participation à des activités organisées non sportives (N = 2132)**

%	Garçon		Fille	
	Pratiquant une activité organisée non sportive	Ne pratiquant aucune activité organisée non sportive	Pratiquant une activité organisée non sportive	Ne pratiquant aucune activité organisée non sportive
Pratiquant une activité sportive	79,7	82,0	66,3	55,1

Source : OSH, 2004

Le manque de temps est une raison fréquemment citée pour ne pas faire du sport. Parmi les jeunes qui déclarent ne pas faire de sport par manque de temps (29,3 % de l'ensemble des jeunes interrogés), seuls 35 % d'entre eux déclarent participer à des activités organisées non sportives. Cette proportion est similaire pour ceux qui invoquent d'autres raisons de ne pas faire de sport.

La participation à des loisirs organisés non sportifs est détaillée dans le paragraphe 2.6. "Les autres loisirs organisés".

### Télévision

Le fait de regarder la télévision plus de 2 heures par jour les jours d'école ou plus de 4 heures les jours sans école n'influence pas la pratique d'une activité physique en dehors de l'école chez les garçons de 13 et 16 ans mais bien chez les filles du même âge: les proportions de filles qui déclarent pratiquer une activité sportive sont plus élevées parmi les filles qui regardent moins la télévision.

**Tableau 3.12. Proportions de jeunes de 13 et 16 ans<sup>(9)</sup> pratiquant une activité sportive en dehors de l'école en fonction du nombre d'heures passées devant la télévision** (plus ou moins de 2 heures par jour les jours d'école et plus ou moins de 4 heures par jour les jours sans école)

%	Jours d'école (N=1 334)				Jours sans école (N=1 313)			
	Garçon		Fille		Garçon		Fille	
	< 2 h	≥ 2 h	< 2 h	≥ 2 h	< 4 h	≥ 4 h	< 4 h	≥ 4 h
Pratique une activité sportive	82,1	81,3	63,7	50,1	83,2	73,3	62,9	50,2

Source : OSH, 2004

Parmi les jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent ne pas faire de sport par manque de temps, 58,2 % déclarent regarder la télévision plus de 2 heures par jour les jours d'école et 49,2 % plus de 4 heures les jours sans école.

L'analyse du comportement des jeunes Hainuyers par rapport à la télévision fait l'objet du paragraphe 2.7.1. "La télévision".

9. La question sur le nombre d'heures passées devant la télévision n'a pas été posée aux jeunes de 10 ans.

## Ordinateur et consoles de jeux

Passer du temps devant un ordinateur ou une console de jeux (plus de 2 heures par jour les jours d'école et plus de 4 heures les jours sans école) influence la pratique sportive des filles en dehors de l'école mais pas celle des garçons. Tout comme pour la télévision, on observe une plus forte proportion de filles qui pratiquent une activité sportive en dehors de l'école lorsqu'elles passent moins de temps devant l'ordinateur.

**Tableau 3.13. Proportions de jeunes pratiquant une activité sportive en dehors de l'école en fonction du nombre d'heures passées devant un ordinateur ou une console de jeux** (plus ou moins de 2 heures par jour les jours d'école et plus ou moins de 4 heures par jour les jours sans école)

%	Jours d'école (N=2 072)				Jours sans école (N=2 016)			
	Garçon		Fille		Garçon		Fille	
	< 2 h	≥ 2 h	< 2 h	≥ 2 h	< 4 h	≥ 4 h	< 4 h	≥ 4 h
Pratique une activité sportive	81,5	80,1	62,0	51,5	81,9	80,1	63,0	50,8

Source : OSH, 2004

Parmi les jeunes qui déclarent ne pas faire de sport par manque de temps, 24,9 % déclarent passer plus de 2 heures par jour devant un ordinateur les jours d'école et 25,4 % plus de 4 heures par jour les jours sans école.

Le temps que les jeunes déclarent passer devant un ordinateur ou une console de jeux est analysé dans le paragraphe 2.7.2. "L'ordinateur et les consoles de jeux".



## 2.5. La pratique sportive des parents et l'influence parentale

### Pratique sportive des parents et pratique sportive régulière des jeunes

55,7 % des jeunes Hainuyers interrogés déclarent qu'aucun de leurs parents ne pratique de sport régulièrement, 29,8 % déclarent qu'un seul de leurs parents pratique un sport au moins une fois par semaine et 14,5 % que c'est le cas des deux parents.

L'association entre le fait de pratiquer régulièrement (au moins une fois par semaine) un sport en dehors de l'école et la pratique régulière (au moins une fois par semaine) d'un sport par les parents est hautement significative. Ainsi en moyenne, lorsque aucun des deux parents ne fait du sport, 55,8 % des jeunes pratiquent régulièrement un sport, lorsqu'un des deux parents pratique régulièrement un sport, 75,8 % des jeunes en pratiquent également ; lorsque les deux parents en pratiquent, 87,1 % des jeunes en pratiquent également.

**Tableau 3.14. Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en dehors de l'école** (au moins une fois par semaine) **en fonction de la pratique sportive de leurs parents** (N = 1710)

%	Pratique sportive des jeunes	
	Garçon	Fille
Jamais ou pratiquement jamais	69,6	40,3
Un des deux en fait régulièrement	82,8	67,5
Les deux en font régulièrement	93,0	79,4

Source : OSH, 2004

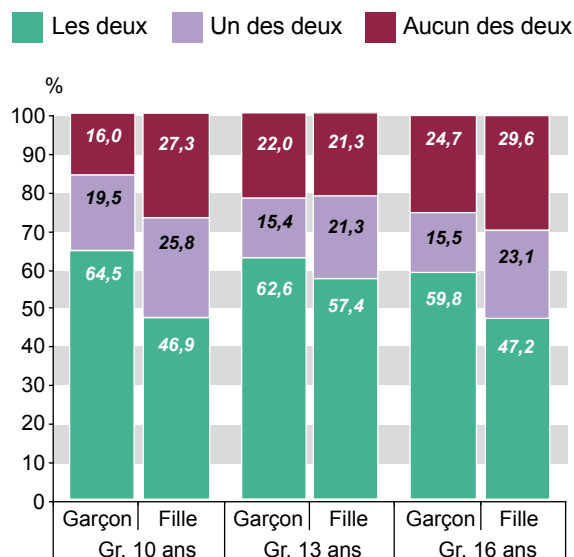
Bien que cette association soit hautement significative pour les garçons comme pour les filles, elle est encore plus forte chez les filles. En effet, les jeunes Hainuyères sont seulement 40,3 % à pratiquer régulièrement un sport quand leurs parents n'en pratiquent pas. Elles sont, par contre, pratiquement le double à faire régulièrement du sport lorsque leurs deux parents en font aussi.

En outre, tant la pratique sportive régulière du père que la pratique sportive régulière de la mère sont associées positivement à la pratique régulière d'un sport chez l'enfant.

## Influence parentale sur la pratique sportive régulière des jeunes

Globalement, 23,4 % des jeunes Hainuyers déclarent qu'aucun de leurs deux parents ne les encourage à faire du sport, 19,9 % indiquent qu'un des deux parents et 56,7 % que leurs deux parents les encouragent à pratiquer un sport.

**Figure 3.34. Répartition des jeunes en fonction des recommandations parentales de pratiquer du sport (N = 2073)**



Source : OSH, 2004

Pour toutes les catégories d'âge, l'encouragement des deux parents à pratiquer un sport est plus fréquent chez les garçons (62,2 %) que chez les filles (50,6 %) et l'absence de recommandation est globalement plus présente chez les filles (26,0 %) que chez les garçons (21,0 %).

L'association entre la pratique sportive des jeunes et la recommandation parentale de faire du sport est significative. La proportion des jeunes Hainuyers pratiquant régulièrement un sport en dehors de l'école grimpe à 63,3 % chez les filles et à 83,1 % chez les garçons lorsque les deux parents le recommandent.

**Tableau 3.15. Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en dehors de l'école (au moins une fois par semaine) en fonction de la recommandation parentale de faire du sport (N = 2073)**

Recommandation parentale	Pratique sportive des jeunes (%)	
	Garçon	Fille
Aucun des deux parents	64,9	41,1
Un des deux parents	67,8	45,4
Les deux parents	83,1	63,3

Source : OSH, 2004

Lorsqu'un seul parent recommande la pratique sportive, on ne peut conclure à une association positive entre la recommandation parentale et la pratique régulière d'un sport par l'enfant en dehors de l'école.

Dans le cas où les mères recommandent la pratique d'un sport à leur fille et qu'elles en font elles-mêmes régulièrement, on observe que 82 % des jeunes filles exercent un sport de manière régulière en dehors de l'école, proportion bien supérieure à la moyenne de 53 % de filles pratiquant un sport. Chez les garçons, la recommandation et la pratique d'un sport par le père correspond à un taux de pratique régulière d'un sport de près de 90 % chez les garçons.

Lorsque les deux parents recommandent de faire du sport sans qu'aucun des deux n'en pratique, on observe un taux de pratique sportive régulière de 78 % chez les garçons et de 52 % chez les filles. Mais lorsque les deux parents exercent et recommandent la pratique sportive, ces taux grimpent à 94 % chez les garçons et à 84 % chez les filles.

### **Pratique et recommandation parentales du sport et facteurs associés**

D'après les déclarations des enfants, les pères ont davantage tendance à inciter les garçons que les filles à faire du sport. Les mères recommandent moins de faire du sport aux jeunes de 16 ans qu'aux jeunes des deux tranches d'âges inférieures.

La pratique sportive des parents et la recommandation parentale sont toutes deux influencées par certains facteurs socio-économiques. Ainsi, le nombre de revenus dans la famille intervient autant dans la propre pratique sportive des parents que dans l'incitation à faire du sport chez les enfants : les parents ne disposant d'aucun ou d'un seul revenu professionnel pratiquent moins de sport que les autres et les parents n'ayant aucun revenu professionnel incitent moins leurs enfants à en faire que les parents qui ont deux revenus.

Lorsque le père travaille en tant que travailleur manuel, qualifié ou non, ou en tant qu'employé peu qualifié, la pratique sportive parentale diminue par rapport aux familles dont le père exerce une profession libérale ou de cadre.

En outre, les pères, en situation de famille monoparentale ou recomposée, ont tendance à moins recommander la pratique du sport à leurs enfants.

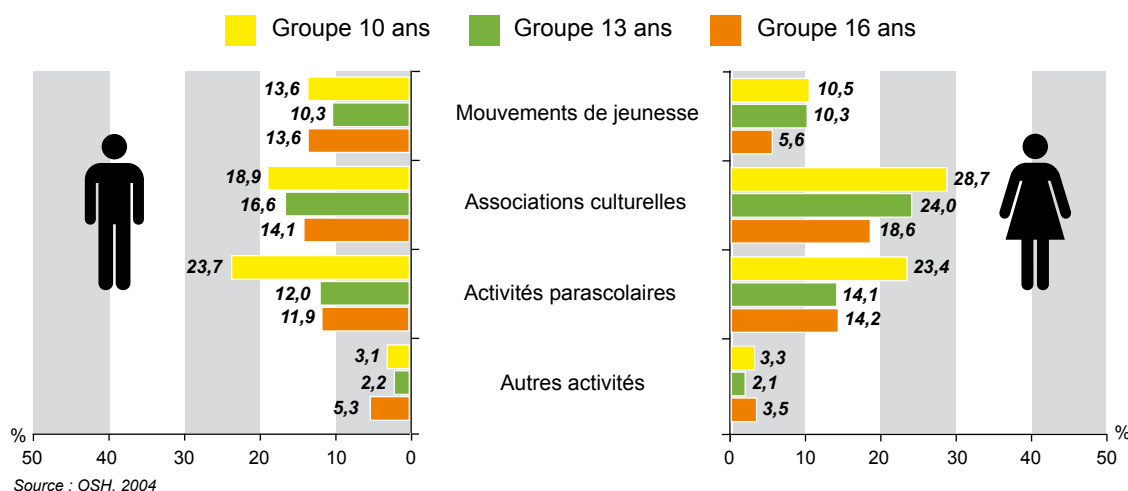
Enfin, les parents des jeunes de l'enseignement de qualification font moins fréquemment du sport que les parents des jeunes de l'enseignement de transition.

## 2.6. Les autres loisirs organisés

Pour avoir une vision globale des activités de loisirs des jeunes Hainuyers, une question de l'enquête portait sur les activités organisées non sportives auxquelles ils participaient en dehors de l'école.

Globalement, près de 4 jeunes Hainuyers sur 10 déclarent participer à au moins une activité non sportive organisée en dehors de l'école. 20 % des jeunes Hainuyers participent à des activités culturelles (musique, dessin, théâtre...), 16 % à des activités parascolaires (cours complémentaires, leçons particulières, informatique, langues...) et 11 % font partie d'un mouvement de jeunesse (patro, scoutisme...). Les autres activités auxquelles participent les jeunes sont : activités manuelles, engagement politique et social, travail et formation, activités ludiques, catéchisme...

**Figure 3.35. Participation des jeunes aux activités non sportives en dehors de l'école (N = 2132)**



Les filles privilégient davantage les activités culturelles que les garçons. Elles quittent plus jeunes les mouvements de jeunesse que les garçons. Pour le reste, on observe peu de différences entre les sexes.

La participation à des activités non sportives en dehors de l'école diminue avec l'âge, surtout pour la participation à des activités parascolaires.

## Activité organisée non sportive et facteurs associés

L'analyse multivariée montre, après ajustement sur l'âge et sur les facteurs socio-économiques, que l'association entre le sexe et la participation à des activités organisées non sportives en dehors de l'école est à la limite de la signification statistique ( $p = 0,05$ ) : 37,5 % des garçons et 40,0 % des filles participent à au moins une activité de ce type.

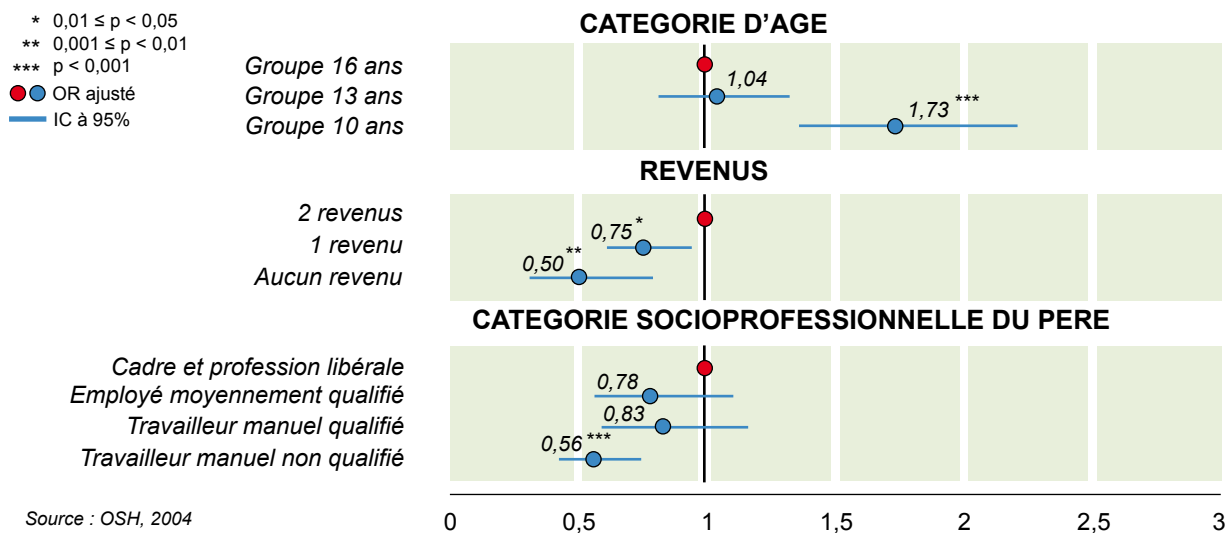
Par contre, le lien avec l'âge est significatif : à 10 ans, 46,7 % des jeunes participent à une activité organisée non sportive contre 34,0 % à 16 ans.

La participation à des activités non sportives en dehors de l'école ne varie pas en fonction de la filière scolaire mais elle est associée aux facteurs socio-économiques.

Les jeunes Hainuyers dont la famille ne dispose d'aucun revenu du travail (30,7 %) ou d'un seul revenu du travail (35,2 %), déclarent moins fréquemment pratiquer une activité organisée non sportive que les jeunes dont les deux parents travaillent (43,5 %). C'est également le cas des jeunes dont le père exerce une profession de travailleur manuel non qualifié (34,0 %) par rapport aux jeunes dont le père exerce une profession libérale ou de cadre (49,0 %).



**Figure 3.36. "Participer à au moins une activité organisée non sportive en dehors de l'école" et facteurs associés (N = 1725)**



De plus, la participation aux activités non sportives organisées en dehors de l'école est fortement influencée par le nombre d'heures passées devant la télévision, l'ordinateur et les consoles de jeux. La participation est en effet plus fréquente parmi les jeunes qui regardent la télévision moins de 2 heures par jour les jours d'école (37,0 % contre 30,7 %), moins de 4 heures par jour les jours sans école (37,1 % contre 28,3 %) et parmi les jeunes qui consacrent à l'ordinateur et aux consoles de jeux moins de 2 heures par jour les jours d'école (39,9 % contre 33,6 %) et moins de 4 heures par jour les jours sans école (39,6 % contre 34,1 %).

## Evolution 1997-2004

Entre 1997 et 2004, la participation à des activités organisées non sportives en dehors de l'école concerne 10 % de jeunes en moins : 49 % en 1997 et 40 % en 2004. Les jeunes sont, proportionnellement, toujours autant attiré par les activités artistiques et culturelles, et plus par les autres activités (informatique, langue...). Par contre, ils sont moins intéressés par les mouvements de jeunesse.



**Tableau 3.16. Evolution des proportions de jeunes qui participent à des activités organisées non sportives en dehors de l'école, par type d'activité**

%	1997	2004
Activités artistiques, culturelles	21,8	19,9
Mouvements de jeunesse	16,4	10,7
Activités parascolaires	9,7	16,4
Autres activités	10,4	3,3

Source : OSH, 1997-2004

## 2.7. Le temps devant un écran

Les jeunes consacrent de plus en plus de leur temps aux activités sédentaires : télévision, ordinateur et jeux vidéo. Simultanément, ils consacrent moins de temps aux loisirs actifs. Non seulement, ils ne retirent pas les bénéfices de l'activité physique sur leur santé mais en plus, les activités sédentaires engendrent des comportements défavorables à la santé (tendance au grignotage et à la consommation d'aliments trop gras ou trop sucrés, notamment sous l'influence de la publicité (Ludwig, 2004) et il semblerait même que les activités sédentaires apporteraient leurs propres effets délétères (modification de la distribution de la masse grasse pour une plus grande accumulation au niveau de l'abdomen (Oppert, 2003), moins bonne santé physique (Hancox, 2004)).

Sachant qu'une habitude acquise dans l'enfance et l'adolescence a tendance à persister à l'âge adulte (Hancox, 2004), il est important d'inclure, dans tout programme de promotion de l'activité physique, des actions en vue de réduire les activités et les comportements sédentaires au profit d'un mode de vie plus actif.

### 2.7.1. La télévision

#### Le nombre d'heures de télévision

Globalement, 95 % des jeunes Hainuyers interrogés déclarent regarder habituellement la télévision les jours d'école et 96 % les jours où il n'y a pas école. En 1997, il y avait un peu moins de 90 % de jeunes téléspectateurs réguliers les jours d'école.

Seuls les jeunes de 13 et 16 ans ont été interrogés sur le temps qu'ils passaient devant la télévision, soit en moyenne, 2 heures 15 minutes les jours d'école et 3 heures 42 minutes les jours sans école.

**Tableau 3.17. Temps quotidien moyen passé à regarder la télévision**

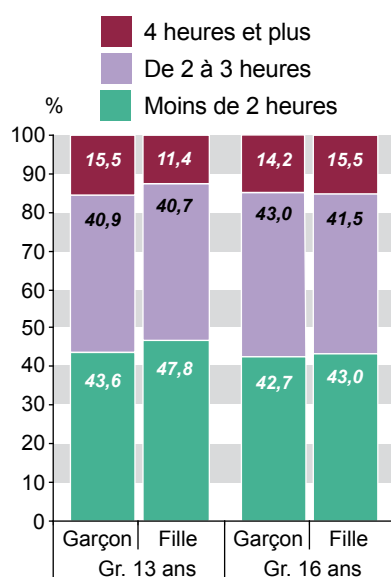
hh:mm	N	Garçon		Fille	
		Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans
Jours d'école	1 334	02:20	02:15	02:09	02:17
Jours sans école	1 313	03:51	03:26	03:38	03:56

Source : OSH, 2004

Si l'on se réfère aux recommandations de l'Académie américaine de Pédiatrie (Hancox, 2004), les jeunes ne devraient pas regarder la télévision plus de 2 heures par jour.

En se basant sur des seuils arbitraires de 2 et 4 heures de télévision par jour, on observe que les jours d'école, 44 % des jeunes Hainuyers de 13 et 16 ans regardent la télévision moins de 2 heures par jour ; 42 % entre 2 et 3 heures et 14 % plus de 4 heures. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons, ni entre les jeunes de 13 ans et 16 ans.

**Figure 3.37. Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures de télévision les jours d'école**  
(N = 1334)



Source : OSH, 2004

En France, l'enquête HBSC de 2006 donne des durées moyennes consacrées à regarder la télévision les jours d'école plus élevées que celles calculées pour les jeunes Hainuyers : 2 heures 56 minutes pour les garçons de 13 ans, 2 heures 39 minutes pour les filles de 13 ans, 2 heures 49 minutes pour les garçons de 15 ans et 2 heures 38 minutes pour les filles de 15 ans (Godeau, 2008).

L'enquête HBSC de 2006 a, par ailleurs, montré que les jeunes de la Communauté française étaient les plus faibles consommateurs de télévision après le Luxembourg et la Suisse. Les jeunes du Hainaut ne se distinguent pas du reste de la Communauté française. En effet, toujours selon l'enquête HBSC de 2006, 46,9 % des jeunes de la Communauté française passent moins de 2 heures par jour devant la télévision les jours d'école, 36,9 % entre 2 et 3 heures et 26,2 % 4 heures et plus (Favresse, 2008). Ces résultats sont semblables à ceux observés pour le Hainaut.

Les jeunes de 13 et 16 ans regardent sensiblement plus la télévision les jours où il n'y a pas école que les jours d'école et la proportion de jeunes qui la regardent moins de 2 heures par jour chute de 44 % les jours d'école à 18 % les jours sans école.

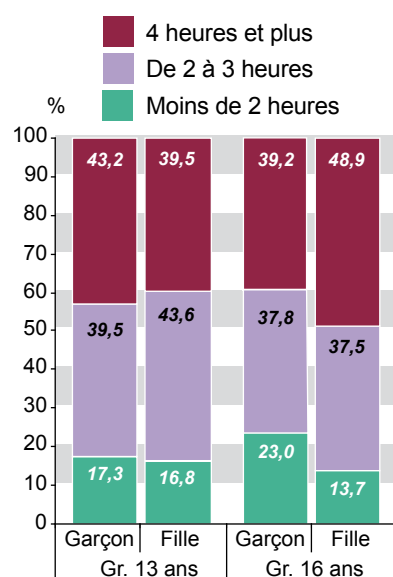
En effet, les jours où il n'y a pas école, ils sont près de 45 % à la regarder 4 heures et plus par jour, plus de 40 % à la regarder de 2 à 3 heures, et 15 % moins de 2 heures.

Alors que la durée de consommation télévisuelle tend à diminuer avec l'âge chez les garçons, elle a tendance à croître chez les filles. A 16 ans, plus d'une fille sur 2 regarde la télévision plus de 4 heures par jour lorsqu'il n'y a pas école.



**Figure 3.38. Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures de télévision les jours sans école**

(N = 1313)



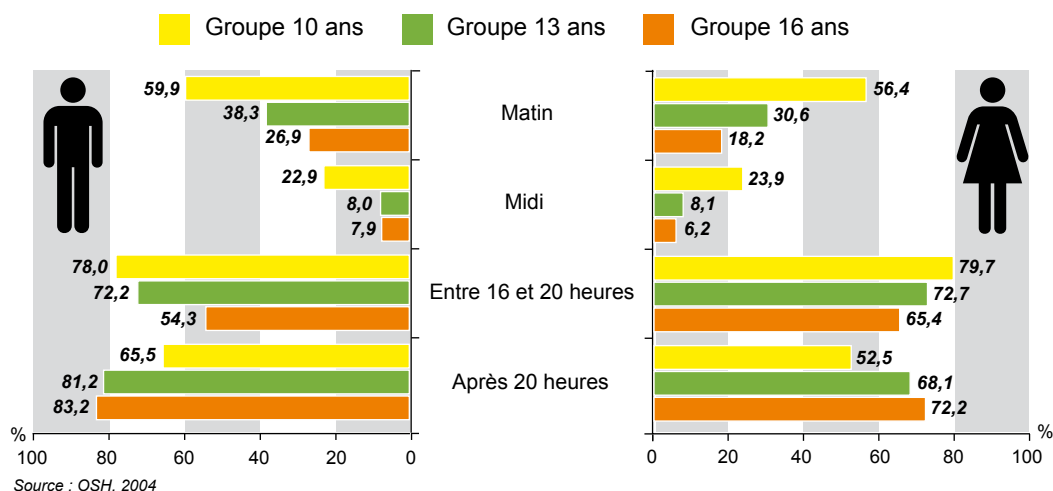
Source : OSH, 2004



## A quel moment le jeune regarde-t-il la télévision les jours d'école ?

Les jours d'école, 38 % des jeunes Hainuyers interrogés (10, 13 et 16 ans) regardent la télévision le matin, 13 % le midi, 70 % entre 16 heures et 20 heures et 71 % après 20 heures. Les garçons regardent plus la télévision le matin et après 20 heures que les filles. Avec l'âge, les jeunes, filles et garçons, regardent moins fréquemment la télévision le matin, le midi ou entre 16 heures et 20 heures mais davantage après 20 heures.

**Figure 3.39. Proportions de jeunes qui regardent la télévision aux différentes périodes de la journée les jours d'école (N = 2180)**



Parmi les jeunes Hainuyers qui regardent la télévision les jours d'école, ils sont 30 % à ne la regarder qu'au cours d'une des quatre périodes considérées (matin, midi, après 16 heures, après 20 heures), 41 % à la regarder deux fois par jour, 25 % à la regarder trois fois par jour et enfin, 5 % à la regarder aux quatre périodes considérées.

Ce sont les plus âgés qui regardent la télévision sur le moins de périodes différentes au cours de la journée, au contraire des plus jeunes qui sont les plus enclins à la regarder 3 à 4 fois par jour.

Les différences s'expliquent en partie par le fait que l'école secondaire est bien souvent plus éloignée du domicile du jeune que l'école primaire et que cet éloignement demande de quitter plus tôt et rentrer plus tard au domicile et empêche le jeune de rentrer chez lui sur le temps de midi.

## Regarder la télévision plus de 2 heures par jour et facteurs associés

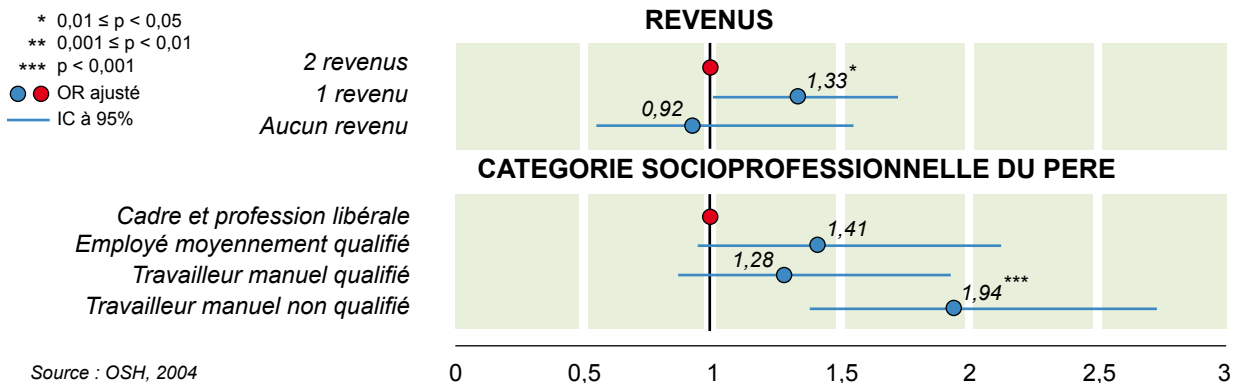
L'analyse multivariée n'a été réalisée que pour les jeunes de 13 et 16 ans. Aucune association n'a été mise en évidence entre le fait de regarder plus de 2 heures par jour la télévision les jours d'école et l'âge ou le sexe.

Par contre, les jeunes dont la famille ne dispose que d'un seul revenu du travail (60,3 %) déclarent plus fréquemment regarder la télévision au moins 2 heures par jour les jours d'école que les jeunes dont la famille dispose de deux revenus (51,3 %) et les jeunes dont le père exerce un travail manuel non qualifié (60,4 %) déclarent également plus fréquemment regarder plus de 2 heures la télévision les jours où il y a école que les enfants dont le père exerce une profession libérale ou de cadre (43,7 %).



**Figure 3.40. "Regarder la télévision 2 heures ou plus par jour les jours d'école" et facteurs associés**

(N = 1101)



Si l'analyse se concentre sur le fait de regarder plus de 4 heures par jour la télévision les jours où il n'y a pas école, l'association avec le revenu devient non significative, l'association avec la catégorie socioprofessionnelle se maintient (48,0 % des jeunes regardent la télévision plus de 4 heures par jour les jours sans école quand le père est ouvrier non qualifié contre 31,0 % quand le père est cadre ou exerce une profession libérale) et une association avec la filière scolaire apparaît : 48,0 % des jeunes qui suivent un enseignement de qualification passent plus de 4 heures par jour devant la télévision les jours où il n'y a pas école contre 40,5 % des jeunes de l'enseignement de transition.

## Télévision, corpulence et satisfaction par rapport à son corps

Les données de l'enquête de 2004 ne permettent pas de mettre en évidence un lien significatif entre le fait de regarder la télévision et la surcharge pondérale ou l'insatisfaction par rapport au corps alors que ce lien apparaissait dans l'enquête transfrontalière de 1997 et chez les jeunes de la Communauté française (Favresse, 2008).

Ces résultats ne correspondent pas à nos attentes puisque les jeunes en surcharge pondérale ou insatisfaits par rapport à leur corps pratiquent moins d'activité sportive et qu'il y a une substitution partielle du temps consacré à l'activité physique par du temps consacré à regarder la télévision (voir paragraphe 2.4. "Influence des autres loisirs sur la pratique sportive").

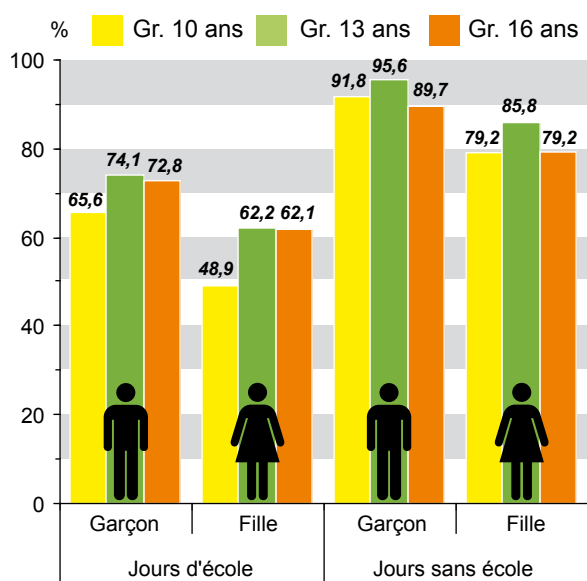
## 2.7.2. L'ordinateur et les consoles de jeux

Globalement, 7 garçons sur 10 et 6 filles sur 10 utilisent un ordinateur ou une console de jeux les jours de classe et 9 garçons sur 10 et 8 filles sur 10 les jours où il n'y a pas école.

Qu'il s'agisse des jours avec ou sans classe, à tout âge, les garçons sont toujours plus nombreux à jouer à l'ordinateur ou à la console de jeux que les filles.

Les plus fortes proportions sont observées pour les garçons de 13 ans et les plus faibles pour les filles de 10 ans.

**Figure 3.41. Proportions de jeunes qui utilisent l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école (N = 2122) et les jours sans école (N = 2107)**



Source : OSH, 2004

## Le nombre d'heures passées devant l'ordinateur ou la console de jeux

En moyenne, les jeunes passent 1 heure 10 minutes devant leur ordinateur ou leur console de jeux les jours d'école et 2 heures 36 minutes, les jours sans école, mais les durées moyennes varient en fonction du sexe et de l'âge.

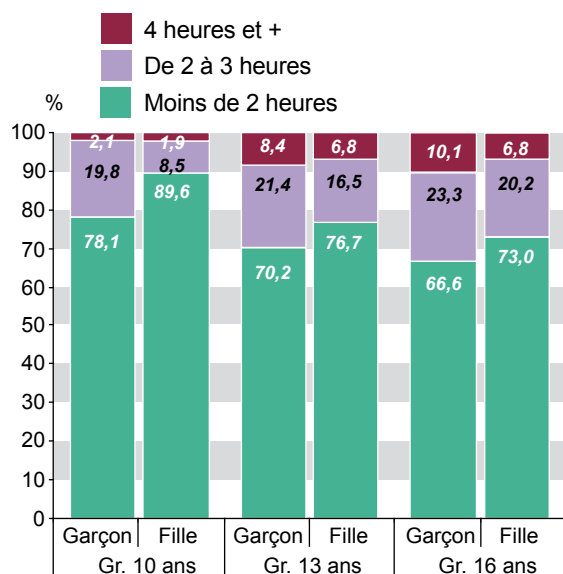
**Tableau 3.18.** Temps quotidien moyen passé devant l'ordinateur ou la console de jeux

hh:mm	N	Garçon			Fille		
		Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans
Jours d'école	2 072	01:02	01:28	01:29	00:40	01:07	01:10
Jours sans école	2 016	02:19	03:16	03:17	01:42	02:27	02:20

Source : OSH, 2004

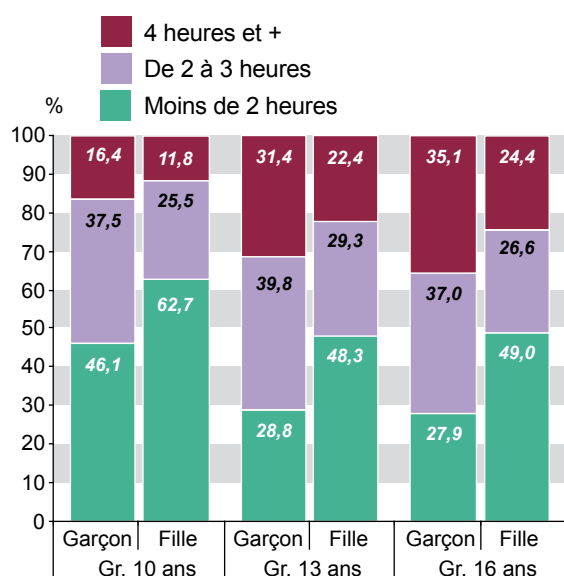
La proportion de jeunes qui utilisent leur ordinateur ou leur console de jeux au moins 2 heures par jour, les jours d'école (voir figure 3.42.) comme les jours sans école (voir figure 3.43.), augmente avec l'âge pour concerner, dès 13 ans, 28 % des garçons et 20 % des filles les jours d'école, et plus de 70 % des garçons et plus de 50 % des filles les jours où il n'y a pas école. Une nouvelle fois, on constate que c'est vers l'âge de 13 ans que les changements de comportements sont les plus importants.

**Figure 3.42.** Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures passées devant l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école (N = 2072)



Source : OSH, 2004

**Figure 3.43. Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures passées devant l'ordinateur ou la console de jeux les jours sans école (N = 2016)**

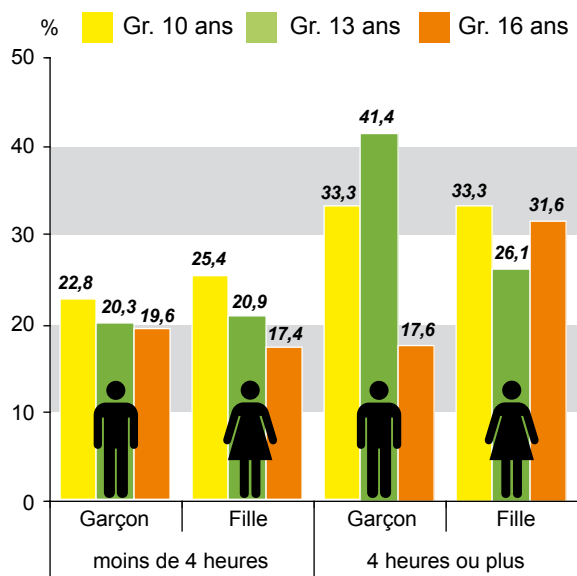


Source : OSH, 2004

## Ordinateur, corpulence et satisfaction par rapport à son corps

Le temps consacré à l'ordinateur et aux consoles de jeux est significativement lié à la surcharge pondérale et à la satisfaction par rapport à son corps alors que ces liens n'étaient pas significatifs pour le temps passé devant la télévision.

**Figure 3.44. Proportions de jeunes qui présentent une surcharge pondérale en fonction du fait qu'ils passent plus ou moins de 4 heures par jour devant l'ordinateur les jours d'école (N = 1854)**



Source : OSH, 2004

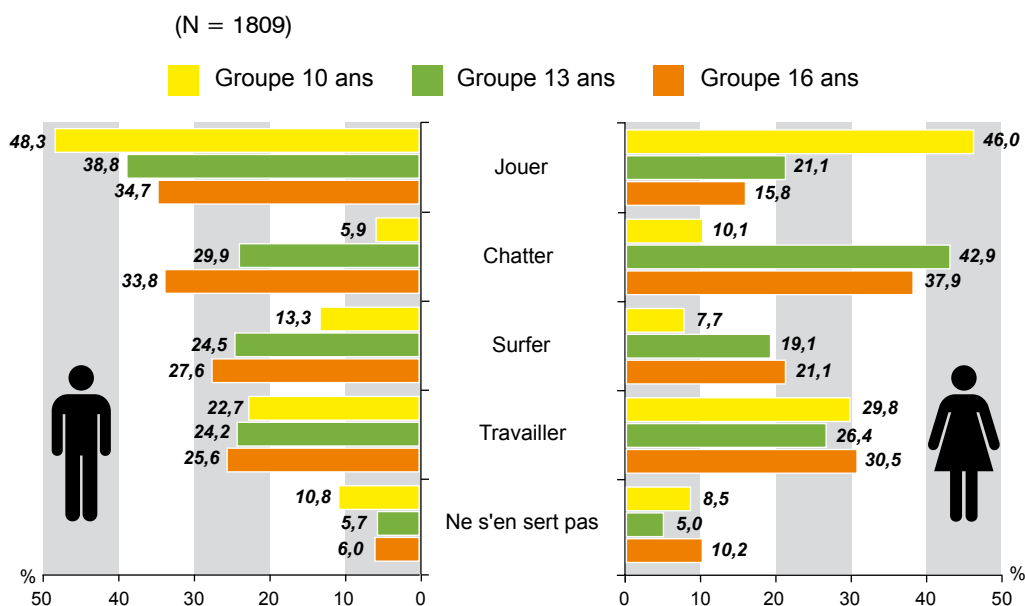
## L'équipement PC et Internet

En 2004, 83 % des jeunes Hainuyers interrogés déclarent la présence d'un ordinateur à la maison et 71,4 % d'entre eux ont accès à Internet.

A tout âge, le taux d'équipement déclaré par les garçons est toujours supérieur à celui des filles. Il croît significativement entre 10 ans et 13 ans (pour les deux sexes).

Dans une étude réalisée par le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) en 2008, 89 % des jeunes Belges du primaire et du secondaire disposent d'une connexion Internet à domicile. Le taux d'équipement informatique avec connexion Internet se rapproche peu à peu des taux d'équipement en télévision (99 %) et radio (96 %) (Vandercammen, 2008).

**Figure 3.45. Répartition des jeunes en fonction de leur utilisation principale de l'ordinateur à domicile**



Les jeunes qui disposent d'un ordinateur à domicile, l'utilisent essentiellement pour jouer (31 %), pour "chatter" (24 %), pour travailler et apprendre (23 %) et pour surfer sur Internet (14 %). 8 % des jeunes qui ont un ordinateur à domicile ne l'utilisent pas.

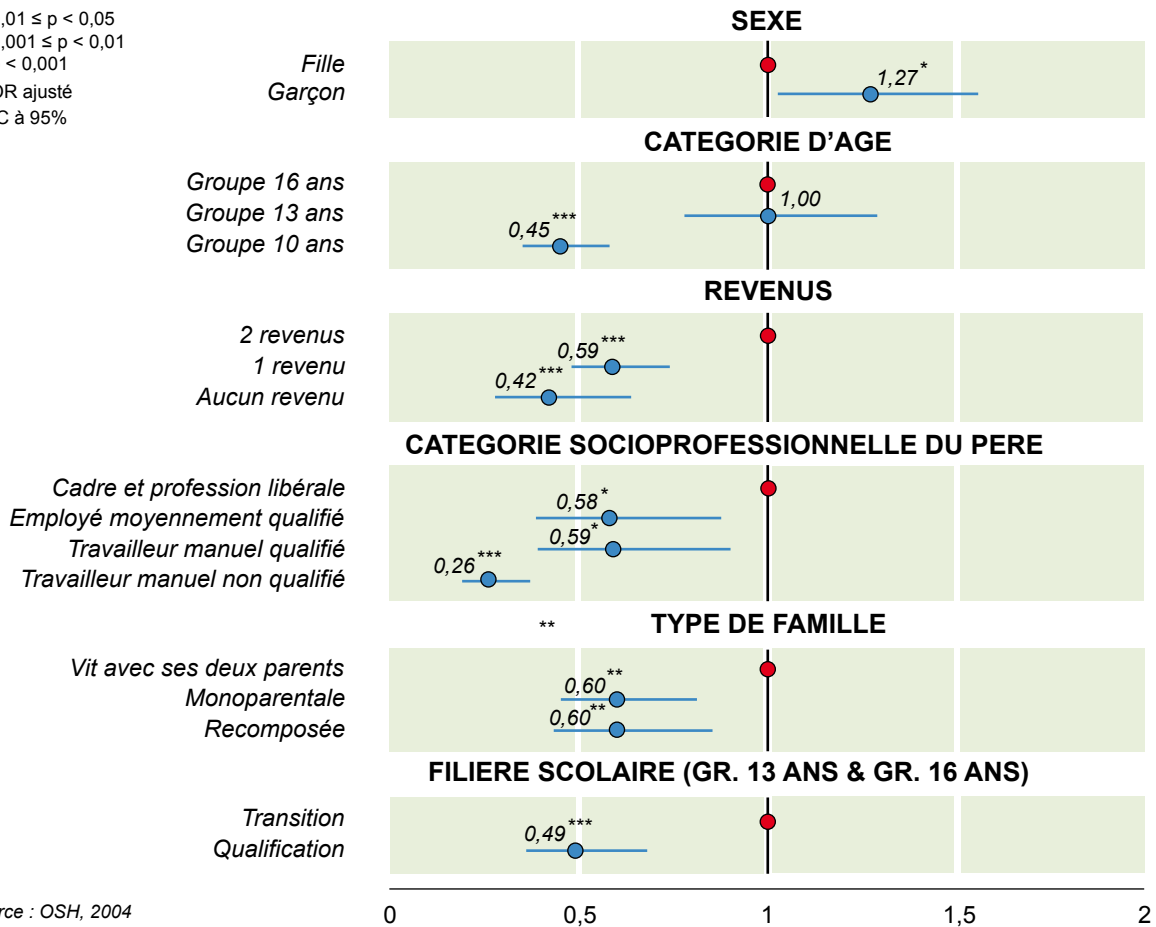
Avec l'âge, les jeunes utilisent moins leur ordinateur pour jouer mais plus pour "chatter", surtout les filles.

## Accès à Internet à domicile et facteurs associés

L'ensemble des variables introduites dans l'analyse multivariée sont associées à l'accès à Internet à domicile.

**Figure 3.46. Accès à Internet à domicile et facteurs associés (N = 1767)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



Source : OSH, 2004

Tout d'abord, l'accès à Internet est moins fréquent chez les filles (55,1 %) que chez les garçons (62,9 %) et parmi les jeunes de 10 ans (47,0 % contre 65,4 % à 16 ans).

Ensuite, l'accès à Internet à domicile est moins fréquent chez les jeunes dont la famille ne bénéficie d'aucun (43,9 %) ou d'un seul (50,8 %) revenu du travail que chez les jeunes dont la famille bénéficie de deux revenus du travail (68,9 %). Les jeunes Hainuyers dont le père exerce une profession de travailleur manuel non qualifié (48,3 %), travailleur manuel qualifié (72,5 %) ou d'employé moyennement qualifié (71,3 %) déclarent moins fréquemment disposer d'un accès à Internet à domicile que les enfants dont le père exerce une profession libérale ou de cadre (82,2 %).

En outre, les jeunes Hainuyers vivant dans une famille monoparentale (49,2 %) ou recomposée (50,2 %), déclarent moins fréquemment disposer d'un accès à Internet à domicile que les enfants vivant avec leurs deux parents (63,4 %).

Enfin, 49,4 % des jeunes de l'enseignement de qualification ont accès à Internet à domicile contre 70,9 % des jeunes de l'enseignement de transition.

Les résultats présentés ici sont basés sur des données de 2004. On aurait pu espérer que les inégalités relevées dans l'accès à Internet auraient disparu depuis suite à la démocratisation de l'équipement informatique et des télécommunications, mais l'étude menée en 2008 par le CRIOC, met encore en évidence un gradient socio-économique dans l'équipement informatique et l'accès à Internet (Vandercammen, 2008).

### **Lien entre activités physiques et temps passé devant un écran**

Les jeunes les plus actifs sont ceux qui passent le moins de temps devant un écran. Cette substitution entre activités physiques et activités sédentaires se marque significativement pour la pratique régulière (au moins une fois par semaine) d'une activité sportive en dehors de l'école, pour l'appartenance à un club sportif et pour la participation à au moins une activité non sportive organisée en dehors de l'école (activité artistique, culturelle, mouvement de jeunesse...).

Ainsi, on constate une plus grande pratique sportive parmi les jeunes qui regardent la télévision moins de 2 heures les jours d'école (68,8 % contre 63,5 %), moins de 4 heures les jours sans école (70,6 % contre 61,5 %), et parmi les jeunes qui passent moins de 4 heures par jour devant l'ordinateur les jours d'école (66,9 % contre 52,3 %).

L'appartenance à un club est plus fréquente parmi les jeunes qui regardent la télévision moins de 4 heures par jour les jours d'école (49,5 % contre 37,6 %) et les jours sans école (50,4 % contre 44,7 %).





### On retiendra...

- 19 % des garçons et 41 % des filles ne pratiquent pas une activité sportive en dehors de l'école. Chez les filles, ce pourcentage augmente avec l'âge.
  - 6 % des jeunes déclarent être dispensés du cours obligatoire d'éducation physique.
  - 3 garçons sur 5 et 2 filles sur 5 pratiquent un sport en club.
  - Entre 1997 et 2006, la pratique sportive en club diminue chez les garçons et reste stable chez les filles.
- 
- Les jeunes en surcharge pondérale ou non satisfaits de leur corps participent moins aux activités sportives en club.
  - La pratique du sport diminue quand le nombre d'heures passées devant la télévision, l'ordinateur ou la console de jeux augmente.
  - Les jeunes pratiquent du sport d'abord pour le plaisir et la santé ; ceux qui n'en pratiquent pas invoquent le manque de temps.
  - La pratique sportive des jeunes est plus faible lorsque les conditions socio-économiques sont moins favorables.
  - Le jeune est plus enclin à faire du sport quand ses parents pratiquent eux-mêmes une activité sportive et/ou lui recommandent d'en faire. La pratique et l'attitude des parents sont elles-mêmes liées aux conditions socio-économiques.
  - 4 jeunes sur 10 participent à des activités organisées non sportives.
  - La participation à des activités organisées non sportives diminue dans les milieux socio-économiquement moins favorables.
  - Environ un jeune sur 2 regarde la télévision plus de 2 heures par jour les jours d'école et plus de 4 heures les jours sans école. Le nombre d'heures passées devant la télévision est lié aux conditions socio-économiques mais pas à la corpulence, ni à la satisfaction par rapport au corps.
  - En 2004, 83 % des jeunes ont un ordinateur à domicile, 59 % ont accès à Internet. Ils l'utilisent surtout pour jouer et chatter.
  - Un jeune sur 4 passe plus de 2 heures sur l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école et un sur 4 plus de 4 heures les jours sans école.
  - Les jeunes en surcharge pondérale ou insatisfaits par rapport à leur corps passent plus de temps sur l'ordinateur.

## 3. Le tabac

Le tabac est un facteur de risque majeur pour la santé. Il serait responsable de 25 % des décès masculins et de 7 % des décès féminins survenus entre 1995 et 1997. Les maladies en cause sont essentiellement des cancers (cancers du poumon, des voies aéro-digestives...) et des maladies cardiovasculaires (OSH, 2006). Le tabac est une des principales causes évitables de ces maladies et des décès prématurés qui y sont liés (Peto, 1994 ; Coulon, 2003 ; Jha, 2006).

Par ailleurs, plus tôt une personne commence à fumer, plus elle sera susceptible d'être dépendante, d'avoir une forte consommation de tabac, d'éprouver des difficultés à arrêter de fumer, et plus de risque elle aura de développer des maladies liées au tabac (Warren, 2000; Renault, 2008; Bartsch, 2006; Chassin, 1990). En ce sens, la littérature souligne que l'immense majorité des gens qui fument ont pris cette habitude dans l'adolescence (Chassin, 1990 ; Bartsch, 2006 ; OMS, 2008).

Face à l'ampleur du tabagisme et aux coûts liés aux problèmes de santé qui en découlent, les pouvoirs publics, encouragés par l'OMS, ont déjà pris une série de mesures pour décourager la consommation de tabac, en particulier auprès des jeunes : interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les écoles (depuis le 01/09/2006), interdiction de vendre du tabac au moins de 16 ans (loi du 19 juillet 2004), augmentation du prix du tabac (augmentation marquée pour avoir un effet dissuasif, et face à l'apparition de cigarettes bon marché, fixation d'un prix minimum bien que cette dernière mesure fut levée le 01/11/2009 par un Arrêté Ministériel rendu par le Ministre des Finances Didier Reynders), interdiction de faire de la publicité pour les produits du tabac (1998) et interdiction pour les fabricants de produits de tabac de parrainer des événements sportifs, culturels... (depuis le 01/01/1999).

L'ensemble de ces mesures et des actions de promotion de la santé visent les objectifs suivants pour les jeunes (OMS, 2008) : dissuader les jeunes de fumer une première cigarette, réduire les quantités consommées, inciter les jeunes fumeurs à arrêter de fumer et réduire le tabac dans leur environnement.

### 3.1. Le tabagisme chez les jeunes

L'enquête menée auprès des jeunes Hainuyers en 2004 s'est attachée à la consommation de cigarettes sans aborder la consommation de cigares, ni celle de chicha ou pipe à eau.

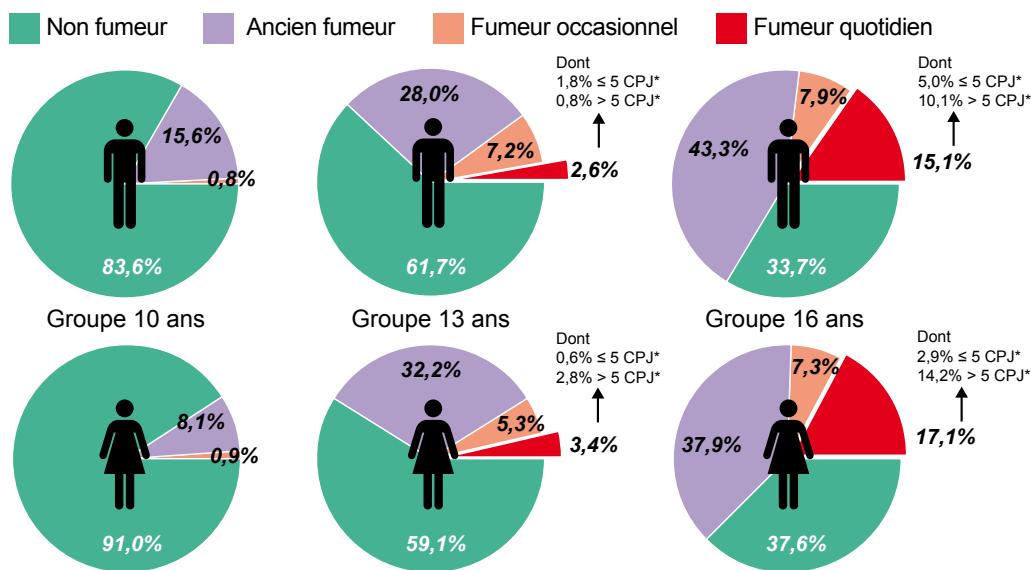
Les jeunes ont été groupés en trois catégories sur base de leurs déclarations :

- les fumeurs actuels, c'est-à-dire les jeunes qui se considèrent comme des fumeurs au moment de l'enquête ;
- les anciens fumeurs, c'est-à-dire les jeunes qui ne fument plus au moment de l'enquête mais qui ont déjà fumé (au moins une cigarette) ;
- les non-fumeurs, c'est-à-dire les jeunes qui n'ont jamais fumé.

Les fumeurs actuels ont ensuite été répartis entre fumeurs occasionnels (ne fument pas tous les jours) et fumeurs quotidiens (au moins une cigarette par jour) (Bartsch, 2006). Le tabagisme occasionnel reste moins nocif qu'un tabagisme régulier, mais présente un risque de dépendance (Bartsch, 2006), et à long terme un risque accru de morbidité et de mortalité. Même une faible consommation reste toxique pour l'organisme (Bjartveit, 2005).

Les fumeurs quotidiens ont, quant à eux, été répartis en fonction du nombre de cigarettes fumées chaque jour : consommation inférieure ou égale à 5 cigarettes par jour (CPJ) et consommation supérieure à 5 CPJ. Le seuil d'une consommation journalière de 5 CPJ a été retenu car il s'agirait d'un seuil au-delà duquel il serait plus difficile d'arrêter de fumer. Les jeunes fumeurs occasionnels et les fumeurs réguliers avec une consommation inférieure à 5 CPJ seraient, en effet, plus sensibles aux actions d'aide à l'arrêt que les plus grands fumeurs quotidiens (> 5 CPJ) (Bartsch, 2006).

**Figure 3.47. Répartition des jeunes en fonction de leur consommation de tabac au moment de l'enquête (N = 2180)**



\* Cigarette par jour  
Source : OSH, 2004

La consommation tabagique des jeunes évolue très fortement avec l'âge. La proportion de non-fumeurs diminue avec l'âge : de plus de 80 % à 10 ans, elle passe à 60 % à 13 ans et à 35 % à 16 ans. Réciproquement, la proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà fumé ou essayé de fumer, somme des proportions de fumeurs et d'anciens fumeurs, augmente avec l'âge pour atteindre une proportion de 2 jeunes sur 3 à 16 ans. A 16 ans, on dénombre donc plus de jeunes qui ont essayé de fumer que de jeunes qui n'ont jamais essayé.

Simultanément à l'augmentation de l'initiation au tabac, les proportions d'anciens fumeurs et de fumeurs augmentent avec l'âge. A 10 ans, moins de 1 % des jeunes sont des fumeurs occasionnels, il n'y a pas de fumeur quotidien dans notre échantillon. A 13 ans, environ 9 % fument, les deux tiers occasionnellement. A 16 ans, presque 25 % des jeunes fument et moins d'un tiers sont des fumeurs occasionnels. Non seulement la fréquence de consommation augmente avec l'âge, mais la quantité consommée également. A 16 ans, 10,1 % des garçons et 14,2 % des filles fument quotidiennement plus de 5 CPJ alors qu'ils étaient respectivement 0,8 % et 2,8 % à 13 ans.

Les proportions observées dans le Hainaut sont du même ordre de grandeur que celles constatées dans des études similaires menées en France et de manière plus large en Europe.

En Europe, 7 à 8 % des adolescents fument occasionnellement et 30 % sont des fumeurs réguliers dont la moitié d'entre eux fument plus de 10 CPJ (Bartsch, 2006).

On observe donc deux étapes dans la consommation de tabac chez les jeunes Hainuyers : à 10 ans, 16,4 % des garçons et 9,0 % des filles ont déjà essayé de fumer. Le plus souvent, ils fument une ou quelques cigarettes et arrêtent. S'ils continuent, ils restent des fumeurs occasionnels.

Entre 13 et 16 ans, les jeunes fumeurs s'installent davantage dans un tabagisme quotidien avec une consommation supérieure à 5 CPJ.

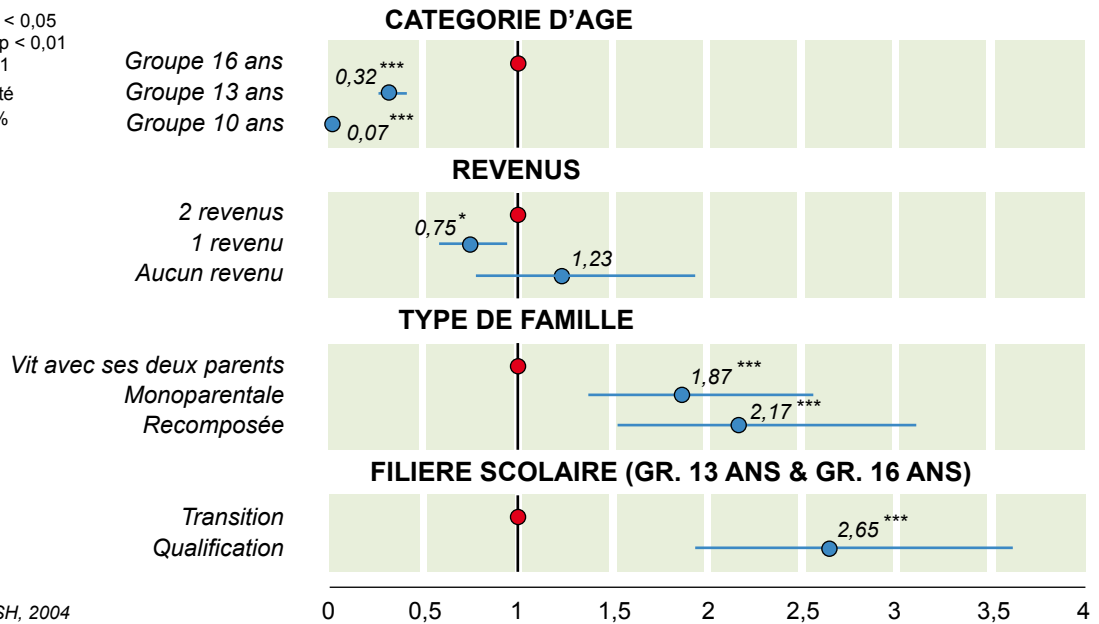
Ces constats doivent inciter les acteurs de terrain à agir précocement pour que le jeune ne fume pas sa première cigarette et pour que les petits fumeurs (occasionnels et ≤ 5 CPJ) arrêtent de fumer avant que la dépendance ne soit trop forte.

## Tabagisme et facteurs associés

L'analyse multivariée réalisée sur la variable "avoir déjà fumé ou essayé de fumer" montre que l'âge, la structure familiale, le nombre de revenus professionnels et la filière d'enseignement sont associés au fait d'avoir déjà fumé ou essayé de fumer.

**Figure 3.48. "Avoir déjà fumé ou essayé de fumer" et facteurs associés (N = 1764)**

\*  $0,01 \leq p < 0,05$   
 \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$   
 \*\*\*  $p < 0,001$   
 ● OR ajusté  
 — IC à 95%



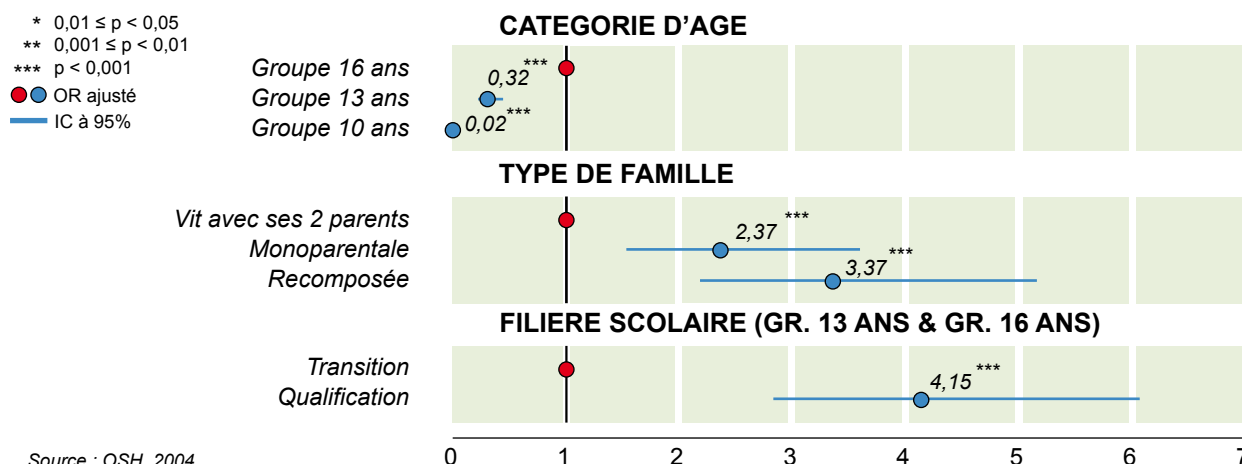
Source : OSH, 2004

L'analyse confirme que la proportion de jeunes qui ont déjà fumé ou essayé de fumer augmente avec l'âge. Elle montre aussi que les jeunes vivant avec un seul parent ou dans une famille recomposée déclarent plus souvent avoir déjà fumé (respectivement 46,9 % et 50,6 %) que les jeunes vivant avec leurs deux parents (35,5 %). Les jeunes de 13 et 16 ans fréquentant l'enseignement de qualification (72,6 %) sont également proportionnellement bien plus nombreux à avoir expérimenté la cigarette que les jeunes de l'enseignement de transition (44,0 %). Par contre, le fait que la famille ne dispose que d'un seul revenu serait lié à une plus faible expérimentation de la cigarette.

Les associations mises ici en évidence entre l'initiation au tabac et les facteurs démographiques et socio-économiques avaient déjà été relevées par l'OSH dans le premier Tableau de bord de la santé des jeunes sur base des résultats de l'enquête menée en 1997 (OSH, 1998).

L'analyse multivariée réalisée sur la variable dépendante "se déclarer fumeur au moment de l'enquête" montre les mêmes associations excepté qu'elle ne valide pas l'association avec le nombre de revenus.

**Figure 3.49. "Se déclarer fumeur au moment de l'enquête" et facteurs associés (N = 1764)**



La proportion de fumeurs augmente de façon significative avec l'âge : 0,9 % des jeunes de 10 ans se déclarent fumeurs, 9,3 % des jeunes de 13 ans et 23,6 % des jeunes de 16 ans.

Le fait de vivre dans une famille monoparentale ou recomposée est également associé à une plus forte proportion de fumeurs. Ainsi, 14,7 % des jeunes vivant avec un seul de leur parent et 21,0 % des jeunes vivant dans une famille recomposée se déclarent fumeurs contre 8,5 % des jeunes qui vivent avec leurs deux parents. En outre, il apparaît encore plus clairement que la filière scolaire empruntée par les jeunes Hainuyers, est associée au tabagisme : 33,9 % des jeunes de 13 et 16 ans suivant un enseignement de qualification se déclarent fumeurs contre 9,6 % des jeunes de l'enseignement de transition.

## Evolution 1997-2004-2006-2009

**Tableau 3.19. Evolution des proportions de fumeurs**

%	Garçon				Fille			
	1997	2004	2006	2009	1997	2004	2006	2009
Groupe 10 ans	*	0,8	0,0	0,7	*	0,9	1,3	0,7
Groupe 13 ans	14,9	9,8	4,8	6,8	12,2	8,7	5,2	4,7
Groupe 16 ans	30,2	23,0	22,1	14,5	27,9	24,4	17,3	22,6

\* non mesuré

Source : OSH, 1997-2004-2006-2009

La proportion de fumeurs au moment de l'enquête diminue entre 1997 et 2006 aussi bien chez les filles que chez les garçons. En 2009, la proportion de fumeurs augmente chez les garçons de 13 ans et les filles de 16 ans par rapport à 2006. Malgré ces augmentations, les diminutions des proportions de fumeurs observées sur la période globale 1997-2009 restent significatives pour les 13 et les 16 ans tant pour les filles que pour les garçons. En particulier, la proportion de fumeurs diminue de moitié chez les garçons.

Sur base de ses enquêtes annuelles, le CRIOC (Vandercammen, 2009) constate en 2008 une hausse de la proportion de jeunes fumeurs par rapport à 2006. Pour l'ensemble de la Belgique, la proportion de fumeurs de 10 à 17 ans est passée de 12 % en 2006 à 16 % en 2008 alors que cette proportion avait diminué de 15 % à 12 % entre 2005 et 2006. Toujours selon le CRIOC, la consommation moyenne des fumeurs reste assez stable puisque les jeunes déclarent en moyenne fumer 7,5 CPJ en 2008, 7,6 CPJ en 2006 et 7,4 CPJ en 2005.

### **Age de la première cigarette**

L'âge de l'initiation à la première cigarette est un autre paramètre qui permet de suivre l'évolution de la consommation de tabac chez les jeunes. Plus on commence à fumer jeune, plus vite semble s'installer la dépendance et plus le risque est grand de devenir fumeur régulier (Bartsch, 2006).

En 2004, les garçons de 16 ans déclarent avoir fumé leur première cigarette en moyenne à 12 ans et 10 mois, et les filles de 16 ans en moyenne à 10 ans et 9 mois. En 2009, l'âge moyen a reculé de 3 mois pour les garçons (13 ans et 1 mois) et de 5 mois pour les filles (13 ans et 2 mois) (OSH, 2009).

Ces résultats vont à l'encontre de ce que le CRIOC (Vandercammen, 2009) a constaté pour l'ensemble des jeunes Belges pour lesquels l'âge moyen de la première cigarette aurait baissé de 13 ans et 8 mois en 2006 à 12 ans et 2 mois en 2008.

Quoi qu'il en soit, la période de 12 à 13 ans semble être une période critique pour le démarrage du tabagisme. Par ailleurs, des études montrent que ce groupe d'âge est le plus sensible aux interventions portant sur l'arrêt du tabagisme (Owen, 1995 ; Sargent, 1998). Ces constats doivent donc sensibiliser les acteurs de terrain à mener des programmes de prévention du tabagisme précocement auprès des jeunes.

### **3.2. Les comportements de consommation de cigarettes**

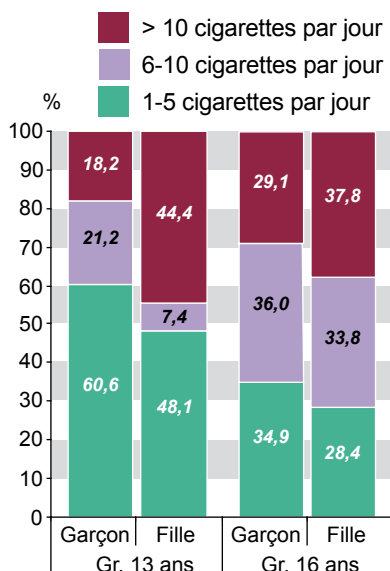
Le comportement de consommation de cigarettes des jeunes fumeurs de 13 et 16 ans a été abordé au travers des quatre indicateurs suivants :

- la consommation moyenne correspondant au nombre moyen de cigarettes consommées par jour, les jours où le jeune a fumé durant les 30 jours précédant l'enquête ;
- la fréquence de consommation correspondant au nombre de jours où le jeune a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête ;
- la durée de la consommation régulière correspondant à la période de tabagisme régulier déclarée par le jeune ;
- la dépendance correspondant à l'envie ressentie par le jeune de fumer une cigarette dès son réveil.

## Consommation moyenne

Les consommations moyennes déclarées ont été regroupées en trois catégories distinctes : de une à 5 cigarettes par jour, de 6 à 10 cigarettes par jour et plus de 10 cigarettes par jour.

**Figure 3.50. Répartition des jeunes fumeurs en fonction du nombre moyen de cigarettes consommées les jours où ils ont fumé (N = 220)**



Source : OSH, 2004



A 16 ans, les jeunes fument sensiblement plus qu'à 13 ans. La comparaison par sexe révèle qu'à tout âge, les filles consomment en moyenne davantage que les garçons. A 13 ans déjà, la proportion de fumeuses consommant plus de 10 cigarettes par jour est déjà très élevée (44 %), notamment par rapport aux garçons (18 %).

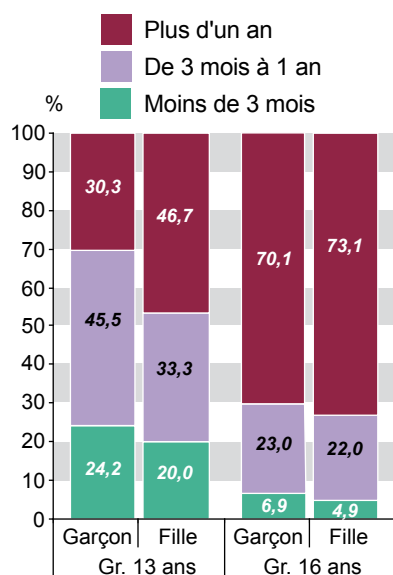
## Fréquence de la consommation

La fréquence de consommation de tabac augmente avec l'âge. Ainsi, à 16 ans, 70 % des fumeuses et 66 % des fumeurs consomment quotidiennement contre respectivement 38,7 % et 26,3 % à 13 ans.

## Durée de la consommation régulière

Parmi les fumeurs de 16 ans, 71,6 % estiment fumer régulièrement depuis plus d'un an. A 13 ans, cette proportion tombe à 46,7 % pour les filles et 30,3 % pour les garçons. A cet âge, 22,2 % des fumeurs réguliers fument depuis moins de trois mois.

**Figure 3.51. Répartition des jeunes fumeurs en fonction de la durée déclarée de tabagisme régulier**  
(N = 240)



Source : OSH, 2004

On observe que, lorsque la durée de tabagisme augmente, la proportion de fumeurs quotidiens augmente également. Ainsi après au moins un an de tabagisme, 8 fumeurs de 16 ans sur 10 sont des fumeurs quotidiens.

Comme le souligne Bartsch et Laperche (Bartsch, 2006), les fumeurs occasionnels de cigarettes tout au long de leur vie sont exceptionnels même s'il y a probablement quelques pour cent des fumeurs occasionnels de pipe ou de cigare qui ont été dans leur adolescence des fumeurs occasionnels de cigarettes.

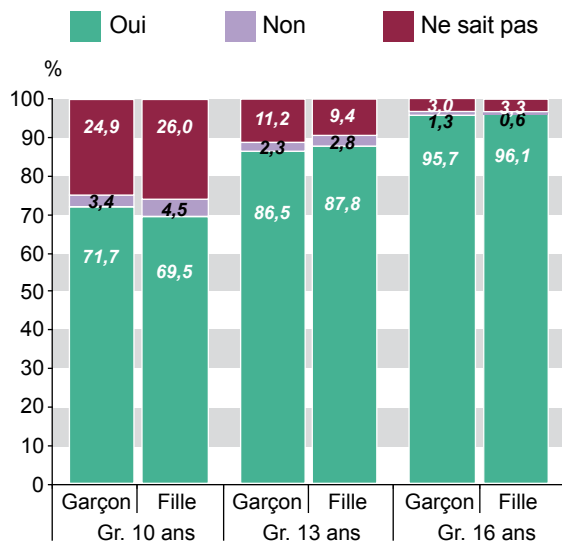
## Dépendance

Parmi l'ensemble des jeunes se déclarant fumeurs, 62 % des 13 ans et 55 % des 16 ans fument une cigarette ou ont envie d'en fumer une dès leur réveil.



## 3.3. Les jeunes sont-ils conscients que fumer du tabac a des effets sur la santé ?

**Figure 3.52.** Répartition des jeunes en fonction de leur réponse à la question "Sais-tu si fumer du tabac (cigarette...) a des effets sur la santé?" (N = 2161)



Source : OSH, 2004

La prise de conscience que le tabac a des effets sur la santé croît avec l'âge : 71 % en sont conscients à 10 ans, 87 % à 13 ans et 96 % à 16 ans. Les effets les plus fréquemment cités par les jeunes sont : les maladies des poumons (difficultés pour respirer, cancer...) et les maladies cardiovasculaires, les affections de la gorge (toux, cancer...), les cancers multiples, la mort, la diminution de l'endurance physique et du souffle, l'esthétique (dents et doigts jaunis, moins belle peau), la dépendance.

Les données ne révèlent pas de lien significatif entre les comportements tabagiques et le fait de savoir si fumer est mauvais pour la santé. Les jeunes sont conscients des effets à long terme du tabac sur la santé, mais ils évoquent souvent qu'ils arrêteront plus tard (Maillard, 2005).

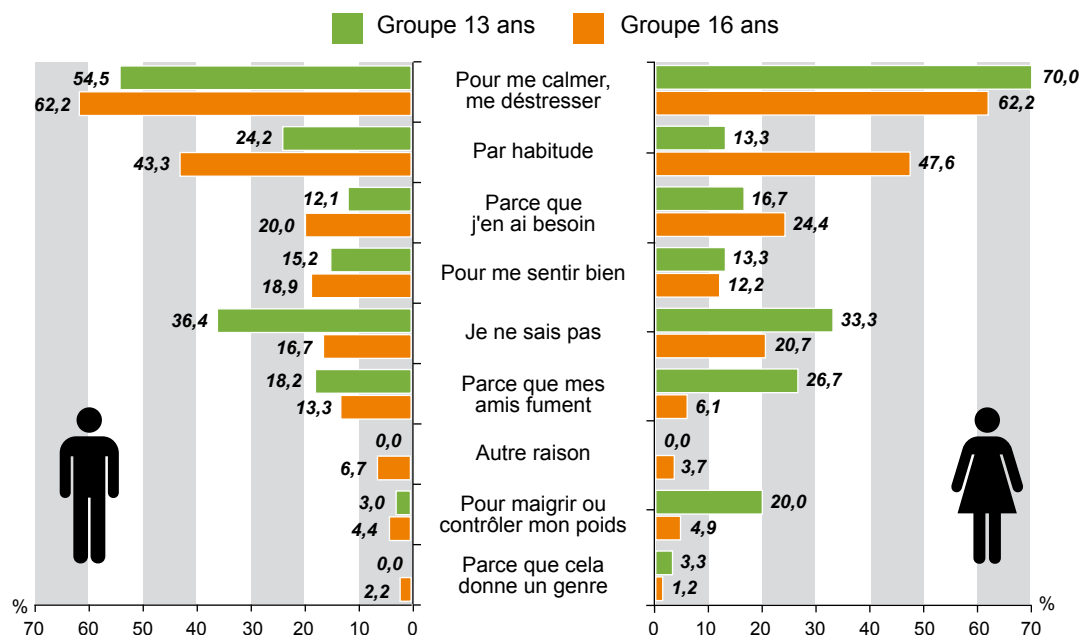
## 3.4. Les motivations à fumer ou à ne pas fumer chez les jeunes

Les raisons qui incitent les jeunes à fumer ou à ne pas fumer sont multiples.

### Pourquoi fumer ?

Il a été demandé aux fumeurs de 13 et 16 ans de préciser les deux raisons principales pour lesquelles ils fumaient. Pour 62 % d'entre eux, une des deux motivations principales est de "se calmer", de "se détresser"; pour 38 %, c'est de le faire par "habitude", et près d'un fumeur sur 4 déclare ne pas savoir pourquoi il fume.

**Figure 3.53. Répartition des jeunes fumeurs en fonction de leurs deux premières motivations à fumer**  
(% de jeunes fumeurs) (N = 235)



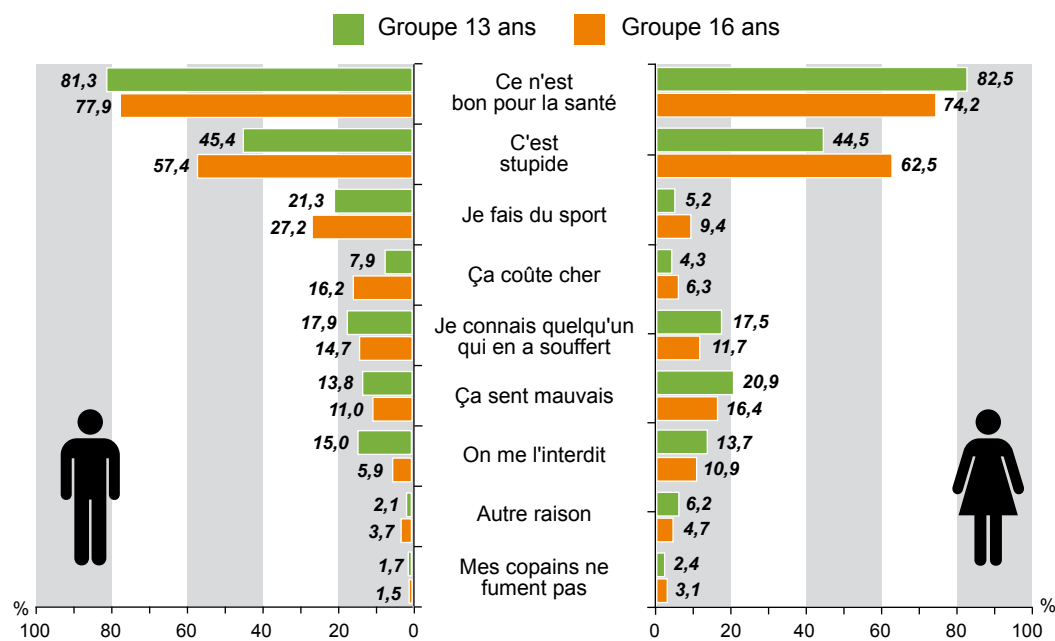
Source : OSH, 2004

Lorsque nous regardons les raisons évoquées en fonction de l'âge (13 ans ou 16 ans) et du sexe, "se calmer, se détresser" demeure toujours la raison la plus souvent citée et ce quels que soient l'âge et le sexe. "Fumer car ses amis fument" est une raison plus souvent émise chez les garçons et les filles de 13 ans, c'est d'ailleurs la deuxième raison principale chez ces dernières (26 %). A 16 ans, "fumer par habitude" devient la deuxième raison principale, et est citée par près d'un fumeur sur 2. Parmi les jeunes fumeuses, une sur 5 déclare fumer pour maigrir ou contrôler son poids.

## Pourquoi ne pas fumer ?

Aux jeunes Hainuyers non-fumeurs, il a été demandé de préciser les deux raisons principales qui les ont motivés à ne jamais essayer de fumer. Pour 80 % d'entre eux, une des deux raisons principales est le fait que fumer soit "mauvais pour la santé"; pour 51 %, une des deux raisons est qu'il trouve que fumer est "stupide", et pour 12 %, c'est "l'interdiction reçue de fumer". Le fait de "faire du sport" est cité comme une des deux raisons principales par 23 % des garçons (27 % pour les garçons de 16 ans) alors que ce n'est le cas que pour 7 % des filles. Pour les autres raisons, les résultats sont sensiblement les mêmes.

**Figure 3.54. Répartition des jeunes non-fumeurs en fonction de leurs deux premières motivations à ne pas fumer (% de jeunes non-fumeurs) (N = 711)**



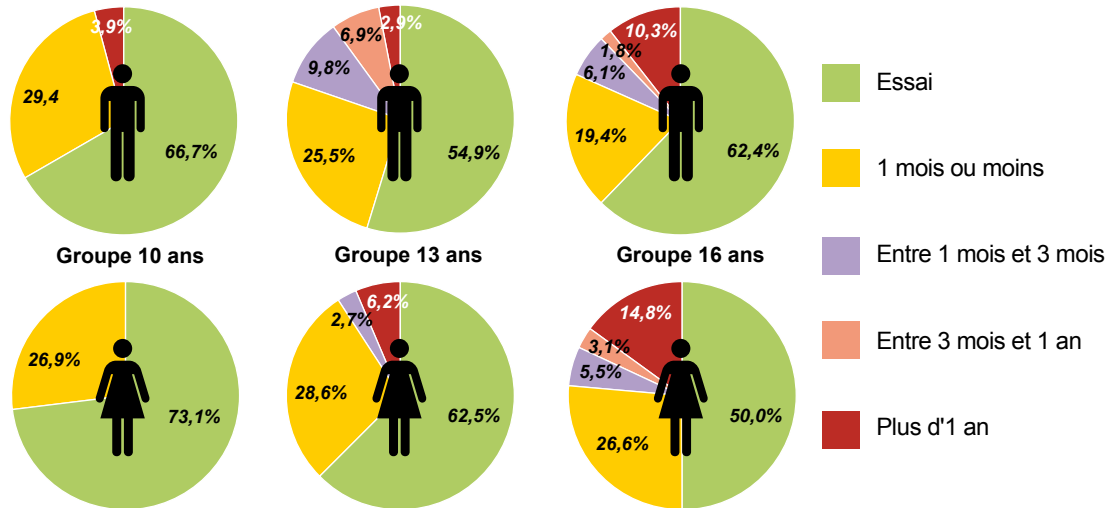
Source : OSH, 2004

## 3.5. L'arrêt de la cigarette et le désir d'arrêter de fumer chez les jeunes

Environ 10 % des jeunes de 10 ans, 30 % des jeunes de 13 ans et 40 % des jeunes de 16 ans ont fumé ou essayé de fumer et ensuite décidé d'arrêter. Ces jeunes ont été interrogés sur leur durée de tabagisme et sur leurs deux principales motivations à arrêter de fumer.

### Durée de tabagisme des anciens fumeurs

**Figure 3.55. Répartition des anciens fumeurs en fonction de la durée de tabagisme (N = 584)**



Source : OSH, 2004

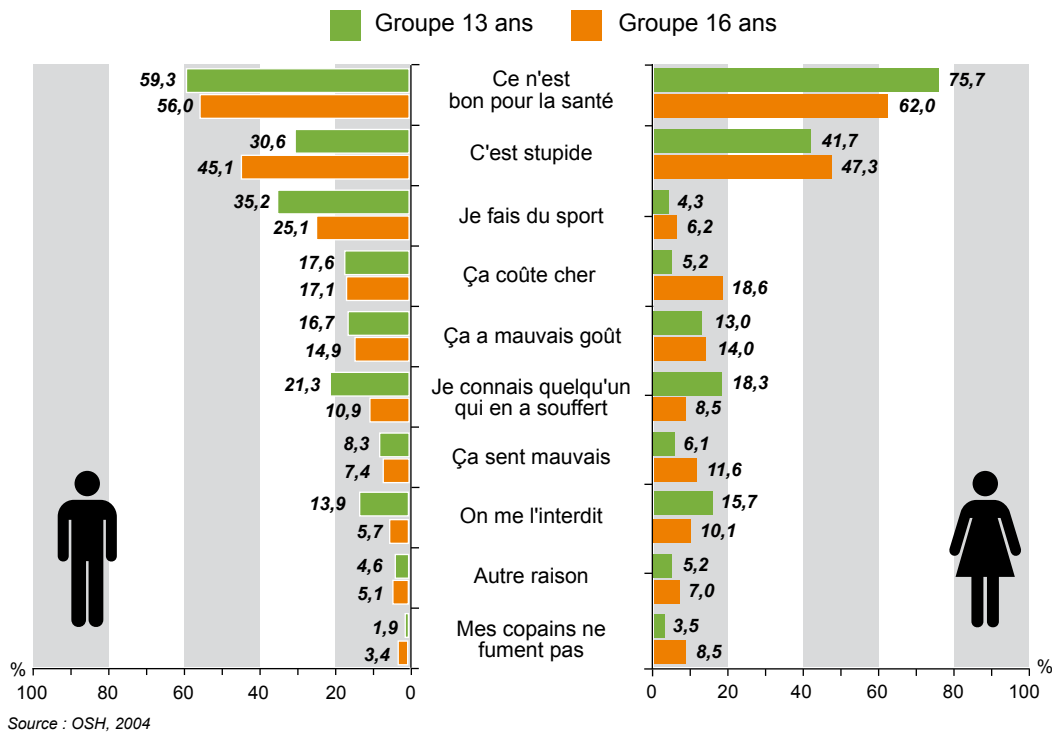


Plus de 8 jeunes sur 10, qui ont arrêté de fumer, ont fumé un mois ou moins avant d'arrêter et près de 9 sur 10 moins de 3 mois. Cela montre l'importance d'intervenir dès la première expérimentation car, d'une part, le jeune est en période de choix (continuer ou arrêter de fumer) et, d'autre part, la dépendance n'est pas encore installée.

## Pourquoi avoir arrêté de fumer ?

66 % des anciens fumeurs indiquent qu'une des deux motivations à arrêter de fumer est liée au fait que "fumer n'est pas bon pour sa santé", et 40 % parce c'est "stupide de fumer". Chez les garçons, "la pratique du sport" s'inscrit comme la troisième motivation la plus régulièrement citée. Chez les filles, cette troisième motivation par ordre d'importance est le coût élevé des cigarettes chez les 16 ans et le fait de connaître quelqu'un qui en a souffert chez les 13 ans. L'interdiction est un facteur décisif pour un jeune sur 10, plus efficace auprès des plus jeunes.

**Figure 3.56. Répartition des jeunes anciens fumeurs en fonction de leurs deux premières motivations à avoir arrêté de fumer (% de jeunes anciens-fumeurs) (N = 505)**



L'augmentation du prix des cigarettes est particulièrement efficace pour empêcher les jeunes de commencer à fumer et pour réduire le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs (Maillard, 2005). Toute hausse significative des prix entraîne une diminution de la consommation même si les jeunes recourent partiellement à des stratégies de contournement comme l'achat de tabac à rouler ou de cigarettes moins chères (achat à l'étranger, marché secondaire). En 2005, l'enquête Escapad a relevé qu'un tiers des Français de 17 à 25 ans avaient diminué leur consommation suite à l'augmentation des prix (Adès, 2005).

## Désir d'arrêter de fumer

Parmi les fumeurs de 13 et 16 ans, 53,8 % désirent arrêter de fumer et 65,8 % ont essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les différences observées entre les sexes et/ou entre les catégories d'âge ne sont pas significatives. On n'observe pas non plus de différence en fonction de la filière scolaire (transition ou qualification).

**Tableau 3.20. Proportions de jeunes fumeurs qui désirent arrêter de fumer et proportions de jeunes fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête**

%	N	Garçon		Fille	
		Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans
Désir d'arrêter	225	61,5	47,8	60,0	55,7
Avoir essayé d'arrêter	228	65,4	60,9	71,4	69,5

Source : OSH, 2004

Le rapport de l'enquête Global Youth Tobacco Survey (GYTS) (Warren, 2000), portant sur la consommation de tabac des jeunes dans douze pays, conclut que la plupart des jeunes veulent arrêter de fumer mais qu'il existe peu de programme d'accompagnement à l'arrêt du tabagisme pour l'adolescent. Le même constat pourrait être fait pour le Hainaut.

### 3.6. L'exposition au tabagisme passif

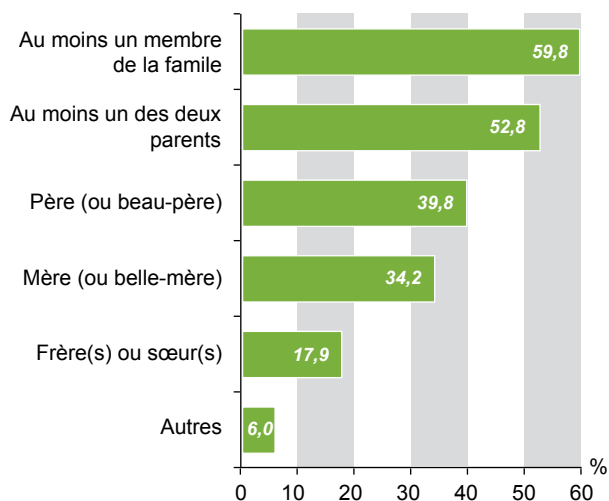
La fumée de cigarette regorge de substances toxiques: nicotine, gaz toxiques et irritants, monoxyde de carbone, substances cancérigènes... Dans une pièce fermée, la fumée rejetée par le fumeur (15 % de la fumée) et la fumée qui s'échappe directement par le bout incandescent de la cigarette (85 % de la fumée) emplissent l'air et provoquent irritation des yeux, mal de gorge, toux, mal de tête (Vanasse, 2002 ; CRIOC, 2008). Un enfant soumis régulièrement à un tabagisme passif peut à long terme devenir sujet à des infections des voies respiratoires, des affections de l'oreille moyenne, des crises d'asthme (Vanasse, 2002).

Indépendamment des effets du tabagisme passif sur la santé, 8 jeunes qui ne fument pas sur 10 expriment qu'ils sont dérangés par la fumée de cigarette. Voilà déjà une bonne raison de ne pas soumettre les jeunes à la fumée de cigarette.

Le tabagisme passif a été analysé pour l'ensemble des jeunes de 10, 13 et 16 ans.

## 3.6.1. L'exposition au tabagisme passif à la maison

**Figure 3.57. Proportions de jeunes qui sont soumis à un tabagisme passif à la maison (N = 2164)**



Source : OSH, 2004

60 % des jeunes Hainuyers interrogés déclarent vivre à la maison avec au moins une personne qui fume. Ces résultats sont semblables quels que soient l'âge et le genre du répondant. 53 % ont au moins un des deux (beaux-)parents qui fume à la maison et 18 % ont au moins un frère ou une sœur qui fume.

En 1997, 61 % des jeunes avaient déclaré qu'au moins une personne fumait à la maison. Il n'y a donc pas d'évolution entre 1997 et 2004 en ce qui concerne le tabagisme passif dans l'environnement familial du jeune.

## Tabagisme passif parental et facteurs socio-économiques

L'analyse multivariée montre que le statut socioprofessionnel du père, le nombre de revenus, le type de famille et la filière scolaire sont associés au tabagisme passif dû au tabagisme parental (parents ou beaux-parents).

Ainsi, 59,7 %, 46,2 % et 47,7 % des jeunes répondants dont le père exerce un emploi respectivement de manuel non qualifié, de manuel qualifié ou d'employé peu qualifié déclarent un tabagisme passif parental contre 31,7 % des jeunes dont le père exerce une profession libérale ou de cadre.

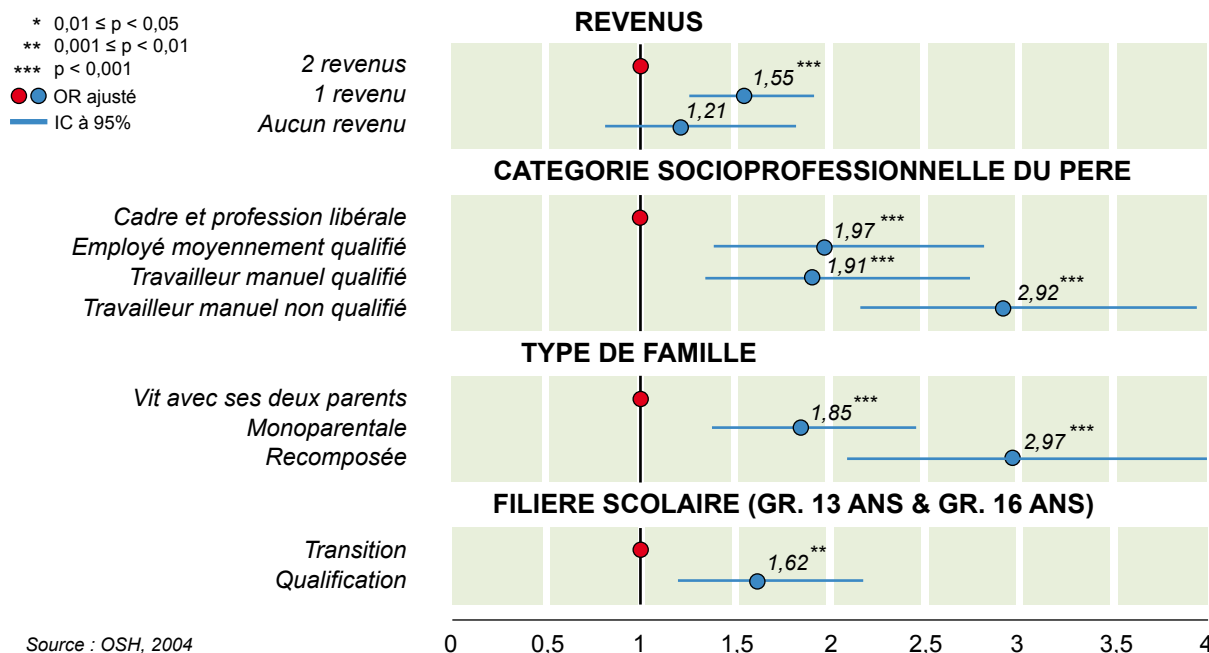
60,5 % des jeunes vivant avec un seul parent et 73,7 % des jeunes vivant dans une famille recomposée sont victimes de tabagisme passif parental contre 46,7 % des jeunes vivant avec leurs deux parents.

60,0 % des jeunes Hainuyers dont un seul parent travaille déclarent un tabagisme passif parental contre 46,5 % des jeunes dont les deux parents travaillent.

64,0 % des jeunes de 13 et 16 ans qui suivent une filière scolaire de qualification contre 47,4 % de ceux qui suivent une filière de transition déclarent qu'au moins un de leurs parents fume à la maison.

**Figure 3.58. Tabagisme passif dû au tabagisme d'au moins un (beau-) parent et facteurs associés**

(N = 1750)





## **Tabagisme parental et statut tabagique du jeune**

Le tabagisme passif normalise le fait de fumer et peut influencer le jeune dans son choix de fumer ou de ne pas fumer. Ainsi, les enfants de fumeurs seraient deux fois plus susceptibles de devenir fumeurs que les enfants de parents non-fumeurs (Vanasse, 2002). C'est également le rapport observé dans l'ETSJ de 2004 : la proportion de jeunes fumeurs au moment de l'enquête est de 7,7 % des jeunes dont aucun parent ne fume contre 15,0 % des jeunes dont au moins un (beau-)parent fume. Ce rapport de deux est par ailleurs conservé au sein de chaque catégorie d'âge pour les deux sexes.

**Tableau 3.21. Proportions de fumeurs en fonction du tabagisme passif dû au tabagisme parental**

(N = 2154)

%	Garçon			Fille		
	Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans	Gr. 10 ans	Gr. 13 ans	Gr. 16 ans
Pas de tabagisme parental	1,2	6,0	14,4	0,0	5,9	16,3
Tabagisme parental	0,6	13,0	32,5	1,6	10,8	32,2

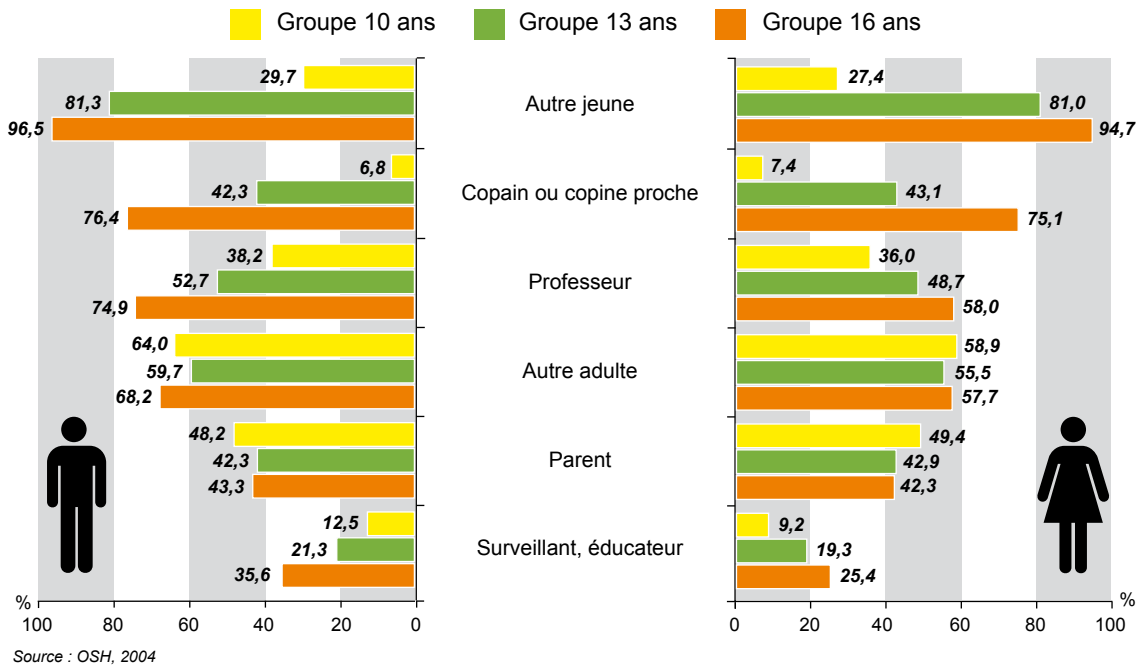
Source : OSH, 2004

### **3.6.2. L'exposition au tabagisme passif à l'école**

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

Depuis la réalisation de notre enquête, une loi interdit de fumer dans l'enceinte des écoles. Elle est en application depuis le 01/09/2006. Les données présentées ici sont antérieures à cette disposition. Elles en justifient néanmoins l'importance et pourront servir de situation de comparaison pour en évaluer l'impact.

**Figure 3.59. Proportions de jeunes ayant vu quelqu'un fumer à l'école (N = 2171)**



Globalement, en 2004, un jeune sur 2 a déjà vu un professeur/instituteur fumer à l'école. Mais cette proportion est d'environ un jeune sur 3 pour les 10 ans et de 2 sur 3 chez les aînés. A 16 ans, 3 jeunes sur 4 ont vu des copains ou copines proches fumer à l'école, et déjà plus de 4 jeunes sur 10 chez les 13 ans. A 16 ans, quasi la totalité des répondants ont déjà vu des jeunes fumer à l'école.

### **Tabagisme passif à l'école et variables d'âge, de sexe et de filière scolaire**

Pour chaque catégorie de personnes (professeur/instituteur, surveillant/éducateur, d'autres jeunes, les copains/copines proches, des parents, d'autres adultes), une régression logistique a été réalisée en prenant uniquement le sexe, l'âge et la filière scolaire comme variable explicative. L'analyse considère uniquement les données des jeunes de 13 et 16 ans.

Il en ressort que la filière scolaire s'inscrit comme un facteur déterminant pour tous les acteurs, à savoir que les jeunes Hainuyers qui suivent un enseignement de qualification déclarent observer toujours davantage de personnes, quelles qu'elles soient, fumant dans leur école par rapport à leurs condisciples inscrits dans la filière de l'enseignement de transition.

L'âge est également associé au tabagisme à l'école. Les jeunes de 16 ans ont vu davantage de professeurs/instituteurs, des surveillants/éducateurs, d'autres jeunes, des copains/copines proches en train de fumer à l'école que les jeunes de 13 ans.

Enfin, les garçons déclarent avoir plus souvent vu des professeurs/instituteurs, surveillants/éducateurs, ainsi que d'autres adultes en train de fumer dans l'école que les filles.



### On retiendra...

- En 2009, 6 % des jeunes de 13 ans et 18 % des jeunes de 16 ans se déclarent fumeurs.
- A 16 ans, la proportion de fumeuses (23 %) est plus élevée que celle des fumeurs (15 %).
- Quels que soient l'âge et le sexe, les proportions de fumeurs diminuent depuis 1997. Globalement, 21 % des jeunes de 13 et 16 ans se déclaraient fumeurs en 1997 contre 13 % en 2009.
- Les jeunes de 16 ans déclarent avoir fumé leur première cigarette vers 12 ans et 9 mois en moyenne.
- Dans les familles monoparentales et recomposées, les jeunes fument 2 à 3 fois plus que dans les familles traditionnelles.
- Dans l'enseignement de qualification, le tabagisme des jeunes est 3 fois plus fréquent que dans l'enseignement de transition.
- A la maison, 60 % des jeunes sont exposés au tabagisme de tiers.
- Plus l'entourage du jeune fume, plus le jeune a de risque de fumer.
- Les facteurs socio-économiques sont fortement liés au tabagisme des jeunes.
- La plupart des jeunes savent que fumer est mauvais pour la santé.
- En 2004, 51,5 % des jeunes fumeurs de 16 ans désirent arrêter de fumer.

## 4. La consommation d'alcool

En Belgique, la consommation d'alcool est ancrée dans les habitudes de vie et, en général, les jeunes boivent pour s'amuser, faire la fête.

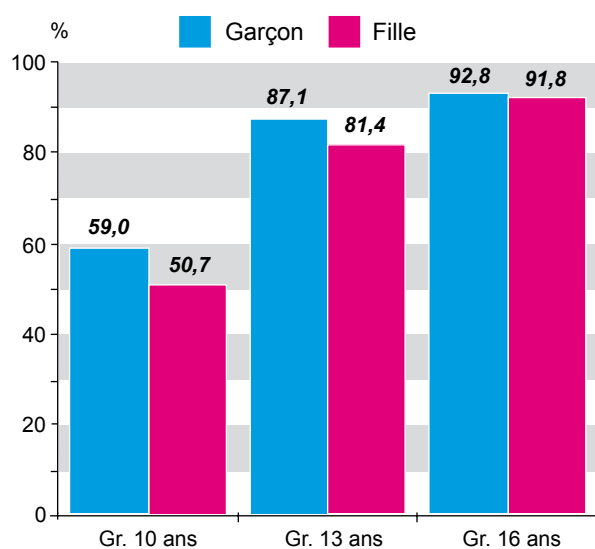
Outre les nombreuses répercussions néfastes sur la santé sociale, mentale et physique associées à l'abus d'alcool, il convient de rester particulièrement vigilant par rapport à la consommation d'alcool chez les jeunes parce que, d'une part, l'alcool entraîne les jeunes à des comportements excessifs et/ou à risque (conduite d'un véhicule en état d'ivresse, rapports sexuels non protégés et non désirés, violence verbale et physique...) (Rehm, 2001) et, d'autre part, les jeunes commençant à boire avant l'âge de 15 ans ont quatre fois plus de risque de développer une dépendance à l'alcool durant leur vie que ceux qui commencent à boire plus tard (vers 20 ans ou plus) (Grant, 1997).

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

### 4.1. Avoir déjà consommé de l'alcool

En 2004, 77,8 % des jeunes Hainuyers déclarent avoir déjà bu des boissons alcoolisées (au moins une gorgée). Cette proportion croît rapidement de 55 % des enfants de 10 ans à 84 % des jeunes de 13 ans et 92 % des jeunes de 16 ans. Quel que soit l'âge, les garçons sont toujours plus nombreux que les filles à avoir déjà bu de l'alcool mais cette différence n'est significative que chez les jeunes de 10 ans.

**Figure 3.60. Proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà bu au moins une gorgée de boisson alcoolisée (N = 2183)**



Source : OSH, 2004

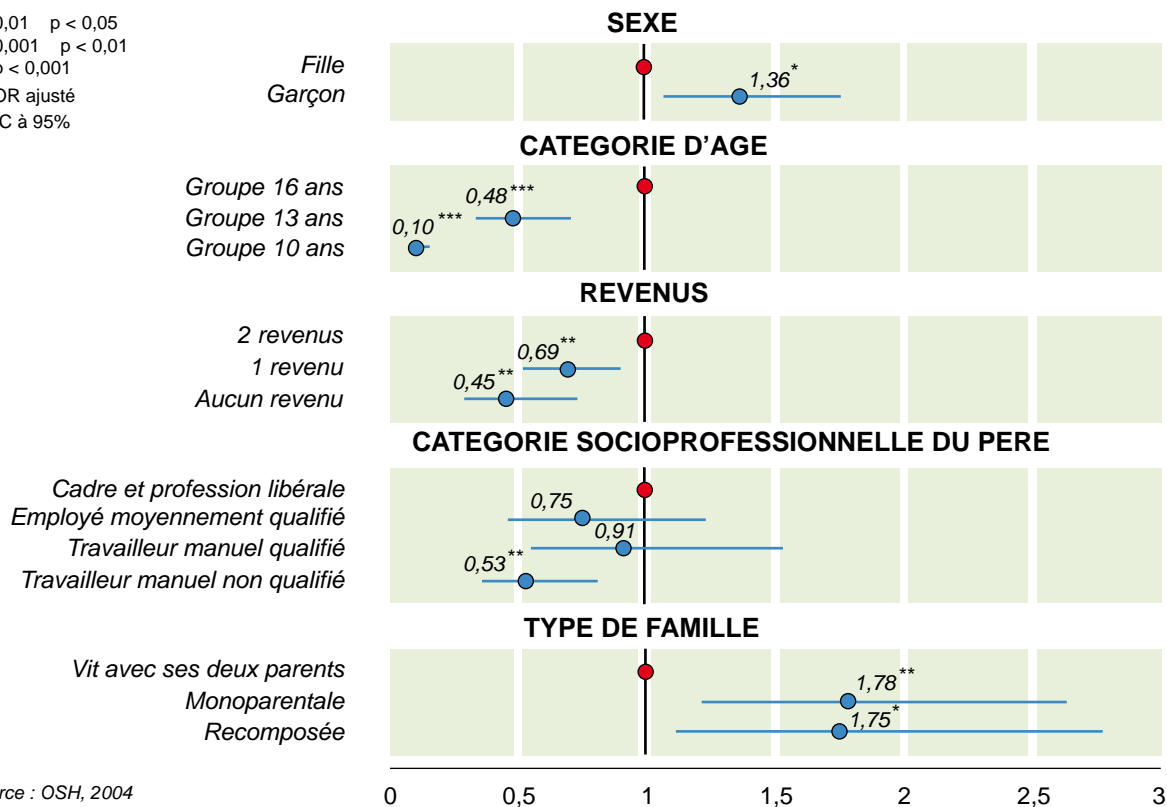
Les résultats sont dans la lignée de ceux obtenus par l'enquête HBSC de 2001 qui constatait que dans la majorité des 28 pays ayant participé à l'enquête, plus de 50 % des jeunes de 11 ans ont déjà bu de l'alcool au moins une fois (Setttertobulte, 2001).

## Avoir déjà consommé des boissons alcoolisées et facteurs associés

Les jeunes de 10 ans (55,0 %) et ceux de 13 ans (84,3 %) déclarent moins souvent avoir déjà bu au moins une gorgée d'alcool que les 16 ans (92,3 %). Les garçons (80,5 %) déclarent plus souvent avoir déjà consommé des boissons alcoolisées que les filles (74,8 %).

**Figure 3.61. "Avoir déjà bu au moins une gorgée d'alcool" et facteurs associés (N = 1766)**

\* 0,01  $p < 0,05$   
 \*\* 0,001  $p < 0,01$   
 \*\*\*  $p < 0,001$   
 ● OR ajusté  
 — IC à 95%



Source : OSH, 2004

Au niveau des facteurs socio-économiques, la consommation d'au moins une gorgée d'alcool est associée à la catégorie socioprofessionnelle du père, au nombre de revenus professionnels dont bénéficie la famille mais pas dans le sens habituel : les jeunes issus de milieux plus favorisés sont plus enclins à avoir déjà consommé de l'alcool que les jeunes issus de milieux moins aisés. Par contre, l'association entre la consommation d'alcool et le type de famille est défavorable aux jeunes vivant avec un seul de leur parent ou dans une famille recomposée. Enfin, la filière d'enseignement ne semble pas associée au fait d'avoir déjà bu au moins une gorgée d'alcool.

On observe donc que 73,0 % des jeunes dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée déclarent avoir déjà bu de l'alcool alors qu'ils sont 86,5 % lorsque leur père exerce une profession libérale ou de cadre. Par ailleurs, lorsqu'aucun parent ou un seul parent travaille, la proportion de jeunes Hainuyers qui ont déjà bu de l'alcool est respectivement de 68,8 % et 74,0 % contre 82,0 % lorsque les deux parents travaillent.

80,8 % des jeunes vivant dans une famille monoparentale et 84,6 % de ceux vivant dans une famille recomposée déclarent avoir déjà consommé des boissons alcoolisées contre 75,9 % des jeunes vivant avec leurs deux parents.

Les résultats de l'enquête HBSC (Settertobulte, 2001) montrent que la relation entre consommation régulière d'alcool et situation financière des parents n'est pas évidente. En Belgique comme en France, au Royaume-Uni (à l'exception de l'Irlande de Nord), en Pologne, en Hongrie, au Danemark... les adolescents issus de familles plus aisées consomment plus fréquemment de l'alcool alors que c'est l'inverse aux USA, en Irlande du Nord, en République d'Irlande, au Canada, en Israël... Les raisons de ces différences entre pays sont difficiles à déterminer. "On peut seulement conclure que la consommation d'alcool chez les jeunes n'est pas nécessairement une conséquence de l'inégalité sociale mais plutôt un problème social général (Settertobulte, 2001)".

### Evolution 2004-2006

**Tableau 3.22. Evolution des proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà bu au moins une gorgée de boisson alcoolisée**

%	Garçon		Fille	
	2004	2006	2004	2006
Groupe 10 ans	59,0	55,2	50,7	40,0
Groupe 13 ans	87,1	79,2	81,4	61,3
Groupe 16 ans	92,8	88,6	91,8	89,1

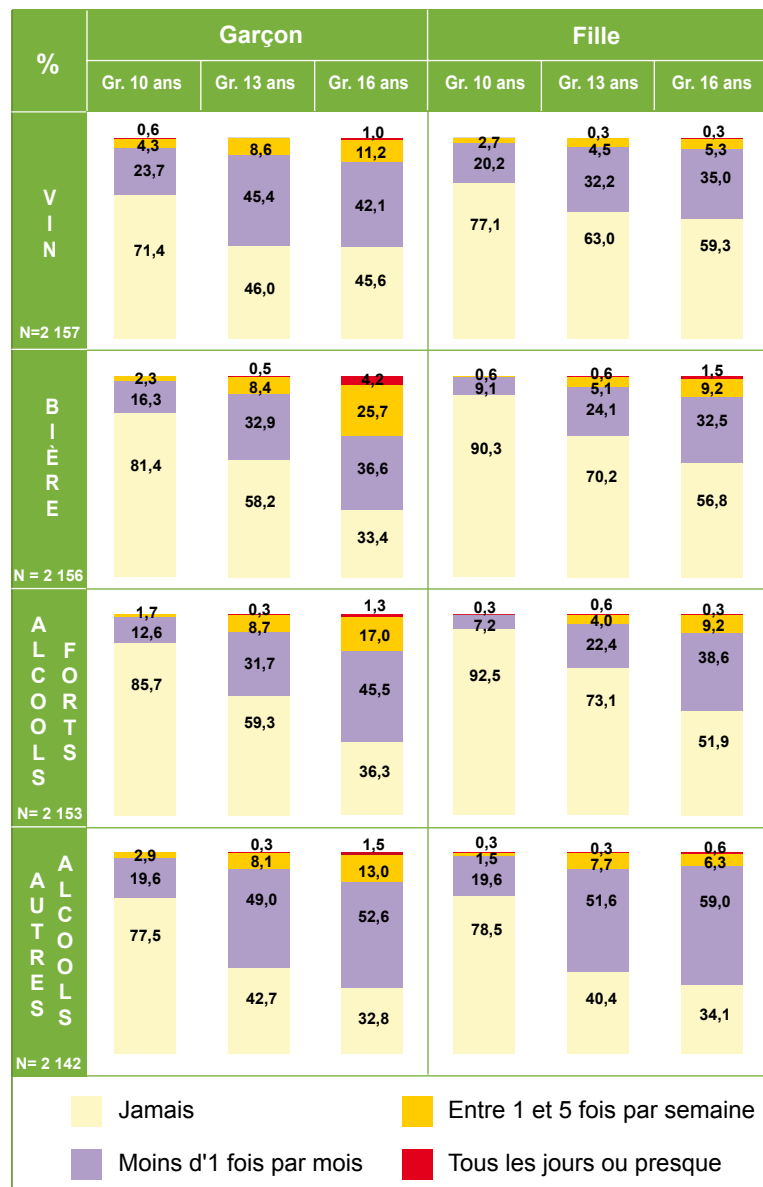
Source : OSH, 2004-2006

On constate une diminution du nombre de jeunes déclarant avoir déjà bu de l'alcool (au moins une gorgée) entre 2004 et 2006 aussi bien chez les filles que chez les garçons et dans les trois groupes d'âge mais ces diminutions ne sont significatives que pour les garçons de 13 ans et pour les filles de 10 et 13 ans.

## 4.2. Quelles boissons alcoolisées ? Et à quelle fréquence ?

La figure 3.62. renseigne les types de boissons alcoolisées consommées en 2004 par les jeunes (vin, bière, alcools forts y compris les cocktails et les autres boissons alcoolisées telles que le cidre) et la fréquence de cette consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête.

**Figure 3.62. Types de boissons alcoolisées consommées et fréquence de consommation**



Source : OSH, 2004

En examinant les fréquences de consommation, on constate que la bière est la boisson la plus fréquemment consommée par les jeunes sur base hebdomadaire : 30 % de garçons de 16 ans consomment de la bière au moins une fois par semaine (4 % quotidiennement et 26 % de une à 5 fois par semaine) et 11 % des filles du même âge (2 % quotidiennement et 9 % de une à 5 fois par semaine).

A 10 et 13 ans, les jeunes, filles et garçons, consomment plutôt du vin et des boissons telles que le cidre. A 10 ans, 5 % des garçons et 3 % des filles boivent du vin au moins une fois par semaine.

A 13 ans, la consommation hebdomadaire se répartit équitablement (9 %) entre les quatre types de boissons alcoolisées considérées dans l'enquête.

A 16 ans, le vin devient la boisson la moins prisée par les jeunes qui globalement préfèrent les autres boissons alcoolisées, puis la bière et les alcools forts pour les garçons et, inversement, les alcools forts puis la bière pour les filles.

Quel que soit le type de boissons alcoolisées, la proportion de consommateurs augmente avec l'âge et les filles sont toujours moins consommatrices que les garçons pour une catégorie d'âge déterminée.

## Evolution 1997-2004

L'analyse conjointe de la consommation de bière et de vin ne montre pas d'évolution significative entre 1997 et 2004 dans les habitudes de consommation de ces alcools pour les jeunes de 16 ans<sup>(10)</sup>, tant pour les filles que pour les garçons.

**Tableau 3.23. Evolution des habitudes de consommation de bière, de vin et d'alcools forts par les jeunes de 16 ans**

%	Garçon		Fille	
	1997	2004	1997	2004
Jamais	22,8	24,1	34,4	39,2
Rarement	43,2	43,8	49,4	46,6
Au moins une fois par semaine	34,1	32,0	16,1	14,2

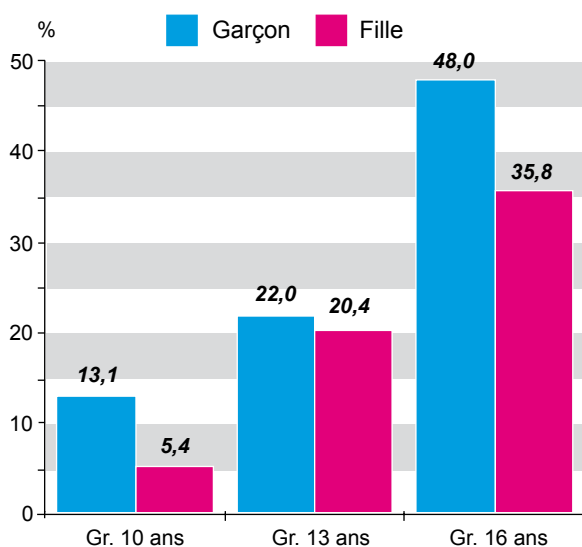
Source : OSH, 1997-2004

## 4.3. L'état d'ivresse

Globalement, un jeune Hainuyer sur 4 déclare avoir déjà été ivre après avoir bu trop d'alcool. Les résultats observés sont fortement associés à l'âge : la proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres augmente fortement avec l'âge (9,3 % à 10 ans, 21,3 % à 13 ans et 42,4 % à 16 ans).

Les garçons de 10 ans et ceux de 16 ans déclarent davantage avoir déjà été ivres que les filles du même âge. A 13 ans, la différence n'apparaît pas, un jeune sur 5 déclare avoir déjà été ivre.

**Figure 3.63. Proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres (N = 2157)**



Source : OSH, 2004

10. En 1997, seuls les jeunes de 4<sup>ème</sup> secondaire avaient été interrogés sur le thème de l'alcool.

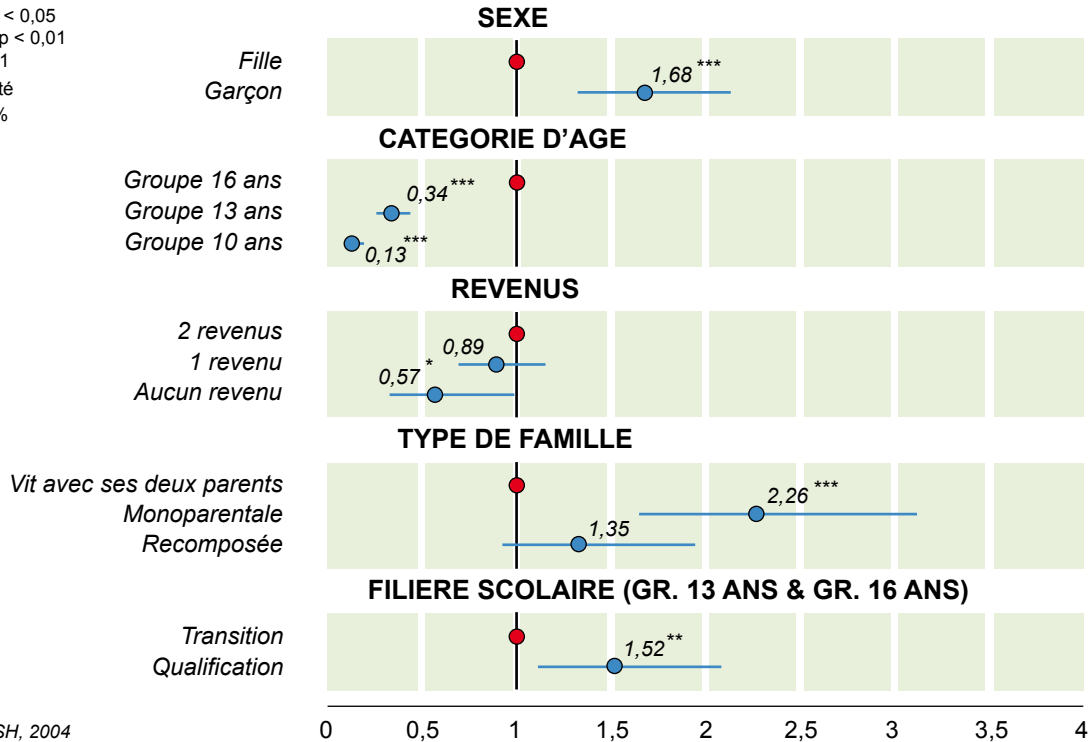


## Etat d'ivresse et facteurs associés

L'analyse multivariée confirme que les garçons déclarent davantage avoir déjà été ivres que les filles et que les plus âgés sont proportionnellement plus nombreux que les plus jeunes à déjà avoir été ivres.

**Figure 3.64. "Avoir été ivre" et facteurs associés (N = 1751)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



Source : OSH, 2004

A l'exception de la catégorie socioprofessionnelle du père, l'ensemble des variables socio-économiques étudiées sont liées au fait d'avoir déjà été ivre. Tout comme dans l'analyse multivariée sur le fait d'avoir déjà bu au moins une gorgée d'alcool, l'association avec le nombre de revenu est favorable aux jeunes dont les parents ne disposent d'aucun revenu du travail : ils déclarent moins souvent avoir déjà été ivres (21,4 %) que les jeunes dont les deux parents travaillent (26,2 %). Le type de famille est également associé au fait d'avoir été ivre, toujours défavorablement pour les jeunes Hainuyers vivant dans une famille monoparentale : 31,2 % d'entre eux ont déjà été ivres contre 22,3 % des jeunes vivant avec leurs deux parents.

Alors que la filière d'enseignement n'était pas associée à la consommation d'au moins une gorgée d'alcool, elle est significativement associée au fait d'avoir déjà été ivre. 42,9 % des jeunes de l'enseignement de qualification déclarent avoir déjà été ivres alors qu'ils sont 27,5 % à le déclarer dans l'enseignement de transition.

## Evolution 2004-2006-2009

**Tableau 3.24. Evolution des proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres**

%	Garçon			Fille		
	2004	2006	2009	2004	2006	2009
Groupe 10 ans	13,1	6,9	7,5	5,4	3,8	2,0
Groupe 13 ans	22,0	26,3	14,6	20,4	22,7	17,5
Groupe 16 ans	48,0	51,2	43,5	35,8	43,0	44,8

Source : OSH, 2004-2006-2009

L'évolution entre 2004 et 2009 est différente selon les catégories d'âge et de sexe. Globalement, la proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres fluctue : 24,7 % en 2004, 26,9 % en 2006 et 20,2 % en 2009. On constate une diminution significative pour les garçons et les filles de 10 ans et une augmentation significative pour les filles de 16 ans. La proportion de filles de 16 ans qui déclarent avoir déjà été ivres est à présent comparable à celle observée pour les garçons du même âge.

De manière générale en Europe, la consommation régulière d'alcool diminue chez les jeunes mais l'ivresse et la consommation excessive augmente (Settertobulte, 2001). En effet, le phénomène de "binge drinking" (consommation "express" et excessive d'alcool dans le but d'être ivre), importé de Grande-Bretagne au début des années 2000, s'est très fort répandu en Belgique et dans la province du Hainaut en particulier (Favresse, 2008). Ce type de comportement doit faire l'objet d'une attention particulière en matière de prévention, car en plus des risques associés à une consommation excessive d'alcool, le "binge drinking" a un effet particulièrement nocif sur le cerveau (Maurage, 2009).



### On retiendra...

- **55 % des jeunes de 10 ans ont déjà bu de l'alcool (au moins une gorgée).**
- **En 2004, la bière est la boisson alcoolisée la plus consommée par les 16 ans.**
- **A 16 ans, 48 % des garçons et 36 % des filles déclarent avoir déjà été ivres.**
- **La consommation d'alcool et l'ivresse sont plus fréquentes dans les familles disposant de deux revenus et dans les familles monoparentales. Les jeunes de l'enseignement de qualification déclarent plus fréquemment avoir déjà été ivres que ceux de l'enseignement de transition.**

### **5. Les attitudes et comportements vis-à-vis de la drogue**

Comme l'alcool, les drogues (cannabis, ecstasy, cocaïne...) sont des substances psychoactives, c'est-à-dire qu'elles agissent sur le cerveau et modifient l'activité mentale, les sensations et le comportement. Au-delà des effets recherchés (détente, euphorie, apaisement ou somnolence...), leur consommation entraîne de nombreux effets secondaires immédiats (agitation, hallucination, apathie, désespoir pouvant aller jusqu'à la dépression et risque de schizophrénie (Moore, 2007), accélération du rythme cardiaque et de la respiration, nausées, difficultés pour accomplir des tâches, troubles de la concentration et de la mémoire immédiate, perturbations de la perception visuelle ou temporelle...). À long terme, leur usage expose à des dangers pour la santé (risque de cancer du poumon (Aldington, 2008), de la langue, des amygdales, du larynx (Vignot, 2006)) et surtout à un risque de dépendance psychologique et physique (UNODC, 2008).

Si la loi belge interdit aux jeunes de moins de 18 ans de détenir et de consommer de la drogue, il n'en demeure pas moins que la drogue est bien présente parmi les jeunes et représente un réel danger pour leur équilibre.

Le thème de la drogue a été abordé sous 3 aspects :

- connaître un consommateur de drogue ;
- avoir reçu une proposition de consommer de la drogue ;
- pour les 13 et 16 ans, avoir consommé de la drogue.

#### **5.1. Connaître quelqu'un qui se drogue**

En 2004, 45 % des jeunes Hainuyers interrogés (N = 2177) connaissent quelqu'un qui se drogue. Cette proportion augmente avec l'âge de 19,7 % pour les 10 ans, elle passe à 44,6 % pour les 13 ans et à 69,7 % pour les 16 ans. En 1997 (OSH, 1998), seuls les 16 ans avaient été interrogés sur le thème de la drogue et 55,5 % d'entre eux connaissaient quelqu'un qui se droguait, ce qui est nettement moins qu'en 2004.

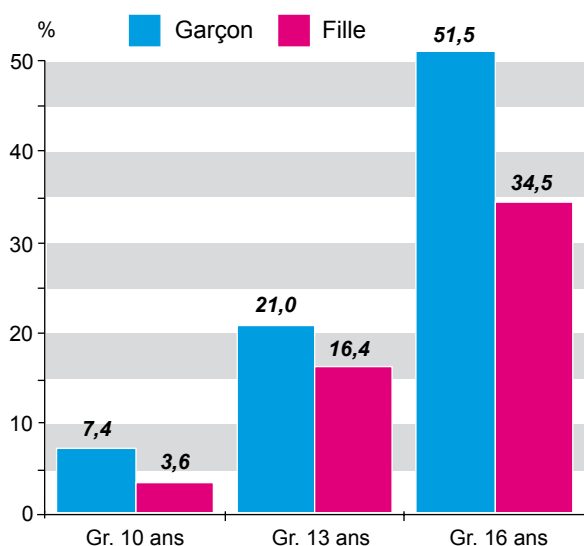
Les résultats observés en 2004 pour les 16 ans semblent conformes à ceux observés au même moment pour l'ensemble de l'Europe. En effet, en 2004, deux tiers des jeunes Européens âgés de 15 à 24 ans déclarent connaître un consommateur de cannabis (68 %) (EOS Gallup Europe, 2004).

## 5.2. La drogue proposée

Tous âges confondus, 23 % des jeunes Hainuyers déclarent s'être déjà vu proposer de la drogue. La proportion de jeunes en contact avec la drogue augmente fortement avec l'âge : à 10 ans, ils sont 6 % à déclarer s'en être vu proposer, pour 44 % à 16 ans. A tout âge, la proportion est toujours plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais la différence n'est significative que pour les 16 ans.



**Figure 3.65. Proportions de jeunes qui déclarent s'être déjà vu proposer de la drogue (N = 2169)**



Source : OSH, 2004

En 1997, 35,1 % des jeunes de 16 ans (41,1 % des garçons et 29,7 % des filles) s'étaient vu proposer de la drogue (OSH, 1998). En 2004, les jeunes de 16 ans, filles et garçons, se voient significativement plus proposer de la drogue (43,7 %).

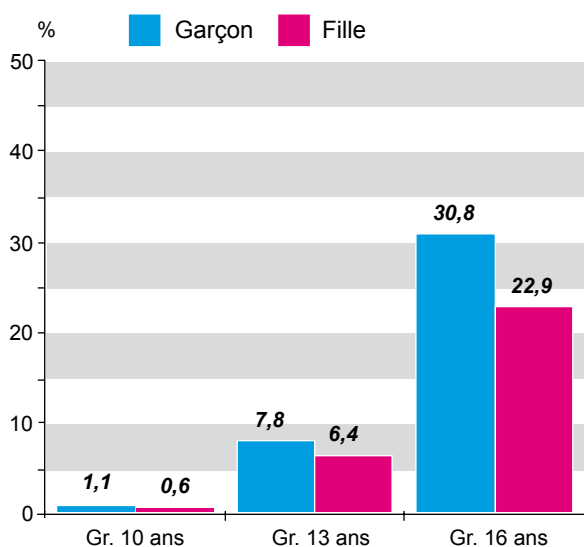
Selon l'Eurobaromètre de 2004, un jeune Européen (15 à 24 ans) sur 2 s'est déjà vu proposer du cannabis (EOS Gallup Europe, 2004). C'est légèrement supérieur à la proportion observée pour les jeunes Hainuyers de 16 ans.

## 5.3. La drogue consommée

Tous âges confondus, près d'un jeune Hainuyer sur 8 déclare s'être déjà drogué. S'ils sont 1 % à s'être déjà drogués à 10 ans, ils sont 7 % à 13 ans et 27 % à 16 ans, soit un jeune sur 4. Pour tout âge, la proportion de garçons s'étant déjà drogués est supérieure à celle des filles, mais seule la différence observée entre les garçons et les filles de 16 ans est significative.



**Figure 3.66. Proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà consommé de la drogue (N = 2168)**



Source : OSH, 2004

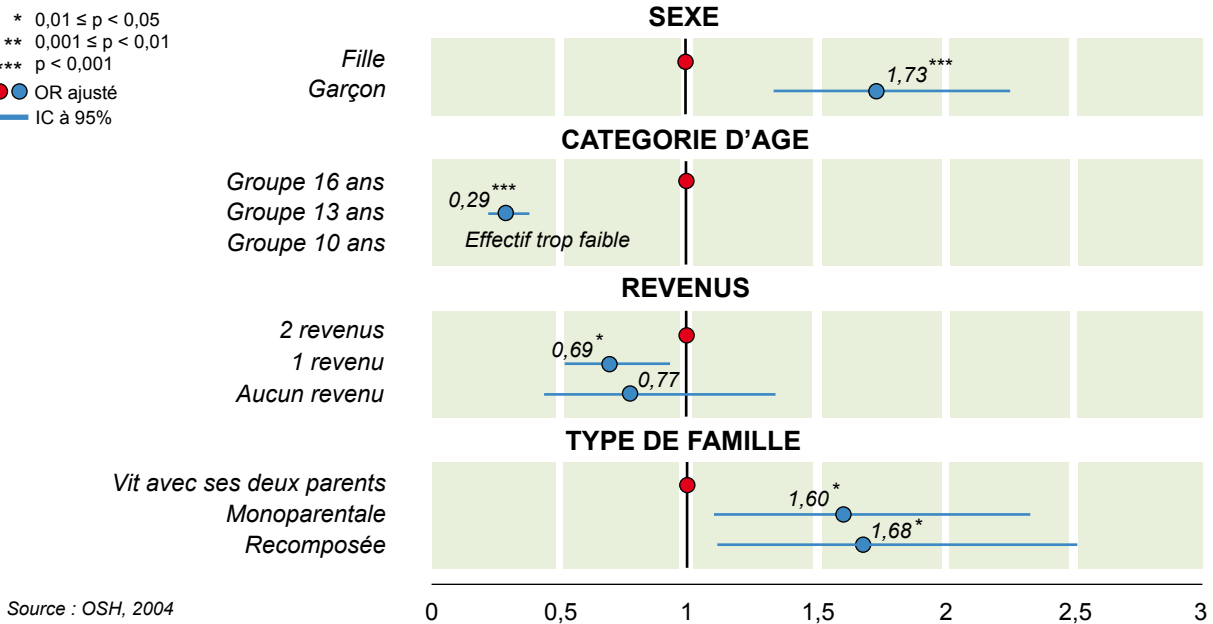
Parmi les jeunes de 16 ans interrogés en 1997, 15,5 % avaient déjà consommé de la drogue (OSH, 1998). En 2004, ils sont 27,2 % des jeunes de 16 ans à en avoir déjà consommé. L'augmentation est significative pour les deux sexes : 17,9 % des garçons en 1997 contre 30,8 % en 2004, et 13,5 % des filles en 1997 contre 22,9 % en 2004.

## Proposition et consommation de drogue et facteurs associés

Les facteurs associés à la proposition de drogue sont l'âge, le sexe, le type de famille et le nombre de revenus. L'âge, le sexe et le type de famille sont également associés à la consommation de drogue mais, en plus, la catégorie socioprofessionnelle du père et la filière scolaire s'ajoutent à la liste.

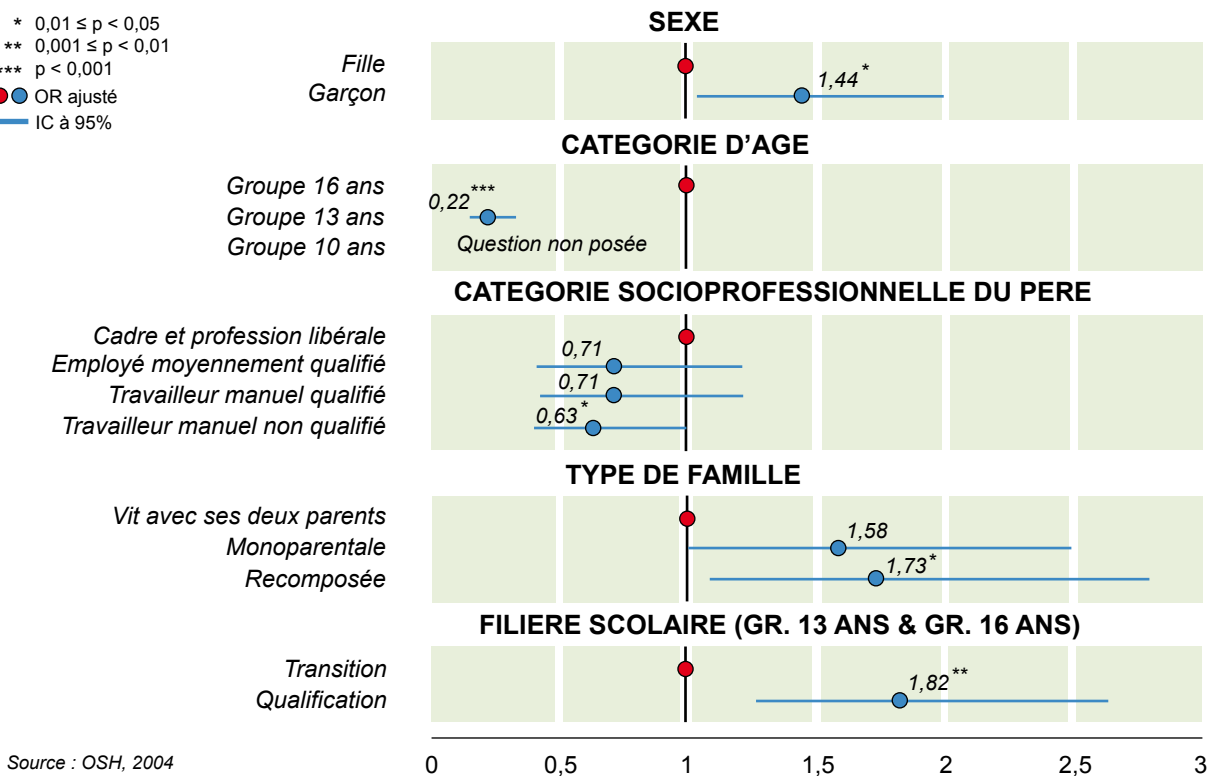
**Figure 3.67. "S'être déjà vu proposer de la drogue" et facteurs associés (N = 1208)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



**Figure 3.68. "Avoir déjà consommé de la drogue" et facteurs associés (N = 1202)**

- \*  $0,01 \leq p < 0,05$
- \*\*  $0,001 \leq p < 0,01$
- \*\*\*  $p < 0,001$
- OR ajusté
- IC à 95%



Les jeunes de 13 ans déclarent bien moins fréquemment s'être vu proposer de la drogue et en avoir consommé que ceux de 16 ans.

Les garçons déclarent également davantage s'être vu proposer et avoir consommé de la drogue que les filles.

Environ 36 % des jeunes Hainuyers vivant dans une famille monoparentale ou recomposée déclarent s'être déjà vu proposer de la drogue et 20 % déclarent en avoir déjà consommé alors que ces proportions sont respectivement de 28 % et 15 % pour les jeunes vivant avec leurs deux parents.

Dans l'enseignement de qualification, 28,3 % des jeunes de 13 et 16 ans déclarent avoir déjà consommé de la drogue. Cette proportion est plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'enseignement de transition (12,8 %). Ce dernier résultat va dans le sens de ceux observés dans d'autres enquêtes (Rwubusisi, 2007 ; Vandercammen, 2008).

L'association entre la proposition de drogue et le nombre de revenus est, quant à elle, favorable aux jeunes vivant dans des familles où il n'y a qu'un seul revenu du travail : 28,2 % d'entre eux déclarent s'être vu proposer de la drogue contre 33,7 % des jeunes dont les familles disposent de deux revenus.

### 5.4. Se voir proposer et consommer de la drogue

Le tableau 3.25. présente les proportions de jeunes qui ont consommé de la drogue parmi ceux à qui on en a déjà proposé. Les proportions observées augmentent avec l'âge pour les deux sexes, passant d'environ un jeune consommateur de 10 ans sur 8 qui se sont déjà vu proposer de la drogue à un jeune de 13 ans sur 3, et à plus d'un jeune de 16 ans sur 2. Les différences entre les filles et les garçons ne sont pas significatives. Il semble donc que même si les garçons consomment davantage de drogue, lorsque les filles se voient proposer de la drogue, elles se laissent tenter aussi souvent que les garçons.



**Tableau 3.25. Proportions de jeunes qui ont déjà consommé de la drogue parmi ceux qui s'en sont déjà vu proposer (N = 507)**

%	Garçon	Fille
Groupe 10 ans	15,4	8,3
Groupe 13 ans	33,8	35,6
Groupe 16 ans	52,4	54,4

Source : OSH, 2004

En 1997, la proportion de jeunes de 16 ans qui ont déjà consommé de la drogue parmi ceux à qui on en a déjà proposé est de 39,8 % pour les garçons (N = 226) et de 43,6 % pour les filles (N = 181) (OSH, 1998). L'augmentation entre 1997 et 2004 est significative pour les garçons mais pas pour les filles.

#### 5.4.1. Quelles drogues ?

Parmi les jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent avoir déjà consommé de la drogue, 93,2 % ont consommé du cannabis ou un de ses dérivés (haschisch, marijuana, joint, herbe, beuh, shit...), 1,2 % ont pris de l'ecstasy, 1,2 % un autre produit et 4,0 % ont consommé plus d'un type de drogue. Dans le cas des poly-consommations, un des produits consommés est le cannabis ou un de ses dérivés.

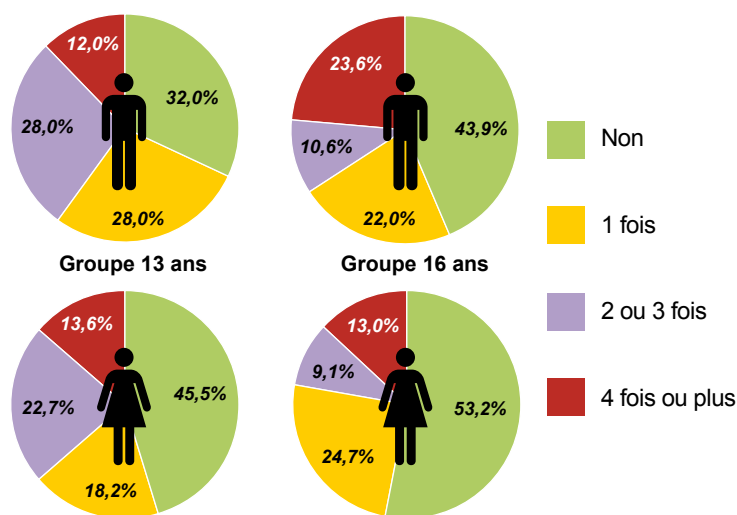


La consommation d'autres drogues que le cannabis est très faible dans cette enquête. Deux raisons peuvent être avancées : la difficulté pour le jeune répondant de renseigner cette consommation vu les risques judiciaires encourus et le décrochage scolaire des grands consommateurs. Cependant, il faut remarquer que le cannabis est la drogue considérée par les jeunes comme la plus facilement accessible et que beaucoup pense que le cannabis est une drogue douce inoffensive (Götz, 2007). L'utilisation chez les jeunes (12-17 ans) de drogues comme l'héroïne, l'Acide gamma-hydroxybutyrate (GHB), etc. demeure marginale et moins d'un jeune sur 100 déclarent utiliser des produits comme la cocaïne, l'ecstasy, les hallucinogènes ou les solvants (Vandercammen, 2008).

## 5.4.2. La consommation au cours des 30 jours précédant l'enquête

Afin d'avoir une idée plus précise de la consommation de drogue par les jeunes de 13 ans et 16 ans, il a été demandé aux jeunes qui avaient déclaré avoir déjà consommé de la drogue quelle était leur consommation de cannabis ou d'autres drogues au cours des 30 jours précédant l'enquête.

**Figure 3.69. Proportions de consommateurs de cannabis et fréquence de consommation au cours des 30 jours précédant l'enquête** (% des jeunes qui déclarent avoir déjà consommé de la drogue) (N = 247)



Source : OSH, 2004

Globalement, un jeune sur 2 ayant déjà consommé de la drogue a consommé du cannabis au moins une fois au cours des 30 jours précédant l'enquête. Les 13 ans sont proportionnellement plus nombreux que les 16 ans à en avoir consommé, mais on n'observe pas de différence significative entre les filles et les garçons. En outre, la fréquence de consommation augmente avec l'âge chez les garçons.

Seuls, quatre jeunes ayant déjà consommé de la drogue déclarent avoir consommé autre chose (ecstasy pour 3 jeunes et cocaïne pour un) que du cannabis au cours des 30 derniers jours.

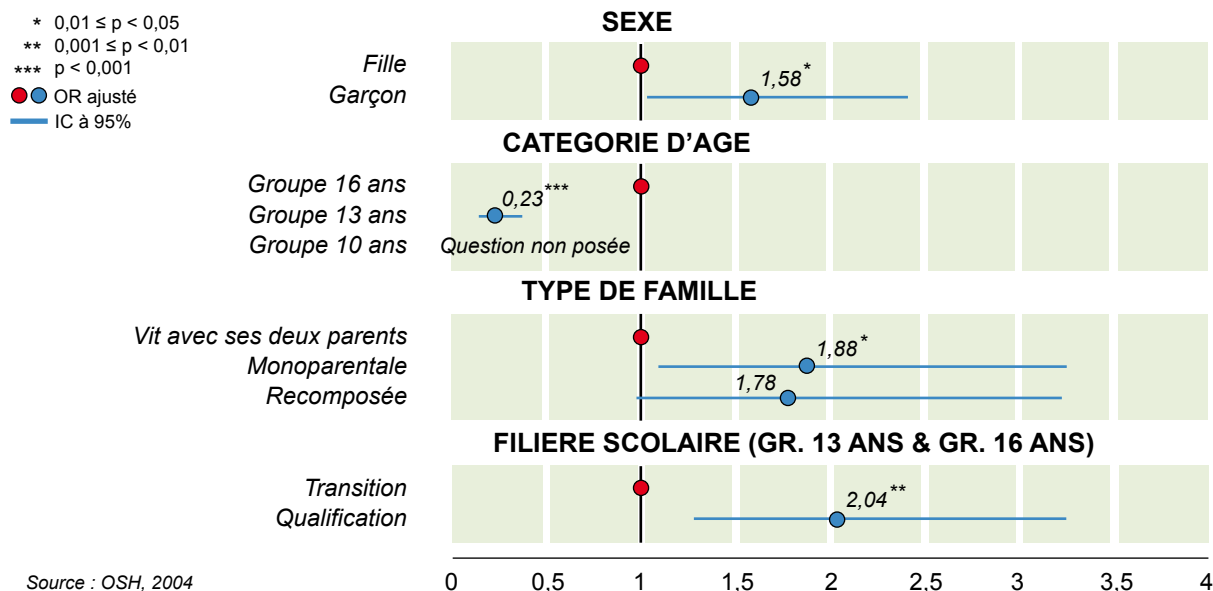
L'enquête de 1997 n'abordait pas le type de drogues consommées, il n'est donc pas possible de connaître l'évolution parmi les jeunes Hainuyers.

Les données de la littérature sont contradictoires. L'enquête européenne ESPAD de 2007 (Götz, 2007) montre une légère diminution de l'expérimentation et de l'usage régulier de cannabis chez les jeunes de 16 ans. Simultanément, le CRIOC relève pour les jeunes Belges de 12 à 17 ans une augmentation entre 2005 et 2007 de la proportion de jeunes qui ont déjà expérimenté le cannabis (un sur 7 en 2005 et 2006, et un sur 4 en 2007) et de la proportion de jeunes qui consomment régulièrement du cannabis (un jeune sur 12 en 2006 contre un sur 8 en 2007) (Vandercammen, 2008).

## Consommation de cannabis et facteurs associés

Après ajustement sur l'âge et les facteurs socio-économiques, le sexe est significativement associé à la consommation de cannabis au cours des 30 jours précédant l'enquête : la proportion de consommateurs est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles. L'association avec l'âge est confirmée.

**Figure 3.70. "Avoir consommé du cannabis au cours des 30 jours précédant l'enquête" et facteurs associés (N = 1196)**



Les jeunes vivant dans une famille monoparentale déclarent davantage avoir consommé du cannabis au cours des 30 jours précédant l'enquête (12,1 %) que les jeunes vivant avec leurs deux parents (7,6 %). Il en est de même pour les jeunes de l'enseignement de qualification (15,6 %) par rapport aux jeunes de l'enseignement de transition (6,5 %).



### On retiendra...

- **Un jeune de 16 ans sur 2 s'est déjà vu proposer de la drogue. Plus d'un sur 4 déclare en avoir déjà consommé : les garçons (31 %) plus que les filles (23 %).**
- **La drogue la plus consommée par les jeunes est le cannabis.**
- **Comme pour le tabagisme et l'ivresse, le fait de vivre avec ses deux parents et de fréquenter l'enseignement de transition sont des facteurs protecteurs contre l'usage de la drogue.**

### 6. Références

Adès J-E. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 sur les usages de drogues des adolescents. Communiqué de presse. OFDT ; 12 septembre 2006.

Aldington S, Harwood M, Cox B, Weatherall M, Beckert L, Hansell A, Pritchard A, Robinson G, Beasley R. On behalf of the cannabis and respiratory disease research group cannabis use and risk of lung cancer : a case-control study. *Eur Respir J* 2008 ; 34 : 280-286.

Andersen L, Harra M, Sardinha L, Froberg K, Ekelund U, Brage S, Anderssen S. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children : a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *The Lancet* 2006 ; 368 (9532) : 299-304.

Bartsch P, Laperche J. Tabagisme occasionnel de l'adolescent ; où commence la nocivité ? *Rev Med Liege* 2006 ; 61 (5-6) : 394-400.

Bizel P, Renard C, Berghmans L. 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 le 10 juin 2008 à l'IPF à Mons ; 1-14.

Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control* 2005 ; 14 : 315-320.

Blanchet C, Chaire L, Chagnon A, Thibault G. Activité physique et santé osseuse. Kino-Québec (éditeur) 2008, 1-35.

Bizel P, Renard C, Berghmans L. 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 le 10 juin 2008 à l'IPF à Mons : 1-14.

Carlier G, Ghos P, Renard JP, Scheiff A, Florence J, Dawance JP, et al. Analyse de l'enseignement de l'éducation physique au secondaire. Louvain-la-Neuve : UCL, Unité EDPM, document de recherche non publié ; 1992.

Chassin L, Presson C, Sherman SJ, Edwards DA. The natural history of cigarette smoking ; predicting young adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychol* 1990 ; 9 (6) : 701-716.

Conseil Supérieur d'Hygiène. Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène. Les jeunes et l'alcool. CSH 8109. 2006.

Coulon J, de Winter E, Jacquet de Haverskercke P, Nagels I, Servais P, et al. Comprendre nos dépendances pour mieux les dépasser. Bruxelles : Fédération belge contre le Cancer, 2003.

Debacker N, Temme L, Cox B, Huybrechts I, Van Oyen H. Enquête de Consommation Alimentaire Belge 2004. Habitudes alimentaires de la population belge de plus de 15 ans. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2007 : 1-109.

De Bourdeaudhuij I (coord.), Groupe de travail PNNS Axe 2b "Activité physique". L'activité physique en Belgique. Document de consensus scientifique. Plan National Nutrition Santé Axe 2b - Groupe de travail activité physique ; 2007.

Delgrande Jordan M, Annaheim B. Habitudes alimentaires, activité physique et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse. Situation en 2006 et évolution récente. Résultats de l'Enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Lausanne : SFA / ISPA ; April 2009 ; Rapport de recherche n° 45.

EOS Gallup Europe, European Commission. Les jeunes et la drogue - Flash Eurobaromètre 158. Bruxelles : Commission européenne ; 2004.

EUFIC. L'alimentation des enfants et des adolescents. L'Essentiel 2006 Jun ; (4 p.).

Expertise collective. Activité physique - Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations. Paris INSERM ; 2008 : 168 p.

Expertise collective. Activité physique - Contextes et effets sur la santé - Dossier de presse du 1<sup>er</sup> avril 2008. Paris : INSERM ; 2008.

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 : SIPES, ESP-ULB ; 2008.

Godeau E, Arnaud C, Navarro F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC). Saint-Denis : INPES ; 2008.

Godin I, Decant P, Moreau N, de Smet P, Boutsen M. La santé des jeunes en Communauté française. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Bruxelles : SIPES, ESP-ULB ; 2008.

Götz W, Hibell B. Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD. Utilisation de substances parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe. OEDT, ESPAD ; 2007.

Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence : results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. Journal of Substance Abuse 1997 ; 9 : 103-110.

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.

Hancox R, Milne B, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health : a longitudinal birth cohort study. The Lancet 2004 ; 364 : 257-262.

Healy GN, Dunstan DW, Salmon J, Cérin E, Shaw JE, Zimmet PZ, Owen N. Breaks sédentaires dans le temps : les associations bénéfiques avec des risques métaboliques. Diabetes Care 2008 ; 31(4) : 661-6.

Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez A. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking : indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. The Lancet 2006 Jul 29 ; 368 (9533) : 367-370.

Ludwig DS, Gortmaker SL. Programming obesity in childhood. The Lancet 2004 Jul ; 364(9430) : 226-227.

Maillard C. En Belgique, la santé des jeunes d'âge scolaire présente une légère baisse de la consommation de tabac. Contact Santé 2005 ; 203 : 18-9.

Marique T, Heyters C, Ministère de la Communauté française, Direction générale du Sport (sous la direction de). La condition physique des jeunes. Faits & Gestes Janvier/Février/Mars 2005 : 1-8.

Maurage P, Pesenti M, Philippot P, Joassin F, Campanella S. Latent deleterious effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. J Psychiatry Neurosci 2009 ; 34 (2) : 111-118.

Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes : a systematic review. The Lancet 2007 Jul 28 ; 370 : 319-328.

Nicklas T, Myers L, Reger C, Beech B, Berenson G. Impact of breakfast consumption on nutritional adequacy of the diets of young adults in Bogalusa, Louisiana : Ethnic and gender contrasts. J American Dietetic Association 1998 ; 98(12) : 1432-1438.

Observatoire de la Santé du Hainaut. Santé en Hainaut n° 2. Tableau de bord de la santé des jeunes. 1998.

Observatoire de la Santé du Hainaut. Santé en Hainaut n° 6. Tableau de bord de la santé 2006. 2006.

Observatoire de la Santé du Hainaut. Enquête "Génération Santé" du Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies du Hainaut 2007-2008-2009 – Thème : Alcool, Havré, Observatoire de la Santé du Hainaut 2009 (document de recherche non publié).

OMS. Stratégie Mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : OMS ; 2004.

OMS. Santé de l'adolescent. Principaux faits et chiffres. Septembre 2008. Source Internet : [http://who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/fr/index.html](http://who.int/features/factfiles/adolescent_health/fr/index.html) (Dernière consultation : 26 juin 2010).

Oppert JM. Activité physique, sédentarité et gain de poids. Cholé-Doc 2003 ; 80 : 1-3.

Owen N, Kent P, Wakefield M, Roberts L. Low-rate smokers. Prev Med 1995 Jan ; 24 : 80-4.

Parizel D, Lauwers T, Couplan F, Gramme D. Le petit déjeuner ? Dossier. Valériane - Nature et Progrès 2005 ; 51 : 17-21.

Pate R, Wang C, Dowda M, Farell S, O'Neill J. Cardiorespiratory Fitness Levels Among US Youth 12 to 19 Years of Age. Arch Pediatr Adolesc Med 2006 ; 160(Oct 2006) : 1005-1012.

Peto R, Lopez A-D, Boreham J, Thun M, Heath CJr. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Indirect Estimates from National Vital Statistics. Oxford : Oxford University Press ; 1994.

Piette D, Parent F, Coppieters Y, Favresse D, Bazelmans C, Kohn L, et al. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire - Quoi de neuf depuis 1994 ? - Comportement et modes de vie des jeunes scolarisés et des jeunes en décrochage scolaire en Communauté française de Belgique de 1986 à 2002. Bruxelles : ULB-Promes ; 2003.

Pollitt E, Mathews R. Breakfast and cognition : an integrative summary. Am J Clin Nutr 1998 ; 67 (suppl) : 804S-813S.

Rehm J, Monteiro MG, Room R, Gmel, G, Jernigan D, Frick U, Graham K. Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption : Determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. European Addiction Research 2001 ; 7(3) : 138-147.

Renault M. Rapport 2008 sur les drogues et les dépendances : tabac et cannabis en recul, alcool en regain. Communiqué de presse du Ministère fédéral de la santé. BE (Bulletins électroniques) Allemagne 385 (15-5-2008). Ambassade de France en Allemagne / ADIT.

Rousseau N. L'activité physique, marqueur de poids. Health & Food 2006 ; 77 : 1-3.

Rwubusisi M, Pozza M, Vanhuyck C, Casero L, Dal M, Bastin P. L'usage de drogues en Communauté française. 2007 (Données 2006). Eurotox, Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool – Drogues Communauté française de Belgique ; 2007.

Sargent J, Mott L, Stevens M. Predictors of Smoking Cessation in Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1998 ; 152 (Apr 1998) : 388-93.

Settertobulte W, Jensen B, Hurrelmann K, WHO. La consommation d'alcool parmi les jeunes Européens Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, Stockholm, 19-21 février 2001. Copenhagen : Who regional office for Europe ; 2001. Report N° : Eur/00/5020274 - Eur/ICP/IVST 06 03 05.

Shields M, Tremblay MS. Comportements sédentaires et obésité. Statistique Canada, Rapports sur la santé Juin 2008 ; 19(2) : 1-14.

Slentz C, Aiken L, Houmard J, Bales C, Johnson J, Tanner C, et al. Inactivity, exercise, and visceral fat.

STRRIDE : a randomized, controlled study of exercise intensity and amount. Highlighted topic role of exercise in reducing the risk of diabetes and obesity. *Journal Applied Physiology* 2005 ; 99 : 1613-8.

Swalus P, Carlier G, Florence J, Renard JP, Scheiff A. Regards sur l'éducation physique - Analyse de son enseignement à l'école primaire. Louvain la Neuve : UCL ; 1988.

Telama R, Nupponen H, Piéron M. Physical activity among young people in the context of lifestyle. *European Physical Education Review* 2009 ; 11(2) : 115-137.

UNODC. 22<sup>ème</sup> journée antistupéfiants, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), Chawla S (under the supervision of). *World Drug Report* 2008. Vienne : UNODC ; 2008.

Vanasse A. La santé des préadolescents pourrait être menacée, selon le Bulletin de santé de la Fondation des maladies du coeur. CNW Telbec (Internet Communication) 2002.

Vandercammen M, CRIOC. Les jeunes et Internet sont indissociables ! Communiqué de presse - Internet, TIC, Télécoms. Bruxelles : CRIOC 22/09/2008.

Vandercammen M. (éd.). Jeunes et loisirs. Bruxelles : CRIOC ; 2008 : 1-49.

Vandercammen M, CRIOC. Jeunes et drogues. Bruxelles : CRIOC ; 2008.

Vandercammen M. Farde de documentation Tabac. Edition 2008. Bruxelles : CRIOC 2008 : 1-64.

Vandercammen M. Jeunes et tabac. Bruxelles : CRIOC ; 2009. Rapport N° : 595-09.

Vignot S, Besse B, de La Motte Rouge T, Massard C, Spano J-P, Karila L, et al. Cannabis et cancer. *Bull Cancer* 2006 ; 93 (2) : 163-70.

Warren C, Riley L, Asma S, Eriksen M, Green L, Blanton C, et al. Tobacco use by youth : a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bull World Health Organ* 2000 ; 78 (7) : 868-76.

Weiss R, Raz I. Focus on childhood fitness, not just fatness. *The Lancet* 2006 ; 368 (July 22) : 261-262.

# Annexes

---





## **Historique**

En 1997, dans le cadre d'un projet européen Interreg II, une enquête sur la santé des jeunes avait été menée dans les écoles de la province du Hainaut en Belgique et du département de l'Aisne en France. Ses résultats avaient mis en évidence l'existence de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires dès le plus jeune âge : hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, habitudes de vie non propices au maintien en bonne santé (sédentarité, alimentation trop grasse, trop sucrée, trop abondante, consommation importante de tabac et de boissons alcoolisées). Ils avaient également permis de souligner l'impact de l'environnement socio-économique sur la santé des jeunes.

Compte tenu des problèmes constatés, assurer un suivi épidémiologique de la santé est apparu incontournable. Partenaires naturels d'un tel projet dans le Hainaut, les centres de santé scolaire (actuellement Services PSE ou Centres PMS-CF) ont été sollicités en 1999 pour monter un réseau de Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV). Sur base volontaire, 10 d'entre eux, puis 12 en 2002, 20 en 2005, et finalement 23 depuis 2007 se sont proposés pour faire partie des centres vigies. Ils sont répartis sur toute la province du Hainaut et relèvent des différents réseaux d'enseignement.

## **Objectifs**

La collaboration entre ce réseau 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, tension 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 les interventions en promotion de la santé des jeunes.

## **Surveillance épidémiologique**

La partie du questionnaire à visée de surveillance épidémiologique est identique d'une année à l'autre. Pour la plupart d'entre elles, les 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.

## **Thème de recherche**

La partie du questionnaire relative à un thème de recherche change chaque année. Son élaboration suit différentes étapes. La première étape consiste à choisir le thème. Ce choix se fait en fonction des besoins ressentis par les collègues qui mènent des interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé auprès des jeunes, des besoins identifiés par les centres de santé scolaire ou dans la littérature ou encore des demandes émanant des jeunes eux-mêmes. Le choix final du thème de l'année se fait en fonction d'un certain nombre de critères comme la fréquence et la gravité du problème ou la possibilité d'intervention sur le thème identifié.

Après une vaste recherche bibliographique relative aux différentes enquêtes réalisées sur le sujet que l'on souhaite aborder, des choix sont opérés en tenant compte de l'outil dont on dispose, à savoir l'enquête quantitative. Ce type d'enquête 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
2000	Enquête pilote
2001	Enquête sur le thème des assuétudes
2002	Enquête sur le thème du bien-être
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 Fondation pour la Santé dentaire <sup>6</sup> (FSD)
2006-2007	Enquête sur l'asthme et les allergies auprès des 2 <sup>ème</sup> primaire
2007-2008	Enquête sur le thème de l'alcool auprès des 2 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> secondaire
2008-2009	Enquête sur le thème de l'alcool auprès des 6 <sup>ème</sup> primaire

Source : OSH, 2010

## Echantillonnage

Initialement, les classes sélectionnées étaient les 5<sup>ème</sup> primaire, 2<sup>ème</sup> secondaire et 4<sup>ème</sup> secondaire. En 2002-2003 et depuis l'année scolaire 2005-2006, les classes normalement retenues pour le projet CSSV sont les 6<sup>ème</sup> primaire, les 2<sup>ème</sup> secondaire et les 4<sup>ème</sup> secondaire, classes où est prévue une visite médicale systématique au centre de santé scolaire<sup>(11)</sup>. Ainsi, chaque année, environ 1200 élèves sont interrogés et passent un examen biométrique.

L'échantillon est établi selon la méthode des quotas, avec le respect de cinq critères :

- la classe,
- le sexe,
- le réseau d'enseignement (Communauté française, libre, communal, provincial),
- la filière d'enseignement (enseignement de transition (général ou technique), enseignement de qualification (technique ou professionnel)) ;
- l'importance de la population scolaire par arrondissement.

## Déroulement des enquêtes

Excepté pour les enquêtes transfrontalières de 1997 et 2004 et pour l'enquête sur l'asthme et les allergies qui se sont déroulées directement à l'école, l'enquête a lieu, en principe, dans les centres de santé scolaire, à l'occasion de la visite médicale périodique. Le centre accueille l'équipe d'infirmières, formées aux enquêtes, de l'OSH.

Une ou deux infirmière(s) expérimentée(s) (selon le profil de la classe et le nombre d'élèves) supervise(nt) le questionnaire sur les habitudes de vie, les connaissances et les représentations relatives à différents thèmes de santé. Le poids et la taille sont mesurés par le personnel du centre de santé scolaire selon le protocole de mesure définie pour l'ensemble des enquêtes ; le poids, avec le pèse-personne de l'OSH et la taille avec la toise du centre après étalonnage. La pression artérielle et le tour de taille sont mesurés par une infirmière de l'OSH.

Les enquêtrices de l'OSH veillent à la bonne compréhension des questions, sans induire les réponses.

11. Excepté l'enquête de 2006-2007 pour laquelle les élèves de 2<sup>ème</sup> primaire ont été interrogés.

### **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, vêtus 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.

### **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 étant régulièrement calibrée avec des poids de la Division Métrologie du SPF Economie, Petites et Moyennes Entreprises, 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.

### **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 pression artérielle systolique (PAS) et de la pression artérielle diastolique (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.

### **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 une contraction des muscles abdominaux ou de retenir sa respiration. Le mètre ruban doit être fermement tenu mais ne comprime pas la peau. Deux mesures sont réalisées et les résultats notés au millimètre près. Le tour de taille retenu pour l'analyse est la moyenne arithmétique des deux mesures effectuées.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel SPSS® version 14.0 sur la base de données conjointes des enquêtes transfrontalières de 1997 et de 2004.

Chaque thème abordé dans ce Carnet de bord de la santé des jeunes est étudié au travers d'un certain nombre d'indicateurs ou variables. Par exemple, le thème du tabac est étudié via le statut tabagique du jeune (Le jeune fume-t-il au moment de l'enquête ? A-t-il déjà essayé de fumer ?), via le tabagisme passif (Y a-t-il quelqu'un qui fume à la maison ? à l'école ?...).

Pour une meilleure appréhension des variables continues, certaines ont été transformées en variables avec catégories sur base de valeurs seuils de référence issues de la littérature ou calculées sur base de principes exposés dans la littérature ou encore sur base des percentiles. C'est le cas notamment du cholestérol total, de la pression artérielle, du nombre d'heures passées devant la télévision... Dans un souci de simplification ou de pertinence dans la présentation des résultats, les variables en catégories ont été recodées en vue de limiter le nombre d'items à présenter dans les graphiques et les tableaux.

Afin de décrire la situation sanitaire des jeunes en 2004, chaque indicateur fait d'abord l'objet d'une analyse descriptive via les statistiques usuelles, à savoir les fréquences pour les variables en catégorie et les moyennes et les percentiles<sup>(12)</sup> pour les variables continues.

Pour chaque variable, les fréquences ou les moyennes et les percentiles sont présentés par sexe et par âge soit sous la forme d'un tableau, soit sous la forme d'un graphique et, sauf mention explicite de la base de calcul, les fréquences sont exprimées en pourcentage du nombre de jeunes interrogés. La signification statistique des différences a été testée via le chi carré de Pearson avec un seuil de signification de 5 %.

Bien que l'échantillonnage soit basé sur l'appartenance à une classe, il n'a pas été tenu compte d'effet de grappe dans les analyses afin de garder le même protocole d'analyse des données de l'enquête de 2004 que celui adopté lors de l'analyse des résultats de l'enquête de 1997.

### Evolution dans le temps

En général, l'évolution des indicateurs les plus pertinents est analysée sur base des données récoltées lors des deux enquêtes transfrontalières de 1997 et 2004.

Pour les indicateurs qui font l'objet d'un suivi épidémiologique régulier via les enquêtes annuelles menées par l'OSH dans les centres CSSV, et pour autant que les données soient comparables (même question) et disponibles, l'évolution est également analysée au travers des données des années 2006, 2007, 2008 et 2009. Pour ces dernières années, les données relatives à la catégorie d'âge "10 ans" reprennent les données des jeunes de 6<sup>ème</sup> primaire et non ceux de 5<sup>ème</sup> primaire comme c'est le cas pour les données de 1997 et de 2004. Ce changement est lié à une réforme dans l'organisation des visites médicales scolaires décidée par le gouvernement de la Communauté française.

La signification statistique des évolutions entre 1997 et 2004 a été testée à l'aide du chi carré de Pearson. Par contre, lorsque les données de 2006 et/ou 2008-2009 ont été prises en considération, la signification statistique des évolutions entre 1997 et 2009 a été vérifiée à l'aide du test de tendance de Mantel (Jenicek, 1983)<sup>(13)</sup>.

12. Le percentile  $x_p$  de la variable observée  $x$  correspond à la valeur  $x_p$  telle que  $p$  % des observations ont une valeur pour la variable  $x$  inférieure à  $x_p$  et  $(100-p)$  % une valeur supérieure à  $x_p$ . Par exemple, le percentile 80 du tour de taille pour les filles de 12 ans est de 73,9 cm. Cela signifie que, dans l'échantillon, 80 % des filles de 12 ans ont un tour de taille inférieur à 73,9 cm et 20 % un tour de taille supérieur à 73,9 cm.

13. Jenicek M, Cléroux R. Epidémiologie. Principes - Techniques - Applications. Québec : Edisem, Maloine, 1982.

## Analyse multivariable

Les indicateurs les plus pertinents de chaque thème ont fait l'objet d'une analyse multivariable, une régression logistique, afin de mettre en exergue les liens éventuels entre ces indicateurs et les facteurs socio-économiques suivants : le nombre de revenus professionnels dans le ménage, le type de famille, la catégorie socioprofessionnelle du père.

Le sexe et le groupe d'âge ont également été introduits dans l'analyse comme facteur d'ajustement pour tenir compte des différences de comportement en fonction du sexe et de l'âge des jeunes interrogés. Dans un second temps, la même régression logistique a été répétée en restreignant l'analyse aux jeunes de 13 et 16 ans, et en incluant en plus comme variable explicative la filière d'enseignement<sup>(14)</sup>.

L'objectif est donc de déterminer si, après ajustement sur l'ensemble des variables introduites dans l'analyse, les facteurs socio-économiques peuvent être considérés comme source d'inégalités de santé pour les jeunes.

Par exemple, l'indicateur décrivant la perception qu'a le jeune de son propre état de santé a été mesuré par un indicateur en cinq modalités : très bon, bon, moyen, mauvais et très mauvais (voir Chapitre 2 "Etat de santé", paragraphe 1.1. "La perception de la santé globale"). Dans la régression logistique, l'indicateur étudié est dichotomisé, c'est-à-dire transformé en une variable à deux catégories. Ainsi, l'état de santé perçu est recodé en deux catégories : bon ou très bon versus moyen, mauvais ou très mauvais.

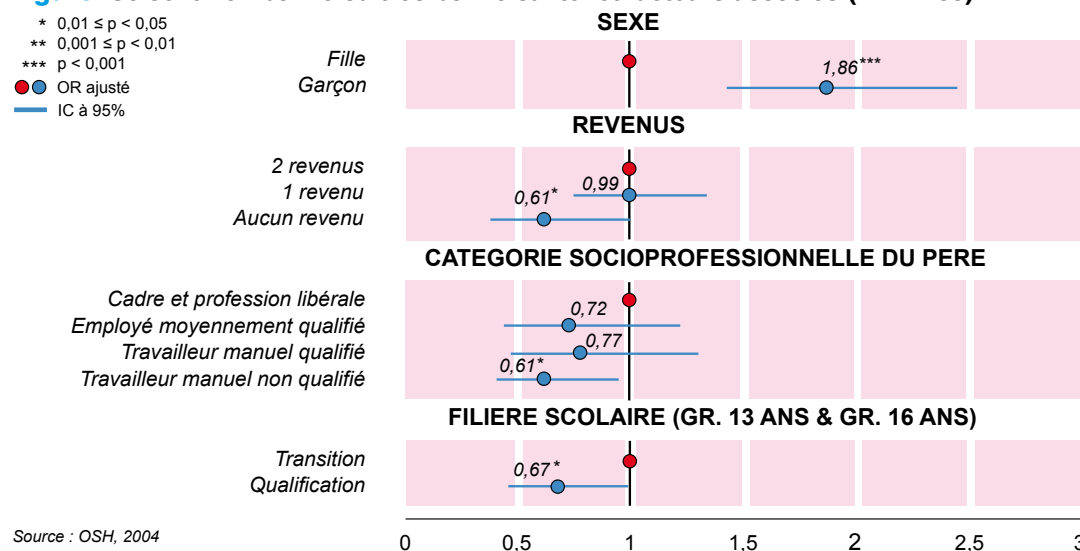
Ensuite, pour chaque variable explicative, une catégorie de référence est choisie. Les catégories de référence sont, par défaut dans toutes les analyses, les filles pour le sexe, le groupe des 16 ans pour la catégorie d'âge, deux revenus pour le nombre de revenus du ménage, la famille biparentale pour le type de famille, les cadres et les professions libérales pour la catégorie socioprofessionnelle du père et l'enseignement de transition pour la filière scolaire.

L'indicateur étudié se voit attribué pour cette catégorie de référence un rapport de cote ou odds ratio (OR) de 1.

Dans l'exemple, l'OR de la catégorie "se sentir en bonne ou très bonne santé" vaut un pour les filles, un pour les jeunes de 16 ans, un pour les jeunes dont la famille perçoit deux revenus... Ces OR de un sont représentés sur la figure par un rond rouge sur la droite verticale correspondant à la valeur un.

Les autres catégories des variables explicatives sont comparées à cette catégorie de référence et l'indicateur étudié se voit attribué un OR par rapport à chacune d'entre elles. Un OR plus grand que un (respectivement plus petit que un) signifie que les jeunes de la catégorie correspondante présentent plus (respectivement moins) souvent l'indicateur étudié que les jeunes de la catégorie de référence.

**Figure "Se sentir en bonne ou très bonne santé" et facteurs associés (N = 1755)**



14. L'ensemble des élèves de 10 ans étant en 5<sup>ème</sup> primaire de l'enseignement fondamental, ils n'ont pas été pris en compte dans cette deuxième phase d'analyse afin de ne pas biaiser l'analyse du lien qui pourrait exister entre un indicateur et la filière scolaire.

Ainsi, pour l'état de santé perçu, les garçons ont un OR de 1,86 (représenté par un rond bleu) par rapport à un OR de un (représenté par un rond rouge) pour les filles. Les garçons se sentent donc plus fréquemment que les filles en bonne ou très bonne santé. Cette différence est significative avec une p-valeur strictement inférieure à 0,001, ce niveau de signification est symbolisé par trois astérisques derrière le OR (1,86\*\*\*). Le risque relatif ne peut pas être directement déduit du OR. Dans l'exemple ci-dessus, il vaut 1,11 et traduit que les garçons ont un "risque" de 11 % plus élevé que les filles de se sentir en bonne ou très bonne santé. Par souci de clarté, le risque relatif n'est pas présenté dans le texte.

De même, la catégorie "0 revenu" a un OR de 0,61 et la catégorie "un revenu" a un OR de 0,99 par rapport au OR de un attribué à la catégorie "deux revenus". Le OR de la catégorie "0 revenu" est significatif (p-valeur comprise entre 0,01 et 0,05, ce qui se symbolise par 0,61\*) alors que le OR de la catégorie "un revenu" ne l'est pas (p-valeur > 0,05). Il en ressort donc que les jeunes dont la famille ne bénéficie d'aucun revenu du travail déclarent significativement moins fréquemment se sentir en bonne ou très bonne santé que les jeunes dont la famille bénéficie de deux revenus professionnels, mais que l'on ne peut pas déduire de différence entre les jeunes dont la famille bénéficie d'un revenu professionnel et ceux dont la famille en bénéficie de deux.

En outre, la santé perçue est également associée à la filière scolaire au détriment des élèves de l'enseignement de qualification : le OR associé à la catégorie "enseignement de qualification" vaut 0,67 avec une p-valeur de 0,036.

Dans l'exemple encore, les catégories d'âge n'apparaissent pas sur la figure car toutes les p-valeurs sont supérieures à 0,05. Le fait de se sentir en bonne ou très bonne santé n'est pas lié à la catégorie d'âge.

En outre, on observe que l'intervalle de confiance à 95 % de l'OR, représenté par le trait bleu superposé au rond bleu de l'OR, chevauche la droite verticale correspondant à la valeur un du OR lorsque le résultat n'est pas significatif et ne la chevauche pas lorsque le résultat est statistiquement significatif.

En résumé, les régressions logistiques sont représentées par une figure où seuls les résultats significatifs (seuil de signification de 5 %) sont présentés par leurs OR ajustés (rond rouge pour un OR de référence et rond bleu pour un OR comparé) et leurs intervalles de confiance à 95 % (segment de droite autour de l'OR), tandis que la p-valeur du chi carré de Wald associée a été représentée par 0, une, deux ou trois astérisques suivant l'OR en fonction de sa valeur (0 astérisque quand la catégorie ne présente pas de différence significative pour la caractéristique étudiée et donc que la p-valeur est supérieure à 0,05, \* pour une p-valeur comprise entre 0,01 inclus et 0,05, \*\* pour une p-valeur comprise entre 0,001 inclus et 0,01 et \*\*\* pour une p-valeur strictement inférieure à 0,001).

Afin de simplifier la présentation, les proportions brutes ont été calculées pour chacune des différentes catégories des variables liées à l'indicateur étudié. Ainsi dans l'exemple ci-dessus, le commentaire précisera que 89,1 % des jeunes dont le père exerce une profession de cadre ou une profession libérale se déclarent en bonne ou très bonne santé alors qu'ils ne sont que 82,1 % à le déclarer lorsque leur père est ouvrier non qualifié.

# Abréviations

---





# Abréviations

BMI	Body Mass Index - IMC
CF	Communauté française
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPJ	Cigarette(s) par jour
CPMS	Centre psycho-médico-social
CRIOC	Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs
CSSV	Centres de Santé Scolaire Vigies
ENNS	Enquête Nationale Nutrition Santé (France)
ENS	Enquête Nationale de Santé par Interview
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
ETSJ	Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes
FSD	Fondation pour la Santé Dentaire
GHB	Acide gamma-hydroxybutyrate
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HDL	High-density lipoprotein – HDL-cholestérol
HOMA-IR	HOmeostasis Model Assessment of Insuline Resistance
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle - BMI
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France)
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)
IOTF	International Obesity Task Force
LDL	Low-density lipoprotein – LDL-cholesterol
MCV	Maladie cardiovasculaire
Mm Hg	Millimètre de mercure
mU	Milli-Unité
N	Nombre de répondants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé - WHO
OR	Odd's ratio
OR2S	Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
PA	Pression artérielle
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PME	Petite et moyenne entreprise
PMS	Psycho-médico-social
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNNS-B	Plan National Nutrition Santé pour la Belgique
PSE	Promotion de la Santé à l'Ecole
SPF	Service public fédéral
TBTS	Tableau de bord transfrontalier de la Santé
UNODOC	Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime
WHO	World Health Organization – OMS

# Table <sup>des</sup> Tableaux & Figures

---



## Chapitre 1. Introduction et méthode

Carte 1.1. Répartition géographique des écoles primaires et secondaires ayant participé à l'enquête de 2004 .....	11
Tab. 1.1. Répartition des jeunes interrogés par groupe d'âge et par sexe .....	12
Tab. 1.2. Participation des jeunes aux différents modules de l'enquête .....	12
Tab. 1.3. Répartition des jeunes en fonction de la filière d'enseignement .....	13
Tab. 1.4. Répartition des jeunes en fonction du réseau d'enseignement .....	13
Tab. 1.5. Répartition des jeunes selon les variables socio-économiques .....	14

## Chapitre 2. Etat de santé

Fig. 2.1. Répartition des jeunes selon la perception de leur état de santé .....	18
Fig. 2.2. "Se sentir en bonne ou très bonne santé" et facteurs associés .....	19
Tab. 2.1. Évolution des proportions de jeunes se déclarant en bonne ou très bonne santé .....	20
Fig. 2.3. Présence de plaintes régulières par sexe .....	21
Fig. 2.4. "Éprouver régulièrement deux plaintes de santé ou plus" et facteurs associés .....	22
Tab. 2.2. Evolution des proportions de jeunes en fonction du nombre de plaintes régulières de santé .....	22
Fig. 2.5. "Être tout à fait ou plutôt satisfait de son corps" et facteurs associés .....	23
Tab. 2.3. Evolution des proportions de jeunes tout à fait ou plutôt satisfaits de leur corps .....	24
Tab. 2.4. Evolution des proportions de jeunes qui se plaignent régulièrement de problèmes de poids .....	24
Fig. 2.6. Proportions de jeunes qui souhaitent maigrir .....	25
Fig. 2.7. Proportions de jeunes qui souhaitent maigrir en fonction du fait qu'ils soient satisfaits de leur corps ou non .....	26
Tab. 2.5. Evolution des proportions de jeunes qui souhaitent maigrir .....	26
Tab. 2.6. Proportions de jeunes qui déclarent suivre un régime au moment de l'enquête .....	27
Fig. 2.8. Répartition des jeunes en fonction de la fréquence à laquelle ils déclarent s'ennuyer .....	27
Fig. 2.9. Lieux où les jeunes déclarent s'ennuyer .....	28
Fig. 2.10. "S'ennuyer souvent ou presque toujours" et facteurs associés .....	29
Tab. 2.7. Heure moyenne du lever, du coucher et durée moyenne de sommeil .....	30
Fig. 2.11. Répartition des jeunes en fonction de l'heure à laquelle ils se couchent les jours d'école .....	31
Fig. 2.12. Répartition des jeunes en fonction de l'heure à laquelle ils se lèvent les jours d'école .....	31
Tab. 2.8. Percentile 20 et médiane de la durée de sommeil .....	32
Fig. 2.13. "Dormir un nombre d'heures inférieur au percentile 20 calculé par âge et par sexe" et facteurs associés .....	32
Fig. 2.14. Répartition des jeunes selon qu'ils éprouvent ou non des problèmes pour s'endormir .....	33
Fig. 2.15. Répartition des jeunes selon qu'ils se réveillent ou non pendant la nuit .....	34
Fig. 2.16. Réponses les plus fréquentes à la question "La santé, c'est ?" .....	36
Fig. 2.17. Proportions de jeunes déclarant que la santé dépend moyennement ou beaucoup du facteur étudié .....	37
Fig. 2.18. "Que faut-il faire pour ne pas être malade ?" .....	38
Fig. 2.19. Proportions de jeunes qui déclarent avoir reçu de l'information par thème .....	40
Tab. 2.9. Evolution des proportions de jeunes de 13 et 16 ans qui déclarent avoir reçu de l'information par thème .....	42
Fig. 2.20. Proportions de jeunes qui souhaitent obtenir de l'information par thème .....	42

# Table <sup>des</sup> Tableaux & Figures

Fig. 2.21.	Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le médecin généraliste et/ou le pédiatre au cours des 12 mois précédant l'enquête	.44
Fig. 2.22.	"Avoir consulté son médecin généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête" et facteurs associés	.45
Fig. 2.23.	"Avoir consulté son pédiatre au cours des 12 mois précédant l'enquête" et facteurs associés	.45
Tab. 2.10.	Evolution des proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le généraliste au cours des 12 mois qui ont précédant l'enquête	.45
Fig. 2.24.	Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête	.46
Fig. 2.25.	"Avoir consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête" et facteurs associés	.47
Tab. 2.11.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent avoir consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête	.47
Fig. 2.26.	Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois l'ophtalmologue au cours des 12 mois précédant l'enquête	.48
Fig. 2.27.	Proportions de jeunes ayant consulté au moins une fois le dermatologue au cours des 12 mois précédant l'enquête	.49
Fig. 2.28.	Proportions de jeunes qui consomment régulièrement des médicaments par type de médicament	.50
Tab. 2.12.	Evolution des proportions de jeunes qui consomment régulièrement des médicaments par type de médicament	.51
Fig. 2.29.	Proportions de jeunes en surcharge pondérale	.53
Fig. 2.30.	"Présenter une surcharge pondérale" et facteurs associés	.54
Tab. 2.13.	Evolution des proportions de jeunes en surcharge pondérale	.55
Fig. 2.31.	Valeurs de référence du tour de taille par sexe et par âge	.57
Fig. 2.32.	"Présenter un tour de taille supérieur à la valeur de référence" et facteurs associés	.57
Tab. 2.14.	Evolution des proportions de jeunes qui présentent un tour de taille supérieur à la valeur de référence définie pour son sexe et son âge	.58
Fig. 2.33.	Proportions de jeunes présentant une pression artérielle systolique/diastolique normale, limite ou élevée	.59
Tab. 2.15.	Evolution des proportions de jeunes qui présentent une pression artérielle systolique/diastolique limite ou élevée	.60
Tab. 2.16.	Moyenne et écart-type du taux de cholestérol par âge et par sexe	.61
Tab. 2.17.	Proportions de jeunes ayant des paramètres lipidiques sanguins supérieurs aux valeurs recommandées	.62
Fig. 2.34.	"Avoir un taux de cholestérol total supérieur à 170 mg/dl" et facteurs associés	.63
Tab. 2.18.	Evolution des proportions de jeunes ayant un taux de cholestérol total supérieur à 170 mg/dl	.63
Tab. 2.19.	Moyenne et percentiles du taux de glycémie	.65
Tab. 2.20.	Moyenne et percentiles du taux d'insuline	.66
Tab. 2.21.	Moyenne et percentiles de l'indice HOMA-IR	.67
Tab. 2.22.	Proportions de jeunes ayant un indice HOMA-IR supérieur ou égal à 3	.67
Tab. 2.23.	Proportions de jeunes qui présentent chaque facteur de risque de maladie cardiovasculaire, en fonction de la corpulence	.68
Tab. 2.24.	Fréquence de chaque facteur de risque modifiable	.70
Fig. 2.35.	Répartition des jeunes selon leur score de facteurs de risque modifiables	.71

## Chapitre 3. Les comportements de santé

Fig. 3.1.	Proportions de jeunes qui prennent régulièrement un petit déjeuner les jours d'école	79
Fig. 3.2.	"Prendre habituellement un petit déjeuner les jours d'école" et facteurs associés	80
Tab. 3.1.	Evolution des proportions de jeunes qui prennent régulièrement un petit déjeuner les jours d'école	81
Fig. 3.3.	Proportions de jeunes qui consomment au moins une fois par jour des fruits frais et des légumes	82
Tab. 3.2.	Répartition des jeunes en fonction de leur consommation quotidienne de fruits et de légumes	83
Fig. 3.4.	Consommation quotidienne de fruits et facteurs associés	83
Fig. 3.5.	Consommation quotidienne de légumes et facteurs associés	84
Tab. 3.3.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent consommer des fruits frais au moins une fois par jour	85
Tab. 3.4.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent consommer des légumes au moins une fois par jour	85
Fig. 3.6.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de produits laitiers	86
Fig. 3.7.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de viande	87
Fig. 3.8.	Proportions de jeunes qui consomment du poisson au moins une fois par semaine	88
Fig. 3.9.	Consommation hebdomadaire de poisson et facteurs associés	89
Tab. 3.5.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent consommer du poisson au moins une fois par semaine	90
Fig. 3.10.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de frites et de croquettes	90
Fig. 3.11.	Consommation quotidienne de frites et de croquettes et facteurs associés	91
Fig. 3.12.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de friandises	92
Fig. 3.13.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de chips	93
Fig. 3.14.	Consommation quotidienne de chips et facteurs associés	94
Fig. 3.15.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de biscuits apéritifs, de cacahuètes...	94
Fig. 3.16.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation d'eau	95
Fig. 3.17.	Consommation quotidienne d'eau et facteurs associés	96
Fig. 3.18.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence de leur consommation de limonades	96
Fig. 3.19.	Consommation quotidienne de limonades et facteurs associés	97
Fig. 3.20.	Types de nourritures consommées entre les repas	99
Fig. 3.21.	Types de boissons consommées entre les repas	100
Tab. 3.6.	Proportions de jeunes qui consomment les différents types d'aliments et de boissons entre les repas en fonction de la prise ou non d'un petit déjeuner	101
Fig. 3.22.	Répartition des jeunes en fonction de la fréquence à laquelle ils pratiquent de l'activité sportive en dehors de l'école	104
Fig. 3.23.	Pratique de l'activité physique en dehors de l'école au moins une fois par semaine et facteurs associés	105
Tab. 3.7.	Evolution des proportions de jeunes qui pratiquent une activité sportive en dehors de l'école	106
Tab. 3.8.	Evolution des proportions de jeunes qui pratiquent une activité sportive au moins une fois par semaine en dehors de l'école	106
Fig. 3.24.	Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club	107
Fig. 3.25.	Répartition des jeunes en fonction du ou des sports qu'ils pratiquent en club	108

# Table <sup>des</sup> Tableaux & Figures

Fig. 3.26.	Sport en club et facteurs associés	109
Fig. 3.27.	Proportions de jeunes faisant partie d'un club sportif qui déclarent participer à des compétitions	110
Fig. 3.28.	Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club en fonction de leur corpulence	111
Fig. 3.29.	Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club en fonction du fait qu'ils soient satisfaits par rapport à leur corps ou non	111
Tab. 3.9.	Evolution des proportions de jeunes qui pratiquent un sport en club	112
Fig. 3.30.	Proportions de jeunes dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête	114
Fig. 3.31.	Dispense du cours d'éducation physique à l'école et facteurs associés	115
Tab. 3.10.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent être dispensés du cours d'éducation physique au moment de l'enquête	115
Fig. 3.32.	Répartition des jeunes en fonction de leurs deux motivations principales à pratiquer du sport en dehors de l'école	116
Fig. 3.33.	Répartition des jeunes en fonction de leurs deux motivations principales à ne pas pratiquer du sport en dehors de l'école	117
Tab. 3.11.	Proportions de jeunes pratiquant une activité sportive en dehors de l'école en fonction de la participation à des activités organisées non sportives	117
Tab. 3.12.	Proportions de jeunes de 13 et 16 ans pratiquant une activité sportive en dehors de l'école en fonction du nombre d'heures passées devant la télévision	118
Tab. 3.13.	Proportions de jeunes pratiquant une activité sportive en dehors de l'école en fonction du nombre d'heures passées devant un ordinateur ou une console de jeux	119
Tab. 3.14.	Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en dehors de l'école en fonction de la pratique sportive de leurs parents	120
Fig. 3.34.	Répartition des jeunes en fonction des recommandations parentales de pratiquer du sport	121
Tab. 3.15.	Proportions de jeunes qui pratiquent un sport en dehors de l'école en fonction de la recommandation parentale de faire du sport	121
Fig. 3.35.	Participation des jeunes aux activités non sportives en dehors de l'école	123
Fig. 3.36.	"Participer à au moins une activité organisée non sportive en dehors de l'école" et facteurs associés	124
Tab. 3.16.	Evolution des proportions de jeunes qui participent à des activités organisées non sportives en dehors de l'école, par type d'activité	125
Tab. 3.17.	Temps quotidien moyen passé à regarder la télévision	126
Fig. 3.37.	Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures de télévision les jours d'école	126
Fig. 3.38.	Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures de télévision les jours sans école	127
Fig. 3.39.	Proportions de jeunes qui regardent la télévision aux différentes périodes de la journée les jours d'école	128
Fig. 3.40.	"Regarder la télévision 2 heures ou plus par jour les jours d'école" et facteurs associés	129
Fig. 3.41.	Proportions de jeunes qui utilisent l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école et les jours sans école	130
Tab. 3.18.	Temps quotidien moyen passé devant l'ordinateur ou la console de jeux	131
Fig. 3.42.	Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures passées devant l'ordinateur ou la console de jeux les jours d'école	131
Fig. 3.43.	Répartition des jeunes en fonction du nombre d'heures passées devant l'ordinateur ou la console de jeux les jours sans école	132
Fig. 3.44.	Proportions de jeunes qui présentent une surcharge pondérale en fonction du fait qu'ils passent plus ou moins de 4 heures par jour devant l'ordinateur les jours d'école	132
Fig. 3.45.	Répartition des jeunes en fonction de leur utilisation principale de l'ordinateur à domicile	133

# Table <sup>des</sup> Tableaux & Figures

Fig. 3.46.	Accès à Internet à domicile et facteurs associés	134
Fig. 3.47.	Répartition des jeunes en fonction de leur consommation de tabac au moment de l'enquête	138
Fig. 3.48.	"Avoir déjà fumé ou essayé de fumer" et facteurs associés	139
Fig. 3.49.	"Se déclarer fumeur au moment de l'enquête" et facteurs associés	140
Tab. 3.19.	Evolution des proportions de fumeurs	140
Fig. 3.50.	Répartition des jeunes fumeurs en fonction du nombre moyen de cigarettes consommées les jours où ils ont fumé	142
Fig. 3.51.	Répartition des jeunes fumeurs en fonction de la durée déclarée de tabagisme régulier	143
Fig. 3.52.	Répartition des jeunes en fonction de leur réponse à la question "Sais-tu si fumer du tabac a des effets sur la santé ?"	144
Fig. 3.53.	Répartition des jeunes fumeurs en fonction de leurs deux premières motivations à fumer	145
Fig. 3.54.	Répartition des jeunes non-fumeurs en fonction de leurs deux premières motivations à ne pas fumer	146
Fig. 3.55.	Répartition des anciens fumeurs en fonction de la durée du tabagisme	147
Fig. 3.56.	Répartition des jeunes anciens fumeurs en fonction de leurs deux premières motivations à avoir arrêté de fumer	148
Tab. 3.20.	Proportions de jeunes fumeurs qui désirent arrêter de fumer et proportions de jeunes fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête	149
Fig. 3.57.	Proportions de jeunes qui sont soumis à un tabagisme passif à la maison	150
Fig. 3.58.	Tabagisme passif dû au tabagisme d'au moins un (beau-)parent et facteurs associés	151
Tab. 3.21.	Proportions de fumeurs en fonction du tabagisme passif dû au tabagisme parental	152
Fig. 3.59.	Proportions de jeunes ayant vu quelqu'un fumer à l'école	153
Fig. 3.60.	Proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà bu au moins une gorgée de boisson alcoolisée	155
Fig. 3.61.	"Avoir déjà bu au moins une gorgée d'alcool" et facteurs associés	156
Tab. 3.22.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà bu au moins une gorgée de boisson alcoolisée	157
Fig. 3.62.	Types de boissons alcoolisées consommées et fréquence de consommation	158
Tab. 3.23.	Evolution des habitudes de consommation de bière, de vin et d'alcools forts par les jeunes de 16 ans	159
Fig. 3.63.	Proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres	159
Fig. 3.64.	"Avoir été ivre" et facteurs associés	160
Tab. 3.24.	Evolution des proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà été ivres	161
Fig. 3.65.	Proportions de jeunes qui déclarent s'être déjà vu proposer de la drogue	164
Fig. 3.66.	Proportions de jeunes qui déclarent avoir déjà consommé de la drogue	165
Fig. 3.67.	"S'être déjà vu proposer de la drogue" et facteurs associés	166
Fig. 3.68.	"Avoir déjà consommé de la drogue" et facteurs associés	166
Tab. 3.25.	Proportions de jeunes qui ont déjà consommé de la drogue parmi ceux qui s'en sont déjà vu proposer	167
Fig. 3.69.	Proportions de consommateurs de cannabis et fréquence de consommation au cours des 30 jours précédant l'enquête	168
Fig. 3.70.	"Avoir consommé du cannabis au cours des 30 jours précédant l'enquête" et facteurs associés	169

# Notes personnelles

---

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



# Notes personnelles

---

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

- **Une information sanitaire**
- **Des programmes**
- **Des outils**
- **Des partenaires**



**Observatoire de la Santé du Hainaut**  
Institut provincial de promotion de la santé

Domaine provincial du Bois d'Havré  
rue 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](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)  
Visitez notre site internet :

**<http://observatoiresante.hainaut.be>**