

LA SANTE DES JEUNES

EN COMMUNAUTE
FRANCAISE DE BELGIQUE

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE HBSC 2006
Décembre 2008

Isabelle Godin, Pascale Decant, Nathalie Moreau,
Patrick de Smet, Michel Boutsen



Service d'Information Promotion Education Santé - SIPES
Avec le soutien de la Communauté française de Belgique

LA SANTE DES JEUNES

EN COMMUNAUTE
FRANCAISE DE BELGIQUE

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE HBSC 2006
Décembre 2008

Isabelle Godin, Pascale Decant, Nathalie Moreau,
Patrick de Smet, Michel Boutsen

Veillez citer ce document de la façon suivante :

Godin I., Decant P., Moreau N., de Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2008.

Dépôt légal : D/2009/10.134/2



Service d'Information Promotion Education Santé - SIPES
Avec le soutien de la Communauté française de Belgique

R E M E R C I E M E N T S

AUTEURS

Partie I : Isabelle Godin, Michel Boutsen

Partie II : Chapitres I à II : Isabelle Godin, Patrick de Smet, Michel Boutsen
Chapitres III à VI : Pascale Decant, Patrick de Smet, Michel Boutsen

Partie III : Nathalie Moreau, Isabelle Godin, Patrick de Smet, Michel Boutsen

COLLABORATEURS

Anne-Françoise Dussart, Damien Favresse, Perrine Humblet, Pascale Jonckheer, Sophie Lauerière, Alain Levêque, Katty Renard, Christelle Senterre, Béatrice Swennen (par ordre alphabétique)

MISE EN PAGE

Nathalie da Costa Maya, Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire - CDCS asbl

REMERCIEMENTS

Aux jeunes, aux coordinateurs de l'enquête au sein des écoles, aux directeurs d'établissements et aux responsables des trois réseaux d'enseignement qui ont aimablement participé à l'enquête ;

Aux jobistes qui ont encodé les questionnaires ;

Au CDCS asbl : Anne-Sylvie Ladmiraant, Spéciose Nibasenge et Zoubida El Maach ;

A Maryse Gombert ;

A Danielle Piette qui est l'initiatrice de l'ensemble des enquêtes HBSC en Communauté française de Belgique et aux membres de l'équipe ULB-PROMES qui ont coordonné les diverses enquêtes ;

A la Communauté française, à la Direction Générale de la Santé et au Cabinet de la Ministre Fonck qui ont permis de financer l'administration de l'enquête et la publication de cette brochure ;

A la coordination internationale de l'étude et aux membres nationaux des diverses équipes de recherche qui veillent à assurer la qualité et le déploiement de l'étude ;
Au Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé qui patronne l'étude.

RECEVOIR LA BROCHURE

Ce document ainsi que la brochure «*Tabac, Alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006*» peuvent être obtenus gratuitement à l'adresse suivante (dans les limites du stock disponible) :

Service d'Information Promotion Education Santé – SIPES

Ecole de Santé Publique de l'ULB, CP 596

Route de Lennik 808

B - 1070 Bruxelles

Tél.: 32 (0)2 555 40 81

Courriel : zelmaach@ulb.ac.be

TELECHARGER LA BROCHURE

Vous pouvez également télécharger ces brochures au format pdf :
www.ulb.ac.be/esp/sipes - onglet Publications.

T A B L E D E S M A T I E R E S

PARTIE I

INTRODUCTION	6
Présentation de l'enquête 2006	6
Méthode d'enquête et échantillon	6
Méthodes d'analyse et présentation des résultats	7
Présentation des graphiques	9
Cadre de référence	10
Description de l'échantillon	11
Degré d'enseignement	12
Niveau d'aisance matérielle	12
Environnement familial	12

PARTIE II

CHAPITRE I: SANTE	14
La santé perçue	14
Les plaintes	16
La fatigue matinale	18
La consommation de médicaments	19
CHAPITRE II: BIEN-ETRE	22
Le sentiment de bonheur, la confiance en soi et la capacité de s'en sortir	22
Le sentiment de solitude et les difficultés de communication	25
Les plaintes de type psychosomatique	26
Le bien-être à l'école	28
Références	30
CHAPITRE III: ALIMENTATION	32
Les fréquences de consommation alimentaire	32
Les fruits et légumes	33
Les frites et hamburgers	33
Les bonbons, chocolats, sucreries et colas ou autres limonades sucrées	33
Le score de consommation alimentaire	34
La régularité du petit déjeuner	36
Références	39
CHAPITRE IV: ACTIVITE PHYSIQUE ET SEDENTARITE	40
L'activité physique	40
La sédentarité	42
Références	42
CHAPITRE V: SURCHARGE PONDERALE ET IMAGE DU CORPS	46
La surcharge pondérale et l'obésité	46
L'image du corps	48
Les régimes amaigrissants	49
Références	51

CHAPITRE VI: HYGIENE BUCCODENTAIRE	52
Références	53
TRANSVERSALITES	54
Des différences entre les filles et les garçons	54
D'importantes inégalités sociales de santé	55
Un bien-être qui peut être amélioré	57
Pas de grands changements dans le temps	57
Différences entre filières dans le secondaire	57
École, lieu d'apprentissage et de vie	58
Conclusion	58
Références	59

PARTIE III

CHAPITRE I: VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE	60
Introduction	60
La vie sexuelle	60
<i>Relations sexuelles</i>	60
<i>Relations sexuelles précoces</i>	62
<i>Nombre de partenaires</i>	63
La prévention du sida	65
<i>Manipulation du préservatif</i>	65
<i>Connaissances</i>	67
<i>Utilisation du préservatif</i>	69
La contraception	71
<i>Utilisation d'un moyen contraceptif</i>	71
<i>La pilule contraceptive</i>	72
<i>Le préservatif</i>	73
La pilule du lendemain	74
La double protection	75
TRANSVERSALITES	76
La prévention du sida	76
La contraception	77
Les différences entre les sexes	78
Les différences au travers des âges	78
Les différences entre les filières d'enseignement	79
Conclusion	80
REFERENCES	80

I N T R O D U C T I O N

PRESENTATION DE L'ENQUETE 2006

L'étude «Santé et bien-être des jeunes» est le versant francophone de la partie belge de l'étude internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC : www.hbsc.org), patronnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette étude est réalisée depuis 1986 par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). La huitième enquête a été effectuée en 2006. Quarante autres pays ou régions ont participé également à cette étude. Cette enquête orientée sur les comportements de santé et les modes de vie des adolescents a pour finalité de produire des données utiles pour les acteurs de promotion santé visant un public de jeunes. Elle vise à faciliter tant la programmation des interventions que le développement des politiques, leur évaluation et l'allocation des ressources.

De multiples facteurs influencent les conduites et les modes de vie des adolescents. Il est donc nécessaire de disposer d'informations sur les caractéristiques individuelles, familiales, scolaires, amicales des jeunes pour appréhender tant leurs comportements à risque et de protection, leurs modes de vie que leur santé et leur bien-être. La répétition systématique de l'enquête permet aussi d'appréhender l'évolution de ces déterminants et indicateurs de santé. Cette brochure n'a évidemment pas la prétention de fournir une vision exhaustive de la santé et du bien-être des jeunes. Il est même souhaitable que le lecteur la confronte à d'autres données existantes, qu'il ait recours aux connaissances issues de sa pratique et de la pratique d'autres acteurs travaillant dans le même champ d'intervention, qu'il la soumette aux regards des jeunes eux-mêmes.

Cette brochure s'adresse donc à un vaste public : enseignants, équipes de Promotion Santé à l'Ecole (PSE), équipes des centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS), professionnels de la santé, parents, éducateurs, animateurs, etc. Elle se conçoit comme un outil facilitant l'émergence de nouvelles propositions d'action ou le réajustement des actions en cours.

METHODE D'ENQUETE ET ECHANTILLON

L'étude est basée sur le protocole international de la recherche HBSC. Elle est réalisée tous les 2 ou 4 ans dans un échantillon aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement. Cet échantillon est représentatif des élèves scolarisés dans l'enseignement de plein exercice, excepté l'enseignement spécial, de la Communauté française. Il couvre les élèves de la cinquième primaire à la dernière secondaire. Il s'agit d'un échantillon à deux degrés avec, premièrement, un tirage des écoles et, deuxièmement, un tirage des classes.

En 2006, ce sont 151 écoles primaires et 157 écoles secondaires qui ont été sollicitées pour 83 écoles primaires et 65 écoles secondaires participantes (taux de participation : 48 %). Au sein de ces écoles, 162 classes primaires et 528 classes secondaires ont pris part à l'enquête. Si l'échantillon attendu est de 13 217 élèves, après avoir exclu les absents (n=1 247) et les questionnaires inutilisables qui ont dû être écartés de l'analyse (n=43) l'échantillon observé est de 11 927 questionnaires.

Le questionnaire validé au niveau international et communautaire est auto-administré dans les classes, sous surveillance, selon une procédure standardisée qui assure la confidentialité des données. Comme pour les enquêtes précédentes, en 2006, plusieurs versions du questionnaire ont été élaborées. Le questionnaire pour les classes primaires ne reprend pas, notamment, les questions relatives aux relations sexuelles et aux drogues illicites. Le questionnaire pour les jeunes de la première à la cinquième secondaire du réseau d'Enseignement Catholique ne contient pas de questions relatives à la vie sexuelle et affective, l'autorisation d'inclure cette thématique n'étant pas accordée.

	Primaire	Secondaire	Total
Échantillon attendu	3 141	10 076	13 217
Absentéisme maladie	44	186	230
absence justifiée	4	58	62
raison inconnue	125	830	955
Questionnaires écartés	7	36	43
Echantillon observé	2 961	8 966	11 927

Depuis 1986, c'est un total de près de 70 000 jeunes qui ont été interrogés en Communauté française de Belgique. La variation des tailles d'échantillon (tableau 2) s'explique par le fait qu'en 1986, seuls les questionnaires des jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans ont été encodés, catégories d'âge correspondant aux recommandations

du protocole international. Les enquêtes nationales de 1988 et 1992 ont été réalisées uniquement parmi les jeunes de l'enseignement secondaire. A partir de 1990, hormis l'enquête de 1992, la collecte et l'analyse des données ont concerné l'ensemble des jeunes de la cinquième primaire à la dernière secondaire. La taille des échantillons a été augmentée en 1994 pour répondre aux exigences du protocole international.

Tableau 2. Échantillon de l'étude «Santé et bien-être des jeunes» par année d'enquête et par âge

Âge	1986	1988	1990	1992	1994	1998	2002	2006	Total
10 ans ou moins			383		1313	751	817	710	4 094
11 ans	1 256		556		1 977	1 217	1 795	1 300	8 101
12 ans		176	527	250	1 864	1 485	1 739	1 536	7 577
13 ans	1 213	309	483	481	1 670	1 778	1 736	1 472	9 142
14 ans		370	382	555	1 718	1 896	1 738	1 338	7 997
15 ans	1 124	385	494	666	1 676	1 729	1 639	1353	9 066
16 ans		381	559	545	1 670	1 453	1 511	1 368	7 487
17 ans		365	531	582	1 559	1 300	1 504	1 298	7 139
18 ans		260	348	400	1 006	811	1 065	773	4 663
19 ans ou plus		236	386	390	894	567	1 204	596	4 273
Total	3 593	2 482	4 649	3 869	15 347	12 987	14 748	11 744	69 419

Le chiffre de 11 744 questionnaires est différent de celui de 11 927 annoncé plus haut, car il exclut dans cette présentation par âge les élèves qui n'ont pas donné leur date de naissance.

METHODES D'ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

Les premières analyses présentent d'abord les résultats sous forme de **fréquences** (proportions), pour l'ensemble de l'échantillon ou l'ensemble des élèves auxquels la question a été soumise.

Dans un deuxième temps, des **tableaux croisés** sont réalisés pour indiquer les associations entre les variables de santé, ou de comportements de santé, et des facteurs tels que les données socio économiques, démographiques (sexe, âge, environnement familial, ...) et d'environnement scolaire (niveau scolaire, orientation dans les secondaires). Ces tableaux présentent aussi les Odds ratios (ou rapports de cotes en français) bruts. Le Odds Ratio (OR) est une mesure d'association permettant d'évaluer le «risque».

Les recherches d'associations entre les différentes variables ont été réalisées en utilisant le chi carré de Pearson. Le seuil de signification statistique retenu est de 5 %. Ce qui signifie que les différences observées sont «réelles» et non pas dues au hasard, avec une probabilité de se tromper de maximum 5 %. C'est ce qu'indique la valeur du p à droite des tableaux. A titre d'exemple une valeur de p inférieure à 0,001 montre qu'il y a au maximum une chance sur 1000 que les différences observées dans le tableau soient dues au hasard.

En prenant l'exemple du tabagisme quotidien parmi les élèves du général, du technique et du professionnel, le tableau 3 montre que les élèves du technique et du professionnel sont plus «à risque» de fumer.

En comparant les fumeurs du technique (25,0 %) à ceux du général (7,6 %), on constate qu'il y a 3,29 fois (=25,0/7,6) plus de fumeurs dans le technique que dans le général. De la même manière, il y a 3,9 fois plus de fumeurs dans le professionnel que dans le général.

Tableau 3. Tabagisme quotidien et type d'enseignement

	Fumeurs		Non fumeurs		Total
Général	374	7,6 %	4 559	92,4 %	4 933
Technique	414	25,0 %	1 241	75,0 %	1 655
Professionnel	409	30,0 %	953	70,0 %	1 362

INTRODUCTION

L'OR se calcule de la façon suivante : on observe 1 fumeur dans l'enseignement général pour 3,29 fumeurs dans le technique et 1 non-fumeur dans le général pour moins de 1 non-fumeur ($75,0/92,4=0,81$) dans le technique ; c'est le rapport entre les deux que donne l'OR. Dans notre exemple, c'est : $3,29/0,81=4,07$.

Les OR sont souvent présentés comme dans le tableau 4 en attribuant un 1 à la catégorie de référence, ici le général.

Tableau 4. Tabagisme quotidien. OR en fonction de la filière d'enseignement	
Filière	OR
Général	1
Technique	4,07
Professionnel	5,23

Ce risque de tabagisme plus élevé dans le technique que dans le général pourrait éventuellement s'expliquer par le fait que le tabagisme augmente aussi avec l'âge et donc, si les élèves de l'enseignement technique sont en moyenne plus âgés que ceux de l'enseignement général, le risque de fumer pourrait dépendre en fait plus de l'âge que de la filière d'enseignement.

La régression logistique (analyse multivariable) permet d'établir la part de l'âge et celle de la filière d'enseignement, ou de tenir compte simultanément de ces deux variables. Les OR ajustés du modèle décrit montrent qu'il y a un effet de la filière d'enseignement et de l'âge (tableau 5).

Tableau 5. Tabagisme quotidien. OR ajustés pour la filière d'enseignement et l'âge		
		OR
Filière	Général	1
	Technique	2,80
	Professionnel	3,90
Âge	12-15 ans	1
	16-17 ans	2,62
	18-22 ans	3,39

Indépendamment de l'âge (ou ajusté pour l'âge), le fait de fumer plus dans le technique par rapport au général est associé à un OR de 2,80 au lieu de 4,07 décrit plus haut. C'est-à-dire que lorsque l'on tient compte de l'âge, la force de l'association entre tabagisme et filière d'enseignement diminue. L'âge joue donc un effet *confondant* sur la filière d'enseignement. Il n'en reste pas moins que l'association entre filière d'enseignement et tabagisme persiste.

On peut se poser la question de savoir si ce lien observé dans l'échantillon donne une bonne estimation pour **l'ensemble** de la population des jeunes scolarisés en Communauté française (c'est-à-dire la population totale). L'intervalle de confiance (IC) autour de l'estimation nous donne cette information. Si la valeur 1 est comprise dans l'intervalle de confiance, cela signifie que dans la population générale ce risque peut tout aussi bien être ou plus bas ou plus élevé, et donc qu'aucune extrapolation pour la population totale ne pourra être faite à partir de l'échantillon.

Le tableau 6 montre que tant l'âge que le type d'enseignement sont associés au tabagisme puisque aucun intervalle de confiance ne contient la valeur 1. Ici, les probabilités (valeur du p) inférieures à 0,001 montrent qu'il y a au maximum une chance sur mille de conclure qu'il y a une différence alors qu'en fait il n'y a en a pas. Des astérisques montrent également la force de l'association : 3, 2 ou 1 astérisques correspondant à des probabilités inférieures à 0,001, 0,01 ou 0,05.

Tableau 6. Tabagisme quotidien. OR ajustés pour la filière d'enseignement et l'âge					
		OR	IC	p value	Représentation dans les graphiques (voir partie résultats)
Filière	Général	1			
	Technique	2,80	(2,38-3,29)	<0,001	***
	Professionnel	3,90	(3,31-4,59)	<0,001	***
Age	12-15 ans	1			
	16-17 ans	2,62	(2,23-3,08)	<0,001	***
	18-22 ans	3,39	(2,83-4,07)	<0,001	***

Il n'est permis de regarder l'effet de chaque variable que s'il n'y a pas **d'interaction** entre les variables, c'est-à-dire, dans notre exemple, que l'effet de l'âge ne modifie pas l'association observée entre filière d'enseignement et tabagisme. Dans nos analyses, les interactions ont été testées en comparant le modèle sans interaction avec le modèle contenant les interactions (Chunk test).

PRESENTATION DES GRAPHIQUES

La présentation des résultats des **analyses multivariées** est faite sous forme de graphiques dans lesquels sont présentés les OR ajustés pour différentes variables.

A titre de comparaison, le lecteur peut comparer les OR ajustés aux OR décrits dans les tableaux de contingence en analyse bivariée (OR bruts), afin de constater l'effet des autres variables. La régression logistique qui permet de calculer les OR ajustés s'effectue seulement sur les élèves pour lesquels aucune variable n'est manquante. Il peut donc y avoir une différence entre les OR calculés sur l'effectif de la régression logistique (OR ajustés) et les OR bruts mesurant l'association entre deux variables pour lesquelles l'effectif sera souvent plus important.

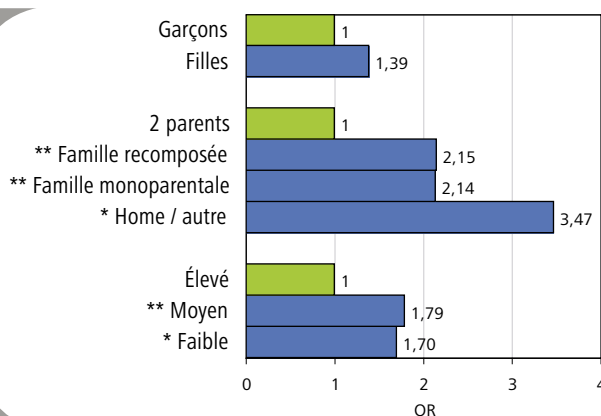
Les résultats sont présentés séparément pour les élèves du primaire et les élèves du secondaire pour pouvoir introduire la variable «filrière d'enseignement» sans exclure de facto les élèves de primaire, pour lesquels cette variable n'est évidemment pas disponible.

Dans le primaire, les OR sont ajustés pour le sexe, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle. Dans le secondaire, les résultats sont ajustés pour les mêmes variables, avec en plus l'ajustement pour le groupe d'âge et la filière d'enseignement. Pour la partie «Vie affective et sexuelle» les résultats sont ajustés uniquement pour le sexe, le groupe d'âge et la filière d'enseignement.

Nous avons ainsi voulu voir quel était l'effet du sexe, de la composition familiale, du niveau d'aisance matérielle (et pour le secondaire celui de l'âge et de la filière d'enseignement) sur les données habituellement étudiées comme par exemple la santé perçue, la consommation de médicaments, l'obésité, la surcharge pondérale, le score d'alimentation.

Graphique 1.

Évaluation négative de la santé dans le primaire (OR ajustés pour le sexe, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=2 736)

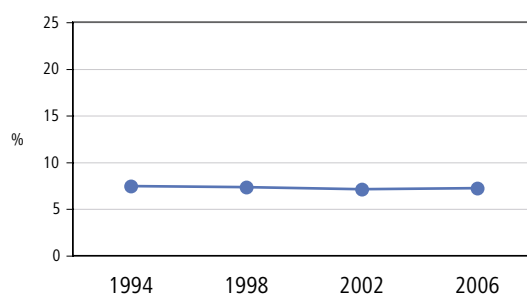


Les graphiques indiquent les OR ajustés pour chaque catégorie. Les différences entre les catégories et la catégorie de référence sont présentées de la façon suivante : lorsque la valeur du test est inférieure à 5 % ($p < 0,05$) la catégorie sera indiquée par une astérisque (*), pour une valeur inférieure à 1 % ($p < 0,01$) la catégorie sera indiquée par deux astérisques (**), et pour une valeur inférieure à 1‰ ($p < 0,001$), par trois astérisques (***) comme illustré dans le graphique suivant (graphique 1).

On peut donc voir dans ce graphique que parmi les élèves de 5^{ème} et 6^{ème} primaire, les filles ont un risque plus élevé que les garçons de s'estimer en mauvaise santé, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives, elles peuvent très bien être dues au hasard.

Graphique 2.

Évolution de la santé perçue comme «pas très bonne» de 1994 à 2006, en %



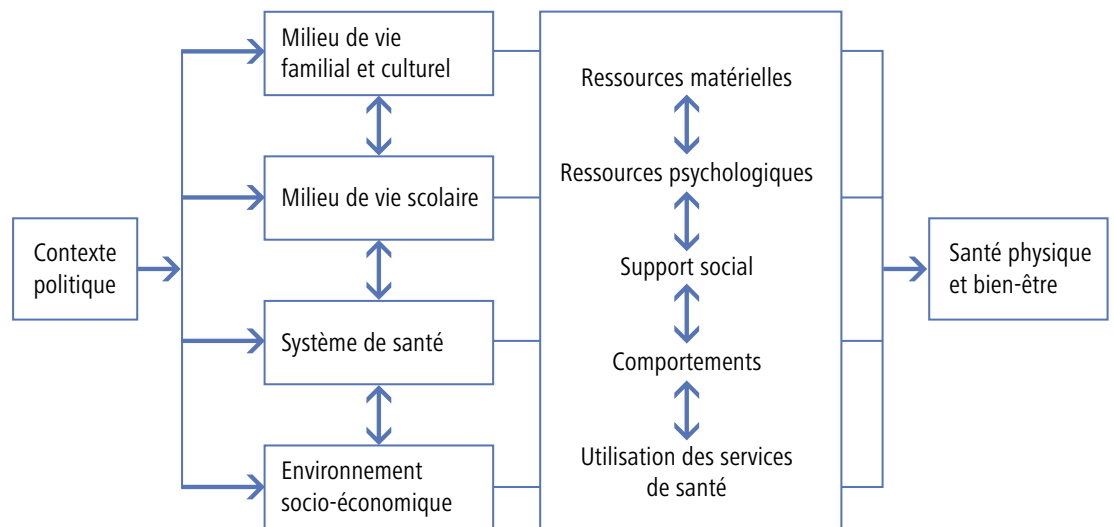
L'évolution dans le temps de certains indicateurs de santé sera également présentée (évolution entre les différentes enquêtes HBSC Communauté française). L'évolution concerne la population d'élèves âgés de 12 à 20 ans, les proportions sont

standardisées pour l'ensemble des données des différentes enquêtes HBSC, – la population de référence étant l'ensemble des échantillons de toutes les enquêtes – pour le sexe, l'âge et la filière (standardisation indirecte). Cette standardisation est réalisée pour tenir compte d'éventuels changements de composition de l'échantillon entre les années, en ce qui concerne le sexe, l'âge ou la filière (graphique 2). Dans ces graphiques d'évolution, les mesures par année n'ont pas de valeur en tant que telles, et ne doivent pas être analysées séparément, elles n'ont d'utilité que pour les comparaisons dans le temps.

INTRODUCTION

CADRE DE REFERENCE

Les données relatives à la santé, au bien-être et aux comportements de santé ne doivent certainement pas être lues comme étant uniquement la résultante de choix ou de décisions individuels, mais demandent à être contextualisées dans une perspective plus compréhensive, qui englobe également les différents milieux de vie du jeune (environnement scolaire et familial), le contexte politique, ainsi que la présence et la disponibilité de ressources existantes. Cette perspective peut être illustrée de façon schématique comme suit (Starfield, 2007) :



Adapté de Starfield B., *Pathways of influence on equity in health*, *Social Science and Medicine* 64 (2007) 1355-1362

Ce schéma montre combien les différents aspects de la santé des adolescents sont étroitement liés entre eux. L'environnement social en particulier peut être à l'origine de problèmes de santé. «Ce sont notamment la pauvreté et le chômage, des discriminations liées au sexe et à l'origine ethnique, et l'impact des transformations sociales sur les familles et les communautés. Si les programmes en faveur de la santé des adolescents ne peuvent s'attacher directement à redresser les inégalités et les injustices sociales, il faut bien admettre que ce sont là des obstacles réels qui empêchent d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents.» (Organisation Mondiale de la Santé, 2007). Nous avons souhaité que la lecture des résultats de l'enquête HBSC soit placée dans cette perspective.

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon HBSC 2006 comporte 11 744 élèves, avec 51 % de garçons et 49 % de filles. Les analyses portent sur les élèves âgés de 9 à 22 ans (âges révolus), avec une moyenne de 14,3 ans (écart-type de 2,6 ans), et une médiane de 14 ans. Seuls 14 enfants sont âgés de 9 ans, ce qui est compréhensible étant donné qu'il s'agit de 5^{ème} et 6^{ème} primaires.

Pour certaines analyses, l'âge a été regroupé en catégories : 9-12 ans, 13-15 ans, 16-17 ans et 18-22 ans.

Pour les comparaisons dans le temps, les âges exacts (âges révolus) sont pris en considération afin de pouvoir comparer avec les enquêtes antérieures. En ce qui concerne la vie sexuelle et affective, ce sont les jeunes de 15 à 18 ans qui sont pris en considération pour les évolutions.

Comparé à l'ensemble des élèves du secondaire scolarisés en Communauté française, cet échantillon indique une légère surreprésentation de l'enseignement général et une sous-représentation des élèves suivant un enseignement professionnel et/ou différencié. La proportion des élèves ayant participé à cette enquête 2006 de HBSC fréquentant une filière technique de l'enseignement supérieur est tout à fait comparable aux chiffres correspondant à l'ensemble des élèves de la communauté française de Belgique pour l'année 2005-2006 (tableau 7).

		n	%
Cfb (chiffres 2005-2006)	Général	206 287	58,9
	Technique	70 734	20,2
	Professionnel/différencié	73 062	20,9
	Total	350 083	100,0
HBSC (2006)	Général	5 764	64,5
	Technique	1 707	19,1
	Professionnel/différencié	1 461	16,4
	Total	8 932	100,0

Ceci signifie que les **proportions** présentées dans cette brochure donnent un peu plus de poids aux élèves de l'enseignement général, et à ce titre ne peuvent être *stricto sensu* interprétées comme étant les proportions exactes pour l'ensemble de la population scolaire en Communauté française pour les niveaux scolaires concernés en 2006.

Étant donné les différences de santé et de comportement de santé qu'il y a entre garçons et filles, groupes d'âge, degré et filière d'enseignement, mais aussi environnement familial, le lecteur complètera la lecture des résultats donnés dans les proportions brutes par les tableaux qui croisent ces proportions en fonction de ces différents paramètres. La taille de l'échantillon HBSC Communauté française est toutefois suffisamment élevée pour donner un reflet fiable de la réalité.

INTRODUCTION

DEGRE D'ENSEIGNEMENT

Les niveaux ou «degrés» des élèves sont répartis en quatre catégories : primaire (5^{ème} et 6^{ème} primaires, 24,8 % de l'échantillon), 1^{er} degré du secondaire (1^{ère} et 2^{ème} année, 26,8 % de l'échantillon), 2^{ème} degré du secondaire (3^{ème} et 4^{ème} année, 25,9 % de l'échantillon) et 3^{ème} degré du secondaire (5^{ème}, 6^{ème} année et 7^{ème} professionnelle, soit 22,5 % de l'échantillon).

	n	%
Primaire	2 956	24,8
1 ^{er} degré secondaire	3 191	26,8
2 ^{ème} degré secondaire	3 084	25,9
3 ^{ème} degré secondaire	2 676	22,5
Total	11 907	100,0

Par rapport aux brochures précédentes, deux nouvelles dimensions sont ici prises en compte et présentées dans cette brochure. Il s'agit de l'environnement familial (type de famille ou composition familiale) des enfants et des adolescents et du niveau d'aisance matérielle de la famille.

NIVEAU D'AISANCE MATERIELLE

Le niveau d'aisance matérielle (qui peut être compris comme un indicateur du niveau socio-économique de la famille) est mesuré par un score intégrant 3 variables : le fait de posséder une voiture (pas de voiture, une voiture, deux voitures et plus), le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année dernière (0 fois, une fois, deux fois, trois fois ou plus) et le nombre d'ordinateurs dans la famille (pas d'ordinateur, un ordinateur, deux, trois ou plus). La distribution de ce score a donné lieu à un regroupement en 3 catégories d'importance relativement égale, basées sur la distribution des tertiles (l'équivalent de 3 catégories reprenant chacune 33,3 % de la distribution) (tableau 9).

	n	%
Niveau élevé	3 360	31,3
Niveau moyen	4 157	38,7
Niveau inférieur	3 219	30,0
Total	10 736	100,0

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Parmi les milieux de vie qui jouent un rôle essentiel sur la santé de l'enfant se trouve bien évidemment sa famille. L'environnement familial n'a pas seulement un impact sur la santé actuelle du jeune, mais également sur sa santé future, quand il sera parvenu à l'âge adulte (Sweeting *et al.* 1995).

La structure familiale a connu ces dernières décennies des changements rapides et importants, entre autres avec l'augmentation des familles recomposées et monoparentales. Comme le dit la défenseuse des droits de l'enfant en France : «*En un peu moins de 40 ans, le nombre de familles monoparentales a plus que doublé. La société n'a pas été préparée à penser ces bouleversements, elle les supporte plus qu'elle ne les accompagne. Certaines recompositions familiales s'avèrent fragiles, l'enfant peut avoir des difficultés à se situer dans ces nouvelles configurations. De tels changements bouleversent naturellement les repères des enfants mais ils sont mieux supportés lorsqu'ils sont bien accompagnés*» (Versini, 2007).

L'environnement familial (composition familiale) des enfants et des adolescents a été défini à partir des questions : «avec qui vis-tu le plus souvent ?», (en ce compris le fait d'avoir ou de vivre dans une autre famille ou maison). Les réponses à ces questions montrent que plus de deux tiers d'entre eux vivent avec leurs deux parents et

12,5 % en famille recomposée. Les familles monoparentales au moment de l'enquête représentent 17,6 % des situations familiales, les 2,7 % restant représentent des situations où les jeunes vivent soit en institution, soit en famille d'accueil, ou pour les plus âgés d'entre eux, de façon autonome (tableau 10).

	n	%
Deux parents	7 889	67,3
Recomposée	1 467	12,5
Monoparentale	2 059	17,6
Home /autre	311	2,7
Total	11 726	100,0

La proportion d'enfants vivant en famille monoparentale est en constante augmentation en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés. La proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale dans l'échantillon est la même que celle que connaît la France (17,4 % en 1999, chiffres de l'INSEE). En Belgique, ceci est plus difficile à évaluer ; selon la Fondation Roi Baudouin, elle concernerait 12 à 14 % de l'ensemble des ménages. En 2005, 159 896 pères vivaient seuls avec leur(s) enfant(s) pour 421 781 mères : la monoparentalité touche essentiellement les femmes (Fondation Roi Baudouin, 2000). Sur l'ensemble des ménages avec noyaux familiaux comprenant des enfants non mariés (c'est-à-dire couples mariés avec enfants non mariés, pères avec enfants non mariés, et mères avec enfants non mariés), les familles monoparentales représentent le tiers (33 %) de ces ménages. Cette situation est donc loin d'être exceptionnelle. Ces familles sont davantage touchées par la précarité, et ont plus de difficultés à s'insérer sur le marché de l'emploi et du logement.

SANTÉ

La santé est abordée à travers différentes questions. Il s'agit d'abord de l'opinion que le jeune lui-même a de sa santé (perception de santé ou santé subjective). Ce sont les réponses à la question «en général, que penses-tu de ta santé», pour laquelle 3 catégories de réponses étaient proposées : «Très bonne» «Assez bonne» «Pas très bonne». Cette perception globale de la santé est un bon indicateur de la santé physique et du bien-être actuels mais aussi un puissant prédicteur de la santé future ; les personnes qui ont une mauvaise perception de leur santé aujourd'hui ont plus de risques de développer des problèmes de santé dans le futur. Elle est aussi étroitement corrélée avec d'autres mesures plus «objectives» de santé.

Dans les questionnaires, la santé est aussi mesurée par la fréquence d'une série de plaintes, comme par exemple les maux de tête, de dos, de ventre ou la fatigue matinale. Des indications relatives à la consommation de médicaments sont aussi présentées.

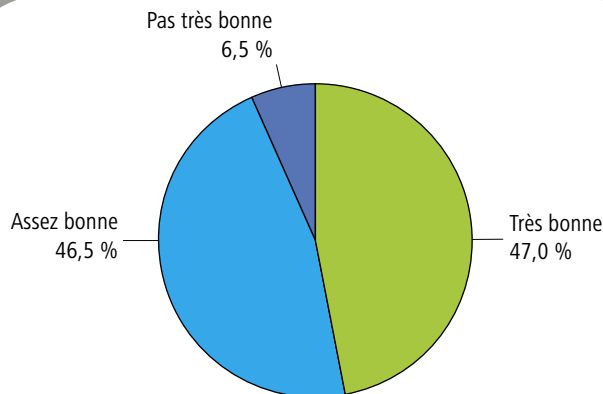
LA SANTÉ PERÇUE

De façon générale, les jeunes s'estiment en bonne santé : près de la moitié trouvent qu'ils sont en «très bonne santé» et seulement 6,5 % d'entre eux évaluent leur santé comme étant «pas très bonne» (graphique 1-01).

Cette proportion de perception négative de la santé évaluée comme «pas très bonne» est tout à fait stable entre les différentes enquêtes HBSC (données comparables depuis 1994) (graphique 1-02).

Graphique 1-01.

Évaluation subjective de la santé, en % (n=11 153)

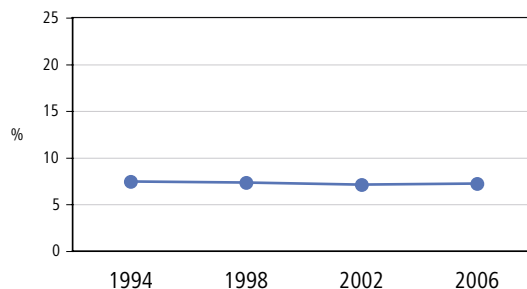


L'ÉVALUATION NÉGATIVE DE LA SANTÉ

rapportée par les jeunes est plus fréquente en Communauté française qu'en Communauté flamande. La Communauté française se trouve globalement parmi les résultats les moins bons dans le classement des régions/pays HBSC international, et ceci particulièrement chez les jeunes de 15 ans (Currie *et al.*, 2008).

Graphique 1-02.

Évolution de la santé perçue comme «pas très bonne» de 1994 à 2006, en %



LES JEUNES de milieux socio-économiquement défavorisés et ceux vivant en famille recomposée ou monoparentale sont beaucoup plus nombreux à ne pas donner une appréciation positive de leur santé.

D'importantes différences apparaissent en ce qui concerne cette évaluation subjective de la santé, selon le sexe, le groupe d'âge, la filière (orientation secondaire) pour les élèves du secondaire et la composition familiale (tableau 1-01). Il y a un lien entre le sexe et l'évaluation négative de la santé : les filles sont beaucoup plus enclines que les garçons à s'estimer en «pas très bonne santé» (OR brut = 1,48).

La proportion d'évaluation subjective négative de la santé augmente globalement avec l'âge pour atteindre sa valeur la plus élevée dans le groupe des élèves les plus âgés (18-22 ans) : 10,9 % de ceux-ci évaluent leur santé comme étant «pas très bonne».

Un gradient net s'observe également pour les filières dans le secondaire, et pour les données de la composition familiale où les proportions d'enfants s'estimant en moins bonne santé est moins importante chez les jeunes vivant avec leurs deux parents.

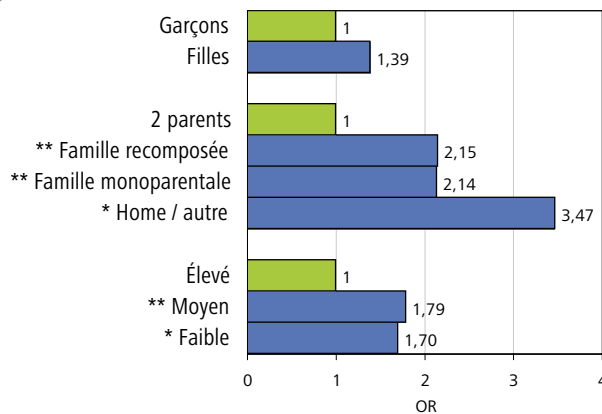
L'évaluation négative de la santé est aussi en relation avec le niveau d'aisance matérielle : elle est plus nettement plus élevée dans les milieux matériellement moins favorisés.

Tableau 1-01. Facteurs associés à l'évaluation négative de la santé

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 605	5,3	1	< 0,001
	Fille	5 548	7,7	1,48 (1,27 - 1,72)	
Âge	9-12	3 340	4,9	1	< 0,001
	13-15	3 817	6,1	1,26 (1,02 - 1,54)	
	16-17	2 551	7,4	1,55 (1,25 - 1,93)	
	18-22	1 271	10,9	2,39 (1,89 - 3,03)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 852	5,4	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 814	4,6	0,85 (0,67 - 1,09)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 932	8,4	1,62 (1,31 - 1,99)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 541	7,7	1,47 (1,18 - 1,83)	
Orientation secondaire	Général	5 333	5,3	1	< 0,001
	Technique	1 627	8,8	1,71 (1,38 - 2,10)	
	Professionnel	1 307	11,0	2,19 (1,78 - 2,71)	
Composition familiale	2 parents	7 466	5,4	1	< 0,001
	Recomposée	1 397	7,2	1,36 (1,08 - 1,70)	
	Monoparentale	1 906	8,6	1,63 (1,35 - 1,97)	
	Home / autre	276	15,2	3,13 (2,22 - 4,41)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 284	4,2	1	< 0,001
	Moyen	4 082	6,1	1,49 (1,20 - 1,84)	
	Faible	3 124	9,1	2,28 (1,85 - 2,81)	

Graphique 1-03.

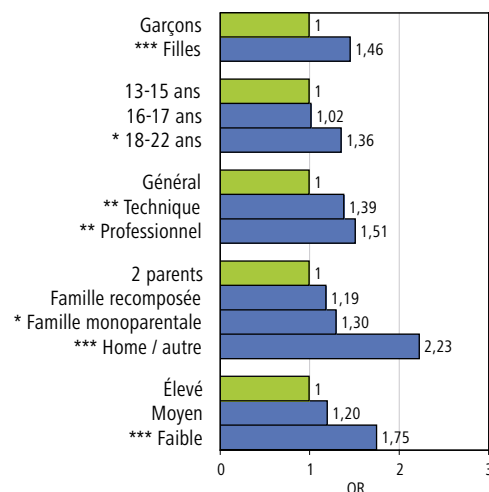
Évaluation négative de la santé dans le primaire (OR standardisés pour le sexe, le type de famille et le score d'aisance matérielle, n=2 736)



Les analyses multivariées confirment ces résultats, et montrent **en primaire** une association importante entre la composition familiale, le niveau socio-économique (mesuré par le niveau d'aisance matérielle) de la famille et une mauvaise appréciation de la santé (graphique 1-03). Les enfants ne vivant avec aucun de leurs deux parents sont particulièrement à risque d'évaluer négativement leur santé.

Graphique 1-04.

Évaluation négative de la santé dans le secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, la filière, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=6 980)



En secondaire, les différences entre filles et garçons sont statistiquement significatives, et la filière d'enseignement indique un gradient clair, en défaveur des enseignements technique et professionnel (graphique 1-04). La composition familiale est en secondaire également un facteur étroitement associé à l'évaluation négative de la santé.

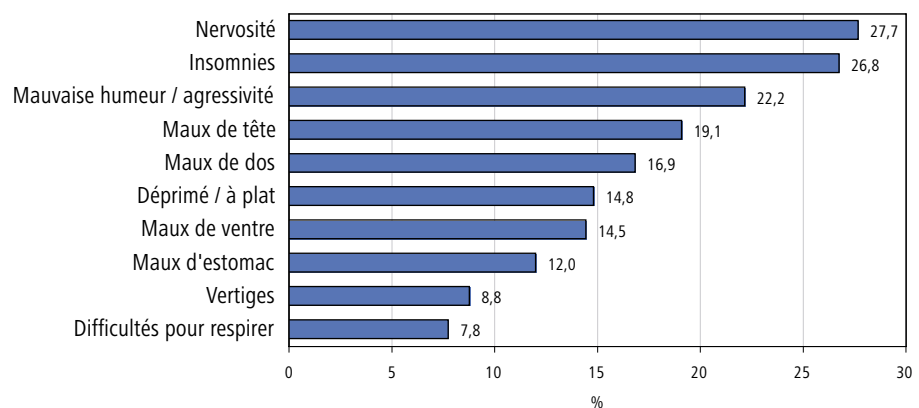
LES PLAINTES

Une liste de dix plaintes a été proposée aux élèves (graphique 1-05). Des cinq catégories de fréquence initialement posées dans le questionnaire (de «tous les jours» à «jamais»), la fréquence des plaintes a été ramenée à deux catégories : «plus d'une fois par semaine» et «une fois par semaine ou moins d'une fois par semaine». Ces fréquences se rapportent aux six derniers mois écoulés.

Les plaintes les plus fréquentes sont celles liées à la nervosité et aux insomnies (plus d'un quart des élèves les rapportent) ainsi qu'à la mauvaise humeur et l'agressivité (plus d'un élève sur cinq) (graphique 1-05).

Graphique 1-05.

Plaintes «plus d'une fois par semaine», en % (n=11 177)

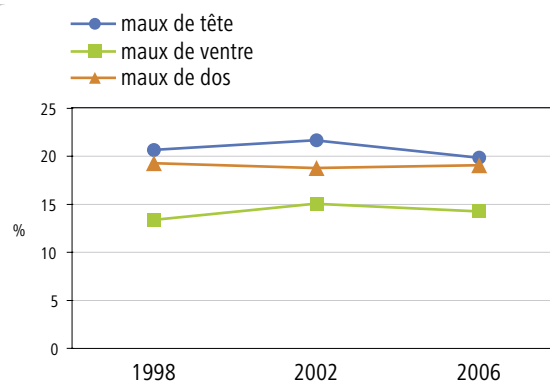


Les évolutions de trois plaintes courantes (maux de tête, ventre et dos) décrites dans la brochure précédente (Piette *et al.*, 2003) montrent que depuis l'enquête de 1998, ce report de plainte est stable (graphique 1-06).

La combinaison de ces plaintes (ou plaintes multiples : c'est-à-dire avoir souffert de mal de tête, et/ou de ventre et/ou de dos plus d'une fois par semaine) concerne un tiers des élèves (33,4 %).

Graphique 1-06.

Évolution des plaintes de maux de tête, ventre, dos plus d'une fois par semaine entre 1998 et 2006 (en %)



Ce sont encore les filles qui ont un risque plus élevé (OR brut = 2,0) que les garçons de présenter des plaintes multiples. Un gradient peut être observé en fonction de l'âge : plus l'âge augmente, plus ces plaintes sont fréquentes. L'écart entre garçons et filles augmente aussi avec l'âge. De grandes différences apparaissent en fonction de la filière d'enseignement (les élèves du professionnel ont un OR brut près de deux fois plus élevé comparativement à l'enseignement général), de l'environnement familial et socio-économique (tableau 1-02).

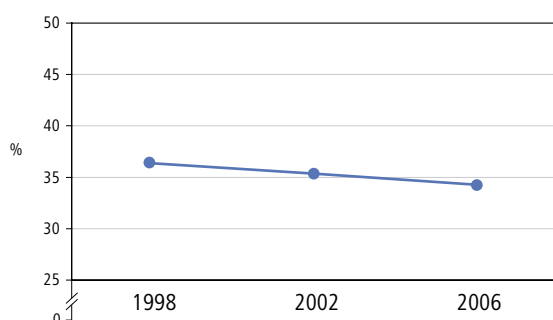
Tableau 1-02. Facteurs associés aux plaintes multiples (maux de tête, ventre et/ou dos, plus d'une fois par semaine)

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 611	25,6	1	< 0,001
	Fille	5 511	41,2	2,03 (1,88 - 2,20)	
Âge	9-12	3 331	31,0	1	< 0,001
	13-15	3 808	32,1	1,06 (0,95 - 1,17)	
	16-17	2 544	35,5	1,23 (1,10 - 1,37)	
	18-22	1 261	38,9	1,42 (1,24 - 1,62)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 836	31,4	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 846	31,1	0,99 (0,88 - 1,10)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 889	35,9	1,22 (1,10 - 1,37)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 537	35,3	1,19 (1,07 - 1,34)	
Orientation secondaire	Général	5 324	29,8	1	< 0,001
	Technique	1 613	38,7	1,48 (1,32 - 1,67)	
	Professionnel	1 316	45,6	1,97 (1,74 - 2,23)	
Composition familiale	2 Parents	7 429	31,3	1	< 0,001
	Recomposée	1 390	36,4	1,26 (1,12 - 1,42)	
	Monoparentale	1 916	37,3	1,30 (1,18 - 1,45)	
	Home / autre	281	47,3	1,97 (1,55 - 2,51)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 278	30,2	1	< 0,001
	Moyen	4 062	33,0	1,14 (1,03 - 1,26)	
	Faible	3 131	33,3	1,35 (1,22 - 1,50)	

Chez les jeunes filles âgées de moins de 15 ans, le fait d'avoir déjà été réglées est associé de façon statistiquement significative avec un report de plaintes multiples plus élevé : 61,1 % parmi celles qui ont déjà été réglées, contre 54,7 % chez les autres.

Graphique 1-07.

Évolution des plaintes multiples (tête, ventre et/ou dos) plus d'une fois par semaine, entre 1998 et 2006, en %



L'évolution de ces plaintes multiples indique toutefois une légère tendance à la baisse depuis 1998, mais celle-ci est très faible et n'est statistiquement pas significative (graphique 1-07).

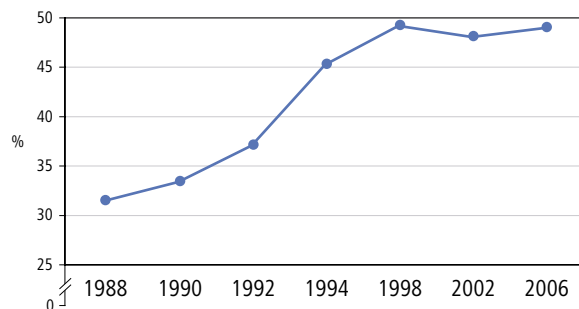
LA FATIGUE MATINALE

Près de la moitié des élèves (46,5 %) se plaignent de fatigue matinale au moins une fois par semaine (se sentir fatigué au lever avant d'aller à l'école).

La tendance générale concernant la fatigue matinale indique une augmentation dans le temps, entre 1988 et 1998 (graphique 1-08). Cette augmentation est statistiquement significative entre 1992 et 1998. Depuis 1998, elle est relativement inchangée.

Graphique 1-08.

Evolution de la fatigue matinale au moins une fois par semaine, entre 1988 et 2006, en %



AVANT D'ALLER A L'ECOLE,
près d'un jeune sur deux se sent fatigué. La fatigue matinale touche autant les garçons que les filles.

Contrairement aux indicateurs de santé présentés jusqu'ici, il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles (tableau 1-03). Les différences de proportions sont aussi peu importantes en fonction de l'environnement matériel. Le sentiment de fatigue matinale augmente nettement avec l'âge (et le degré scolaire). Cette augmentation est particulièrement visible entre les groupes d'âge des 13-15 ans et celui des 16-17 ans ainsi qu'entre le 1^{er} degré du secondaire et le 2^{ème} degré.

Il y a par ailleurs un lien important et logique entre le fait de ressentir des difficultés à s'endormir et la fatigue matinale. Les élèves qui se plaignent de difficultés à s'endormir plus d'une fois par semaine ont un risque 2,4 fois plus élevé de rapporter de la fatigue avant d'aller à l'école que les autres.

Tableau 1-03. Facteurs associés à une fatigue matinale au moins une fois par semaine

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 603	45,7	1	n.s.
	Fille	5 541	47,2	1,06 (0,98 - 1,14)	
Âge	9-12	3 303	40,1	1	< 0,001
	13-15	3 837	44,8	1,21 (1,10 - 1,33)	
	16-17	2 561	53,4	1,71 (1,54 - 1,90)	
	18-22	1 267	55,1	1,83 (1,61 - 2,09)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 811	39,6	1	< 0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 837	41,6	1,09 (0,98 - 1,21)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 931	50,9	1,58 (1,43 - 1,76)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 551	54,4	1,82 (1,63 - 2,03)	
Orientation secondaire	Général	5 350	47,3	1	< 0,001
	Technique	1 623	54,2	1,32 (1,18 - 1,47)	
	Professionnel	1 327	48,4	1,04 (0,93 - 1,18)	
Composition familiale	2 Parents	7 439	43,9	1	< 0,001
	Recomposée	1 391	51,3	1,35 (1,20 - 1,51)	
	Monoparentale	1 926	51,7	1,37 (1,24 - 1,51)	
	Home / autre	278	57,2	1,71 (1,34 - 2,18)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 303	44,4	1	< 0,05
	Moyen	4 086	47,5	1,13 (1,03 - 1,24)	
	Faible	3 155	47,1	1,11 (1,01 - 1,23)	

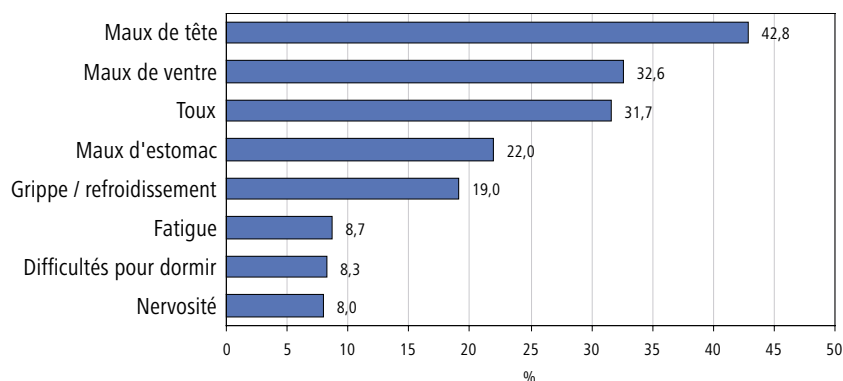
LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

La consommation de médicaments se rapporte aux médicaments consommés au cours du dernier mois. Le questionnaire comprend une liste de huit médicaments. Ce sont les médicaments antidouleurs (contre les maux de tête et de ventre) qui sont les plus fréquemment consommés, avec, pour les médicaments contre les maux de tête, plus de 40 % d'élèves qui disent en avoir consommé le mois dernier (graphique 1-09). Les fréquences relatives aux différents types de médicaments sont très similaires en 2006 comparativement à 2002.

Étant donné que la déclaration de plaintes concerne les six derniers mois et celle de la consommation de médicaments le dernier mois, on ne peut pas exactement superposer ces deux aspects : plaintes et consommation de médicaments. Malgré ces différences de périodes couvertes, on constate toutefois naturellement une forte association entre plaintes déclarées et consommation de médicaments. Cette association se remarque particulièrement pour des médicaments contre les maux de tête, ventre et estomac : 69,9 % des jeunes qui rapportent des maux de tête ont pris un médicament pour y remédier au cours du dernier mois, 57,6 % pour les maux de ventre, 54,5 % pour les maux d'estomac. Elle est moins forte pour les insomnies (16,7 %) et la nervosité (16,0 %).

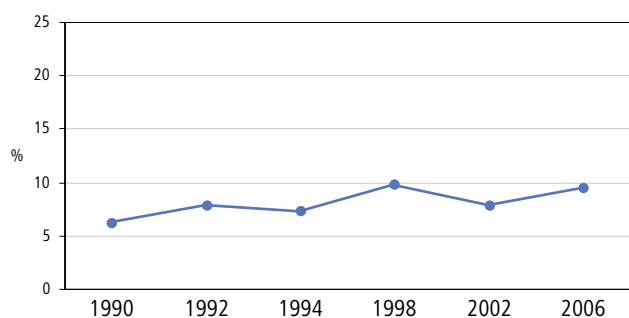
Graphique 1-09

Consommation de médicaments au cours du dernier mois, en % (n=11 159)



Graphique 1-10.

Évolution de la consommation importante de médicaments entre 1990 et 2006, en %



LA CONSOMMATION ÉLEVÉE de médicaments tend à croître depuis 1990. Elle est plus importante chez les filles que chez les garçons, et dans les familles monoparentales.

La notion de «grand consommateur de médicaments» a été définie comme étant celle d'un jeune qui a eu, **au cours du dernier mois**, une consommation de soit une fois chacune des trois familles de médicaments suivantes : analgésiques (contre les maux de tête, ventre, estomac), somnifère, sédatif, soit plusieurs fois au moins un des produits ainsi qu'au moins une fois un autre. Près d'un jeune sur dix (9,0 %) se trouvent dans cette catégorie. L'évolution de la consommation élevée de médicaments montre une tendance à la hausse entre 1990 et 2006 (graphique 1-10).

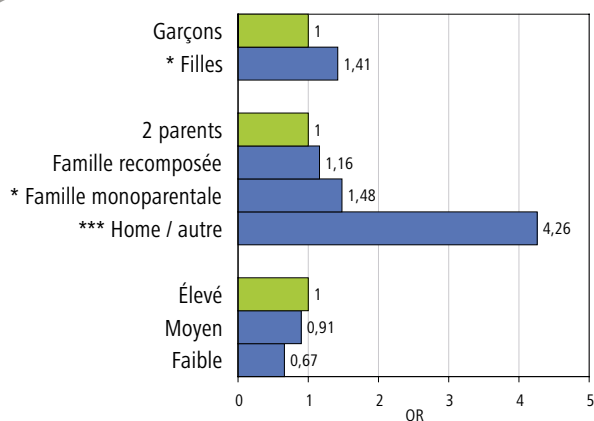
SANTÉ

La proportion de «grands consommateurs» de médicaments s'observe plus fréquemment chez les filles, elle augmente avec l'âge, avec un pic chez les 16-17 ans, elle est plus importante dans l'enseignement technique et professionnel, dans les familles monoparentales ou parmi les enfants qui ne vivent pas ou plus chez leurs parents. Par contre, ces proportions ne montrent pas de différence entre les niveaux de biens matériels (tableau 1-04).

Tableau 1-04. Facteurs associés à une consommation élevée de médicaments					
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 566	7,8	1	<0,001
	Fille	5 468	10,3	1,36 (1,19 - 1,55)	
Âge	9-12	3 305	8,3	1	<0,01
	13-15	3 790	8,3	1,01 (0,85 - 1,20)	
	16-17	2 521	10,4	1,29 (1,08 - 1,55)	
	18-22	1 239	9,9	1,22 (0,98 - 1,53)	
Degré d'enseignement	primaire	2 823	8,4	1	<0,05
	1 ^{er} degré secondaire	2 801	8,0	0,95 (0,78 - 1,15)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 889	9,7	1,16 (0,97 - 1,39)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 508	10,0	1,21 (1,01 - 1,46)	
Orientation secondaire	Général	5 275	7,7	1	<0,001
	Technique	1 600	11,4	1,55 (1,29 - 1,87)	
	Professionnel	1 304	12,7	1,75 (1,45 - 2,12)	
Composition familiale	2 Parents	7 383	8,3	1	< 0,001
	Recomposée	1 371	8,7	1,05 (0,85 - 1,29)	
	Monoparentale	1 900	10,2	1,25 (1,06 - 1,49)	
	Home / autre	279	19,7	2,71 (1,99 - 3,68)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 275	9,3	1	n.s.
	Moyen	4 056	9,1	0,98 (0,83 - 1,15)	
	Faible	3 133	8,3	0,89 (0,75 - 1,06)	

Graphique 1-11.

Consommation importante de médicaments dans le primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=2 170)

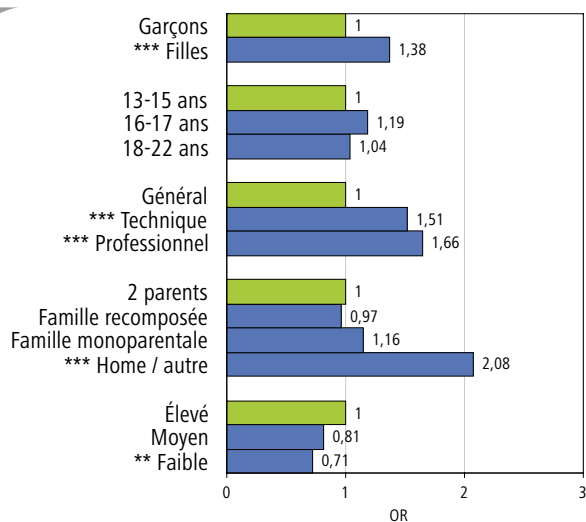


Tant dans l'enseignement primaire que secondaire, les filles restent des plus grandes consommatrices de médicaments que les garçons (graphiques 1-11 et 1-12). Cette consommation est aussi plus importante dans les familles monoparentales et parmi les enfants qui ne vivent pas avec au moins un de leurs parents.

Dans le secondaire, on observe une consommation de médicaments beaucoup plus élevée dans le technique et dans le professionnel. Toujours dans le secondaire, la consommation relativement plus faible de médicaments qui était observée dans les milieux moins aisés financièrement (OR bruts de l'analyse bivariée), atteint le seuil de signification statistique en analyse multivariée, c'est-à-dire lorsque l'on standardise pour les facteurs potentiellement confondants.

Graphique 1-12.

Consommation importante de médicaments dans le secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, la filière, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=6 970)



BIEN - ÊTRE

Plusieurs indicateurs de bien-être sont collectés dans le questionnaire. Ceux-ci viennent compléter l'image de la santé et des facteurs qui y sont associés. Il s'agit essentiellement du sentiment d'être heureux, de la confiance en soi, de la capacité ressentie à s'en sortir en cas de problème, du sentiment de solitude, de la difficulté de se faire des amis et de communiquer avec ses parents.

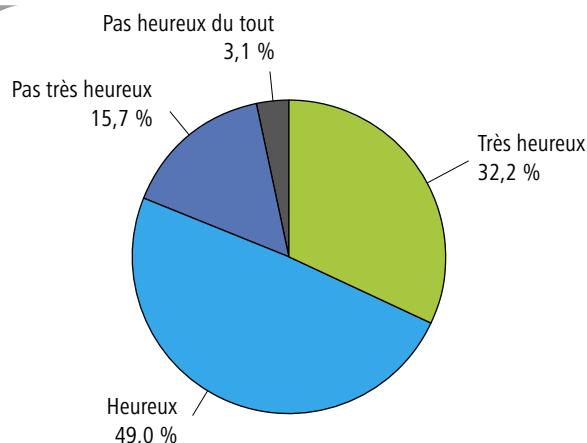
A côté de ces indicateurs de bien-être, d'autres indicateurs, davantage liés à l'environnement scolaire, sont mesurés au travers de questions qui portent sur le stress généré par le travail scolaire, sur le fait d'aimer ou de ne pas aimer l'école, sur le sentiment d'insécurité dans la cour de récréation et dans les bâtiments de l'école.

LE SENTIMENT DE BONHEUR, LA CONFIANCE EN SOI ET LA CAPACITE DE S'EN SORTIR

La grande majorité des jeunes (81,2 %) s'estiment (très) heureux (graphique 2-01). Près de 60 % d'entre eux sont confiants en eux-mêmes (ont «toujours» ou «souvent» confiance en eux). La question relative à la capacité de pouvoir s'en sortir en cas de difficulté ou de problème donne des chiffres tout à fait comparables à ceux de la confiance en soi : deux tiers des élèves environ ont «toujours ou souvent» confiance en eux et pensent pouvoir surmonter les difficultés (graphique 2-02). Mais ils sont tout de même 15,3 % à ne pas avoir confiance en eux («rarement» ou «jamais») et 8,4 % à penser ne pas pouvoir s'en sortir tout seul en cas de problème.

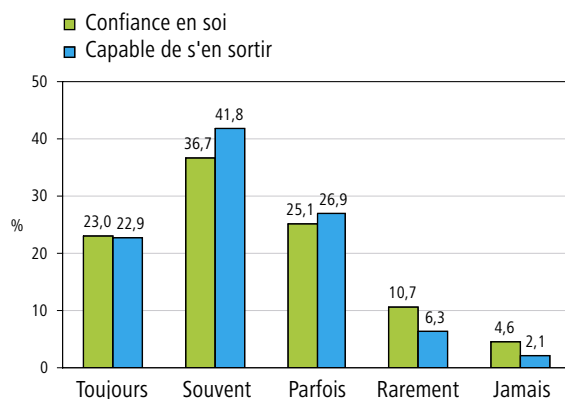
Graphique 2-01.

Répartition du sentiment actuel de bonheur, en % (n=11 557)



Graphique 2-02.

Répartition de la confiance en soi (n=11 559) et de la capacité de s'en sortir, en % (n=11 497)



De grandes variations existent entre les élèves par rapport à ces indicateurs de bien-être. Les filles sont bien plus nombreuses que les garçons à présenter des problèmes liés au bien-être. La différence est particulièrement marquée par rapport au manque de confiance en soi (O.R. brut de 2,9). La confiance en soi et le sentiment de bonheur diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente, mais ce n'est pas le cas pour la capacité à s'en sortir, qui s'accroît avec l'âge. Les élèves de l'enseignement général se sentent plus heureux, ont plus de confiance en eux et se sentent davantage capables de s'en sortir que les élèves des autres filières. Ce sont les élèves de l'enseignement technique qui ont le moins confiance en eux, près d'un élève sur deux dans cette filière n'a pas ou peu confiance en lui. Un gradient très net s'observe également pour l'environnement familial (composition familiale et aisance matérielle) (tableau 2-01).

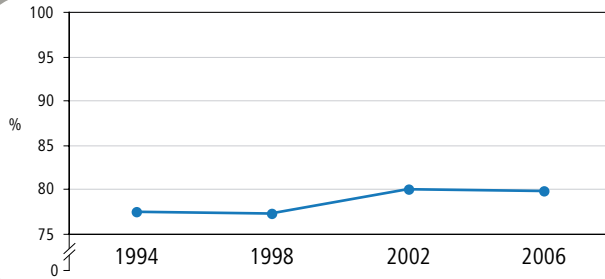
Tableau 2-01. Facteurs associés aux indicateurs de bien-être

1. Ne se sent «pas très heureux»					
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 865	16,4	1	< 0,001
	Fille	5 692	21,4	1,39 (1,26 - 1,52)	
Âge	9-12	3 461	14,7	1	< 0,001
	13-15	3 989	19,1	1,37 (1,21 - 1,55)	
	16-17	2 615	21,7	1,61 (1,41 - 1,83)	
	18-22	1 306	22,7	1,70 (1,44 - 1,99)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 928	14,6	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	3 006	18,3	1,31 (1,15 - 1,51)	
	2 ^{ème} degré secondaire	3 002	21,8	1,63 (1,42 - 1,86)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 607	20,9	1,55 (1,35 - 1,78)	
Orientation secondaire	Général	5 544	18,6	1	< 0,001
	Technique	1 665	21,9	1,23 (1,07 - 1,40)	
	Professionnel	1 384	24,8	1,44 (1,25 - 1,65)	
Composition familiale	2 parents	7 718	16,0	1	< 0,001
	Recomposée	1 434	22,7	1,54 (1,34 - 1,77)	
	Monoparentale	1 998	23,9	1,65 (1,46 - 1,86)	
	Home / autre	294	34,0	2,70 (2,11 - 3,46)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 318	15,0	1	< 0,001
	Moyen	4 136	18,5	1,29 (1,14 - 1,46)	
	Faible	3 184	22,6	1,65 (1,46 - 1,88)	
2. «Peu ou pas confiance en soi»					
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 862	27,9	1	< 0,001
	Fille	5 697	53,2	2,94 (2,73 - 3,18)	
Âge	9-12	3 452	31,1	1	< 0,001
	13-15	3 989	41,2	1,55 (1,41 - 1,70)	
	16-17	2 627	47,5	2,02 (1,82 - 2,24)	
	18-22	1 306	47,2	1,98 (1,74 - 2,26)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 926	31,8	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 996	35,9	1,20 (1,08 - 1,34)	
	2 ^{ème} degré secondaire	3 012	47,3	1,93 (1,74 - 2,14)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 610	46,9	1,90 (1,70 - 2,11)	
Orientation secondaire	Général	5 545	41,7	1	< 0,001
	Technique	1 667	48,4	1,31 (1,17 - 1,46)	
	Professionnel	1 385	43,2	1,07 (0,95 - 1,20)	
Composition familiale	2 parents	7 712	37,7	1	< 0,001
	Recomposée	1 436	46,9	1,46 (1,30 - 1,63)	
	Monoparentale	2 001	44,4	1,32 (1,19 - 1,46)	
	Home / autre	298	48,0	1,52 (1,21 - 1,92)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 324	35,3	1	< 0,001
	Moyen	4 134	41,6	1,30 (1,18 - 1,43)	
	Faible	3 189	44,7	1,48 (1,34 - 1,63)	
3. «Se sent peu capable de s'en sortir»					
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 817	28,2	1	< 0,001
	Fille	5 680	42,5	1,88 (1,74 - 2,03)	
Âge	9-12	3 422	41,2	1	< 0,001
	13-15	3 973	34,8	0,76 (0,69 - 0,84)	
	16-17	2 615	30,5	0,63 (0,56 - 0,70)	
	18-22	1 305	30,6	0,63 (0,55 - 0,72)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 890	42,3	1	< 0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 987	36,0	0,77 (0,69 - 0,85)	
	2 ^{ème} degré secondaire	3 000	34,2	0,71 (0,64 - 0,79)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 605	28,0	0,53 (0,47 - 0,59)	
Orientation secondaire	Général	5 538	31,2	1	< 0,001
	Technique	1 664	33,7	1,12 (1,00 - 1,26)	
	Professionnel	1 369	38,6	1,39 (1,23 - 1,57)	
Composition familiale	2 Parents	7 682	34,3	1	<0,05
	Recomposée	1 432	37,2	1,13 (1,01 - 1,27)	
	Monoparentale	1 982	36,5	1,10 (0,99 - 1,22)	
	Home / autre	296	40,9	1,32 (1,04 - 1,68)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 306	30,8	1	< 0,001
	Moyen	4 119	35,4	1,23 (1,12 - 1,36)	
	Faible	3 170	39,2	1,45 (1,31 - 1,61)	

BIEN-ETRE

Graphique 2-03.

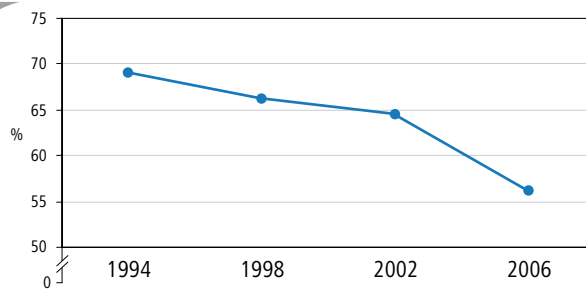
Évolution du sentiment d'être (très) heureux entre 1994 et 2006 (en %)



Entre 1994 et 2006 la tendance indique une légère – quoique statistiquement non significative – augmentation du sentiment de bonheur (graphique 2-03).

Graphique 2-04.

Évolution du sentiment de confiance en soi entre 1994 et 2006 (en %)

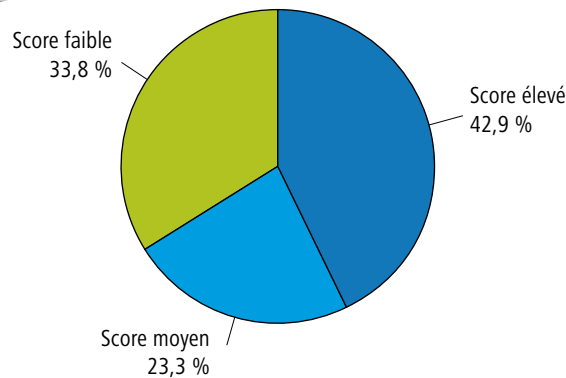


À l'inverse du sentiment de bonheur, l'évolution de la confiance en soi montre une diminution entre les enquêtes de 1994 et 2006. Cette diminution est statistiquement significative entre 1994 et 1998 et entre 2002 et 2006 (graphique 2-04).

SI L'IMPRESSION de pouvoir s'en sortir tout seul augmente avec l'âge (et donc progressivement avec son autonomie), la confiance en soi et le sentiment de bonheur diminuent.

Graphique 2-05.

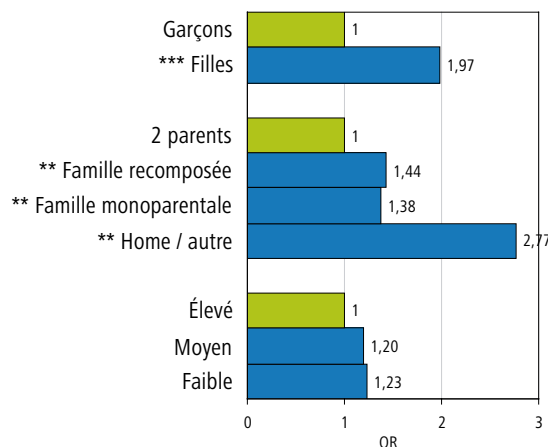
Score de bien-être, en % (n=11 412)



Un score de bien-être a été construit sur base de ces trois questions (équivalent à la somme des réponses obtenues au travers de chacune des trois questions). Ce score est divisé en trois catégories : «score élevé» correspondant à l'absence de problème (c'est-à-dire les jeunes qui, globalement, se sentent heureux, ont confiance en eux et se sentent capables de s'en sortir en cas de problème), «score moyen» (correspondant à la présence d'un problème sur les trois propositions) et «score faible» (caractérisé par la présence de deux réponses affirmatives ou plus concernant le faible sentiment de bonheur, le peu de confiance en soi et le peu de croyance en la capacité de s'en sortir) (graphique 2-05). Les deux tiers des élèves se trouvent à un niveau élevé ou moyen dans ce score de bien-être (42,9 % d'entre eux ne signalent aucun problème).

Graphique 2-06.

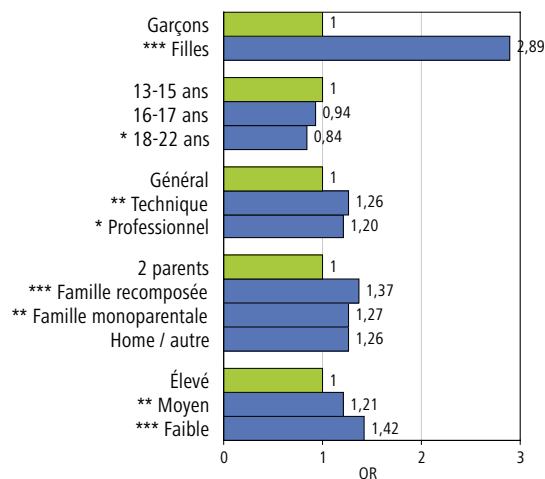
Faible score de bien-être dans le primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=2 729)



Les mêmes commentaires sont à relever en ce qui concerne les facteurs associés à ce score global de bien-être : les filles ont un moins bon score que les garçons (graphiques 2-06 et 2-07). Les différences entre garçons et filles s'accroissent avec l'âge : l'OR brut garçons/filles d'un faible score de bien-être est de 1,8 à 9-12 ans, et il atteint la valeur de 2,8 pour les 16-17 ans.

Graphique 2-07.

Faible score de bien-être dans le secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, la filière, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=7 020)

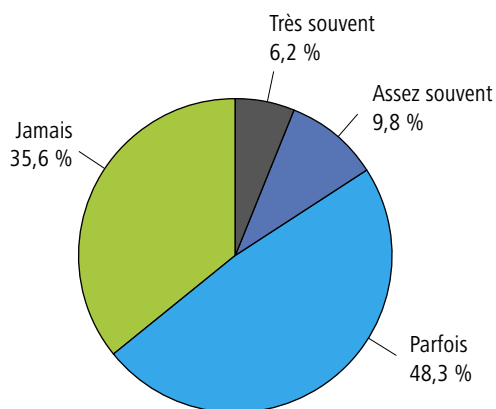


L'environnement familial joue un rôle non négligeable, surtout dans le primaire. Dans le secondaire, hormis la différence entre les sexes, c'est la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle qui semblent jouer le rôle le plus important (graphique 2-07).

LE SENTIMENT DE SOLITUDE ET LES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION

Graphique 2-08.

Sentiment de solitude, en % (n=11 582)



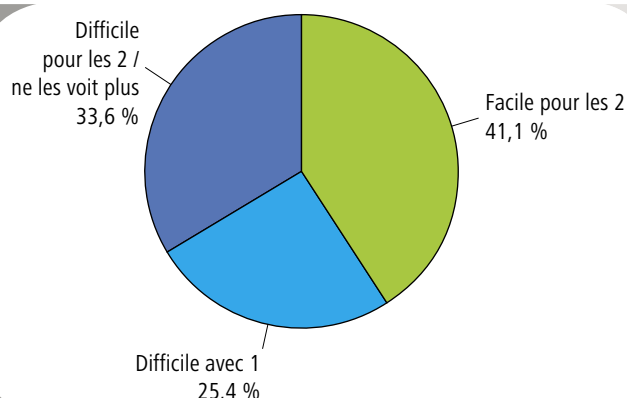
Le sentiment de souffrir «assez souvent» ou «souvent» de solitude est rapporté par 16,1 % des jeunes (graphique 2-08) et un peu plus d'un jeune sur cinq (22,2 %) trouvent qu'il est difficile de se faire des amis.

À côté des relations avec leurs amis, et du rôle important que ceux-ci peuvent être amenés à jouer, une relation et une communication de qualité avec les parents participent bien évidemment aussi au bien-être du jeune. Les difficultés de communication avec les parents sont évaluées par le manque de facilité avec laquelle le jeune dit pouvoir parler avec son père et/ou sa mère en cas

de problème. Sur base des réponses à ces questions, trois catégories de réponses ont été construites : facilité de communication avec les deux parents, facilité avec un seul parent et difficulté de communiquer avec les deux parents (graphique 2-09). Un tiers des jeunes éprouvent des difficultés pour communiquer en cas de problème avec les deux parents (ou n'ont plus de contact avec leurs parents).

Graphique 2-09.

Problèmes de communication avec les parents, en % (n=11 086)



PLUS DE 40 % des jeunes interrogés déclarent n'avoir aucun problème de communication avec ses deux parents.

BIEN-ETRE

La difficulté de communiquer avec les parents augmente avec l'âge ; elle est plus présente dans les familles recomposées, monoparentales et chez les jeunes qui ne vivent pas (plus) avec leurs parents (tableau 2-02).

Tableau 2-02. Facteurs associés à la difficulté de communication avec les parents					
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 608	30,8	1	<0,001
	Fille	5 478	36,4	1,29 (1,19 - 1,40)	
Âge	9-12	3 310	26,4	1	<0,001
	13-15	3 815	34,2	1,45 (1,31 - 1,60)	
	16-17	2 530	37,9	1,70 (1,52 - 1,90)	
	18-22	1 257	41,0	1,93 (1,69 - 2,21)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 819	27,1	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 817	32,3	1,28 (1,14 - 1,44)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 902	37,7	1,62 (1,45 - 1,81)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 534	37,3	1,60 (1,42 - 1,79)	
Orientation secondaire	Général	5 336	33,5	1	<0,001
	Technique	1 622	39,6	1,31 (1,16 - 1,46)	
	Professionnel	1 276	40,0	1,32 (1,17 - 1,50)	
Composition familiale	2 parents	7 463	26,9	1	<0,001
	Recomposée	1 366	43,0	2,04 (1,81 - 2,30)	
	Monoparentale	1 883	49,0	2,61 (2,35 - 2,89)	
	Home / autre	275	59,3	3,95 (3,09 - 5,05)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 265	27,6	1	<0,001
	Moyen	4 028	32,4	1,26 (1,13 - 1,39)	
	Faible	3 109	41,7	1,88 (1,69 - 2,08)	

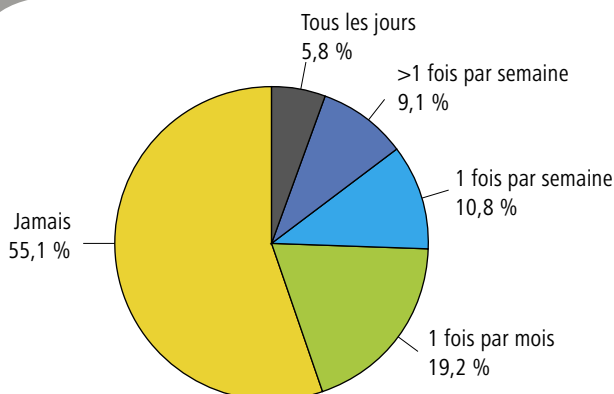
LES PLAINTES DE TYPE PSYCHOSOMATIQUE

Parmi l'ensemble des questions relatives aux plaintes, quelques-unes sont d'ordre plutôt psychosomatique, et à ce titre sont présentées dans cette rubrique consacrée au bien-être, comme la nervosité, le sentiment d'être déprimé ou à plat et les difficultés à s'endormir.

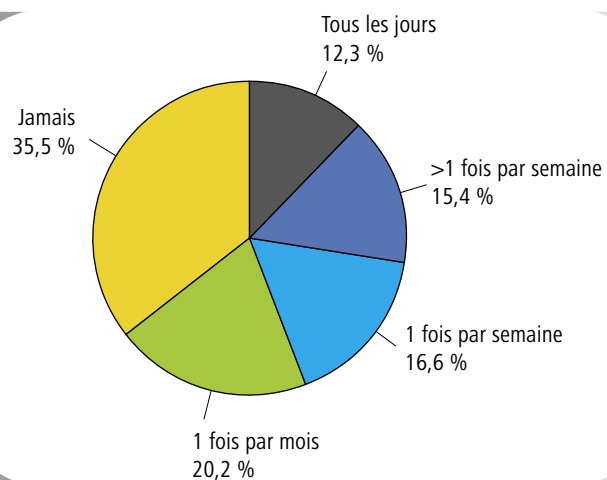
De façon générale, 14,8 % des élèves se sentent déprimés, ou à plat plus d'une fois par semaine, et 5,8 % ont ce sentiment tous les jours. Plus du quart des élèves (27,7 %) se plaignent de nervosité plus d'une fois par semaine, et 12,3 % le rapportent quotidiennement. Un quart des élèves éprouvent au moins une fois par semaine des difficultés pour s'endormir, et 13,4 % le mentionnent tous les jours (graphiques 2-10 à 2-12).

Graphique 2-10.

Sentiment d'être déprimé, à plat, en % (n=11 138)

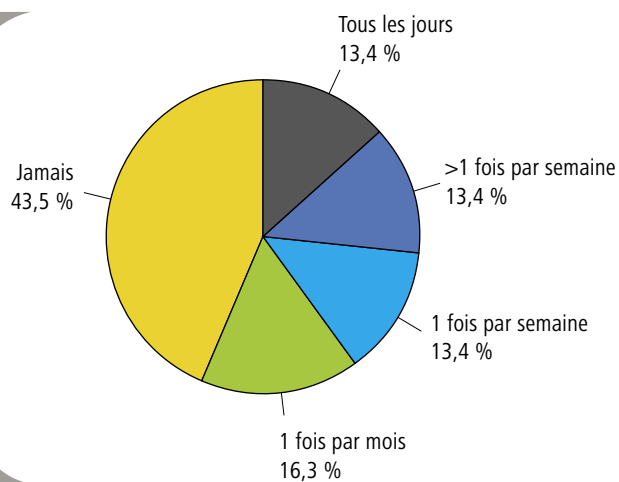


Graphique 2-11.

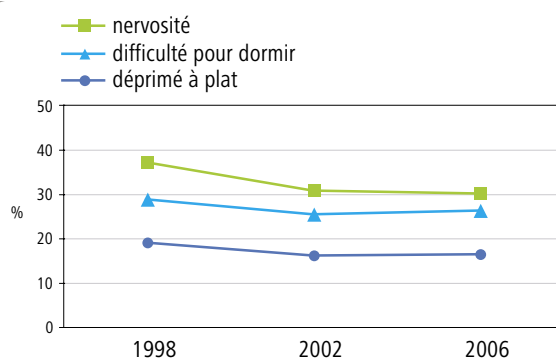
Se sentir nerveux,
en % (n=11 167)

PLUS DE 12 % des jeunes déclarent quotidiennement des plaintes relatives à la nervosité, 13 % mentionnent des difficultés quotidiennes pour s'endormir (plus du quart d'entre eux rapportent ces plaintes plus d'une fois par semaine).

Graphique 2-12.

Difficultés pour
s'endormir, en %
(n=11 156)

Graphique 2-13.

Évolution des
sentiments d'être
à plat, déprimé,
de nervosité et
de difficulté pour
s'endormir, entre
1998 et 2006, en %

Lorsque l'on examine cette évolution dans le temps, on constate une heureuse tendance générale à la baisse de ces trois indicateurs (graphique 2-13).

BIEN-ETRE

LE BIEN-ETRE A L'ECOLE

Le travail scolaire peut être pour certains une source de stress. C'est le cas pour un quart des élèves interrogés. Plus de la moitié d'entre eux (57,9 %) déclarent pourtant aimer l'école (seulement 13,2 % n'aiment «pas du tout» l'école). Les garçons aiment moins l'école que les filles et les plus jeunes apprécient plus l'école que leurs aînés. Mais contrairement à la plupart des autres indicateurs, il n'y a ici pas de différences entre filières d'enseignement dans le secondaire (tableau 2-03). Les enfants de milieu social moins favorisé aiment nettement moins l'école que ceux issus du milieu le plus favorisé. En ce qui concerne la composition familiale, ce sont les enfants ne vivant pas avec leurs deux parents qui sont les plus nombreux à déclarer aimer beaucoup moins l'école.

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 543	15,9	1	<0,001
	Fille	5 449	10,5	0,62 (0,55 - 0,69)	
Âge	9-12	3 326	9,6	1	<0,001
	13-15	3 725	13,7	1,49 (1,29 - 1,73)	
	16-17	2 514	15,0	1,67 (1,42 - 1,96)	
	18-22	1 246	17,2	1,95 (1,62 - 2,36)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 864	10,2	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 740	12,7	1,28 (1,09 - 1,51)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 858	15,0	1,56 (1,33 - 1,83)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 515	15,2	1,58 (1,35 - 1,86)	
Orientation secondaire	Général	5 203	13,5	1	n.s.
	Technique	1 591	15,3	1,16 (0,99 - 1,35)	
	Professionnel	1 300	15,7	1,19 (1,00 - 1,41)	
Composition familiale	2 parents	7 356	11,9	1	< 0,001
	Recomposée	1 360	14,9	1,30 (1,11 - 1,54)	
	Monoparentale	1 895	16,2	1,44 (1,25 - 1,66)	
	Home / autre	277	19,5	1,80 (1,33 - 2,44)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 324	12,0	1	< 0,001
	Moyen	4 121	12,5	1,04 (0,91 - 1,20)	
	Faible	3 177	15,0	1,29 (1,12 - 1,49)	

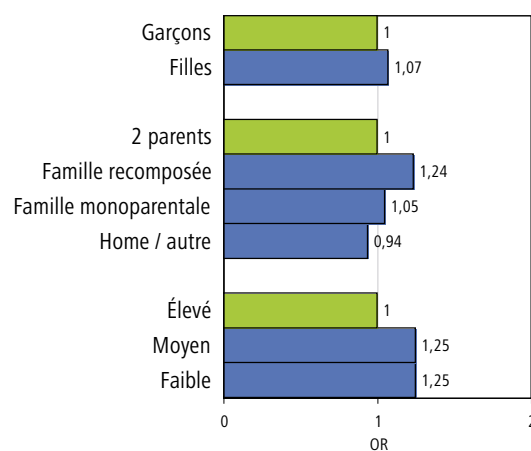
LA PROPORTION de jeunes qui disent ne pas aimer l'école est pareille dans toutes les filières de l'enseignement secondaire.

Un score d'intégration scolaire synthétise les informations relatives à l'ambiance de classe («les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble», proposition avec laquelle 68,6 % sont d'accord, «les élèves de ma classe sont sympas et serviables» 73,3 % de réponses affirmatives) et au fait de se sentir accepté par les autres élèves (76,3 % de réponses affirmatives). Ce score a été divisé en deux catégories, la catégorie «difficulté d'intégration scolaire» a été définie sur base du quintile supérieur, qui regroupe les élèves qui ont le plus de difficultés d'intégration scolaire (correspondant ici à 16,9 % des élèves). Cette difficulté d'intégration concerne plus les filles que les garçons, augmente avec l'âge, et est plus fréquente dans l'enseignement technique que dans le général ou le professionnel. L'environnement social et familial y sont également associés (tableau 2-04).

Tableau 2-04. Facteurs associés au problème d'intégration scolaire		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 470	14,9	1	<0,001
	Fille	5 389	18,8	1,32 (1,19 - 1,46)	
Âge	9-12	3 295	13,1	1	<0,001
	13-15	3 679	16,6	1,31 (1,15 - 1,50)	
	16-17	2 491	19,4	1,59 (1,38 - 1,83)	
	18-22	1 225	22,8	1,95 (1,65 - 2,30)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 837	13,4	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 690	14,9	1,13 (0,97 - 1,32)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 839	19,4	1,56 (1,35 - 1,80)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 479	20,3	1,65 (1,42 - 1,91)	
Orientation secondaire	Général	5 148	16,1	1	<0,001
	Technique	1 580	23,0	1,56 (1,36 - 1,79)	
	Professionnel	1 261	20,6	1,36 (1,16 - 1,58)	
Composition familiale	2 parents	7 279	16,0	1	<0,001
	Recomposée	1 345	17,3	1,10 (0,94 - 1,29)	
	Monoparentale	1 861	18,6	1,21 (1,06 - 1,38)	
	Home / autre	270	25,2	1,77 (1,34 - 2,35)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 307	14,9	1	<0,001
	Moyen	4 093	17,2	1,18 (1,04 - 1,34)	
	Faible	3 144	18,7	1,31 (1,15 - 1,49)	

Graphique 2-14.

Faible score d'intégration scolaire dans le primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=2 743)

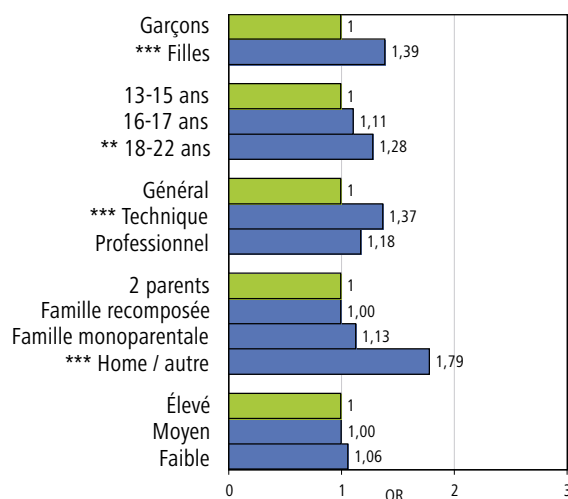


Dans le primaire, les OR bruts observés en analyse bivariée perdent de leur signification statistique lorsqu'ils sont ajustés en analyse multivariée (graphique 2-14).

Dans le secondaire par contre, ces différences restent statistiquement significatives en ce qui concerne le sexe (les filles ont un score plus élevé que les garçons), l'âge (18 ans et plus, ce qui correspond entre autres aux élèves ayant un retard scolaire), la filière d'enseignement (enseignement technique en particulier) et la composition familiale (ceux qui vivent hors de leur famille) (graphique 2-15).

Graphique 2-15.

Faible score d'intégration scolaire dans le secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, la filière, la composition familiale et le score d'aisance matérielle, n=7 013)



L'intégration scolaire est une dimension importante dans la vie des enfants et des adolescents. Avoir du plaisir à se retrouver, à être ensemble, participe à tisser des liens sociaux et amicaux essentiels à cette période de la vie. Même si l'école n'est pas à l'évidence le seul lieu de socialisation des jeunes, être bien dans sa classe, dans son école permet néanmoins de développer au mieux ses potentialités, avec les autres, et de construire ses projets.

REFERENCES

Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 survey, (2008) Currie C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A., Barnekow V. (eds) Health policy for children and adolescents, n°5.

Fondation Roi Baudouin (2000) «*Familles monoparentales, quelles solutions ?*». Synthèse du colloque qui s'est tenu à Bruxelles le 24 octobre 2000.

Organisation Mondiale de la Santé (2007) *Action en faveur des adolescents. Vers un plan d'action. Recommandation d'un groupe d'étude conjoint, OMS, FNUAP, Unicef, Programme de santé et développement de l'adolescent, Santé de la famille et santé reproductive*.

Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C., Kohn L., de Smet P. (2003) *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?* Unité de Promotion Education Santé ULB-Promes.

Starfield, B. (2007) Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med*, 64 : 1355-1362.

Sweeting H., West P. (1995) Family life and health in adolescence : a role for culture in the health inequalities debate ? *Soc Sci Med*, 40 : 163-175.

Versini D. (2007) *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*, La Défenseure des enfants - Rapport thématique.

A L I M E N T A T I O N

En suivant certaines recommandations, l'alimentation et l'exercice physique peuvent avoir une influence positive sur la santé aussi bien par des effets conjugués, notamment sur l'obésité, que séparément. À ce sujet, l'Organisation Mondiale de la Santé met en évidence les avantages pour la santé de l'exercice physique indépendamment de ce que peuvent apporter la nutrition et le régime alimentaire car il est un moyen fondamental d'améliorer la santé aussi bien physique que mentale des individus (OMS, 2004).

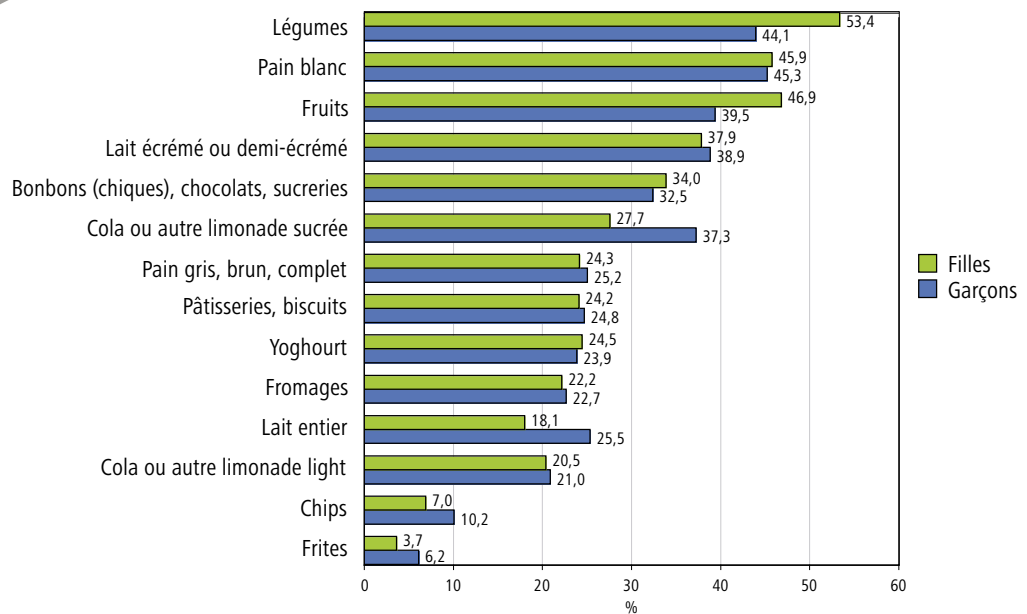
Ce chapitre aborde tout d'abord l'alimentation des jeunes en termes de fréquences de consommation alimentaire mais aussi de régularité des repas. Sont ensuite analysés les facteurs associés à une consommation alimentaire considérée comme déséquilibrée et à l'absence de prise d'un petit déjeuner. L'activité physique des jeunes et ses facteurs associés ainsi que la sédentarité seront traités au chapitre suivant.

LES FREQUENCES DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE

L'information sur les comportements alimentaires a été récoltée dans l'enquête HBSC par l'évaluation de la fréquence de consommation de différents aliments : «habituellement, combien de fois par semaine bois-tu ou manges-tu les aliments suivants?», les modalités de réponse proposées vont de «plus d'1 fois par jour» à «jamais» avec des modalités intermédiaires telles que «1 fois par jour»; «5-6 jours par semaine»; «2-4 jours par semaine»; «une fois par semaine»; «moins d'une fois par semaine».

Graphique 3-01.

Aliments
consommés «au
moins une fois
par jour», en %
(n=11 618).



Le graphique 3-01 donne un premier aperçu de la consommation quotidienne des jeunes en 2006. De manière distincte selon le sexe, ce graphique présente la proportion des jeunes qui déclarent boire ou manger une sélection d'aliments «au moins une fois par jour».

On observe que parmi les aliments consommés au moins une fois par jour, les fruits et les légumes font partie de la tête de liste. Les jeunes consomment plus facilement du pain blanc que du pain gris ; les laitages sont présents au quotidien et sous différentes formes (lait, yoghourt, fromages). Les consommations rencontrées quotidiennement chez les jeunes sont également les sucreries ainsi que les limonades (et davantage les limonades sucrées qu'allégées). En moins grande fréquence mais néanmoins présents, on trouve les aliments gras de type chips et frites.

Note méthodologique : Les évolutions dans le temps sont explorées à partir de l'année d'enquête 1994 jusqu'en 2006. Cependant, en raison d'un changement de formulation dans les questions entre l'enquête 1998 et celle de 2002, les réponses ne sont pas exactement comparables. Les résultats sont présentés graphiquement entre 2002 et 2006 mais les commentaires retracent également l'évolution entre 1994 et 1998.

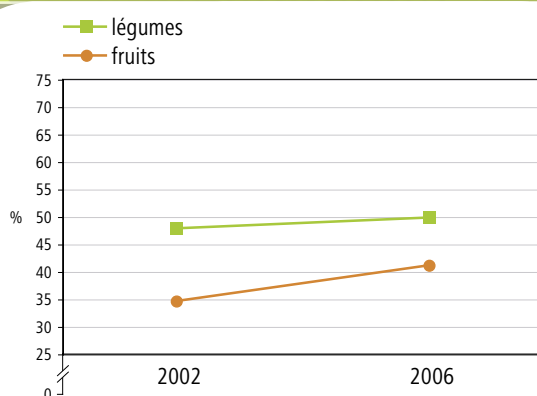
LES FRUITS ET LEGUMES

Entre 1994 et 1998 comme entre 2002 et 2006 (graphique 3-02), on observe une amélioration de la consommation quotidienne de légumes mais les différences entre les années ne sont pas statistiquement significatives.

En ce qui concerne les fruits, entre 1994 et 1998, on observait une diminution de la consommation quotidienne mais les changements n'étaient pas significatifs. Par contre, l'augmentation observée en 2006 par rapport à 2002 (graphique 3-02) est statistiquement significative : les fruits sont davantage présents au quotidien des jeunes en 2006 qu'en 2002.

Graphique 3-02.

Evolution de la consommation quotidienne de fruits et légumes entre 2002 et 2006 (en %).

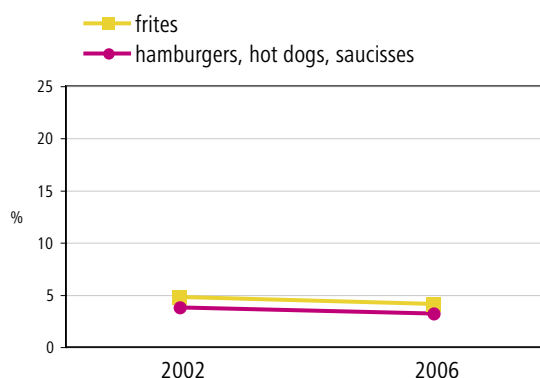


LA PREVALENCE de la consommation quotidienne de légumes est haute en Belgique par rapport à l'ensemble des autres pays de l'enquête HBSC ; les jeunes flamands sont en tête de liste suivis de près par les jeunes francophones. En ce qui concerne les fruits, la situation est différente et en défaveur des jeunes flamands de sorte que les jeunes francophones sont les seuls à faire partie des «grands consommateurs» (Currie *et al.*, 2008).

LES FRITES ET HAMBURGERS

Graphique 3-03.

Evolution de la consommation quotidienne de frites et de hamburgers entre 2002 et 2006 (en %).



Entre 1994 et 1998, la courbe d'évolution des comportements liés à la consommation de frites et de hamburgers montrait une même tendance à l'augmentation pour les deux types d'aliments et les différences entre les deux périodes étaient statistiquement significatives.

Entre 2002 et 2006 (graphique 3-03), l'évolution dans le temps montre une diminution de la proportion de jeunes qui consomment au moins une fois par jour ce type d'aliments ; néanmoins, les différences entre les deux périodes ne sont pas statistiquement significatives.

LES BONBONS, CHOCOLATS, SUCRERIES ET COLAS OU AUTRES LIMONADES SUCREES

En 2006, un tiers des répondants (33,2 %) déclarent consommer des «bonbons, chocolats, sucreries» au moins une fois par jour et un quart (24,5 %) déclarent consommer des «pâtisseries, biscuits» au moins une fois par jour. Si l'on étudie la combinaison de ces deux types d'aliments, on s'aperçoit que 40,0 % des jeunes déclarent consommer au moins une fois par jour des «bonbons, chocolats, sucreries» et/ou des «pâtisseries, biscuits». Cette dernière catégorie n'étant pas incluse dans la liste des aliments en 2002, il est probable que des consommateurs de «pâtisseries» en 2006 ont inclus ces items en 2002 dans la catégorie des «bonbons, chocolats, sucreries» et ceci a probablement eu comme effet de diminuer la proportion de consommateurs de «bonbons, chocolats, sucreries» en 2006. Cette tendance à la diminution observée en 2006 ne pourra être confirmée que lorsque les résultats de la prochaine enquête permettront de comparer avec plus de précision les consommations d'aliments de ces deux types.

ALIMENTATION

Quant au «cola ou autres limonade sucrée», un tiers des jeunes (32,6 %) déclarent en 2006 consommer quotidiennement ce type de boissons tandis qu'un cinquième des jeunes (20,8 %) déclarent consommer des limonades «light» au moins une fois par jour. Des colas ou autres limonades sucrées et/ou allégées sont consommés quotidiennement par 39,8 % des jeunes. La proposition «cola ou autre limonade light» n'étant pas présente dans

l'enquête de 2002, comme pour les sucreries, il est probable que des consommateurs de «cola ou autre limonade light» en 2006 déclaraient en 2002 consommer du «cola ou autre limonade sucrée», sans distinction entre les deux types de limonade et de ce fait, font diminuer la proportion de consommateurs de boissons sucrées en 2006. Ici aussi, la prochaine enquête permettra de comparer l'évolution dans le temps de la consommation des ces deux types de boissons.

LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE de boissons sucrées est davantage l'apanage des jeunes de la Communauté flamande ; toutefois, les jeunes de la Communauté française se situent au-dessus de la moyenne par rapport à l'ensemble des pays et ce, quel que soit l'âge (11, 13 et 15 ans) (Currie *et al.*, 2008).

LE SCORE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Un score basé sur la fréquence de consommation alimentaire a été construit. Ce score n'est pas un score validé mais il permet d'obtenir une vue plus globale de l'alimentation des jeunes car il s'appuie sur la fréquence de consommation d'aliments recommandés pour la santé ainsi que d'aliments peu intéressants sur le plan nutritif.

Il s'agit pour les aliments recommandés, de la consommation de fruits ($\geq 1x$ /jour), de légumes ($\geq 1x$ /jour), de poisson ($\geq 1x$ /semaine) et, pour les aliments «non recommandés», de la consommation de cola ou autres boissons sucrées ($\geq 1x$ /jour), de bonbons, chocolats ou sucreries ($\geq 1x$ /jour) et de frites ($\geq 1x$ /semaine).

Le score s'étend de 0 à 6 et a été scindé en trois catégories ; un score plus élevé indique la consommation d'aliments recommandés à une fréquence élevée et la (quasi-) absence d'aliments non recommandés. La situation inverse reflète au contraire une consommation alimentaire déséquilibrée et les situations intermédiaires, où cohabitent les aliments sains et non sains, caractérisent une consommation alimentaire de qualité moyenne (tableau 3-01).

Le résultat du score sera présenté en termes de consommation alimentaire considérée comme «équilibrée», «moyenne» ou «déséquilibrée» en sachant que le score ne reflète qu'une partie de la réalité de l'alimentation du jeune basée sur la fréquence de consommation. En effet, ni la quantité ingérée, ni la qualité des aliments (par exemple frites accompagnées ou non de sauce, type de poisson, etc.) ne sont des données récoltées dans l'enquête.

Tableau 3-01. Construction du score de consommation alimentaire

Score de 0 à 6	% (n=10 594)	Consommation alimentaire	% (n=10 594)
0	1,2	«déséquilibrée»	22,4
1	6,3		
2	14,9		
3	25,6	«moyenne»	50,6
4	25,0	«équilibrée»	27,0
5	17,6		
6	9,5		

Exemple : Si un jeune mange des fruits et des légumes à une bonne fréquence ($\geq 1x$ /jour) mais pas de poisson à une fréquence d'au moins une fois par semaine ($\geq 1x$ /semaine) ; il obtient pour les aliments recommandés 2 sur 3. Pour les aliments non recommandés, si le jeune consomme une boisson sucrée au moins une fois par jour ($\geq 1x$ /jour) mais pas de frites ni de sucreries trop souvent, il obtient également 2 sur 3 ; ce qui lui fait un score de 4 sur 6 ; sa consommation alimentaire sera considérée comme moyenne.

EN 2006, 27,0 % des jeunes répondant à l'enquête présentent une consommation alimentaire considérée comme équilibrée. Ces habitudes alimentaires sont associées au sexe (en faveur des filles), au type d'enseignement (en faveur du général) et à un haut niveau d'aisance matérielle.

PLUSIEURS HYPOTHESES sont émises concernant la différenciation des consommations alimentaires entre les sexes à l'adolescence. La moindre consommation calorique des filles pourrait provenir d'une consommation en plus petite quantité de la même variété d'aliments que les garçons et/ou d'une sélection d'aliments plus faibles en calories (Axelson, 1986, cité par Vereecken *et al.*, 2005). D'autres raisons suggérées sont une plus grande conscience des filles vis-à-vis de leur santé et le souci lié à leur apparence ainsi que les rôles adultes attribués à chaque genre par la société (Vereecken *et al.*, 2005).

Tableau 3-02. Facteurs associés à la consommation alimentaire déséquilibrée					
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 358	25,1	1	<0,001
	Fille	5 236	19,7	0,73 (0,67 - 0,80)	
Âge	9-12	3 057	18,0	1	<0,001
	13-15	3 734	23,1	1,37 (1,22 - 1,55)	
	16-17	2 413	24,2	1,46 (1,28 - 1,66)	
	18-22	1 228	28,3	1,81 (1,55 - 2,11)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 542	18,7	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	2 795	21,0	1,16 (1,01 - 1,32)	
	2 ^{ème} degré secondaire	2 818	25,8	1,51 (1,33 - 1,72)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 426	24,2	1,39 (1,21 - 1,59)	
Orientation secondaire	Général	5 225	19,5	1	<0,001
	Technique	1 565	29,3	1,71 (1,50 - 1,94)	
	Professionnel	1 231	34,2	2,15 (1,87 - 2,46)	
Composition familiale	2 parents	7 060	21,3	1	<0,001
	Recomposée	1 314	24,4	1,19 (1,04 - 1,37)	
	Monoparentale	1 825	24,2	1,18 (1,05 - 1,33)	
	Home / autre	260	31,5	1,71 (1,31 - 2,23)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 012	16,6	1	<0,001
	Moyen	3 763	22,4	1,45 (1,28 - 1,64)	
	Faible	2 826	28,9	2,05 (1,80 - 2,32)	

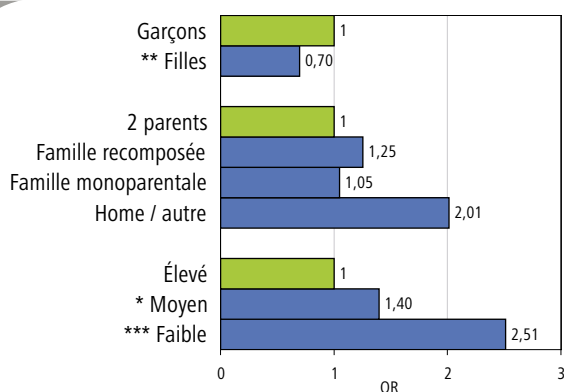
Les garçons sont plus nombreux à manger déséquilibré et cette différence statistiquement significative entre les sexes s'observe en primaire et en secondaire.

En secondaire, dans l'analyse multivariable, l'âge n'apparaît pas comme un déterminant des choix alimentaires des jeunes (graphique 3-05). Les différences entre les groupes d'âge concernant la proportion de jeunes dont l'alimentation est déséquilibrée constatées dans le tableau 3-02 semblent indiquer que les comportements alimentaires se modifient au début de l'adolescence.

Les analyses multivariées en primaire (graphique 3-04) et en secondaire (graphique 3-05) montrent de faibles variations entre les situations familiales classique, recomposée et monoparentale pour le score d'alimentation déséquilibré. Les jeunes ne vivant pas avec leurs parents (catégorie home/autre) semblent avoir une alimentation plus déséquilibrée comme le montre le tableau 3-02.

Graphique 3-04.

Consommation alimentaire déséquilibrée chez les jeunes du primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=2 414).



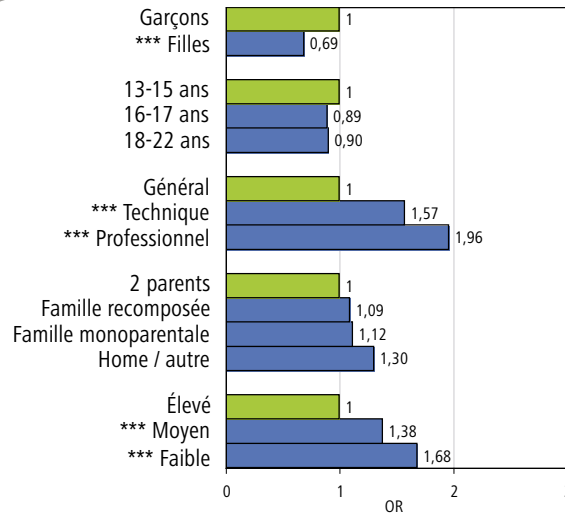
En primaire et en secondaire, le niveau d'aisance matérielle familiale est fortement associé au type d'alimentation du jeune. Ainsi, la proportion la plus importante de jeunes dont l'alimentation est déséquilibrée se trouve dans la catégorie la moins élevée du score d'aisance matérielle (graphique 3-04 et 3-05).

ALIMENTATION

En secondaire, l'analyse multivariable montre qu'il existe des différences d'habitudes alimentaires entre les jeunes suivant leur filière d'enseignement et ce, en défaveur de l'enseignement technique et professionnel (graphique 3-05).

Graphique 3-05.

Consommation alimentaire déséquilibrée chez les jeunes du secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, l'orientation, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=6 484).



DANS LES PAYS participants à l'enquête, on constate une diminution entre 11 et 15 ans, de la consommation quotidienne de fruits et de légumes et une augmentation de la proportion de jeunes consommant journalièrement des boissons sucrées (Currie *et al.*, 2008).

C'EST TANT LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE de l'enfant que celui de la population scolaire qui influencent la mise en place d'un environnement favorable à la consommation d'aliments recommandés (Vereecken *et al.*, 2005).

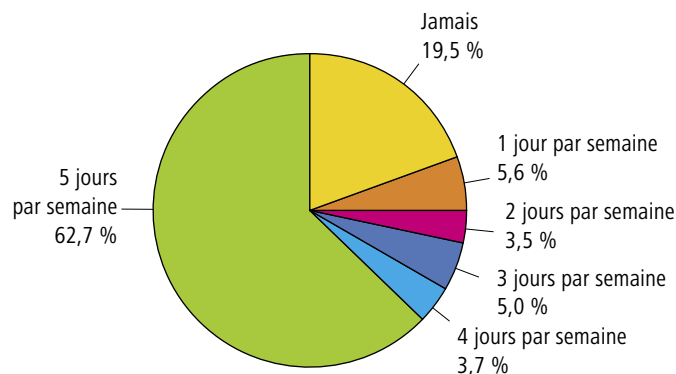
LA REGULARITE DU PETIT DEJEUNER

La prise d'un petit déjeuner les jours d'école est utilisée comme indicateur de la régularité du repas. Le questionnaire explore la prise d'un petit déjeuner séparément pour les jours d'école et pour le week-end.

Dans l'enquête HBSC 2006, 62,7 % des jeunes déclarent prendre un petit déjeuner tous les jours d'école tandis que presque 20,0 % n'en prennent jamais. Parmi les jeunes qui déclarent ne pas prendre de petit déjeuner les jours d'école, un sur deux en prend les deux jours du week-end, un sur quatre en prend un des deux jours du week-end. Seuls 4,7 % des jeunes ne prennent de petit déjeuner ni les jours d'école, ni le week-end (résultats non présentés).

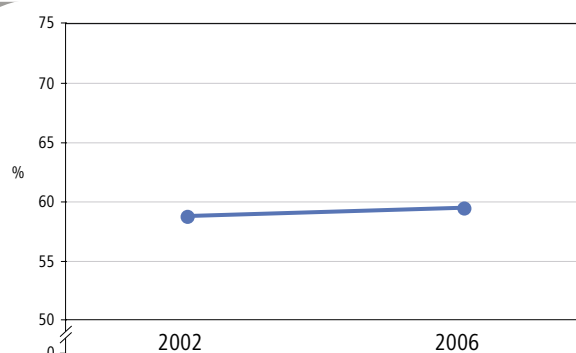
Graphique 3-06.

Prise d'un petit déjeuner les jours d'école, en % (n=11 734).



Graphique 3-07.

Évolution de la prise régulière d'un petit déjeuner entre 2002 et 2006 (en %)



Entre 2002 et 2006, la proportion de jeunes (12-20 ans) prenant régulièrement un petit déjeuner les jours d'école a très légèrement augmenté mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 3-03. Facteurs associés au fait de ne jamais prendre un petit déjeuner les jours d'école

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 974	18,1	1	<0,001
	Fille	5 760	21,1	1,21 (1,10 - 1,32)	
Âge	9-12	3 498	10,7	1	<0,001
	13-15	4 138	19,9	2,08 (1,82 - 2,37)	
	16-17	2 651	23,4	2,55 (2,22 - 2,93)	
	18-22	1 346	33,7	4,25 (3,64 - 4,97)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 910	10,2	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	3 143	18,4	1,98 (1,70 - 2,29)	
	2 ^{ème} degré secondaire	3 037	24,1	2,79 (2,41 - 3,23)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 638	25,9	3,06 (2,64 - 3,54)	
Orientation secondaire	Général	5 705	16,9	1	<0,001
	Technique	1 679	31,1	2,22 (1,96 - 2,51)	
	Professionnel	1 415	35,5	2,70 (2,37 - 3,07)	
Composition familiale	2 parents	7 778	17,2	1	<0,001
	Recomposée	1 445	22,5	1,39 (1,21 - 1,60)	
	Monoparentale	2 022	25,0	1,60 (1,42 - 1,80)	
	Home / autre	305	26,6	1,74 (1,34 - 2,25)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 316	13,5	1	<0,001
	Moyen	4 095	19,0	1,50 (1,32 - 1,70)	
	Faible	3 159	26,5	2,30 (2,02 - 2,61)	

Globalement, la prise du petit déjeuner les jours d'école est un peu moins fréquente parmi les filles mais cette différence n'est présente que dans certaines tranches d'âge. En effet, en primaire, les filles ne se différencient pas des garçons (graphique 3-08) ; cette différence entre les sexes vis-à-vis du petit déjeuner va se marquer une fois que les jeunes sont dans le secondaire (graphique 3-09).

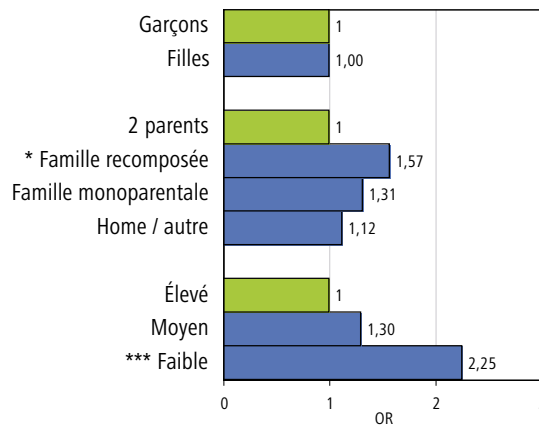
La proportion de jeunes ne prenant jamais le petit déjeuner les jours d'école varie avec l'âge. Cette différence semble se présenter particulièrement au passage du primaire au secondaire, période où la proportion du saut de petit-déjeuner augmente (tableau 3-03) ; par contre, entre 13-15 et 16-17 ans, comme le montre l'analyse multivariable en secondaire (graphique 3-09), l'augmentation n'apparaît plus. Chez les jeunes de 18-22 ans, on observe alors la plus haute proportion de saut de petit-déjeuner ; il faut toutefois noter que cette catégorie de jeunes est particulière. En effet, elle est en retard dans sa scolarité et n'est plus concernée par l'obligation scolaire et de ce fait, elle est peu représentative des jeunes de cet âge dans la population générale.

L'analyse de la régularité du repas met en avant une différence entre les filières d'enseignement (graphique 3-09). La proportion de jeunes qui ne prennent pas de petit déjeuner avant d'aller à l'école passe du simple au double entre l'enseignement général (16,9 %) et le technique (31,1 %). Cette différence s'accroît encore vis-à-vis des jeunes de l'enseignement professionnel (35,5 %) (tableau 3-03).

ALIMENTATION

Graphique 3-08.

Saut du petit déjeuner les jours d'école chez les jeunes du primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=2 750).

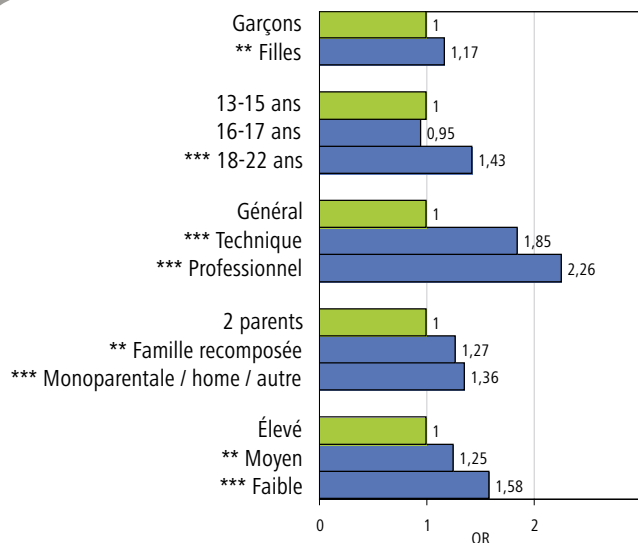


En primaire et en secondaire, le faible niveau d'aisance matérielle est associé au manque de régularité du repas matinal chez les jeunes (graphiques 3-08 et 3-09).

Globalement, la composition familiale influence l'absence de petit déjeuner les jours d'école chez les jeunes en défaveur des situations familiales autres que les familles nucléaires classiques. En outre, les variations entre types de famille sont différentes en primaire (graphique 3-08) et en secondaire (graphique 3-09). Pour l'absence de petit déjeuner, il faut souligner que l'influence de la composition familiale sur ce comportement est plus importante dans les milieux où le niveau d'aisance est faible par rapport aux milieux aisés ; ce qui donne dans certaines familles un cumul des déterminants défavorables à la régularité du petit déjeuner.

Graphique 3-09.

Saut du petit déjeuner les jours d'école chez les jeunes du secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, l'orientation, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=7 086).



L'ABSENCE de petit déjeuner dans les comportements alimentaires est associée au faible niveau d'aisance matérielle, et en secondaire, au sexe (en défaveur des filles) et au type d'enseignement (en défaveur du technique et du professionnel).

Note méthodologique : En secondaire, une interaction entre niveau d'aisance matérielle et type de famille observée dans le modèle d'analyse (c'est-à-dire un effet différent du niveau d'aisance en ce qui concerne le petit déjeuner, selon le type de famille) a nécessité de regrouper en une catégorie les enfants ne vivant pas avec leurs parents (home/autre) et ceux des familles monoparentales.

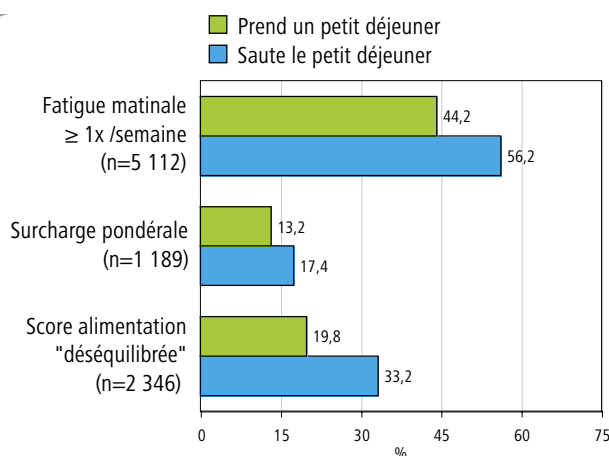
A L'ECHELON INTERNATIONAL, on observe entre 11 et 15 ans une proportion décroissante de jeunes qui prennent le petit déjeuner les jours d'école et ce, dans la plupart des pays/régions pour les garçons et dans tous les pays/régions pour les filles (Currie *et al.*, 2008). Les filles sont moins assidues au petit déjeuner que les garçons spécifiquement chez les 13 et 15 ans tandis qu'à 11 ans, les proportions sont similaires entre les sexes dans la plupart des pays participant à l'enquête (Currie *et al.*, 2008).

DANS L'ENQUETE de consommation alimentaire de 2004, la régularité du repas est associée au niveau d'instruction : la proportion de personnes présentant un schéma régulier de consommation – petit déjeuner, dîner ou souper – atteint son minimum pour le niveau d'instruction le plus bas (Devriese *et al.*, 2006).

Les autres facteurs associés à l'absence de petit déjeuner les jours d'école sont, quel que soit le sexe ou l'âge, le score indiquant une alimentation déséquilibrée, le surpoids et la fatigue matinale (graphique 3-10). Des analyses de données de l'enquête HBSC 1988 ont mis en évidence que le comportement à l'égard du petit déjeuner les jours d'école était soit lié au fait de faire régime en sautant un repas, soit au lever tardif du jeune ou encore au contexte familial qui ne promeut pas le petit déjeuner.

Graphique 3-10.

Facteurs associés au saut du petit déjeuner les jours d'école, en %.



UN SCHEMA régulier de repas et une consommation alimentaire saine sont associés chez les jeunes (HBSC France, 2002).

REFERENCES

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France /2002 - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (2005). Godeau E., Grandjean H., Navarro F. (eds), INPES, Paris.

Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 survey, (2008) Currie C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A., Barnekow V. (eds) Health policy for children and adolescents, n°5.

Devriese S., Huybrechts I., Moreau M., Van Oyen H. (2006) Enquête de consommation alimentaire belge 1-2004, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, D/2006/2505/16, IPH/EPI.

Organisation Mondiale de la Santé (2004), Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, disponible sur le site : http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf.

Vereecken C., Inchley J., Subramanian S., Hublet A., Maes L. (2005) The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health*, 15(3):224-32.

ACTIVITE PHYSIQUE ET SEDENTARITE

L'ACTIVITE PHYSIQUE

La dépense d'énergie à travers l'activité physique fait partie de l'équilibre énergétique qui détermine le poids corporel. Une diminution de cette dépense d'énergie causée par une diminution de l'activité physique dans nos pays en fait un des facteurs majeurs contribuant à l'épidémie de surpoids et d'obésité (OMS, 2003). Actuellement, l'activité physique est davantage promue car elle peut influencer favorablement la santé de l'individu et son bien-être tant physique, mental que social (OMS, 2004).

Les recommandations développées pour les jeunes préconisent un total d'au moins 60 minutes d'une activité physique d'intensité modérée voire vigoureuse chaque jour, ce qui devrait inclure au moins deux fois par semaine des activités améliorant le développement osseux, la force et la souplesse musculaires (OMS, 2006).

Note méthodologique : Dans l'enquête HBSC de 2006 en Communauté française, une nouvelle question sur l'activité physique a été insérée afin de rendre compte de la situation de l'activité physique chez les jeunes par rapport aux recommandations actuelles. Cette question tient compte autant de l'activité physique pendant le temps passé à l'école qu'en dehors.

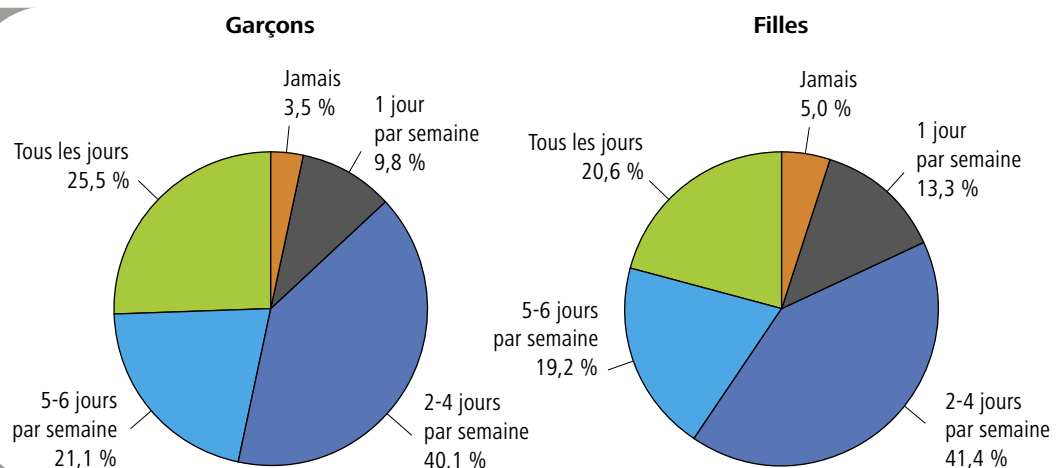
Par ailleurs, il importe de préciser que la courbe d'évolution dans le temps se base sur une question présente dans la version antérieure du questionnaire permettant de comparer les résultats de 2002 et 2006, cette question porte uniquement sur la pratique d'un sport pendant le temps libre en dehors de l'école.

La question posée aux jeunes est précédée d'une définition adaptée pour l'enquête HBSC afin de permettre l'inclusion de l'activité physique à l'intérieur de l'école : «L'activité physique est toute activité qui fait battre ton cœur plus vite et qui te rend essouffé(e). L'activité physique peut être un sport, une activité scolaire, jouer avec des amis ou même marcher vers l'école. Les activités physiques sont par exemple : faire du vélo, jouer au ballon, promener son chien, porter les courses du marché ou du magasin, nettoyer, monter des escaliers, nager, danser, faire du basket, du football, du roller ou un autre sport» (Currie et al., 2004). Il est demandé au jeune de calculer combien de temps il a exercé une activité physique chaque jour durant les 7 derniers jours.

Le niveau d'activité physique recommandé est atteint par 25,5 % des garçons et 20,6 % des filles de 9 à 22 ans. Ils/elles déclarent pratiquer tous les jours de la semaine une activité physique, quelle qu'elle soit, pendant au moins 60 minutes.

Graphique 4-01.

Fréquence de l'activité physique (au moins 60 minutes) pratiquée par les garçons (n=5 963) et les filles (n=5 730), en %.



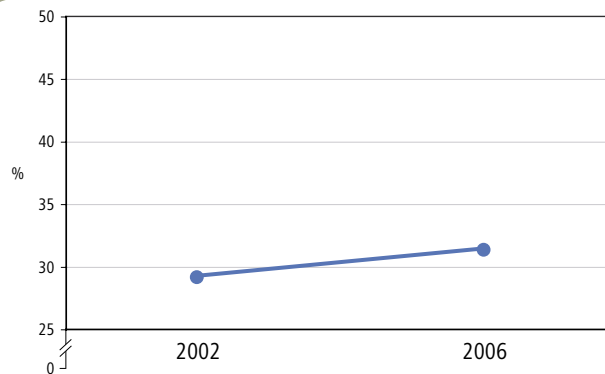
LA DIFFERENCE entre les sexes par rapport à une activité physique quotidienne est statistiquement significative dans la majorité des pays participant à l'enquête (Currie et al., 2008) et chez les adultes, on continue à observer cet écart entre hommes et femmes (Devriese, 2006).

La proportion de jeunes pratiquant quotidiennement une activité physique en Communauté française se situe au-dessus de la moyenne des 41 pays/régions participant à l'enquête 2006. Les résultats des jeunes de la Communauté flamande sont moins favorables en ce qui concerne l'activité physique car quel que soit l'âge, ils se situent sous la moyenne des pays participants (Currie et al., 2008).

Concernant la pratique d'un sport en particulier en dehors de l'école, la courbe d'évolution montre une légère augmentation du nombre de jeunes de 12 à 20 ans s'adonnant à un sport plus de trois fois par semaine entre 2002 et 2006 mais la différence entre les deux années n'est pas statistiquement significative.

Graphique 4-02.

Evolution de la pratique d'un sport «plus de trois fois par semaine» en dehors de l'école entre 2002 et 2006 (en %).



L'INSUFFISANCE d'activité physique est plus fréquente parmi les filles et est également associée à l'augmentation de l'âge et au faible niveau d'aisance matérielle (en primaire).

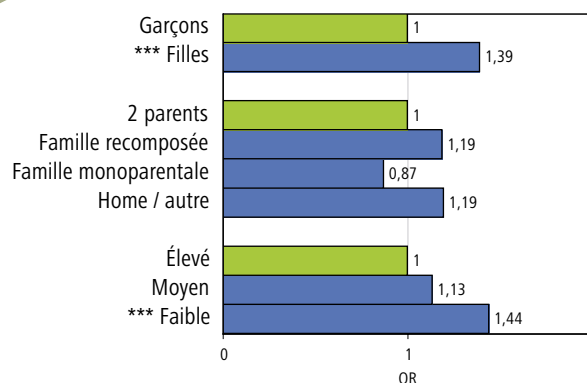
Tableau 4-01. Facteurs associés à une activité physique insuffisante (<5 fois 60 minutes par semaine)

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 963	53,4	1	<0,001
	Fille	5 730	59,7	1,29 (1,20 - 1,39)	
Âge	9-12	3 470	55,2	1	<0,001
	13-15	4 071	54,7	0,98 (0,89 - 1,07)	
	16-17	2 621	58,2	1,13 (1,02 - 1,25)	
	18-22	1 334	60,9	1,26 (1,11 - 1,44)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 914	55,8	1	<0,001
	1 ^{er} degré secondaire	3 103	53,4	0,91 (0,82 - 1,00)	
	2 ^{ème} degré secondaire	3 025	57,4	1,06 (0,96 - 1,18)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 636	59,7	1,17 (1,05 - 1,30)	
Orientation secondaire	Général	5 647	55,3	1	<0,01
	Technique	1 688	57,9	1,12 (1,00 - 1,25)	
	Professionnel	1 408	60,5	1,24 (1,10 - 1,40)	
Composition familiale	2 parents	7 780	55,3	1	<0,01
	Recomposée	1 445	59,9	1,21 (1,08 - 1,36)	
	Monoparentale	2 029	57,6	1,10 (1,00 - 1,21)	
	Home / autre	307	62,5	1,35 (1,07 - 1,71)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 315	52,8	1	<0,001
	Moyen	4 102	57,4	1,20 (1,10 - 1,32)	
	Faible	3 169	59,1	1,29 (1,17 - 1,43)	

Globalement, parmi les jeunes qui vivent avec leurs deux parents, la pratique d'activité physique est un peu plus présente en comparaison aux autres types de famille (tableau 4-03). Les différences entre situations familiales se marquent davantage vis-à-vis des jeunes vivant en famille recomposée et sans leurs deux parents, en primaire et en secondaire (graphique 4-03 et 4-04).

Graphique 4-03.

Activité physique insuffisante (<5 fois 60 minutes par semaine) chez les jeunes du primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=2 762).



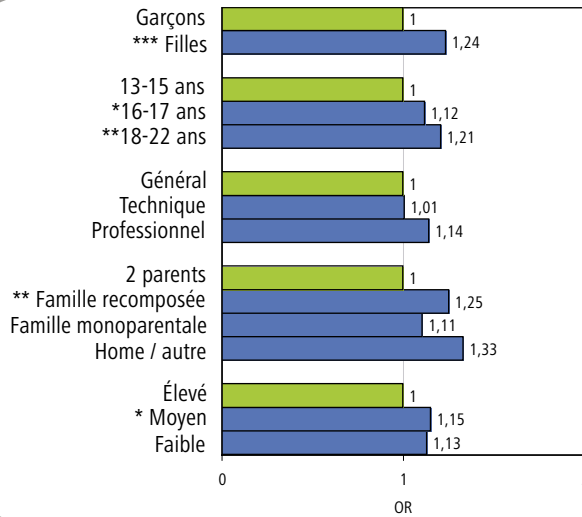
Les garçons sont plus actifs physiquement que les filles et cette différence entre les sexes reste présente que ce soit en primaire ou en secondaire (graphique 4-03 et 4-04).

Un score d'aisance matérielle élevé influence favorablement le niveau d'activité physique chez les jeunes (tableau 4-01 et graphique 4-03) avec un effet beaucoup plus estompé dans le secondaire (graphique 4-04).

ACTIVITE PHYSIQUE & SEDENTARITE

Graphique 4-04.

Activité physique insuffisante (<5 fois 60 minutes par semaine) chez les jeunes du secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, l'orientation, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=7 027).



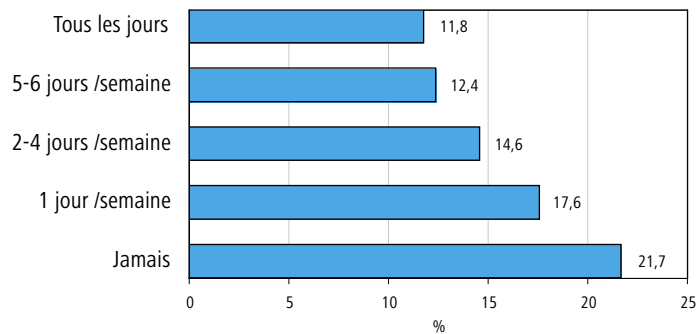
En secondaire, l'analyse multivariable montre une diminution de l'activité physique avec l'âge mais peu de différences entre les filières d'enseignement (graphique 4-04).

Le fait d'être peu ou pas actif physiquement est associé à une surcharge pondérale. Parmi les jeunes qui ont tous les jours une activité physique, une proportion moins importante est en surcharge pondérale par rapport à ceux qui présentent un niveau plus faible d'activité physique (graphique 4-05).

Graphique 4-05.

Surcharge pondérale (obésité incluse) selon le niveau d'activité physique, en % (n=8 430).

Activité physique :



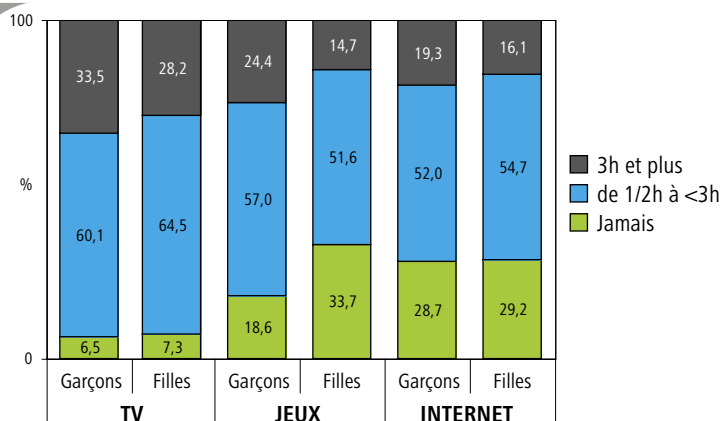
LA PREVALENCE de surcharge pondérale est inversement associée au niveau d'activité physique quotidienne ; plus les jeunes pratiquent une activité physique régulière, moins ils sont en excès pondéral.

LA SEDENTARITE

La promotion des attitudes saines concerne tant les habitudes alimentaires, la pratique d'une activité physique que la réduction des comportements sédentaires. En effet, il est recommandé aux parents de limiter le temps total passé par leur enfant devant les médias à maximum une ou deux heures par jour (American Academy of Pediatrics, 2001).

Graphique 4-06.

Comparaison des heures passées devant la télévision, les jeux et Internet les jours d'école, par sexe, en % (n=11 758).



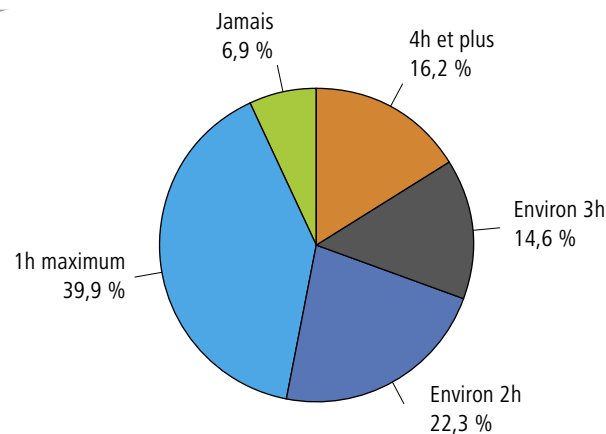
De manière générale, parmi les activités multimédias, on constate que la télévision reste une activité sédentaire fort répandue chez les jeunes mais concurrencée par d'autres médias comme l'ordinateur et les consoles de jeux. La différence entre sexes (tous âges confondus) vis-à-vis de ces activités sédentaires s'observe particulièrement vis-à-vis des jeux (graphique 4-06).

Tout en explorant différentes alternatives dans la mesure d'activités sédentaires telles que la télévision (y compris les vidéos et DVD), les jeux sur ordinateur ou console et le temps passé sur Internet les jours d'école, c'est l'inactivité mesurée par le nombre d'heures passées devant la télévision les jours d'école qui est plus particulièrement exploitée dans ce chapitre. Compte tenu du fait que les jeunes peuvent associer plusieurs activités de loisirs en même temps, les heures passées à chacune d'entre elles ne peuvent pas être additionnées.

Un petit peu moins de la moitié des jeunes (46,8 %) regardent au maximum la télévision une heure par jour d'école (graphique 4-07). En comparaison aux enquêtes précédentes, la proportion de «grands consommateurs» de télévision a diminué depuis 1994 mais le développement d'autres médias peut avoir pris le relais de la télévision.

Graphique 4-07.

Heures passées quotidiennement devant la télévision, les vidéos et DVD les jours d'école, en % (n=11 761).



EN 2006 COMME EN

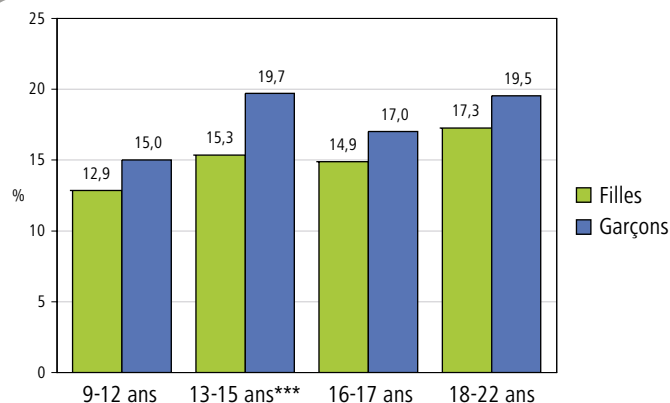
2002, presque un jeune sur cinq passe de longues périodes (4h ou plus) par jour devant le petit écran mais il n'y a quasi pas de différence entre les sexes (si ce n'est chez les 13-15 ans). Cette grande consommation de TV est plus fréquente parmi les jeunes de l'enseignement secondaire en filière professionnelle.

Les garçons passent plus souvent que les filles «4 heures ou plus» devant la télévision les jours d'école, mais la différence entre les sexes n'est statistiquement significative que dans le groupe d'âge 13-15 ans (graphique 4-08).

Lorsque l'on regroupe les jeunes du primaire et du secondaire, on constate en 2006 tout d'abord une augmentation des consommateurs de télévision au passage du primaire au secondaire. Par ailleurs, on observe la même tendance qu'en 2002, c'est-à-dire une diminution de la proportion de grands consommateurs entre les groupes d'âges 13-15 et 16-17 ans et à nouveau une augmentation chez les 18-22 ans (graphique 4-08).

Graphique 4-08.

Jeunes passant 4h ou plus devant la télévision les jours d'école, par sexe et par âge, en % (n=11 565).

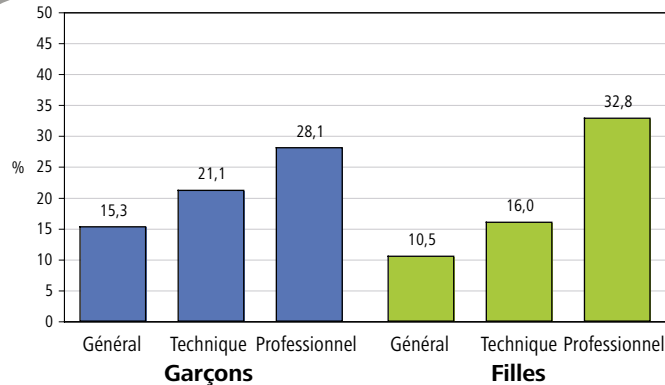


ACTIVITE PHYSIQUE & SEDENTARITE

La proportion de jeunes qui regardent «4h ou plus» la télévision les jours d'école est plus importante dans l'enseignement professionnel que dans le technique et dans le technique par rapport au général. Ces différences entre filières d'enseignement sont statistiquement significatives pour les filles comme pour les garçons. Une particularité à relever dans ces résultats est la différence entre sexes car le rapport s'inverse chez les jeunes de l'enseignement professionnel : ce sont les filles qui sont les plus adeptes de la télévision (graphique 4-09).

Graphique 4-09.

Jeunes passant 4h ou plus devant la télévision les jours d'école selon l'orientation dans le secondaire, par sexe, en % (n=8 796).

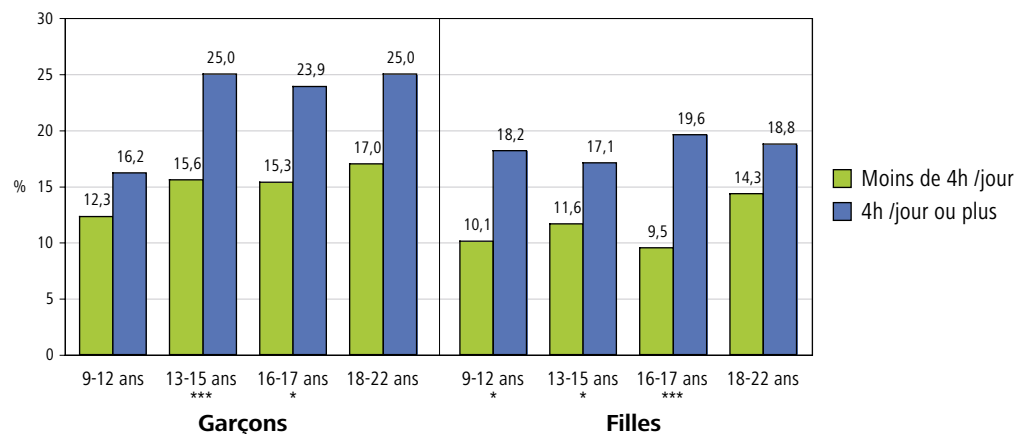


L'INDICATEUR DE SEDENTARITE utilisé au niveau international montre une augmentation avec l'âge de la proportion de jeunes qui regardent la télévision «2h ou plus les jours d'école» et une différence significative dans la moitié des pays/régions entre l'âge de 11 et 15 ans. Lorsqu'une différence entre les sexes est présente et significative pour un tiers des pays/régions, elle se fait en défaveur des garçons. (Currie *et al.*, 2008).

Les jeunes en surcharge pondérale sont proportionnellement surreprésentés dans le groupe des grands consommateurs de télévision ($\geq 4h/jour$) par rapport aux autres et ce, quels que soient l'âge et le sexe (graphique 4-10).

Graphique 4-10.

Surcharge pondérale en fonction du nombre d'heures passées devant la télévision les jours d'école, par sexe et par âge, en % (n=8 476).

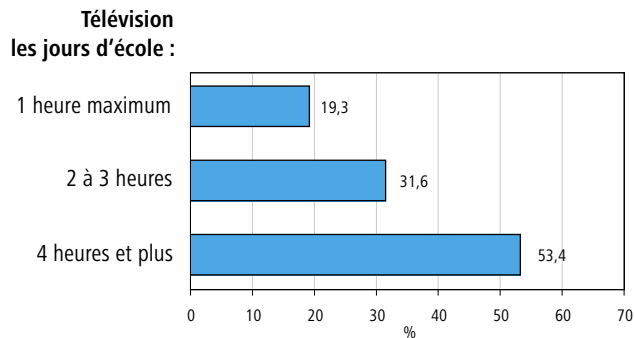


LES JEUNES de la Communauté française de 11, 13 et 15 ans se situent dans les plus faibles consommateurs de télévision après le Luxembourg et la Suisse. Par ailleurs, on observe que les jeunes de la Communauté flamande sont plus adeptes de la télévision que les francophones mais se situent néanmoins à tous âges dans la moyenne des pays/régions (Currie *et al.*, 2008).

Les jeunes qui sont de grands consommateurs de télévision les jours d'école sont plus nombreux que les autres à déclarer regarder la télévision pendant les repas. Si la télévision accompagne le jeune durant d'autres activités, cela pourrait expliquer en partie le grand nombre d'heures passées à la regarder (graphique 4-11).

Graphique 4-11.

Présence de la télévision (souvent/toujours) pendant les repas chez les jeunes selon le nombre d'heures passées devant la TV les jours d'école, en % (n=10 904).



LA PRESENCE DE LA TELEVISION

pendant les repas familiaux serait associée à une consommation plus fréquente de snacks et moins fréquente de fruits et légumes par les enfants ; éteindre la télévision pendant le repas permet de séparer l'acte de manger de la culture alimentaire peu saine promue par la télévision. (Coon *et al.*, 2001, cité par Vereecken *et al.*, 2005).

REFERENCES

Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 survey, (2008) Currie C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A., Barnekow V. (eds) Health policy for children and adolescents, n°5.

Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, (2004) Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Rasmussen V. (eds) Health policy for children and adolescents, n°4.

American Academy of Pediatrics (2001) Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 107(2) : 423–6.

Vereecken C., Todd J., Roberts C., Mulvihill C., Maes L. (2005) Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries, *Public Health Nutrition*, 9(2) : 244–250.

Devriese S., Huybrechts I., Moreau M., Van Oyen H. (2006) Enquête de consommation alimentaire belge 1-2004, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, D/2006/2505/16, IPH/EPI

Organisation Mondiale de la Santé (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.

Organisation Mondiale de la Santé (2004) Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé disponible sur : http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2006) Physical activity and health in Europe : Evidence for Action, disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>

SURCHARGE PONDERALE ET IMAGE DU CORPS

Dans ce chapitre, la surcharge pondérale et ses facteurs associés sont étudiés ainsi que différents aspects liés au poids corporel tels que l'image du corps et la pratique de régimes amaigrissants.

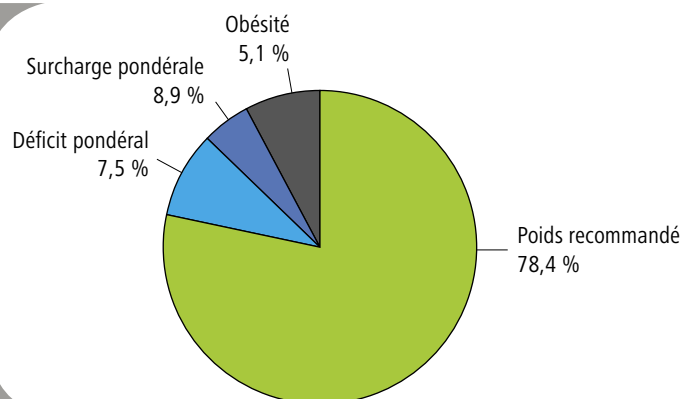
LA SURCHARGE PONDERALE ET L'OBESITE

Le questionnaire utilisé dans l'enquête HBSC comprend des informations relatives au poids et à la taille des jeunes (données autorapportées). La surcharge pondérale est étudiée sur base de l'indice de masse corporelle (IMC = poids (kg) / taille (m)²). Les valeurs rapportées sont comparées aux valeurs de référence spécifiques selon le sexe et l'âge (courbes de croissance flamande, Roelants *et al.*, 2004). Les seuils retenus pour la définition du déficit pondéral ainsi que pour la surcharge pondérale (obésité incluse) et pour l'obésité sont les valeurs d'IMC respectivement en deça du percentile 5, en regard du percentile 85 et du percentile 95 de la courbe de croissance.

Note méthodologique : Les sujets âgés de plus de 20 ans ne sont pas inclus dans l'analyse de la surcharge pondérale car la méthode décrite ci-dessus n'est pas valide au-delà de l'âge de 20 ans. Excepté pour le graphique 5-01, les vocables «surcharge pondérale» ou «surpoids» englobent également l'obésité dans ce chapitre.

Graphique 5-01.

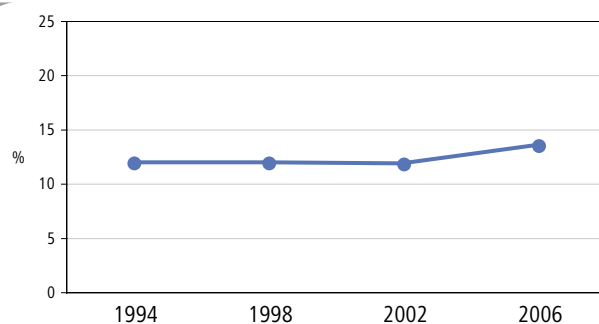
Statut pondéral des jeunes, en % (n=8 552).



Parmi les jeunes interrogés, 7,5 % présentent un déficit pondéral, alors que 8,9 % sont en surcharge pondérale et 5,1 % sont obèses (graphique 5-01).

Graphique 5-02.

Evolution de la surcharge pondérale ($\geq P85$) entre 1994 et 2006 (en %).



Bien que l'année 2006 se distingue sur la courbe d'évolution par une hausse de la proportion de jeunes en surpoids (obésité incluse ; sujets dont l'IMC est $\geq P85$), la différence avec les autres années étudiées n'est pas statistiquement significative (graphique 5-02).

Lorsque l'évolution de l'obésité (sujets dont l'IMC est $\geq P95$) est analysée, on dispose pour l'année 2006 d'indications montrant une légère augmentation de la prévalence de celle-ci depuis 2002. Néanmoins, on ne pourra prétendre à une tendance dans le temps significative que lorsque l'on possèdera les données de l'année d'enquête de 2010.

EN COMPARAISON AUX AUTRES PAYS participant à l'enquête HBSC, la proportion de jeunes de la Communauté française en surcharge pondérale est dans la moyenne de l'ensemble des pays et ce quel que soit l'âge (11, 13 et 15 ans).

La proportion de jeunes en surcharge pondérale (filles et garçons) à l'âge de 11 ans est un peu plus élevée en Communauté française qu'en Communauté flamande ; cette différence entre les jeunes francophones et les jeunes flamands s'accroît avec l'âge (Currie *et al.*, 2008).

Les garçons sont plus sujets que les filles à présenter une surcharge pondérale. Cette différence entre les sexes présente en primaire devient statistiquement significative en secondaire (graphiques 5-03).

Tableau 5-01. Facteurs associés à la surcharge pondérale (OR bruts)

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	4 352	16,1	1	< 0,001
	Fille	4 200	11,9	0,70 (0,62 - 0,80)	
Âge	9-12	2 384	12,0	1	< 0,01
	13-15	3 082	15,0	1,29 (1,10 - 1,51)	
	16-17	2 075	13,7	1,17 (0,98 - 1,39)	
	18-22	1 009	16,7	1,47 (1,19 - 1,80)	
	Degré d'enseignement	Primaire	2 077	12,3	
1 ^{er} degré secondaire	2 098	14,5	1,21 (1,01 - 1,45)		
2 ^{ème} degré secondaire	2 306	15,6	1,32 (1,11 - 1,57)		
3 ^{ème} degré secondaire	2 067	13,6	1,12 (0,94 - 1,35)		
Orientation secondaire	Général	4 211	11,9	1	< 0,001
	Technique	1 276	17,6	1,57 (1,32 - 1,86)	
	Professionnel	977	22,1	2,09 (1,75 - 2,50)	
Composition familiale	2 parents	5 689	13,0	1	< 0,001
	Recomposée	1 101	16,0	1,27 (1,06 - 1,52)	
	Monoparentale	1 474	15,1	1,18 (1,01 - 1,39)	
	Home / autre	211	21,8	1,86 (1,33 - 2,60)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	2 637	10,8	1	< 0,001
	Moyen	3 114	14,2	1,37 (1,16 - 1,60)	
	Faible	2 381	17,4	1,74 (1,48 - 2,05)	

Globalement, il y a des variations avec l'âge de la proportion de jeunes en surpoids (tableau 5-01). Cependant, l'analyse multivariable en secondaire ne montre pas de gradient entre les âges (graphique 5-04).

En secondaire, la filière d'enseignement détermine fortement le fait d'être en surpoids : un rapport de 2 sur 1 entre les jeunes du général et du professionnel est observé (graphique 5-04) ; ce qui équivaut à un élève sur dix de l'enseignement général qui est en surcharge pondérale pour un élève sur cinq de l'enseignement professionnel (tableau 5-01). Rappelons que les jeunes concernés par le surpoids sont tous les sujets dont l'IMC est égal ou supérieur au percentile 85 sur la courbe de croissance (obésité incluse).

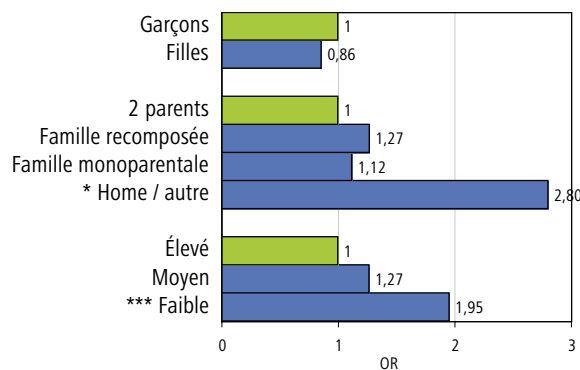
Les facteurs associés à la surcharge pondérale sont également la composition de la famille et le niveau d'aisance matérielle.

Que ce soit dans le primaire ou dans le secondaire, les jeunes vivant avec leurs deux parents semblent moins enclins à développer un surpoids. A l'inverse, les jeunes ne vivant pas avec leurs parents ont davantage tendance à présenter du surpoids et ce, plus particulièrement en primaire où l'association est statistiquement significative (graphique 5-03).

Le faible niveau d'aisance matérielle se présente comme un déterminant du surpoids chez les jeunes en primaire comme en secondaire (graphiques 5-03 et 5-04).

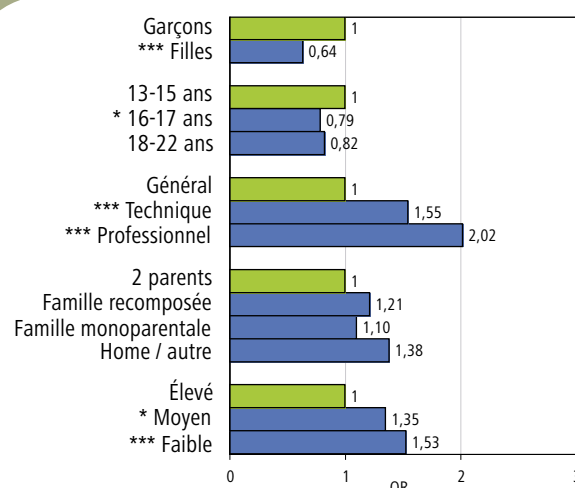
Graphique 5-03.

Surcharge pondérale chez les jeunes du primaire (OR standardisés pour le sexe, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=2 962).



Graphique 5-04.

Surcharge pondérale chez les jeunes du secondaire (OR standardisés pour le sexe, l'âge, l'orientation, la composition familiale et le niveau d'aisance matérielle) (n=5 719).



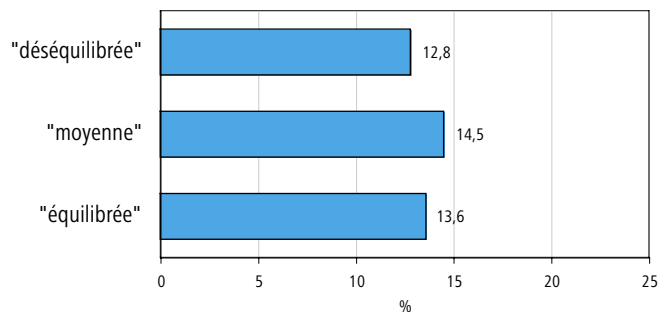
LA SURCHARGE PONDERALE est associée au faible niveau d'aisance matérielle et, en secondaire, au sexe (en faveur des filles) et au type d'enseignement (en faveur du général).

SURCHARGE PONDERALE & IMAGE DU CORPS

Graphique 5-05.

Surcharge pondérale selon le score de consommation alimentaire, en % (n=7 695).

Alimentation :



IL N'Y A PAS

d'association entre le résultat du score de consommation alimentaire et la surcharge pondérale ; par contre, la surcharge pondérale est associée à l'inactivité (activité physique insuffisante ; nombreuses heures passées devant la télévision).

L'IMAGE DU CORPS

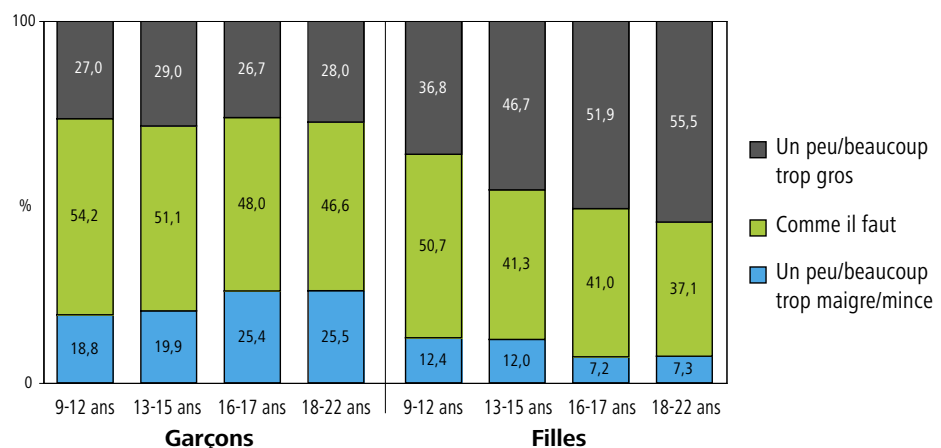
Dans l'enquête HBSC, il est demandé aux jeunes ce qu'ils pensent de leur corps ; les modalités de réponse sont « beaucoup trop mince/maigre », « un peu trop mince/maigre », « juste comme il faut », « un peu trop gros » ou « beaucoup trop gros ». Etant donné les mêmes distributions des sujets se trouvant « beaucoup » ou « un peu » trop gros et « beaucoup » ou « un peu » trop maigre/mince, ces quatre catégories ont été regroupées en deux : une catégorie « un peu/ beaucoup trop gros » et « un peu/ beaucoup trop maigre/mince ».

L'IMAGE D'UN CORPS « trop gros » et la pratique d'un régime amaigrissant sont le propre des filles et ces deux proportions augmentent chez les filles avec l'âge.

Dans l'ensemble, un peu moins de la moitié des jeunes estiment leur corps « juste comme il faut ». Une différence entre les sexes se marque d'emblée ; non seulement les filles sont moins nombreuses que les garçons à percevoir leur corps comme idéal mais avec l'âge, elles sont de plus en plus nombreuses à être insatisfaites de leur corps, qu'elles trouvent trop gros. De l'autre côté, les garçons ont plutôt tendance à se trouver trop minces/maigres avec l'âge (graphique 5-06).

Graphique 5-06.

Image de soi par sexe et par âge, en % (n=10 983).

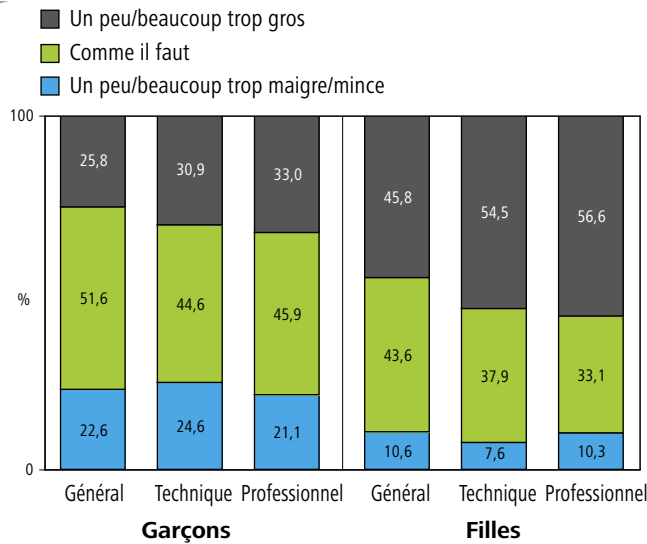


EN 2006, dans presque tous les pays/régions participant à l'enquête, on constate que les filles sont plus nombreuses à être insatisfaites de leurs corps (réponse combinée « un peu/beaucoup trop gros ») et la proportion de jeunes filles se trouvant « trop grosses » augmente avec l'âge (Currie *et al.*, 2008).

Les jeunes, filles ou garçons, qui suivent l'orientation générale en secondaire sont les plus nombreux à trouver leur corps «juste comme il faut». Cette proportion de jeunes satisfaits par leur corps diminue dans les autres orientations et c'est dans l'orientation professionnelle qu'on observe la plus grande proportion de jeunes se trouvant «un peu/ beaucoup trop gros», particulièrement chez les filles (graphique 5-07).

Graphique 5-07.

Image de soi par sexe et par orientation dans l'enseignement secondaire, en % (n=8 954).



QUE CE SOIT en Communauté française ou flamande, la proportion de jeunes qui ne sont pas satisfaits de leur corps est au-dessus de la moyenne des pays/régions participant à l'enquête (11, 13 et 15 ans) (Currie *et al.*, 2008).

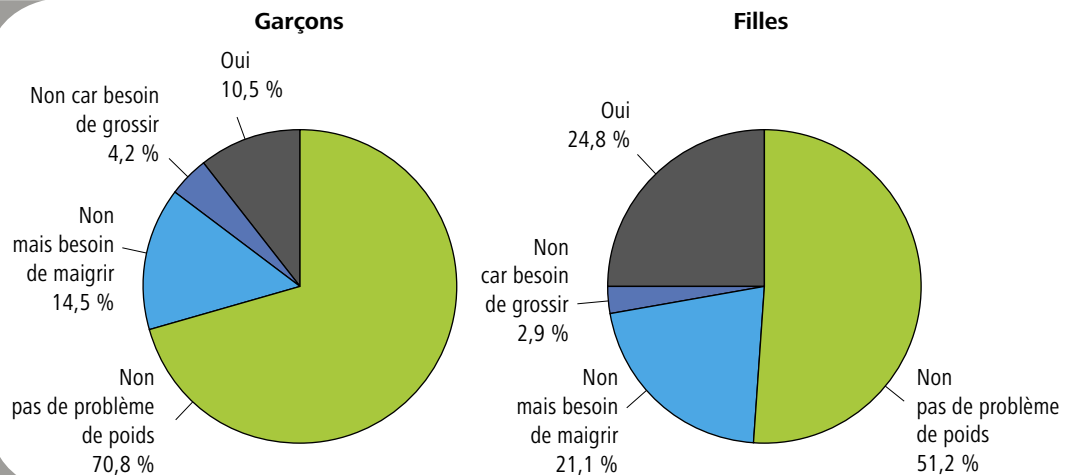
LES REGIMES AMAIGRISSANTS

Concernant le contrôle du poids, il a été posé aux jeunes la question suivante : «pour le moment, fais-tu régime ou autre chose pour perdre du poids ?». Les modalités de réponses proposées étaient «non, je n'ai pas de problème de poids», «non, mais j'ai besoin de perdre du poids», «non, parce que j'ai besoin de grossir» ou «oui».

Parmi les garçons, 10,5 % déclarent suivre un régime pour 24,8 % parmi les filles. Les filles pratiquent non seulement plus souvent un régime mais sont aussi également plus nombreuses à déclarer avoir besoin de maigrir (sans pour cela suivre un régime).

Graphique 5-08.

Pratique du régime chez les garçons (n=5 659) et les filles (n=5 558), en %.



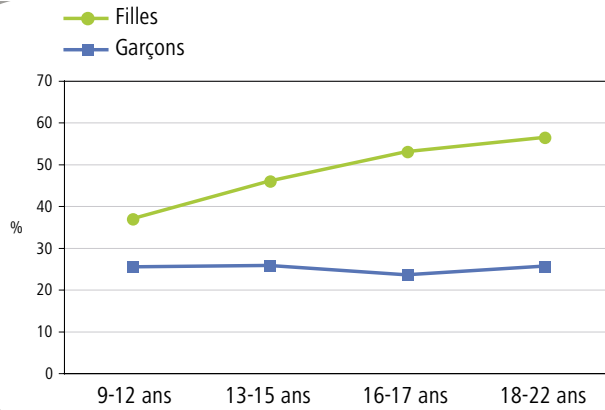
EN COMMUNAUTE FRANCAISE, la proportion des filles déclarant faire régime est pour tous les groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) au-dessus de la moyenne des 41 pays/régions participant à l'enquête HBSC (Currie *et al.*, 2008).

SURCHARGE PONDERALE & IMAGE DU CORPS

Si on observe l'évolution de la pratique du régime avec l'âge, on se rend compte qu'en parallèle à la détérioration de leur image du corps, les filles sont de plus en plus nombreuses à faire régime ou à trouver qu'elles devraient en suivre un. En revanche, chez les garçons, la proportion de ceux qui suivent un régime ou déclarent avoir besoin de maigrir reste stable avec l'âge (graphique 5-09).

Graphique 5-09.

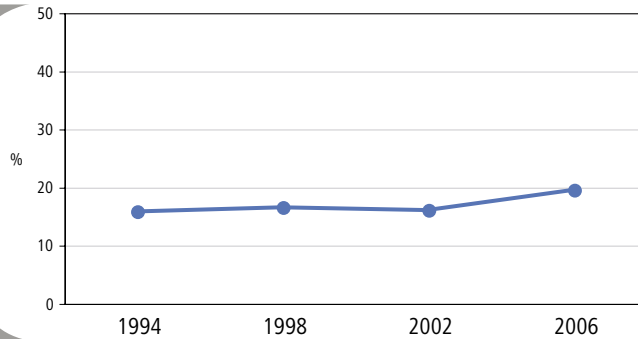
Evolution de la pratique d'un régime/avoir besoin de maigrir avec l'âge, par sexe, en % (n=11 034).



Depuis 1994 jusque 2002, on n'observait pas de changement significatif dans la pratique d'un régime chez les jeunes tandis que l'année 2006 se distingue des autres années sur la courbe d'évolution dans le temps avec une augmentation significative par rapport à 1994 (graphique 5-10).

Graphique 5-10.

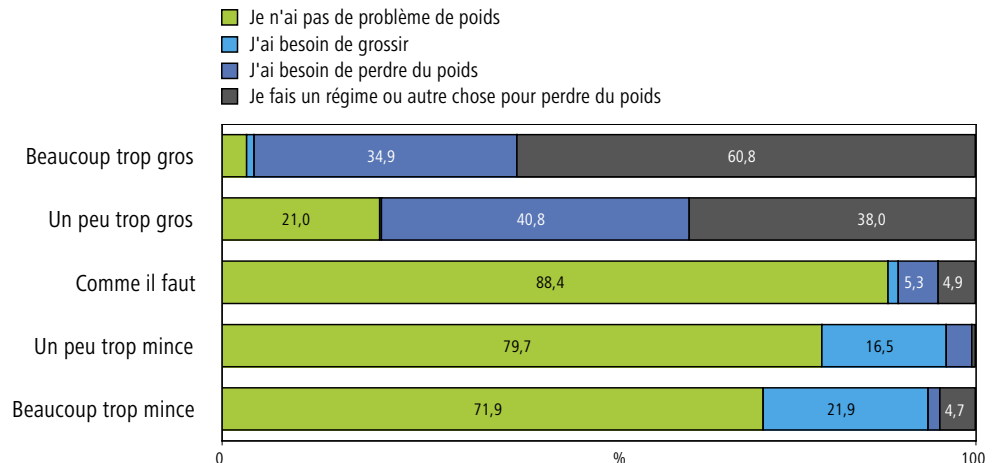
Evolution de la pratique d'un régime chez les jeunes entre 1994 et 2006 (en %).



La préoccupation pour le poids et la pratique du régime sont liées à la perception que le jeune a de son corps. On peut faire le constat, certes soupçonné, que les jeunes qui se trouvent «un peu/beaucoup trop gros» sont proportionnellement plus nombreux à pratiquer un régime ainsi qu'à trouver qu'ils ont besoin de maigrir (graphique 5-11).

Graphique 5-11.

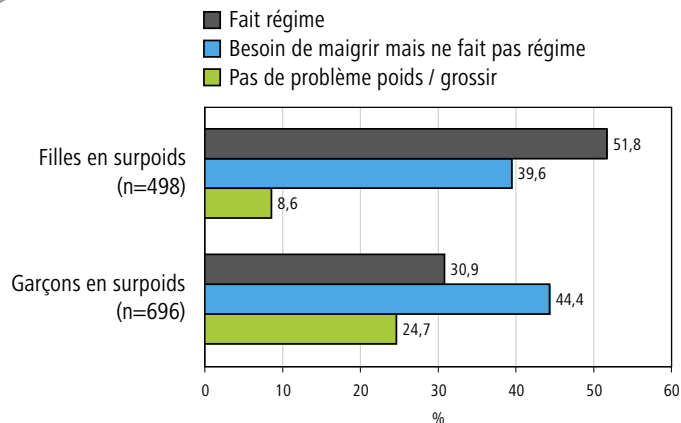
Image de soi et contrôle du poids, en % (n=11 119).



Quant on observe les comportements de contrôle du poids chez les garçons et filles en surcharge pondérale, on voit que les filles en surpoids déclarent pour la moitié d'entre elles pratiquer un régime amaigrissant et 39,6 % souhaiteraient maigrir mais ne font pas de régime. Chez les garçons, la situation est un peu différente : ils sont plus nombreux que les filles à trouver qu'ils n'ont pas de problème de poids et moins nombreux à faire régime mais tout de même autant à être conscients qu'ils devraient faire quelque chose pour maigrir (graphique 5-12).

Graphique 5-12.

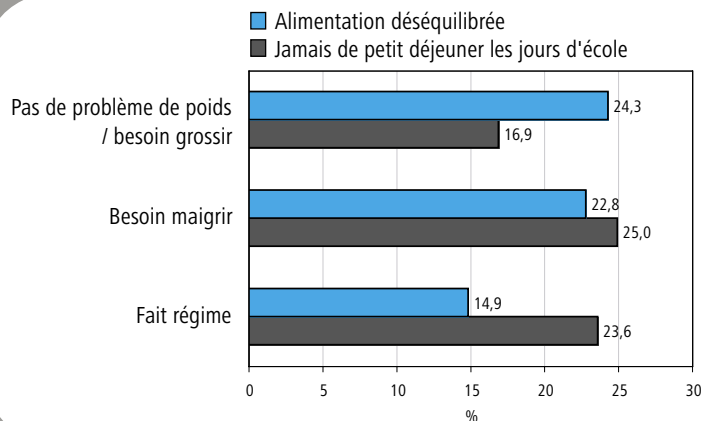
Surcharge pondérale et contrôle du poids, par sexe, en %.



LA PRATIQUE D'UN REGIME AMAIGRISSANT est plus fréquente parmi les jeunes qui ont une moins bonne image de leur corps mais les jeunes en surcharge pondérale (calcul de l'IMC) n'ont pas tous le souci de perdre du poids.

Graphique 5-13.

Contrôle du poids et comportements alimentaires des jeunes, en % (n=11 052).



Les jeunes qui font régime semblent être plus attentifs au contenu de leur assiette contrairement à ceux qui ne contrôlent pas leur poids. Par contre, le fait de faire régime ou de vouloir maigrir (sans faire régime) est associé au fait de sauter le petit déjeuner (graphique 5-13).

LA SITUATION DES JEUNES en Communauté française concernant le contrôle du poids est comparable à celles des autres pays de l'enquête HBSC 2006 ; les filles sont, à tous âges, plus nombreuses que les garçons à adopter des comportements de réduction du poids et la différence entre les filles de 11 et 15 ans est significative dans près de la moitié des pays (Currie *et al.*, 2008). Au-delà de 15 ans, la différence de genre reste présente. Néanmoins, la proportion de personnes exprimant une volonté de maigrir augmente avec l'âge chez les deux sexes, atteignant son pic dans la tranche d'âge 30-59 ans (Devriese *et al.*, 2006).

REFERENCES

Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 survey, (2008) Currie C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A., Barnekow V. (eds) Health policy for children and adolescents, n°5.

Devriese S., Huybrechts I., Moreau M., Van Oyen H. (2006) Enquête de consommation alimentaire belge 1-2004, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, D/2006/2505/16, IPH/EPI

Roelants M., Hauspie R., Hoppenbrouwers K. (2004) *Groeicurven 2004* Anthropogenetica, Vrije Universiteit Brussel en Jeugdgezondheidszorg, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur : www.vub.ac.be/groeicurven.

HYGIENE BUCCODENTAIRE

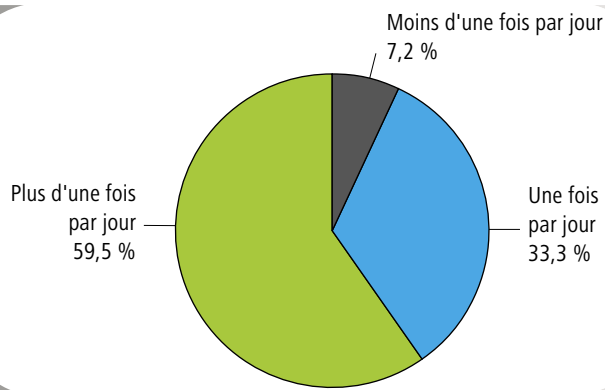
Depuis le début des années '70, l'incidence des caries dentaires décroît, particulièrement chez les enfants. Cette amélioration a été attribuée à une meilleure hygiène dentaire et à l'utilisation de fluor dans le dentifrice et les bains de bouche. Ce phénomène est observé dans la population des jeunes en général (Vanobbergen *et al.*, 2006).

L'indicateur utilisé dans l'enquête HBSC pour évaluer l'hygiène buccodentaire des jeunes est la fréquence déclarée du brossage des dents. En matière d'hygiène dentaire, il est recommandé de se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice contenant du fluor. Bien entendu, d'autres aspects de l'hygiène orale tels que l'utilisation du fil dentaire ou la visite chez un professionnel participent à la promotion de la santé dentaire (Löe, 2000).

Les résultats de l'enquête HBSC montrent que 92,8 % des jeunes (tous âges et sexes confondus) se brossent les dents au minimum une fois par jour. Le brossage biquotidien tel que recommandé ne concerne que 59,5 % des jeunes (graphique 6-01).

Graphique 6-01.

Fréquence de brossage de dents parmi les jeunes, en % (n=11 716).

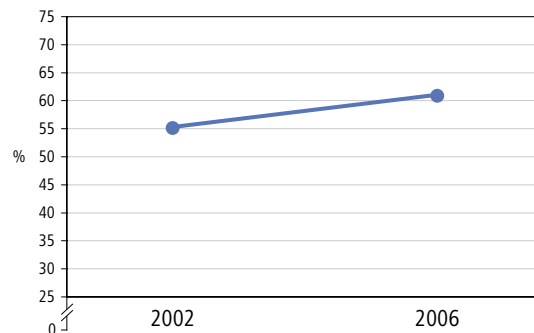


EN 2006, le brossage biquotidien des dents est pratiqué par 59,5 % des jeunes (tous âges confondus) avec une différence entre les sexes.

Entre 2002 et 2006, on observe que la proportion de jeunes de 12 à 20 ans qui déclarent se brosser les dents plus d'une fois par jour a augmenté de manière significative (graphique 6-02).

Graphique 6-02.

Evolution du brossage de dents entre 2002 et 2006 (en %).

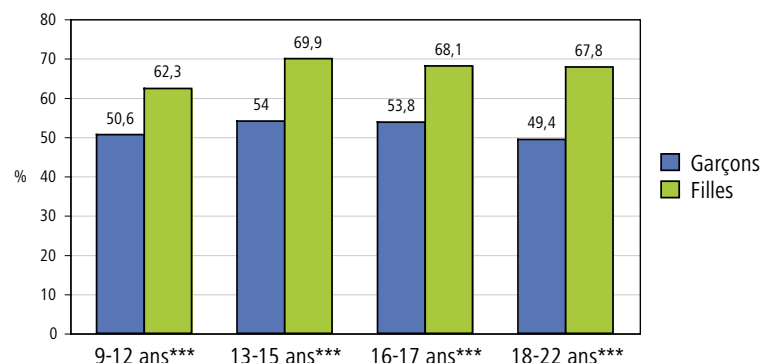


ENTRE 2002 ET 2006, la proportion des jeunes concernés par leur hygiène dentaire (se brosser les dents plus d'une fois par jour) a augmenté.

La régularité de l'hygiène dentaire est significativement plus élevée chez les filles ; cette différence se maintient quel que soit l'âge (graphique 6-03). L'adoption de ce comportement s'améliore significativement entre les groupes d'âges 9-12 et 13-15 ans pour les deux sexes.

Graphique 6-03.

Brossage de dents au moins deux fois par jour, par sexe et par âge, en % (n=11 525).



En plus des différences entre sexes et classes d'âges, ce comportement est également associé significativement au faible score d'aisance matérielle : les jeunes vivant dans des familles matériellement moins favorisées sont proportionnellement plus nombreux à se brosser les dents peu fréquemment (tableau 6-01).

En secondaire, la régularité du brossage des dents est un comportement qui varie très faiblement entre les filières d'enseignement (tableau 6-01).

Tableau 6-01. Facteurs associés à une fréquence de brossage des dents insuffisante (≤ 1 fois par jour)		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	5 946	47,6	1	< 0,001
	Fille	5 770	33,1	0,54 (0,51 - 0,59)	
Âge	9-12	3 458	43,6	1	< 0,001
	13-15	4 085	38,4	0,81 (0,74 - 0,89)	
	16-17	2 643	38,7	0,82 (0,74 - 0,91)	
	18-22	1 339	41,7	0,93 (0,82 - 1,05)	
Degré d'enseignement	Primaire	2 897	43,8	1	< 0,001
	1 ^{er} degré secondaire	3 113	40,3	0,87 (0,78 - 0,96)	
	2 ^{ème} degré secondaire	3 046	36,9	0,75 (0,68 - 0,83)	
	3 ^{ème} degré secondaire	2 645	41,2	0,90 (0,81 - 1)	
Orientation secondaire	Général	5 683	38,3	1	< 0,05
	Technique	1 690	41,5	1,15 (1,03 - 1,28)	
	Professionnel	1 410	41,8	1,16 (1,03 - 1,30)	
Composition familiale	2 parents	7 787	40,3	1	n.s.
	Recomposée	1 448	38,9	0,94 (0,84 - 1,06)	
	Monoparentale	2 034	42,1	1,08 (0,98 - 1,19)	
	Home / autre	303	41,6	1,06 (0,84 - 1,33)	
Score d'aisance matérielle	Élevé	3 317	37,4	1	< 0,001
	Moyen	4 101	39,8	1,11 (1,01 - 1,22)	
	Faible	3 174	43,5	1,29 (1,17 - 1,42)	

SI LE NOMBRE DE CARIES DENTAIRE diminue dans la population générale, en revanche les problèmes se concentrent dans certains groupes socialement défavorisés. Ceux-ci cumulent les problèmes dentaires : 10 % à 15 % des enfants présentent 50 % de toutes les lésions dues aux caries et 25 % à 30 % des enfants présentent 75 % des lésions (Vanobbergen, 2006).

Ces inégalités sociales dans la santé buccodentaire sont associées à l'environnement socio-économique défavorisé et sont déjà marquées tôt dans l'enfance (De Vos *et al.*, 2006). Dans la plupart des pays participant à l'enquête comme en Belgique, une faible fréquence de brossage de dents est associée significativement à une faible aisance familiale (Currie *et al.*, 2008).

REFERENCES

Inequalities in young people's health. Health behaviour un school-aged children. International Report from the 2005/2006 survey, (2008) Currie C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D. Pickett W., Richter M., Morgan A., Barnekow V. (eds) Health policy for children and adolescents, n°5.

De Vos E., Vanobbergen J. (2006) Caries prevalence in Belgian children: a review. *Arch. Public Health*, 64:217-229.

Löe H. (2000) Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J*, 50: 129-139.

Vanobbergen J. (2006) Oral health in Belgium: problem solved? *Arch. Public Health*, 64: 215-216.

T R A N S V E R S A L I T E S

Pprès de la moitié des jeunes s'estiment en très bonne santé, seulement 6,5 % l'évaluent négativement ... cette proportion d'appréciation positive de la santé est stable dans le temps, c'est un premier constat que l'on peut considérer comme positif, mais qui pourrait encore être amélioré.

Cette observation peut toutefois être un peu nuancée, car plus d'un jeune sur cinq rapporte des plaintes telles que nervosité, mauvaise humeur, ou encore des difficultés à trouver le sommeil. La fatigue matinale qui en est le corollaire est également une constatation très courante et touche près d'un jeune sur deux.

A la lecture des résultats ici présentés, plusieurs constatations s'imposent : elles concernent entre autres les différences entre filles et garçons et les importantes disparités sociales de santé.

DES DIFFERENCES ENTRE LES FILLES ET LES GARÇONS

Les inégalités de santé entre sexes, bien documentées à l'âge adulte, commencent en réalité bien avant, et ce tant pour les indicateurs de santé physique que pour ceux relatifs au bien-être ; cette constatation se fait à l'évidence dans les données de l'enquête HBSC 2006. Ces différences se remarquent au travers de la santé perçue, des plaintes, mais également par une moins bonne image de soi et de son corps.

Les comparaisons internationales de l'étude HBSC montrent que l'écart entre filles et garçons concernant l'expression des plaintes est le plus élevé en ce qui concerne les plaintes relatives aux «maux de tête» et «maux de ventre» (Torsheim *et al.*, 2006).

Si les filles perçoivent plus fréquemment leur santé comme étant moins bonne que les garçons, elles sont également plus nombreuses à faire état de «déprime», de «nervosité» et de «difficultés pour dormir». Ces différences entre sexes sont particulièrement importantes dans la tranche d'âge de 13 à 17 ans. Elles ont été relevées dans d'autres contextes, par d'autres auteurs (Sweeting *et al.*, 2003) (Sweeting *et al.*, 2007).

Les filles présentent également plus de plaintes multiples que les garçons, et cet écart augmente avec l'âge, comme cela a été documenté dans d'autres pays/régions HBSC (Haugland *et al.*, 2001). Une partie de cette expression plus élevée de plaintes multiples chez les jeunes filles est à mettre en parallèle avec les changements hormonaux, comme le suggèrent ces auteurs. Dans l'enquête menée en Communauté française en 2006, nous avons pu mettre également ce lien en évidence.

Parmi les hypothèses avancées pour comprendre ces différences entre sexes, certains auteurs mettent en évidence que les filles s'expriment davantage de façon verbale que les garçons (c'est-à-dire en feraient plus facilement état), et que ceux-ci traduiraient plus leur mal-être par le biais de comportements. Les filles seraient-elles aussi plus sensibles ou réceptives vis-à-vis de leur corps que les garçons et de ce fait, feraient-elles plus facilement état de plaintes ?

D'autres pistes d'explication sont également avancées, parmi lesquelles le fait que les filles ont une moins bonne image d'elles-mêmes, ce qui contribuerait à ressentir et déclarer davantage de plaintes, comme des symptômes de dépressivité par exemple. Différentes hypothèses ont été avancées pour mieux comprendre ces différences liées aux problèmes de santé mentale, et en particulier de dépressivité. Ces facteurs seraient par exemple soit les mêmes pour les garçons et les filles mais de façon plus présente chez ces dernières, soit seraient de nature différente, soit encore seraient les mêmes mais apparaîtraient plus précocement chez les filles que chez les garçons (Sweeting *et al.*, 2007).

Le score global de bien-être est aussi nettement moins bon chez les filles que chez les garçons. Cet écart entre sexes augmente avec l'âge mais s'atténue au-delà de 17 ans. Par ailleurs, les difficultés de communication avec les parents sont aussi plus souvent relevées par les filles.

Le score d'intégration scolaire dans l'enseignement secondaire est plus faible chez les filles, ce qui peut surprendre, puisqu'elles sont plus nombreuses à déclarer «aimer l'école» que les garçons. Elles aiment peut-être plus l'école car elles y obtiennent à l'évidence de meilleurs résultats et en sortent plus souvent diplômées, comme cela l'a été démontré par différentes études (Felouzis, 1993) (Theoret *et al.*, 1999).

En ce qui concerne l'alimentation, les filles sont plus nombreuses que les garçons à adopter une alimentation équilibrée (voir dans la présentation des résultats la construction du score). On observe par ailleurs qu'à partir d'un certain âge, les filles sont moins adeptes du petit déjeuner que les garçons. Le saut du petit déjeuner est de loin plus répandu chez les jeunes suivant un régime ou ayant besoin de perdre du poids, caractéristiques qui concernent également principalement le sexe féminin. Les filles semblent être donc plus attentives que les garçons à leur mode d'alimentation, mais elles révèlent par ailleurs être sous une pression bien plus grande de «l'idéal corporel» (Eyer *et al.*, 2004) quitte à s'astreindre à un régime amincissant les poussant éventuellement à sauter un repas. Garçons et filles n'ont pas la même perception du corps, mais les garçons ne sont pas non plus épargnés par les messages médiatiques, seulement l'idéal pour eux s'apparente plus au corps athlétique qu'à la minceur ; ils pratiquent d'ailleurs davantage d'activité physique que les filles.

Les filles se trouvent beaucoup plus souvent «trop grosses» alors que ce sont les garçons qui sont plus fréquemment en surpoids. Malgré cette moindre prévalence de surcharge pondérale, elles sont plus nombreuses à pratiquer un régime amincissant. On peut probablement voir dans ces chiffres l'influence des médias, la valorisation des silhouettes filiformes dans le mannequinat et dans le monde de la publicité (Pommereau, 2008).

Ces différences de genre dans les préoccupations des jeunes doivent inciter à construire des approches différenciées entre filles et garçons, qui tiennent compte de leurs différentes représentations du corps et des éléments qui les influencent. Par ailleurs, il y a certainement encore un travail important de promotion du sport à réaliser auprès des jeunes filles en Communauté française.

D'IMPORTANTES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Les inégalités sociales de santé sont également abondamment décrites dans la littérature. Mais trop peu d'études montrent qu'elles s'installent déjà au cours de l'enfance et de l'adolescence, comme ce qui a été constaté au travers des résultats présentés : tous les jeunes, en fonction de leur origine sociale, ne sont pas égaux face à la santé. Ces inégalités décrites dans ces chapitres montrent l'importance à mettre en place des stratégies qui puissent intervenir dès le plus jeune âge, et qui visent à intervenir plus spécifiquement dans les groupes sociaux les moins favorisés.

Pour presque toutes les thématiques de santé abordées, force est de constater que les enfants et les jeunes issus de milieux socialement/matériellement moins favorisés sont, sur le plan de la santé également, en moins bonne position, que ce soit pour la santé physique et le bien-être ou pour les comportements qui y sont associés comme l'alimentation ou le sport par exemple.

La perception subjective de la santé est moins bonne dans certains contextes familiaux ; les jeunes vivant dans les familles autres que les familles nucléaires «classiques» et dans les milieux matériellement moins favorisés (score construit sur base d'un nombre de possessions matérielles) se trouvent en moins bonne santé que les autres. La composition de la famille et le niveau d'aisance sont en étroite relation, les circonstances de séparation ou divorce contribuent à rendre certaines familles économiquement plus vulnérables.

Comme pour la perception de la santé, des différences de bien-être sont aussi associées à l'environnement familial : ce score est moins bon dans les familles autres que nucléaires et dans les milieux matériellement défavorisés.

Un faible niveau d'aisance matérielle influence aussi les comportements liés à la santé, comme les choix alimentaires. Une alimentation «déséquilibrée» est liée au contexte social, mais l'irrégularité du repas et le développement d'une surcharge pondérale, sont également plus fréquents dans les milieux défavorisés. Chez les plus jeunes, le faible niveau d'aisance matérielle est également associé à une activité physique insuffisante, différence qui s'estompe en secondaire. Ce constat mérite que l'on s'y attarde ; il est vrai que l'accessibilité au sport pratiqué en dehors de l'école reste conditionné par le niveau socio-économique familial (achat de matériel, d'équipement, ou d'abonnement ...), mais chez les plus âgés, le fait que l'activité physique étudiée dans l'enquête 2006 ne se limite pas à un sport pratiqué en dehors de l'école pourrait jouer relativement en faveur des niveaux matériellement moins favorisés. En effet, les adolescents du secondaire peuvent exercer

TRANSVERSALITES

une activité physique – prise au sens large – en dehors des structures sportives, ils peuvent effectuer plus de déplacements pour rencontrer des copains, plus de trajets pour aller à l'école, et certaines orientations dans l'enseignement peuvent aussi exiger des capacités physiques plus ou moins importantes (lors de stages ou de travaux pratiques par exemple).

La composition familiale traditionnelle semble être aussi un peu plus favorable aux comportements «sains» liés à l'alimentation et la sédentarité. Dans certaines situations, on observe qu'un type de famille se différencie significativement des autres mais cela ne permet pas d'en tirer des généralités. Le type de famille est sans conteste un facteur qui interagit fortement avec le niveau d'aisance matérielle, de sorte que certains enfants sont manifestement en situation de cumul de déterminants défavorables à la santé.

Les habitudes et les comportements alimentaires ont des origines très diverses, et ce en dehors des variations que nous avons pu observer dans les résultats. Les habitudes alimentaires sont aussi déterminées en grande partie par la culture, l'origine ethnique ou la religion, et sont véhiculées en tout premier lieu par la famille. Manger signifie et représente plus qu'un comportement pris dans un sens restreint, mais recouvre également des fonctions sociales et culturelles, fait partie d'un temps partagé, d'un temps de socialisation et d'échanges. De même, la représentation de l'alimentation «saine» va varier d'un individu ou d'un groupe à l'autre, en fonction de nombreux déterminants.

L'accès à une alimentation de qualité est un enjeu actuel important, le pouvoir d'achat des ménages connaît actuellement une diminution sensible, avec les conséquences négatives prévisibles pour certaines familles en ce qui concerne leur capacité d'acheter des aliments favorables à la santé. Dans ce contexte d'augmentation du prix des denrées alimentaires, il est nécessaire de pouvoir accéder à l'information concernant les achats et la préparation d'aliments sains, savoureux et économiques, ce qui est un exercice difficile pour bon nombre de familles. C'est sur la variété des mets préparés que les goûts et les préférences alimentaires du jeune et ses futurs choix alimentaires vont se construire. Le Baromètre français des perceptions alimentaires (CRÉDOC, 2007) rapporte que les critères d'une éducation alimentaire (famille, école, ...) consisteraient en un apprentissage d'une alimentation équilibrée, des règles d'hygiène et l'initiation au goût et à la diversité des produits. Certaines familles ne sont-elles pas actuellement démunies face à la nécessité de ces diverses compétences ?

La dépendance à l'égard de l'industrie agro-alimentaire dans la préparation des plats et les messages publicitaires contradictoires (publicités visant les jeunes, axées sur le plaisir, mettant en scène des acteurs au physique avantageux, tout en vantant les produits dont la consommation doit être fortement limitée, comme les produits riches en sucres et en graisses) rendent les normes alimentaires complètement floues et contribuent à faire de l'obésité un risque social de stigmatisation des «gros» plus qu'un problème sanitaire (Hamel *et al.*, 2001). Eyer *et al.* ont montré à travers leurs recherches que les jeunes font peu de lien entre la mauvaise alimentation et les risques pour la santé ; le seul risque mentionné étant la prise de poids s'accompagnant d'une peur de grossir omniprésente liée à l'idéal de minceur (Eyer *et al.*, 2004). Les recherches montrent également que face à cela, les jeunes construisent des stratégies (régimes, référence aux autres : «tout le monde grignote» «les autres n'ont pas non plus le corps idéal») leur permettant d'atténuer les risques et les conséquences liés à certains comportements.

De ce qui précède on peut avancer que la lutte contre les inégalités sociales de santé qui apparaît clairement comme une priorité en Communauté française (voir à ce titre le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008-2009) reste pleinement justifiée.

UN BIEN-ÊTRE QUI PEUT ÊTRE AMÉLIORÉ

Globalement, les résultats concernant le bien-être pourraient être améliorés. Si dans l'ensemble huit jeunes sur dix s'estiment (très) heureux, 40 % n'ont pas assez confiance en eux (répondent par «parfois» «rarement» ou «jamais» à cette question), près d'un tiers pense ne pas être capable de s'en sortir tout seul, et 16 % se plaignent de souffrir «souvent» ou «assez souvent» de solitude.

Le bien-être du jeune est aussi fonction de la qualité de communication qu'il a avec ses parents : meilleure est la communication avec les parents, meilleur sera le score de bien-être du jeune. Le sentiment de «déprime» est lui aussi associé à une mauvaise qualité relationnelle avec les parents, ce qui a été également relevé dans le Baromètre Santé Mentale des jeunes en France (Ministère du Travail, 2007).

Ce score de bien-être est aussi moindre parmi les élèves les plus âgés de l'échantillon, qui sont les élèves ayant un retard scolaire (âgés de 18 ans et plus).

Les indicateurs de bien-être se sont plutôt améliorés depuis la dernière enquête HBSC, sauf en ce qui concerne la confiance en soi. Il y a là un travail important à faire pour renforcer cette confiance. Une bonne confiance en soi est moteur d'une approche positive de la santé, renforce le sentiment de contrôle sur sa vie et sur les décisions qui y sont liées, comme celles relatives aux comportements de santé.

Promouvoir le bien-être des jeunes participe à une amélioration globale de santé, pas uniquement physique ou psychologique ...

PAS DE GRANDS CHANGEMENTS DANS LE TEMPS

Les analyses dans le temps ne montrent pas de grandes évolutions : l'appréciation subjective de la santé, l'expression de plaintes restent globalement stables. L'attention est toutefois attirée par l'augmentation de la fatigue matinale et de la consommation importante de médicaments et par la diminution de la confiance en soi.

Du côté de l'alimentation, on relèvera la part plus importante de jeunes qui consomment des fruits quotidiennement et se brossent les dents plus d'une fois par jour. Une augmentation très légère de jeunes qui déclarent suivre un régime amincissant est également observée.

DIFFERENCES ENTRE FILIÈRES DANS LE SECONDAIRE

Comme dans les enquêtes précédentes, les résultats de l'enquête 2006 confirment la présence de différences parfois importantes entre filières d'enseignement du secondaire, le plus souvent en défaveur des filières technique et professionnelle. Ces différences sont très visibles pour ce qui concerne la perception subjective de la santé, la consommation de médicaments, le bien-être du jeune ou son intégration scolaire. Elle est aussi manifeste en ce qui concerne le surpoids, le saut du petit déjeuner et l'alimentation déséquilibrée. En revanche, il n'y a pas de différence pour l'activité physique quotidienne.

Au sein même des filières, on observe également des différences comme par exemple une relative stabilité avec l'âge de la prise d'un petit déjeuner par les jeunes de l'enseignement général en comparaison aux jeunes du technique ou du professionnel qui abandonnent progressivement ce repas.

Les constats réalisés sur les différenciations qui prennent forme entre les filières après l'entrée en secondaire avaient déjà été relevés lors de l'édition de la brochure précédente (Piette *et al.*, 2003) et renforcent encore l'intérêt de prendre en compte ces spécificités.

TRANSVERSALITES

ECOLE, LIEU D'APPRENTISSAGE ET DE VIE

Après la famille, c'est l'école qui est le milieu de vie le plus important. L'école est un lieu important de sociabilité et d'apprentissage, d'acquisitions de connaissances et de compétences. Elle représente dans ce sens l'endroit privilégié pour développer et maintenir des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé et au bien-être. Mais elle est aussi le lieu où les jeunes rencontrant des difficultés doivent pouvoir trouver le soutien, l'écoute et l'aide nécessaires. Ces lieux devraient être accessibles à l'école mais aussi dans des structures extra-scolaires pour les jeunes en décrochage scolaire par exemple, mais aussi pour des motifs liés à la confidentialité : parler à des professionnels dans le cadre de l'école peut susciter des craintes que les professeurs ou les parents soient mis au courant.

L'environnement scolaire doit également être pris en considération au sens large. Pour parler de l'alimentation et du bien-être avec les jeunes par exemple, il faut pouvoir s'appuyer sur une série de conditions favorables : le temps laissé au repas à l'école, la qualité du contenu des collations et repas proposés, les conditions de prise de repas (bruit, local adapté, hygiène), un environnement physique et psychologique agréables. La situation du jeune dans l'école, le fait qu'il aime l'école ou non, qu'il se sente intégré dans sa classe sont autant de variables à prendre en compte si l'on veut intervenir via l'école.

La qualité du contexte scolaire est fortement liée au bien-être de l'adolescent, et les problèmes rencontrés à l'école, comme des difficultés d'intégration, le peu de support dans l'entourage scolaire sont des facteurs pouvant favoriser la vulnérabilité du jeune, ainsi que fragiliser ses capacités de réussite scolaire (Koivusilta *et al.*, 2006).

CONCLUSION

Promouvoir la santé des jeunes, ce n'est pas simplement prodiguer des conseils, c'est aussi s'appuyer sur les perceptions et les croyances de chacun qui déterminent indéniablement les pratiques individuelles. L'environnement scolaire et familial, l'omniprésence de la publicité poussant à la consommation, les différences de genre, la quête de la minceur, l'importance du regard des autres, ... sont autant de variables à prendre en compte dans le défi de la promotion de la santé chez les jeunes.

La promotion de la santé pour tous les jeunes doit se baser sur les déterminants spécifiques des inégalités sociales de santé des jeunes : par exemple les campagnes contre le tabagisme ne servent à rien pour diminuer les inégalités sociales liées au tabagisme, il faut agir sur les facteurs favorables à la prévention/réduction du tabagisme dans les groupes défavorisés, mais également par un soutien aux familles fragilisées (qui connaissent des difficultés momentanées ou plus installées dans la durée). Il faut savoir que les pays qui connaissent de grandes inégalités sociales de santé sont ceux où de façon générale, le bien-être des enfants et des adolescents est globalement de moins bonne qualité (Pickett *et al.*, 2007).

REFERENCES

- CRÉDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), Baromètre des perceptions alimentaires 2007, Étude réalisée pour le Ministère français de l'Agriculture et de la Pêche. (disponible à l'adresse : <http://agriculture.gouv.fr/sections/presse/dossiers-presse/synthese-du-barometre>).
- Eyer J., Favre R., Zwick M. (2004) Les perceptions sociales de l'alimentation et du corps chez les jeunes. Université de Fribourg, Département de Travail social et politiques sociales : recherche-intervention. (disponible à l'adresse : Fribourg, http://www.ecoles-en-sante.ch/data/data_94.pdf).
- Felouzis G. (1993) Interactions en classe et réussite scolaire : Une analyse des différences filles-garçons. *Revue Française de Sociologie*, 34 : 199-222.
- Hamel M., Blanchet L., Martin C. (2001) Nous serons bien mieux : *Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Les publications du Québec, Québec.
- Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aaroe L.E., Woynarowska B. (2001) Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*, 11 : 4-10.
- Koivusilta L., Rimpela A., Kautiainen S. (2006) Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position ? *BMC Public Health*, 6 : 110.
- Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, DRASS Nord Pas-de-Calais (2007) *Baromètre santé Jeunes Santé mentale des jeunes Résultats thématiques dans le Nord-Pas-de-Calais*.
- Pickett K., Wilkinson R. (2007) Child well-being and income inequality in rich societies : ecological cross sectional study. *BMJ*, 335 : 1080.
- Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C., Kohn L. de Smet P. (2003) *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?* Unité de Promotion Education Santé ULB-Promes.
- Pommereau X. (2008) Troubles du comportement alimentaire : quelle place pour l'image du corps ? *La Santé de l'Homme*, 394 : 23-25.

VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

INTRODUCTION

La littérature scientifique abonde de travaux soulignant que l'adolescence correspond à une période sensible du développement de l'individu. En effet, face aux nombreux changements (physiques et psychiques) qui surviennent à cette période de leur vie, les adolescents se trouvent confrontés aux doutes et aux questionnements et peuvent parfois agir de manière impulsive et s'exposer ainsi à certains risques. La difficulté d'adopter des comportements stables semble également constituer un comportement caractéristique de l'adolescence (Godeau, 2002).

Il ne s'agit nullement d'adopter une approche stigmatisante des adolescents par rapport à d'autres groupes d'âges. Néanmoins, en matière de vie affective et sexuelle, ces derniers constituent un groupe privilégié pour développer des actions de promotion de la santé en vue de les aider à adopter le plus tôt possible des comportements adéquats et d'inscrire ces comportements dans la durée.

Dans le domaine de la vie affective et sexuelle, les problèmes de santé se conçoivent en termes de grossesses non prévues et/ou non désirées, d'infections sexuellement transmissibles et de transmission du VIH. Toutefois, il serait peu pertinent de réduire la vie affective et sexuelle des adolescents à ces problèmes dans la mesure où ils renvoient souvent à d'autres dimensions telles que le respect de soi et de l'autre, les aptitudes à communiquer au sein du couple, les connaissances biologiques des adolescents, notamment sur leur propre fertilité, et leurs connaissances des services mis à leur disposition pour les aider, ...

Le questionnaire de l'étude HBSC comporte 11 questions qui explorent différents champs de la vie affective et sexuelle des adolescents (les relations affectives et sexuelles, les connaissances sur le VIH et la prévention de celui-ci ainsi que la contraception).

Note méthodologique : Il faut souligner que le questionnaire HBSC incluant la partie sur la vie affective et sexuelle des adolescents est destiné uniquement aux élèves de l'enseignement secondaire. Pour les écoles de l'enseignement libre, le questionnaire incluant la partie relative à la vie affective et sexuelle n'a été distribué qu'aux élèves de 6^{ème} année.

L'échantillon peut donc être considéré comme représentatif des adolescents scolarisés dans l'enseignement secondaire en Communauté française pour les élèves de 6^{ème} année. Pour les élèves de la 1^{ère} à la 5^{ème} année du secondaire, l'échantillon est représentatif des adolescents scolarisés dans l'enseignement secondaire en Communauté française, à l'exception des établissements du réseau libre. Aucune comparaison avec d'autres pays n'a pu dès lors être faite dans les analyses portant sur les adolescents de 15 ans dans le rapport HBSC international de 2006.

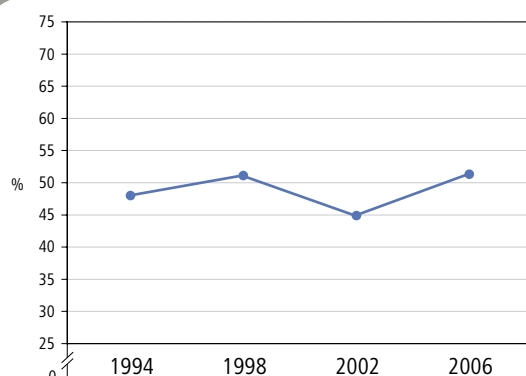
LA VIE SEXUELLE

La vie sexuelle des adolescents est explorée au travers de questions portant sur les relations sexuelles, leur inscription dans le temps (précoce ou non) et le nombre de partenaires avec lesquels les adolescents ont eu des relations sexuelles.

RELATIONS SEXUELLES

Graphique 7-01.

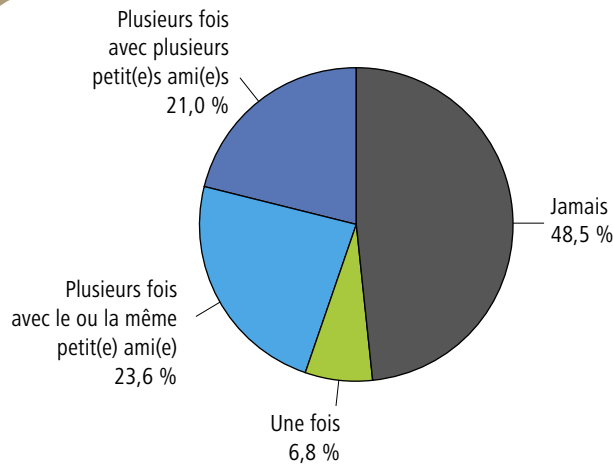
Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves de 15 à 18 ans qui ont déjà eu une relation sexuelle (% std pour 1994)



La vie sexuelle des adolescents est abordée au travers de la question «As-tu déjà eu une relation sexuelle, c'est-à-dire as-tu déjà "fait l'amour" ?». La moitié des élèves âgés de 15 à 18 ans (51,5 %) déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle. En terme d'évolution, cette proportion est relativement stable depuis 1994 même si on observe en 2006 une légère augmentation statistiquement significative par rapport à 2002 (graphique 7-01).

Graphique 7-02.

Répartition en % des élèves de 15 à 18 ans ayant déjà eu ou pas une relation sexuelle (n=2 628)



En 2006, 44,6 % des élèves âgés de 15 à 18 ans déclarent avoir déjà eu plusieurs relations sexuelles, 23,6 % avec le ou la même petit(e) ami(e) et 21,0 % avec plusieurs petit(e)s ami(e)s (graphique 7-02).

Parmi les élèves âgés de 15 à 18 ans, la proportion de jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel ne varie pas en fonction du sexe ; la proportion de filles sexuellement actives est équivalente à celle des garçons (51,8 % vs 51,2 %).

Tableau 7-01. Facteurs associés au fait d'avoir déjà eu une relation sexuelle

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	1 293	51,2	1	n.s.
	Fille	1 335	51,8	1,02 (0,88 - 1,19)	
Âge	15 ans	592	34,6	1	< 0,001
	16 ans	635	44,9	1,54 (1,22 - 1,94)	
	17 ans	861	57,5	2,55 (2,06 - 3,17)	
	18 ans	540	68,1	4,04 (3,15 - 5,18)	
Orientation secondaire	Général	1 427	43,9	1	< 0,001
	Technique	738	58,3	1,78 (1,49 - 2,13)	
	Professionnel	459	64,1	2,27 (1,83 - 2,83)	

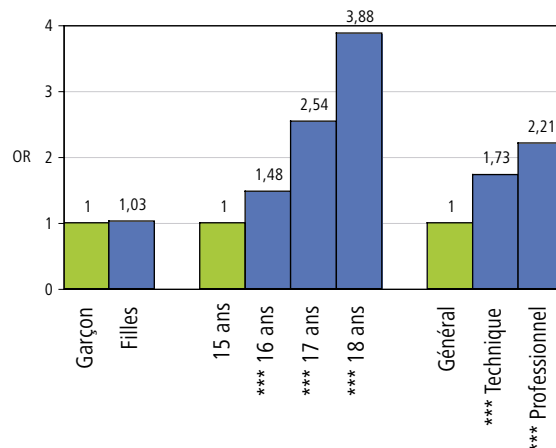
On observe une association statistiquement significative entre l'âge et le fait d'avoir déjà eu une relation sexuelle. En effet, on constate que si plus d'un tiers des jeunes âgés de 15 ans (34,6 %) déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle, cette proportion s'élève à 68,1 % parmi les adolescents âgés de 18 ans (81,7 % parmi les 19-22 ans ; résultats non présentés).

La proportion d'élèves ayant déjà eu une relation sexuelle varie également de manière significative selon la filière d'enseignement. Cette proportion est la moins élevée parmi les élèves de l'enseignement général (43,9 %) et la plus élevée parmi les élèves de l'enseignement professionnel (64,1 %).

Les associations significatives observées avec les OR bruts (Tableau 7-01) se maintiennent lorsqu'on standardise les résultats pour le sexe, l'âge et la filière d'enseignement (Graphique 7-03).

Graphique 7-03.

Avoir eu au moins une relation sexuelle (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=2 624)



LA PROPORTION d'élèves âgés de 15 à 18 ans qui déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel est plus élevée en 2006 qu'en 2002. Cette proportion ne varie pas en fonction du sexe mais bien en fonction de l'âge (la proportion est plus élevée parmi les élèves plus âgés) et de la filière d'enseignement (la proportion est plus élevée parmi les élèves de l'enseignement professionnel).

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

RELATIONS SEXUELLES PRECOCES

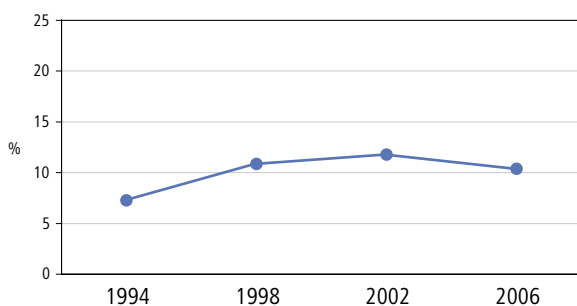
Note méthodologique : L'analyse de l'âge du premier rapport sexuel a été réalisée uniquement parmi les jeunes qui déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle et qui sont identifiés dès lors comme étant «sexuellement actifs», soit 51,5 % des élèves âgés de 15 à 18 ans.

Différentes études ont montré que les circonstances dans lesquelles s'inscrit le premier rapport sexuel, selon qu'il est précoce ou tardif, protégé ou non, constituent des indicateurs prédictifs des comportements futurs que les adolescents adopteront face aux risques liés à la sexualité (Bajos *et al.*, 2008).

En 2006, les «relations sexuelles précoces», définies comme ayant lieu avant l'âge de 14 ans concernent 10,7 % des jeunes âgés de 15 à 18 ans sexuellement actifs.

Graphique 7-04.

Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves qui ont eu leur première relation sexuelle avant 14 ans parmi les jeunes âgés de 15 à 18 ans sexuellement actifs (% std pour 1994)



Une augmentation significative de la proportion de jeunes ayant eu un rapport sexuel précoce était observée en 2002 par rapport à 1994. Les résultats de 2006 présentent une diminution de cette proportion qui rejoint celle observée en 1998. Cette diminution n'est toutefois pas statistiquement significative (graphique 7-04).

Parmi les élèves âgés de 15 à 18 ans ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 14 ans, on observe que la grande majorité (77,7 %) d'entre eux déclare avoir eu leur premier rapport entre 12 et 13 ans (résultats non présentés).

La proportion de garçons qui déclarent avoir eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans est environ deux fois plus élevée que celle des filles (13,9 % vs 7,3 %) (Tableau 7-02).

On observe également que la proportion de jeunes ayant eu un premier rapport sexuel précoce est deux fois plus élevée parmi les jeunes âgés de 15-16 ans (15,4 %) que parmi ceux de 17-18 ans (7,8 %). On peut poser l'hypothèse que plus les élèves qui déclarent avoir eu un rapport sexuel sont jeunes, plus la probabilité qu'ils aient eu ce rapport avant 14 ans est élevée.

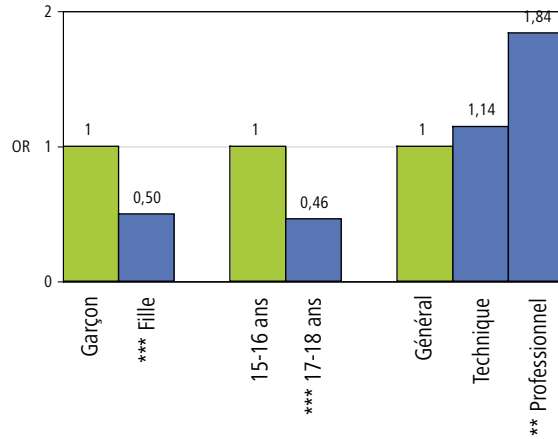
Enfin, on constate que cette proportion varie significativement selon la filière d'enseignement. Les élèves sexuellement actifs de l'enseignement technique et plus encore de l'enseignement professionnel sont relativement plus nombreux à déclarer avoir eu un rapport sexuel précoce (respectivement 10,0 % et 15,1 %) que ceux de l'enseignement général (8,8 %).

Tableau 7-02. Facteurs associés au fait d'avoir eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	638	13,9	1	<0,001
	Fille	683	7,3	0,49 (0,34 - 0,70)	
Âge	15-16 ans	474	15,4	1	<0,001
	17-18 ans	847	7,8	0,46 (0,33 - 0,66)	
Orientation secondaire	Général	617	8,8	1	<0,05
	Technique	418	10,0	1,17 (0,76 - 1,78)	
	Professionnel	284	15,1	1,86 (1,21 - 2,85)	

Graphique 7-05.

Avoir eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=1 319)



Les associations significatives observées avec les OR bruts (Tableau 7-02) se maintiennent après standardisation pour le sexe, l'âge et la filière d'enseignement (Graphique 7-05).

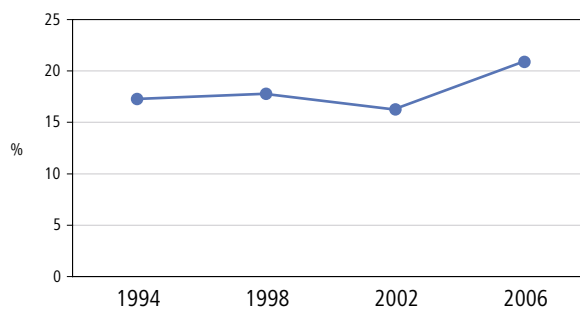
LA PROPORTION de jeunes sexuellement actifs qui déclarent avoir une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans n'a pas changé significativement depuis 1994. La proportion est significativement plus élevée parmi les garçons, parmi les élèves âgés de 15-16 ans et ceux de l'enseignement professionnel.

CERTAINES ETUDES ont montré qu'une première relation sexuelle précoce et souvent non désirée augmente le risque de grossesse chez les adolescentes (Lajoie, 2003). D'autres études ont également montré que les relations sexuelles précoces sont associées à des comportements à risque tels que la consommation d'alcool, de drogues et l'usage du tabac (Rotermann, 2008 ; Godeau, 2002).

NOMBRE DE PARTENAIRE

Graphique 7-06.

Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves qui ont eu plus d'un partenaire sexuel, (% std pour 1994)



La proportion de jeunes âgés de 15 à 18 ans qui déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel reste stable entre 1994 et 2002. La proportion observée en 2006 augmente de manière significative par rapport à 2002.

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

Parmi les jeunes âgés de 15-18 ans sexuellement actifs et ayant eu au moins un partenaire, la proportion de jeunes qui déclarent avoir eu plus d'un partenaire est plus importante chez les garçons (45,6 %) que chez les filles (36,2 %) et cette différence est statistiquement significative.

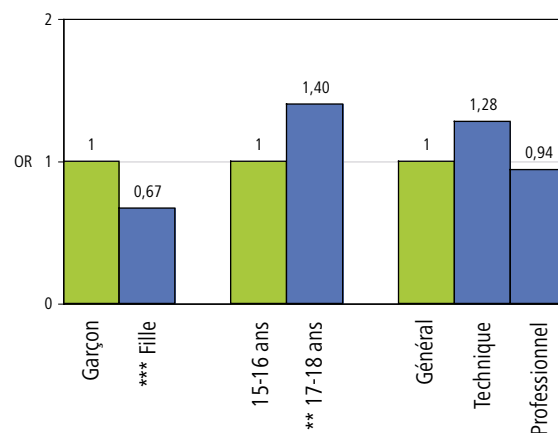
On observe également une différence statistiquement significative en fonction de l'âge. La proportion d'élèves de 17-18 ans déclarant avoir eu plus d'un partenaire est plus élevée que celle des élèves de 15-16 ans (35,9 % vs 43,6 %).

En ce qui concerne l'orientation scolaire, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	662	45,6	1	<0,001
	Fille	691	36,2	0,68 (0,54 - 0,84)	
Âge	15-16 ans	490	35,9	1	<0,01
	17-18 ans	863	43,6	1,38 (1,10 - 1,73)	
Orientation secondaire	Général	627	38,9	1	n.s.
	Technique	430	45,3	1,30 (1,02 - 1,67)	
	Professionnel	294	38,1	0,97 (0,73 - 1,28)	

Graphique 7-07.

Avoir eu plus d'un partenaire sexuel (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=1 351)



La standardisation des données en fonction du sexe, de l'âge et de la filière d'enseignement (graphique 7-07) conforte les associations significatives observées dans le tableau 7-03.

PARMI LES ELEVES âgés de 15 à 18 ans sexuellement actifs, la proportion de jeunes qui déclarent avoir plusieurs partenaires sexuels est plus élevée en 2006 qu'en 2002.

Cette proportion est significativement plus élevée parmi les garçons et les élèves âgés de 17-18 ans. En 2006, on observe également que parmi les jeunes âgés de 15 à 20 ans, les consommateurs réguliers d'alcool et de cannabis et les usagers récents d'ecstasy (au cours des 30 derniers jours) sont significativement plus nombreux à rapporter avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de la dernière année (Favresse, 2008).

Enfin, des études ont également montré une association entre le nombre de partenaires et l'adoption de comportements sexuels à risque, notamment face aux infections sexuellement transmissibles (Rotermann, 2008).

LA PREVENTION DU SIDA

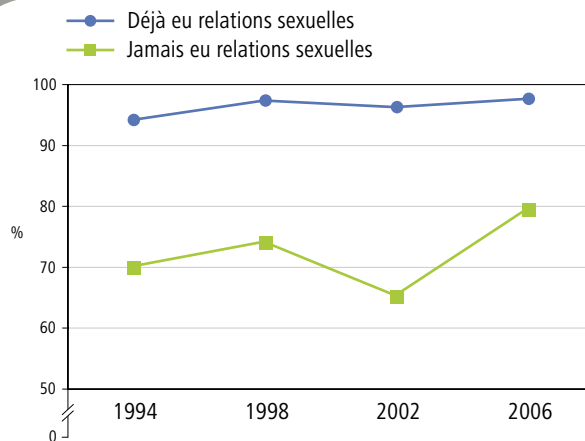
Lors de chaque enquête, plusieurs questions visent à évaluer la proportion de jeunes qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif, leur niveau de connaissances quant aux modes de transmission du VIH et leurs comportements dans le champ de la prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles.

MANIPULATION DU PRESERVATIF

Près de 90 % des élèves de 15 à 18 ans déclarent avoir déjà vu ou manipulé un préservatif (résultat non présenté). Comme dans les enquêtes précédentes, on constate en 2006 que la proportion des jeunes qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif est nettement supérieure parmi ceux qui ont déjà eu une relation sexuelle (97,4 %) par rapport aux jeunes qui n'en ont jamais eue (79,3 %).

Graphique 7-08.

Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves de 15 à 18 ans qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif (% std pour 1994)



Entre 1994 et 2006, la proportion de jeunes sexuellement actifs qui déclarent avoir déjà vu ou manipulé un préservatif reste stable. Par contre, en ce qui concerne les jeunes n'ayant jamais eu de relation sexuelle, l'année 2006 se distingue sur la courbe d'évolution : ces jeunes sont relativement plus nombreux à déclarer avoir déjà vu ou manipulé un préservatif qu'en 2002 et la différence est statistiquement significative (graphique 7-08).

Tableau 7-04. Facteurs associés au fait d'«avoir déjà vu ou manipulé un préservatif» parmi les jeunes qui ont déjà eu un rapport sexuel

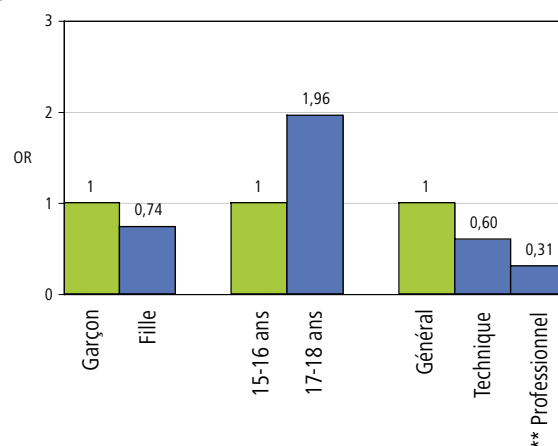
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	645	97,7	1	n.s.
	Fille	682	97,1	0,79 (0,40 - 1,55)	
Âge	15-16 ans	478	96,2	1	n.s.
	17-18 ans	849	98,0	1,92 (0,98 - 3,75)	
Orientation secondaire	Général	616	98,4	1	<0,05
	Technique	422	97,4	0,62 (0,26 - 1,46)	
	Professionnel	287	95,1	0,32 (0,14 - 0,73)	

Parmi les jeunes de 15 à 18 ans **qui ont déjà eu une relation sexuelle**, la proportion de ceux qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif est la même chez les garçons et chez les filles et on n'observe pas non plus de différence par rapport à l'âge.

On observe par contre une variation significative entre le fait d'avoir déjà vu ou manipulé un préservatif et l'orientation scolaire, les élèves de l'enseignement général étant relativement plus nombreux (98,4 %) à déclarer avoir déjà vu ou manipulé un préservatif que ceux de l'enseignement professionnel (95,1 %) (Tableau 7-04).

Graphique 7-09.

«A déjà vu ou manipulé un préservatif» parmi les jeunes qui ont déjà eu un rapport sexuel (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=1 325)



L'association significative observée pour la filière d'enseignement se maintient après standardisation pour le sexe, l'âge, la filière d'enseignement (Graphique 7-09).

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

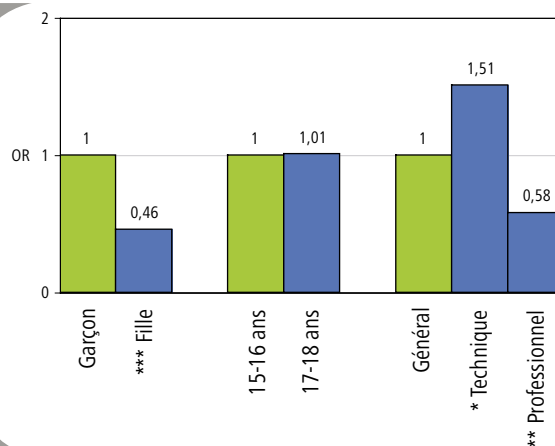
Parmi les jeunes de 15 à 18 ans **qui n'ont jamais eu de relation sexuelle**, la proportion de ceux qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif est significativement plus importante chez les garçons que chez les filles (85,0 % vs 72,7 %). L'association entre le fait d'avoir déjà vu ou manipulé un préservatif et l'orientation scolaire varie également de manière significative : la proportion d'élèves déclarant avoir déjà vu ou manipulé un préservatif est la plus élevée dans l'enseignement technique (85,0 %) et la moins élevée dans l'enseignement professionnel (69,2 %). Il n'y a par contre pas de différence significative avec l'âge.

Tableau 7-05. Facteurs associés fait d'«avoir déjà vu ou manipulé un préservatif» parmi les jeunes qui n'ont jamais eu de rapport sexuel

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	615	85,0	1	<0,001
	Fille	633	72,7	0,47 (0,35 - 0,62)	
Âge	15-16 ans	720	78,8	1	n.s.
	17-18 ans	528	78,8	1,00 (0,76 - 1,32)	
Orientation secondaire	Général	787	78,3	1	<0,001
	Technique	300	85,0	1,57 (1,10 - 2,25)	
	Professionnel	159	69,2	0,62 (0,43 - 0,91)	

Graphique 7-10.

«A déjà vu ou manipulé un préservatif» parmi les jeunes qui n'ont jamais eu de rapport sexuel (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière ; n=1 246)



Ces variations significatives se maintiennent après avoir standardisé pour le sexe, l'âge, la filière d'enseignement (Graphique 7-10).

SI LES RESULTATS SONT STABLES entre 2002 et 2006 parmi les jeunes sexuellement actifs, on observe par contre que la proportion de jeunes ayant déjà vu ou manipulé un préservatif parmi ceux n'ayant jamais eu de relation sexuelle augmente de façon considérable entre 2002 et 2006. Toutefois, un écart significatif persiste entre la proportion de jeunes qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif selon qu'ils aient déjà eu non une relation sexuelle.

CONNAISSANCES

Note méthodologique : Les questions relatives aux connaissances sur les modes de transmission du VIH ont également été soumises aux élèves de 15-18 ans de l'enseignement libre. Les effectifs sont dès lors plus élevés que pour les autres thèmes de ce chapitre.

En ce qui concerne les connaissances des jeunes (de 15 à 18 ans) sur les modes de transmission du VIH, les résultats soulignent la nécessité de maintenir les efforts investis dans la prévention du sida. On observe en effet que :

- seuls 75 % des jeunes identifient correctement le risque de transmission du VIH lors d'une relation sexuelle non protégée avec une personne «asymptomatique», c'est-à-dire «qui a l'air en bonne santé et qui dit ne pas être malade». Une proportion similaire de jeunes (74,2 %) semble informée de l'existence du risque de transmission verticale «mère-enfant».
- En ce qui concerne les fausses croyances, 26,8 % des jeunes pensent qu'actuellement en Belgique, on peut attraper le sida en recevant une transfusion sanguine. Environ 17 % pensent à tort que le moustique peut propager le virus, 12,7 % pensent qu'on peut attraper le sida en embrassant sur la bouche quelqu'un qui a le sida et 11,2 % considèrent que le don de sang constitue encore actuellement un mode de transmission du VIH.

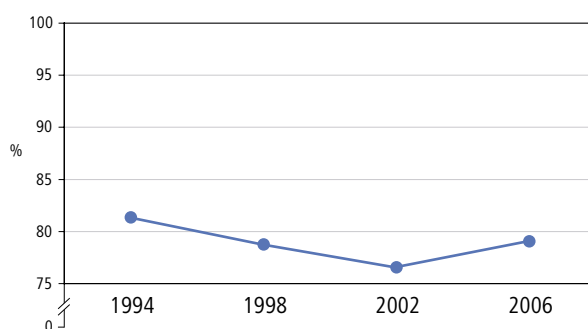
Tableau 7-06. Opinions des élèves de 15 à 18 ans concernant la transmission du virus VIH en 2006 (les énoncés en italique sont ceux où il fallait répondre «vrai»)

Une personne peut attraper le sida :	VRAI (%)	FAUX (%)	NE SAIT PAS (%)
En serrant la main de quelqu'un qui a le sida (n=4 358)	1,9	95,0	3,1
<i>En utilisant la seringue ou l'aiguille utilisée de quelqu'un qui a le virus du sida (n=4 365)</i>	92,3	3,3	4,3
<i>En faisant l'amour sans préservatif avec une personne qui a l'air en bonne santé et qui dit ne pas être malade (n=4 337)</i>	75,0	16,5	8,5
<i>En faisant l'amour sans préservatif avec quelqu'un qui a le virus du sida (n=4 350)</i>	95,5	2,3	2,1
<i>En le recevant de sa maman en naissant (n=4 337)</i>	74,2	10,7	15,1
En recevant une transfusion de sang aujourd'hui en Belgique (n=4 325)	26,8	50,5	22,7
Par un moustique (n=4 326)	17,2	58,9	23,9
En donnant son sang, aujourd'hui en Belgique (n=4 307)	11,2	68,1	20,7
En embrassant sur la bouche quelqu'un qui a le sida (n=4 325)	12,7	75,3	12,0
En allant à la piscine (n=4 327)	2,7	84,7	12,6
En utilisant le même WC que quelqu'un qui a le sida (n=4 323)	5,1	80,4	14,5
En utilisant un préservatif quand on fait l'amour (n=4 323)	7,1	86,8	6,0
En mangeant dans la même assiette que quelqu'un qui a le virus du sida (n=4 330)	4,7	82,8	12,4

Note méthodologique : Pour l'analyse de l'évolution et des facteurs associés aux connaissances sur le risque de transmission du VIH, les élèves qui ont répondu «je ne sais pas» ont été exclus. Les analyses se limiteront donc aux élèves qui ont répondu «vrai» ou «faux».

Graphique 7-11.

Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves qui connaissent le risque de transmission du VIH lors de relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique (% std pour 1994)



En 2006, 79,0 % des jeunes de 13, 15 et 17 ans sont conscients du risque de transmission du sida lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne asymptomatique. Même si ce résultat est légèrement meilleur que celui de 2002, la différence n'est pas significative. On constate qu'à l'heure actuelle, 1 jeune sur 5 n'identifie pas le risque de transmission du VIH lié à ce comportement parmi les élèves de 13, 15 et 17 ans.

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

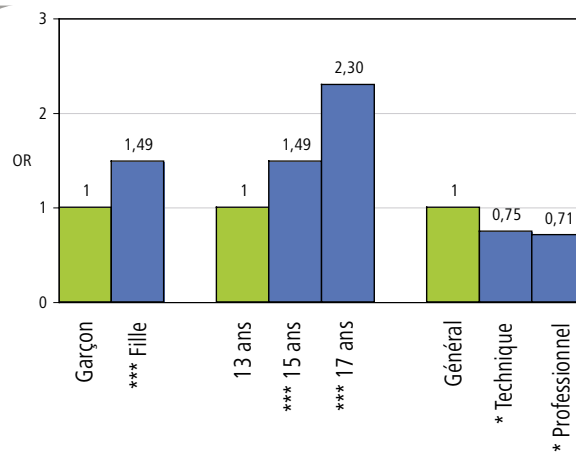
Parmi les jeunes de 13, 15 et 17 ans qui connaissent le risque de transmission du VIH lorsqu'on a des relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique, on remarque que les filles sont plus nombreuses que les garçons (82,6 % vs 75,6 %). Ce risque est également mieux connu par les élèves plus âgés (73 % à 13 ans, 78,6 % à 15 ans et 84,6 % à 17 ans).

Tableau 7-07. Facteurs associés à la connaissance du risque de transmission du VIH lors de relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	1 591	75,6	1	<0,001
	Fille	1 536	82,6	1,53 (1,29 - 1,83)	
Âge	13 ans	951	73,0	1	<0,001
	15 ans	1 043	78,6	1,36 (1,11 - 1,67)	
	17 ans	1 133	84,6	2,03 (1,63 - 2,52)	
Orientation secondaire	Général	2 133	79,2	1	n.s.
	Technique	589	79,8	1,04 (0,83 - 1,30)	
	Professionnel	398	76,6	0,86 (0,67 - 1,11)	

Graphique 7-12.

Connaissance du risque de transmission du VIH lors de relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=3 120)

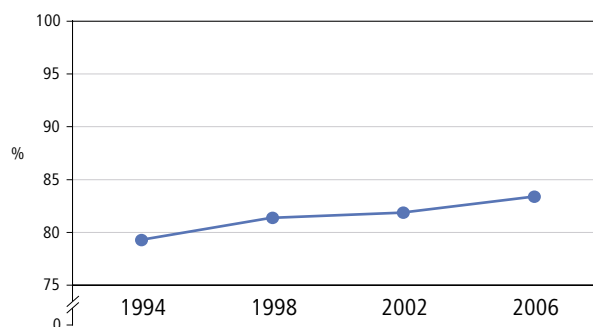


Lorsqu'on standardise pour le sexe, l'âge et la filière d'enseignement, les variations significatives observées pour le sexe et l'âge (Tableau 7-07) se maintiennent et on observe également une différence significative par rapport à la filière d'enseignement : la proportion de jeunes connaissant le risque de transmission de VIH est plus élevée parmi les élèves de l'enseignement général par rapport aux autres filières (Graphique 7-12).

En 2006, la proportion de jeunes qui savent qu'il n'existe pas de risque de transmission du VIH lorsqu'on donne son sang en Belgique s'élève à 84,1 %. La courbe d'évolution dans le temps montre que cette proportion augmente depuis 1994 mais pas de façon significative.

Graphique 7-13.

Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves de 13, 15 et 17 ans qui savent que la personne qui fait un don de sang ne peut pas être infectée par le virus VIH (% std pour 1994)



On n'observe pas de différence significative entre les filles et les garçons. Par contre, on relève une différence significative en fonction de l'âge et du type d'enseignement. Les plus jeunes (13 ans) sont relativement moins nombreux à répondre correctement par rapport aux jeunes de 15 et 17 ans. La proportion d'élèves qui répondent correctement est également moins importante parmi les élèves de l'enseignement professionnel par rapport aux autres filières.

Tableau 7-08. Facteurs associés au fait de savoir que la personne qui fait un don de sang ne risque pas d'être infectée par le VIH

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	1 425	83,5	1	n.s.
	Fille	1 252	83,2	0,98 (0,80 - 1,20)	
Âge	13 ans	781	77,0	1	<0,001
	15 ans	900	84,3	1,61 (1,26 - 2,06)	
	17 ans	996	87,3	2,07 (1,61 - 2,66)	
Orientation secondaire	Général	1 870	85,0	1	<0,001
	Technique	496	85,1	1,00 (0,76 - 1,33)	
	Professionnel	306	69,9	0,41 (0,31 - 0,54)	

Note méthodologique : Concernant la connaissance du risque de transmission du VIH par le moustique, un changement dans la formulation de la question a été effectuée entre 2002 et 2006.

De 1994 à 2002, la question était formulée de la façon suivante «On peut attraper le sida par un moustique qui a piqué une personne atteinte du sida». En 2006, la fin de la proposition a été supprimée et aucune comparaison n'est donc réalisée avec les résultats des années précédentes.

En 2006, on observe une augmentation de la proportion des jeunes qui savent qu'il n'y a pas de risque de transmission du VIH par le moustique (77,6 %) par rapport aux résultats de 2002 (66,9 %).

Toutefois, il est difficile de savoir dans quelle mesure la nouvelle formulation de la question n'explique pas, au moins en partie, l'augmentation observée parmi les réponses correctes en 2006.

LA PERSISTANCE de certaines méconnaissances ou fausses croyances met en évidence la nécessité de maintenir les efforts investis dans la prévention du sida.

On n'observe pas de différence significative parmi les jeunes qui savent que le moustique ne transmet pas le VIH, hormis pour le sexe : les filles sont relativement plus nombreuses que les garçons à connaître l'absence de risque (81,8 % vs 73,4 %).

UTILISATION DU PRESERVATIF

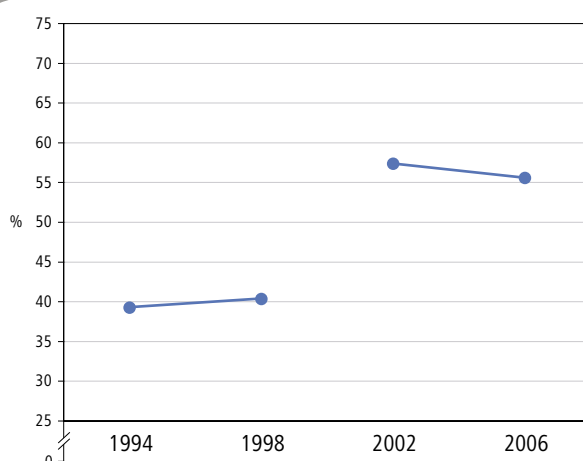
Note méthodologique : Dans les graphiques présentant les évolutions standardisées pour l'année 1994, les résultats présentés portent sur les élèves âgés de 15 à 18 ans pour permettre la comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes.

Dans les analyses multivariées (OR bruts et OR ajustés), la population étudiée a été étendue aux jeunes de 15-22 ans dans la mesure où la proportion de jeunes sexuellement actifs est la plus élevée parmi les jeunes âgés de 19-22 ans.

Au-delà du fait d'avoir déjà vu ou manipulé un préservatif et des connaissances acquises en termes de prévention du sida, il est important d'observer dans quelle mesure les adolescents intègrent ceux-ci dans leur comportement. Cet aspect est exploré dans l'étude HBSC au travers d'une question portant directement sur l'utilisation du préservatif «La dernière fois que tu as eu une relation sexuelle, as-tu, toi ou ton/partenaire, utilisé un préservatif (condom, capote) ?» (oui/non).

Graphique 7-14.

Evolution entre 1994 et 2006 de la proportion d'élèves qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle (% std pour 1994)



Note méthodologique : Un changement dans la formulation de la question et dans les modalités de réponses entre 1998 et 2002 explique la cassure de la courbe dans le graphique 7-14. Les résultats observés entre les deux périodes ne sont donc pas comparables.

En 2006, 56,5 % des jeunes de 15 à 18 ans sexuellement actifs déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Ces résultats sont légèrement inférieurs à ceux observés en 2002 mais la différence n'est pas statistiquement significative.

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

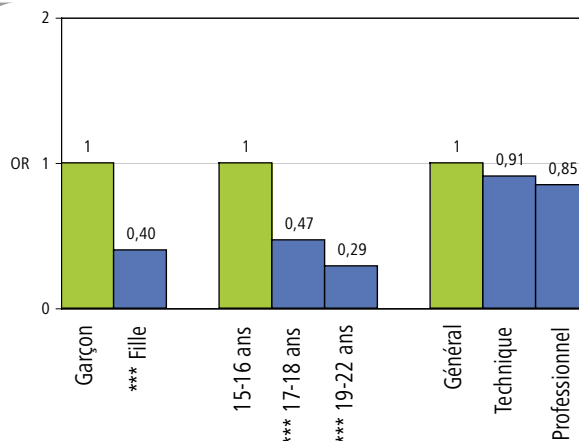
En 2006, parmi les jeunes de 15 à 22 ans sexuellement actifs, les garçons sont significativement plus nombreux que les filles à déclarer avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (63,1 % vs 42,4 %).

La proportion de jeunes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel est également significativement plus élevée parmi les plus jeunes. On n'observe par contre pas de différence statistiquement significative au regard de la filière d'enseignement.

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	833	63,1	1	<0,001
	Fille	833	42,4	0,43 (0,35 - 0,52)	
Âge	15-16 ans	479	67,8	1	<0,001
	17-18 ans	845	49,6	0,47 (0,37 - 0,59)	
	19-22 ans	342	39,5	0,31 (0,23 - 0,41)	
Orientation secondaire	Général	694	55,8	1	n.s.
	Technique	547	51,9	0,86 (0,68 - 1,07)	
	Professionnel	423	48,7	0,75 (0,59 - 0,96)	

Graphique 7-15.

Utilisation d'un préservatif (par eux-mêmes ou leur partenaire) lors de la dernière relation sexuelle (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=1 664)



Les variations significatives observées pour le sexe et l'âge (Tableau 7-09) se maintiennent après standardisation pour le sexe, l'âge et la filière d'enseignement. (Graphique 7-15).

EN TERMES

de comportements de protection, on observe, comme en 2002, qu'un jeune sur deux déclare avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Par rapport aux filles, les proportions de garçons qui déclarent avoir utilisé le préservatif sont significativement plus élevées.

L'usage du préservatif diminue avec l'âge mais il ne varie pas en fonction de la filière d'enseignement.

On observe une association significative entre le fait de ne pas avoir utilisé un préservatif et le fait d'avoir déjà eu plusieurs relations sexuelles : la proportion des jeunes **qui n'ont pas utilisé un préservatif** lors du dernier rapport sexuel est nettement plus élevée parmi ceux qui ont déjà eu plusieurs rapports sexuels (52,6 % avec le même partenaire et 48,9 % avec des partenaires différents) que parmi ceux dont c'était le premier rapport sexuel (18,7 % (résultats non présentés)).

LA CONTRACEPTION

Dans ce rapport, le thème de la contraception a été approfondi par rapport aux versions précédentes.

Note méthodologique : Aucune évolution dans le temps n'est présentée dans ce chapitre pour deux raisons principales : soit l'énoncé de la question, les modalités de réponses et/ou d'encodage ont changé en 2006 (utilisation de la pilule contraceptive) soit les analyses sont réalisées à partir de 2006 (utilisation d'une contraception et utilisation du préservatif comme moyen de contraception).

A nouveau, la population étudiée dans les analyses multivariées (OR bruts et OR ajustés) est élargie aux jeunes de 15-22 ans dans la mesure où les proportions de jeunes sexuellement actifs sont les plus élevées parmi les 19-22 ans.

UTILISATION D'UN MOYEN CONTRACEPTIF

Lorsqu'on explore l'utilisation d'une contraception pour éviter une grossesse non désirée, parmi les jeunes sexuellement actifs (15 à 22 ans), on observe qu'en 2006, 81,5 % déclarent qu'ils ont utilisé, eux-mêmes ou leur partenaire, une méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel.

Faisant suite à cette question sur l'utilisation d'une méthode contraceptive, l'élève était invité à citer le ou les moyen(s) de contraception qu'il avait utilisé(s) lors du dernier rapport sexuel. Plusieurs réponses possibles étant acceptées, la somme totale des pourcentages est donc supérieure à 100 %. Les moyens de contraception les plus souvent cités sont la pilule (72,5 % sur l'ensemble des réponses) et le préservatif (57,4 % sur l'ensemble des réponses).

Il faut souligner que tous les jeunes ne perçoivent pas le préservatif comme un moyen de contraception mais plutôt comme un moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles. On remarque ainsi que 50,2 % des jeunes de 15-22 ans sexuellement actifs ont répondu « non » à la question portant sur la contraception et « oui » à la question portant sur l'utilisation du préservatif (résultats non présentés). Ces différences de perception ont déjà été documentées (Godeau, 2002).

L'utilisation d'une contraception lors du dernier rapport sexuel varie de manière significative en fonction du sexe, de l'âge et de la filière d'enseignement.

Les filles sont relativement plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir utilisé une contraception lors du dernier rapport sexuel (87,4 % vs 75,5 %) (Tableau 7-10).

Par rapport à l'âge, les proportions de jeunes qui déclarent avoir utilisé une contraception lors du dernier rapport sexuel sont plus élevées parmi les élèves âgés de 17-18 ans (85,9 %) que parmi ceux de 15-16 ans (76,9 %) et ceux de 19-22 ans (76,8 %).

Les adolescents sexuellement actifs de 15-16 ans, sont significativement plus nombreux à ne pas percevoir le préservatif comme un moyen de contraception puisque parmi ces jeunes adolescents qui déclarent ne pas avoir utilisé de contraception, 57 % d'entre eux déclarent néanmoins avoir utilisé le préservatif.

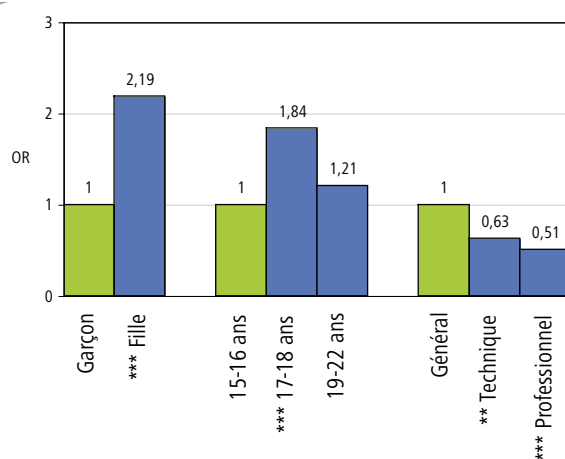
Enfin, par rapport à la filière d'enseignement, la proportion de jeunes qui déclarent utiliser une contraception est plus importante dans l'enseignement général (86,5 %) que dans l'enseignement technique (79,5 %) et dans l'enseignement professionnel (75,8 %).

Tableau 7-10. Facteurs associés au fait d'avoir utilisé une contraception (eux-mêmes ou leur partenaire) lors du dernier rapport sexuel

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Sexe	Garçon	825	75,5	1	<0,001
	Fille	831	87,4	2,24 (1,73 - 2,91)	
Âge	15-16 ans	476	76,9	1	<0,001
	17-18 ans	839	85,9	1,84 (1,38 - 2,45)	
	19-22 ans	341	76,8	1,00 (0,72 - 1,39)	
Orientation secondaire	Général	687	86,5	1	<0,001
	Technique	546	79,5	0,61 (0,45 - 0,82)	
	Professionnel	421	75,8	0,49 (0,36 - 0,67)	

Graphique 7-16.

Utilisation d'une contraception (par eux-mêmes ou leur partenaire) lors du dernier rapport sexuel (OR standardisés pour le sexe, l'âge et la filière, n=1 654)



Lorsqu'on standardise pour le sexe, l'âge et la filière d'enseignement (graphique 7-16), on observe que les associations significatives observées dans le tableau 7-10 se maintiennent.

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

Parmi les jeunes de 15 à 22 ans sexuellement actifs, on observe que l'utilisation d'une contraception par l'un ou l'autre partenaire lors du dernier rapport sexuel varie en fonction du sexe (les proportions sont plus élevées parmi les filles). Certains auteurs soulignent que la contraception reste perçue comme relevant de la responsabilité féminine (Bajos *et al.*, 2008).

Les proportions varient également en fonction de l'âge (elles sont plus élevées parmi les jeunes de 17-18 ans), de la filière d'enseignement (elles sont plus élevées parmi les jeunes de l'enseignement général).

Enfin, on observe une association significative entre l'utilisation d'une contraception et le fait d'avoir eu ou non un premier rapport sexuel avant 14 ans. En effet, la proportion d'adolescents âgés de 15 à 22 ans qui ont utilisé une contraception lors du dernier rapport sexuel est plus élevée parmi ceux qui n'ont pas eu de rapport sexuel précoce que parmi ceux qui en ont eu un (83,3 % vs 68,4 % ; résultats non présentés). Cette association avait déjà été relevée dans d'autres études (Rotermann, 2008).

LA PILULE CONTRACEPTIVE

En 2006, parmi les adolescentes âgées de 15 à 22 ans sexuellement actives qui ont cité un moyen de contraception, 83,1 % déclarent avoir utilisé la pilule contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel.

Tableau 7-11. Facteurs associés à l'utilisation de la pilule contraceptive par les filles lors de leur dernière relation sexuelle

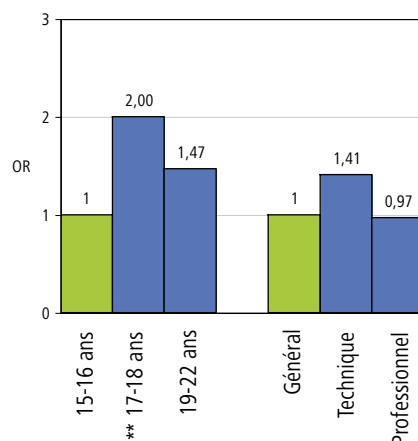
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Âge	15-16 ans	197	76,1	1	<0,01
	17-18 ans	399	86,7	2,05 (1,32 - 3,17)	
	19-22 ans	127	82,7	1,50 (0,85 - 2,63)	
Orientation secondaire	Général	331	81,9	1	n.s.
	Technique	223	86,5	1,42 (0,89 - 2,99)	
	Professionnel	167	81,4	0,97 (0,60 - 1,57)	

On retrouve les différences significatives selon l'âge observées pour l'utilisation d'une contraception (Tableau 7-10) : en effet, les adolescentes de 17-18 ans sont proportionnellement plus nombreuses (86,7 %) à déclarer avoir utilisé la pilule lors du dernier rapport sexuel que celles de 15-16 ans (76,1 %). Cette association se maintient après standardisation pour l'âge et la filière d'enseignement (graphique 7-17).

En revanche, l'utilisation de la pilule lors du dernier rapport sexuel n'est pas associée de manière significative à la filière d'enseignement.

Graphique 7-17.

Utilisation de la pilule contraceptive par les filles lors de leur dernière relation sexuelle (OR standardisés pour l'âge et la filière, n=721)



L'UTILISATION DE LA PILULE CONTRACEPTIVE par les filles est significativement associée à l'âge mais pas à la filière d'enseignement.

Si la perception d'un risque d'IST diminue au sein du couple et/ou si les partenaires souhaitent se témoigner leur confiance mutuelle, les adolescentes passent souvent du condom à la contraception orale uniquement (Lajoie, 2003).

LE PRÉSERVATIF

Lorsqu'on interroge les garçons âgés de 15 à 22 ans sexuellement actifs sur le moyen de contraception qu'ils ont utilisé lors de leur dernier rapport sexuel, 65,7 % des répondants ayant cité au moins un moyen de contraception désignent le préservatif.

Parmi les garçons qui déclarent avoir utilisé le préservatif comme moyen de contraception lors de leur dernier rapport sexuel, on observe une différence significative par rapport à l'âge : les garçons âgés de 19-22 ans sont à nouveau relativement moins nombreux (50,0 %) par rapport aux garçons de 15-16 ans (78,1 %) et à ceux de 17-18 ans (66,0 %).

Tableau 7-12. Facteurs associés au fait à l'utilisation du préservatif par les garçons comme moyen de contraception lors du dernier rapport sexuel

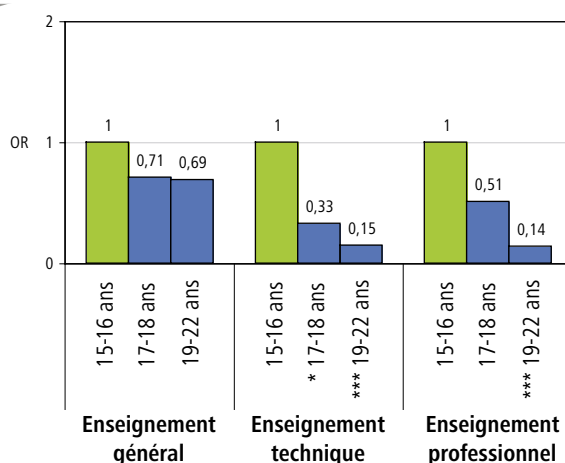
		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Âge	15-16 ans	155	78,1	1	<0,001
	17-18 ans	312	66,0	0,55 (0,35 - 0,85)	
	19-22 ans	130	50,0	0,28 (0,17 - 0,47)	
Orientation secondaire	Général	248	62,9	1	n.s.
	Technique	205	70,2	1,39 (0,94 - 2,07)	
	Professionnel	144	63,9	1,04 (0,68 - 1,60)	

Toutefois, après standardisation pour la filière, la différence observée pour les jeunes âgés de 17-18 ans n'est significative que dans l'enseignement technique. Celles observées pour les jeunes de 19-22 ans restent significatives dans les enseignements technique et professionnel et rejoignent les différences observées dans le tableau 7-10.

Note méthodologique : Dans la mesure où on observe une interaction entre l'âge et la filière d'enseignement, les graphiques portant sur l'association entre le fait d'avoir cité le préservatif comme moyen de contraception utilisé lors du dernier rapport sexuel et la filière d'enseignement sont présentés séparément par filière.

Graphique 7-18.

Utilisation du préservatif comme moyen de contraception lors du dernier rapport sexuel (OR standardisés pour la filière, général, n=248 ; technique, n=205 ; professionnel, n=144).



COMME POUR LA PILULE CONTRACEPTIVE chez les filles, l'utilisation du préservatif par les garçons comme méthode de contraception est associée significativement à l'âge mais pas à la filière.

VIE AFFECTIVE & SEXUELLE

LA PILULE DU LENDEMAIN

Note méthodologique : La question spécifique concernant l'utilisation de la pilule du lendemain a été introduite pour la première fois dans le questionnaire en 2006. Aucune évolution dans le temps ne peut donc être présentée.

La pilule du lendemain n'est pas en soi un moyen de contraception puisqu'elle intervient après un rapport sexuel pour pallier l'absence ou le défaut d'une méthode contraceptive.

Lorsqu'on interroge les adolescentes âgées de 15 à 22 ans qui ont déjà eu au moins un rapport sexuel, un peu plus d'un quart d'entre elles (28,2 %) déclarent avoir déjà utilisé la pilule du lendemain au moins une fois et seules 2,3 % d'entre elles ignorent de quoi il s'agit.

En termes d'âge, si les proportions d'adolescentes qui ont utilisé la pilule du lendemain au moins une fois sont légèrement plus élevées parmi les adolescentes de 15-16 ans (31,8 %), cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative. D'autres études ont mis en évidence l'essor de cette méthode parmi les plus jeunes (Godeau, 2002).

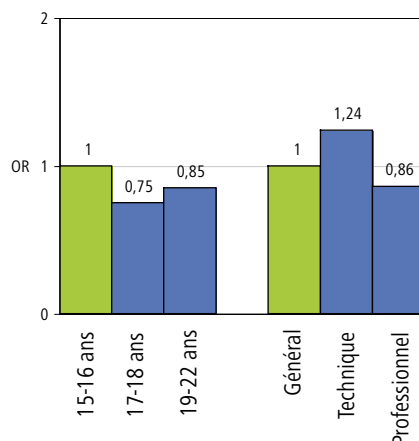
Par rapport à la filière d'enseignement, on n'observe pas non plus de variation significative même si la proportion d'adolescentes qui déclarent avoir utilisé la pilule du lendemain au moins une fois est plus élevée dans l'enseignement technique (31,9 %) par rapport aux autres filières.

Tableau 7-13. Facteurs associés au fait d'avoir déjà utilisé la pilule du lendemain au moins une fois

		n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p
Âge	15-16 ans	233	31,8	1	n.s.
	17-18 ans	439	26,2	0,76 (0,54 - 1,08)	
	19-22 ans	152	28,3	0,85 (0,54 - 1,33)	
Orientation secondaire	Général	359	27,6	1	n.s.
	Technique	260	31,9	1,23 (0,87 - 1,75)	
	Professionnel	203	24,6	0,86 (0,58 - 1,27)	

Graphique 7-19.

Avoir déjà utilisé la pilule du lendemain (OR standardisés pour l'âge et la filière, n=822)



Après standardisation pour l'âge et la filière d'enseignement, l'absence de différence significative se maintient.

EN MATIERE

d'accès à l'information, on observe que seules 2,3 % des adolescentes qui ont répondu ignorent ce qu'est la pilule du lendemain et une adolescente sur quatre déclare l'avoir utilisée au moins une fois.

Enfin, une étude sur l'utilisation de la contraception d'urgence chez les jeunes femmes (16-25 ans) a montré qu'un des facteurs déterminants réside dans la capacité des adolescentes à percevoir le risque de grossesse (Free *et al.*, 2002).

LA DOUBLE PROTECTION

Note méthodologique : L'analyse sur l'utilisation d'une double protection n'a pas été réalisée auparavant. Aucune évolution dans le temps ne peut donc être présentée à ce sujet.

Lorsqu'on évoque la double protection, on se réfère en général à l'utilisation d'une protection contre une grossesse non désirée combinée à l'utilisation d'une protection contre les infections sexuellement transmissibles.

La question de la double protection (pilule et préservatif) représente depuis plusieurs années un enjeu majeur. Les échecs du préservatif étant plus nombreux au début de la vie sexuelle, cette double protection permet de pallier ceux-ci au moins en ce qui concerne la contraception (Bajos *et al.*, 2008).

Dès lors, les résultats suivants portent sur les adolescentes âgées de 15 à 22 ans sexuellement actives qui :

- ont cité «la pilule contraceptive» à la question ouverte portant sur la méthode contraceptive employée pour éviter une grossesse non désirée lors du dernier rapport sexuel
- et qui ont répondu «Oui» à la question «La dernière fois que tu as eu une relation sexuelle, as-tu, toi ou ton/ta partenaire, utilisé un préservatif?».

L'approche choisie est peut-être un peu restrictive dans la mesure où elle ne prend pas en compte les adolescentes qui ont peut-être combiné l'utilisation du préservatif avec une autre méthode contraceptive que la pilule.

En 2006, un tiers (33,9 %) des adolescentes âgées de 15 à 22 ans sexuellement actives déclarent avoir utilisé la double protection «préservatif et pilule» lors de leur dernier rapport sexuel.

Tableau 7-14. Facteurs associés à l'utilisation de la double protection «pilule et préservatif» par les filles lors du dernier rapport sexuel

	n	%	OR Brut (I.C. 95 %)	p	
Âge	15-16 ans	196	39,3	1	<0,01
	17-18 ans	398	27,9	0,60 (0,42 - 0,86)	
	19-22 ans	127	23,6	0,48 (0,29 - 0,79)	
Orientation secondaire	Général	330	34,5	1	<0,05
	Technique	222	28,8	0,77 (0,53 - 1,11)	
	Professionnel	167	23,4	0,58 (0,38 - 0,88)	

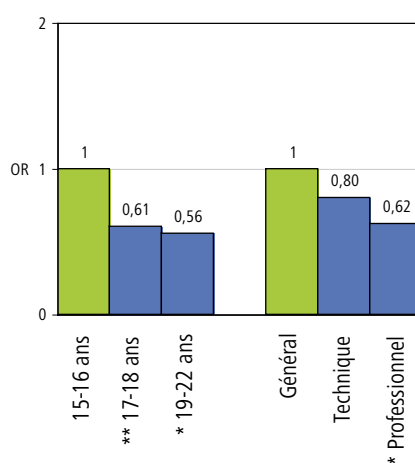
On observe que les adolescentes âgées de 15-16 ans sont relativement plus nombreuses (39,3 %) à déclarer avoir utilisé une double protection que celles de 17-18 ans (27,9 %) et celles de 19-22 ans (23,6 %).

Par rapport à la filière d'enseignement, les proportions d'adolescentes ayant utilisé une double protection sont significativement plus élevées parmi les adolescentes de l'enseignement général (34,5 %) par rapport aux adolescentes des enseignements technique (28,8 %) et professionnel (23,4 %).

Les associations significatives observées dans le tableau 7-14 se retrouvent sur le graphique 7-20 lorsqu'on standardise pour l'âge et la filière d'enseignement.

Graphique 7-20.

Utilisation de la double protection «pilule et préservatif» par les filles lors du dernier rapport sexuel (OR standardisés pour l'âge et la filière, n=719)



LA DOUBLE CONTRACEPTION «préservatif et pilule» a été utilisée lors du dernier rapport sexuel par un tiers des adolescentes âgées de 15 à 22 ans sexuellement actives.

Son utilisation est associée significativement à l'âge (les proportions sont moins élevées parmi les 17-18 ans et les 19-22 ans) et à la filière (les proportions les moins élevées sont observées dans l'enseignement professionnel).

T R A N S V E R S A L I T E S

Lorsqu'on s'intéresse aux comportements liés à la vie affective et sexuelle des adolescents, il faut tenir compte que celle-ci peut couvrir des réalités très différentes tant sur la durée des relations de couple que sur le nombre de partenaires ou la fréquence des rapports sexuels. Par exemple, un adolescent peut avoir connu plusieurs partenaires sexuels au début de sa vie sexuelle active et ne plus avoir de relations sexuelles par la suite, un autre adolescent peut avoir vécu plusieurs relations amoureuses d'une durée relativement longue ou encore multiplier les brèves rencontres (Moreau *et al.*, 2006).

De façon générale, aucun changement majeur n'est survenu au niveau des comportements relatifs à la vie affective et sexuelle depuis 1994 même si entre 2002 et 2006 les jeunes sont un peu plus nombreux à avoir eu une relation sexuelle et à avoir eu plus d'un partenaire sexuel.

Il importe également d'évoquer les dimensions relatives aux sentiments de confiance et d'attachement émotionnel dans la relation de couple dont le développement peut entraîner, par exemple, une utilisation moindre, voire l'abandon du préservatif (Berrewaerts *et al.*, 2006). Cette hypothèse pourrait expliquer que les jeunes qui n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel sont plus nombreux parmi les adolescents qui ont eu plusieurs rapports sexuels avec le même partenaire que parmi les jeunes dont c'était en fait le premier rapport sexuel.

Dans le même ordre d'idée, la perception d'un risque d'infection sexuellement transmissible tend à diminuer lorsque la relation s'installe durablement. Les adolescents désireux de se témoigner leur confiance mutuelle cessent d'utiliser le préservatif pour n'utiliser que la contraception orale (Lajoie, 2003).

Enfin, les relations sexuelles au cours de l'adolescence questionnent également d'autres dimensions : les relations de pouvoir au sein du couple, le rapport à l'autre et l'influence des médias qui peut les amener à considérer l'autre comme un «objet». Sous l'influence de certains types de médias rapidement véhiculés par les jeunes, la relation sexuelle est instrumentalisée au dépend de la relation humaine et affective (Renard, 2003). Dans cette perspective les notions de planification et de désir de la relation sexuelle peuvent devenir très relatives.

LA PREVENTION DU SIDA

Au travers d'actions de sensibilisation telles qu'amener tous les jeunes à voir ou manipuler un préservatif, l'objectif poursuivi vise à les inciter à utiliser ce moyen de protection lorsqu'ils ont ou auront un rapport sexuel. Les résultats de l'étude montrent que cet objectif est atteint de façon nuancée. Dans son ouvrage sur les grossesses à l'adolescence, Levan observe l'existence d'un décalage «entre ce qui est dit et ce qui est entendu, entre ce qui est su de manière plus ou moins précise et ce qui est appliqué (...)» (Levan, 1998).

En effet, si la quasi-totalité des jeunes sexuellement actifs déclarent qu'ils ont déjà vu ou manipulé un préservatif, seule la moitié d'entre eux déclare l'avoir utilisé lors de leur dernier rapport sexuel. On observe également que cette proportion est plus élevée parmi les jeunes dont c'était en fait le premier rapport sexuel que parmi ceux qui déclarent avoir eu plusieurs rapports sexuels.

L'utilisation du préservatif semble donc acquise au début de la vie affective et sexuelle des jeunes mais elle ne se maintient pas forcément par la suite. Ceci rejoint le constat réalisé par Bajos qui relève que, face à l'épidémie du sida, de nouvelles normes sont apparues, notamment celle qui prescrit l'utilisation du préservatif au moins au début des relations sexuelles (Bajos, 2002).

Au sein même de cette population d'adolescents, plusieurs réalités se dessinent. Ainsi, parmi les jeunes qui ont eu plusieurs rapports sexuels avec un seul partenaire, la diminution de l'utilisation du préservatif pourrait être davantage le reflet d'une adaptation à leur relation de couple que le reflet d'une prise de risque. En effet, les jeunes qui s'inscrivent dans une relation de couple stable perçoivent moins le risque d'infections sexuellement transmissibles et souhaitent se témoigner leur confiance mutuelle. Dans le champ des relations sexuelles, ce désir peut se traduire par l'abandon de l'usage du préservatif (Lajoie, 2003). On peut toutefois se demander si ces couples qui abandonnent l'usage du préservatif font préalablement un test de dépistage du sida. Cette information n'est pas disponible dans l'enquête HBSC.

Par contre, en ce qui concerne les jeunes qui ont eu plusieurs partenaires et qui n'ont pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel, l'étude HBSC ne permet pas de prendre la réelle mesure des éventuelles prises de risque car de multiples facteurs peuvent intervenir dans la non utilisation du préservatif : le manque d'expérience, le désir de satisfaire le/la partenaire, la difficulté de communiquer au sein du couple qui empêche les deux partenaires d'aborder le sujet, la crainte que l'autre ne perçoive l'utilisation du préservatif comme un signe de méfiance à son égard, la difficulté pour un(e) partenaire de refuser un rapport sexuel face au refus de l'autre d'utiliser le préservatif, le manque de respect dont les adolescents font parfois preuve à l'égard d'eux-mêmes ... Enfin, les adolescents qui fréquentent des plannings familiaux témoignent que l'achat du préservatif reste pour eux une démarche difficile ou malaisée.

Ces différents facteurs permettent de mieux comprendre comment certains adolescents peuvent parfois être amenés à avoir un rapport non protégé et ils permettent de se rendre compte que la proportion d'adolescents qui n'utilisent pas de préservatif dans le seul but de tester leurs limites est sans doute très relative.

Par rapport au niveau de connaissance des adolescents, les résultats de 2006 montrent que les modes de transmission du VIH sont relativement bien connus par les adolescents. Toutefois, la persistance de certaines méconnaissances ou fausses croyances met en évidence la nécessité de maintenir les efforts investis dans la prévention du sida.

En effet, un jeune sur quatre ne perçoit pas – ou pas clairement – le risque de transmission du VIH s'il a un rapport sexuel non protégé avec une personne qui a l'air en bonne santé et qui dit qu'elle n'est pas malade. A nouveau, cette méconnaissance n'est pas seulement liée à un défaut d'information. Il est important de tenir compte que pour les jeunes, cela touche à la confiance dans la relation et à la difficulté de mettre la parole de l'autre en doute.

Des fausses croyances persistent également quant au risque de transmission du VIH lors d'une transfusion sanguine, en embrassant sur la bouche une personne qui a le sida ou en donnant son sang. Cette question sur les risques liés à la contamination est souvent évoquée dans les rencontres avec les jeunes lors d'animations sur la vie affective et sexuelle.

Les résultats de l'enquête de 2006 par rapport au champ de la prévention du VIH montrent la nécessité de poursuivre et de maintenir les efforts investis parmi les adolescents. Ils soulignent également l'importance de réaliser des activités dans le cadre d'une approche globale (abordant les relations de pouvoir et la communication au sein du couple, le regard de l'autre, le respect de soi, ...) qui ne se limitent pas à l'information, même si celle-ci reste une étape préalable indispensable.

LA CONTRACEPTION

La grande majorité des adolescents déclarent avoir utilisé, eux-mêmes ou leur partenaire, un moyen de contraception lors du dernier rapport sexuel. Les méthodes les plus couramment citées sont le préservatif et/ou la pilule.

L'enquête montre que le préservatif peut être perçu différemment par les adolescents (c'est-à-dire comme un moyen de prévention contre les IST et/ou comme un moyen contraceptif) et que la manière dont ceux-ci perçoivent le préservatif a un impact sur leur déclaration quant à l'utilisation d'une méthode contraceptive. On observe ainsi que la moitié des jeunes qui ont répondu «non» à la question portant sur l'utilisation d'une contraception ont par ailleurs répondu «oui» à la question portant sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Des normes sociales existent en matière de contraception et celles-ci induisent une forme de hiérarchisation parmi les différentes méthodes en fonction de leur efficacité. La pilule se trouve ainsi considérée comme le moyen le plus fiable et donc le plus recommandé, notamment pour les adolescentes (Durand, *in* Bajos, 2002). La prédominance de la pilule contraceptive parmi les moyens de contraception dans les résultats de l'enquête soutient cette hypothèse.

De nombreuses études ont démontré que la qualité de l'information et de l'accès à l'information constituait un facteur déterminant dans le contrôle de la survenue des grossesses à l'adolescence.

A ce sujet, il faut souligner que l'accessibilité de la pilule contraceptive a été améliorée depuis l'Arrêté Royal du 24 mars 2004 qui stipule que, «*les jeunes femmes de moins de 21 ans bénéficient d'une intervention supplémentaire dans le prix de la plupart des méthodes contraceptives, ce qui assure la gratuité de certaines pilules (celles dites de seconde génération qui sont celles recommandées). La mesure concerne les moyens de contraception prescrits et fonctionne sur simple présentation de la carte SIS lors de l'achat en pharmacie.*» (Beghin *et al.*, 2006).

TRANSVERSALITES

L'essor de la pilule du lendemain, notamment parmi les plus jeunes, est observé en Belgique comme dans d'autres pays voisins, notamment en France (Godeau, 2002). On peut sans doute y voir l'impact des mesures prises au niveau politique pour en augmenter l'accessibilité : «*En Belgique, la pilule du lendemain est en vente libre en pharmacie depuis juin 2001 et les jeunes de moins de 21 ans bénéficient du remboursement intégral de cette contraception d'urgence sur présentation d'une prescription. Les Centres de Planning familial de la Région wallonne ont la possibilité de la distribuer gratuitement.*» (Moreau et al., 2006)

Au-delà de l'utilisation d'une contraception, les résultats de l'enquête ne permettent pas d'évaluer la régularité et la qualité de son utilisation. Dans son étude sur les grossesses non prévues, Bajos relève que certaines adolescentes, influencées par la norme contraceptive, peuvent utiliser la contraception orale indépendamment de leur capacité à la prendre de façon régulière (Bajos, 2002). D'autres études ont mis en évidence un manque de connaissances sur l'utilisation correcte des moyens de contraception et la présence de fausses croyances liées aux différentes méthodes (Berrewaerts et al., 2006 ; Moreau et al., 2006).

Par ailleurs, le choix d'une méthode contraceptive varie en fonction de multiples paramètres tels que le/la partenaire du moment, la durée de la relation, la relation de couple, ... La fréquence des rapports sexuels peut également constituer un facteur déterminant du comportement contraceptif. Des rapports sexuels peu fréquents augmentent le degré d'imprévisibilité de ceux-ci et oriente le choix des adolescents vers l'utilisation du préservatif (Bajos, 2002). L'âge des adolescents (les plus jeunes) et le caractère occasionnel de la relation sont également des facteurs de risque d'une utilisation discontinue ou incorrecte de la contraception (Kendig, 2001).

L'utilisation d'une contraception et la manière de l'utiliser seront également influencées par la conscience que les adolescentes ont de leur fertilité. Parmi les adolescentes qui vivent une grossesse non prévue, certaines témoignent de leur incapacité à concevoir leur propre fertilité et donc à percevoir le risque de grossesse. Cette absence de perception du risque de grossesse peut avoir un impact sur la manière dont elles utilisent leur contraception (Moreau et al., 2006).

Il est donc important que les animations réalisées dans le champ de la vie affective et sexuelle apportent une information complète sur les différentes méthodes contraceptives (utilisations, limites, effets secondaires éventuels, ...) et prévoient également d'évaluer les perceptions et les représentations des adolescents à l'égard de ces différentes méthodes afin d'identifier et corriger d'éventuelles fausses croyances. Il est également important de s'assurer que les adolescents aient pleinement conscience de la réalité du risque de grossesse.

LES DIFFERENCES ENTRE LES SEXES

Dans les relations affectives et sexuelles comme dans de nombreux autres aspects de la vie adolescente, par exemple l'image du corps, les garçons et les filles se différencient nettement. Ce n'est pas tant le fait d'avoir eu ou pas de relation sexuelle qui varie entre les sexes mais bien la précocité des relations sexuelles et le fait d'avoir eu plusieurs partenaires qui sont plus fréquents chez les garçons tandis que les connaissances sur les modes de transmission du VIH semblent meilleures chez les filles. Les garçons sont plus nombreux à avoir vu ou manipulé un préservatif lorsqu'ils n'ont pas encore eu de relation sexuelle mais comme cela a été énoncé plus haut, cela n'en fait pas un garant de l'utilisation future de ce moyen de protection.

Les différences entre garçons et filles peuvent se marquer également en ce qui concerne leur représentation de la relation affective et sexuelle à cette période de l'adolescence. Certaines études suggèrent qu'au travers des relations sexuelles, les filles cherchent plus particulièrement à développer leur sentiment d'intimité dans le couple, à répondre au désir du partenaire ou à inscrire la relation amoureuse dans la durée. De leur côté, les garçons seraient plus à la recherche du plaisir physique. Toutefois, des études récentes nuancent cette hypothèse et montrent que lorsqu'elles s'engagent dans une relation sexuelle, les adolescentes recherchent plus souvent la satisfaction de leurs propres émotions et de leur plaisir physique que la satisfaction du plaisir de leurs partenaires (Ozer, 2003).

Explorer les différences de perception entre garçons et filles peut permettre aux adolescents, non seulement, de s'exprimer sur leur rapport à la santé et à la sexualité lors d'interventions différenciées mais également de questionner les différences de genre dans la construction de l'identité sexuelle.

LES DIFFERENCES AU TRAVERS DES AGES

Depuis plusieurs années, on observe une certaine stabilité de l'âge médian du premier rapport sexuel qui reste aux alentours de 17 ans environ (Fize, 2002 ; Beghin, 2006).

Bien qu'elles ne concernent qu'une minorité de jeunes, les relations sexuelles précoces suscitent de nombreux questionnements. Différents comportements à risque ont été associés à un rapport sexuel précoce. On observe ainsi que les jeunes qui ont eu un rapport sexuel précoce sont moins nombreux à avoir utilisé une contraception lors de leur dernier rapport sexuel.

La probabilité d'avoir eu un rapport sexuel augmente bien évidemment avec l'âge. Par contre, plus les adolescents déclarant avoir eu un rapport sexuel sont jeunes, plus la probabilité que le rapport sexuel ait été précoce est élevée.

Au-delà de l'âge du premier rapport sexuel, l'enquête ne permet pas d'explorer les multiples réalités que peuvent couvrir les rapports sexuels précoces, notamment le degré de désirabilité de ce premier rapport sexuel ou l'âge du partenaire.

Même si la notion de consentement ne peut être légalement envisagée pour les jeunes âgés de moins de 14 ans⁽¹⁾, les relations sexuelles précoces peuvent couvrir des réalités très différentes. Un rapport sexuel «consentant» entre deux jeunes de 13 et 15 ans ne peut pas être pris en considération de la même manière qu'un rapport sexuel «consentant» entre un jeune de moins de 14 ans et un adulte et encore moins qu'un rapport «non consentant» avec un jeune, quel que soit l'âge du partenaire.

Le nombre de partenaires est également lié à l'âge et à la durée de la vie affective et sexuelle. Les adolescents plus âgés qui ont des rapports sexuels depuis plusieurs années ont une plus grande probabilité d'avoir connu plusieurs partenaires par rapport aux adolescents plus jeunes qui viennent d'entamer leur vie affective et sexuelle.

On constate aussi une meilleure connaissance des risques de transmission du sida chez les plus âgés. Ces différences observées en fonction de l'âge peuvent être mises en parallèle avec le moment où les activités de prévention s'inscrivent dans le parcours scolaire. Les élèves les plus jeunes peuvent ne pas avoir bénéficié de ces animations au moment où ils participent à l'enquête, au contraire des élèves plus âgés.

On observe également que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel diminue avec l'âge qu'il soit utilisé comme un moyen de contraception ou de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Par contre l'utilisation d'une méthode contraceptive est plus fréquente chez les adolescents sexuellement actifs âgés de 17-18 ans par rapport aux élèves de 15-16 ans et à ceux de 19-22 ans. Ce constat vaut pour la pilule contraceptive et pour le préservatif lorsqu'il est perçu comme un moyen de contraception.

En ce qui concerne les adolescents de 15-16 ans, il faut rappeler qu'ils sont les plus nombreux à avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel alors qu'ils sont moins nombreux à déclarer avoir utilisé une contraception. Ces résultats peuvent simplement montrer qu'une part importante des plus jeunes ne considérerait pas le préservatif comme un moyen de contraception.

Par contre, la plus faible proportion de jeunes âgés de 19-22 ans ayant utilisé une contraception s'explique plus difficilement. Il subsiste parmi eux une proportion de jeunes qui ne perçoivent pas le préservatif comme un moyen de contraception mais elle n'est pas significativement différente de celle parmi les élèves de 17-18 ans.

Ces résultats mettent en évidence l'importance de réaliser des activités de prévention et de garantir l'accès à l'information dès la 1^{ère} année de l'enseignement secondaire. Les différentes réalités évoquées soulignent également la nécessité de rencontrer les jeunes pour débattre avec eux du sujet affectif et sexuel et ce, à tous les âges du secondaire.

(1) *Comme le souligne D. Beghin (2006), le code pénal belge prévoit que «les enfants âgés de moins de 14 ans sont réputés de manière irréfragable ne pas pouvoir donner leur consentement à un acte sexuel ; les actes sexuels les impliquant seront donc toujours qualifiés de viol».*

LES DIFFERENCES ENTRE LES FILIERES D'ENSEIGNEMENT

Que ce soit par rapport au fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel ou d'avoir eu un rapport sexuel précoce, les élèves de l'enseignement professionnel et dans une moindre mesure ceux de l'enseignement technique sont plus nombreux à déclarer ces comportements que les élèves de l'enseignement général.

La filière professionnelle est également désavantagée en ce qui concerne le fait d'avoir déjà vu ou manipulé un préservatif, que les jeunes aient déjà eu ou non un rapport sexuel. Les connaissances concernant les risques de transmission du sida sont également moins bonnes dans les filières technique et professionnelle mais il n'y a pas de différences entre les filières concernant l'utilisation d'un préservatif lors de la dernière relation sexuelle.

Le fait d'avoir utilisé une méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel a été moins souvent rapporté par les jeunes des enseignements technique et professionnel. Par contre, les filles qui ont cité un moyen de contraception tel que la pilule contraceptive ne se différencient pas selon leur filière d'enseignement.

Les différences soulignées en fonction de la filière d'enseignement peuvent être le reflet d'une carence en termes d'activités de prévention, particulièrement dans l'enseignement professionnel. Ce déficit d'animations dans l'enseignement professionnel a déjà été documenté dans des études précédentes (HBSC 2002, Renard, 2003, Beghin, 2006).

Ces constats soulignent l'importance de renforcer le travail relatif à la vie affective et sexuelle avec des approches différenciées qui tiennent compte du contexte scolaire mais également socio-économique et familial du jeune.

CONCLUSION

Bien que l'objectif de l'enquête HBSC ne vise pas à réaliser une étude approfondie de la vie affective et sexuelle des jeunes, elle permet toutefois d'apporter des éléments de réponse à certaines questions élémentaires.

La complexité du domaine de la vie affective et sexuelle des adolescents et les résultats de l'enquête de 2006 soulignent qu'il est indispensable d'envisager les activités de prévention et de promotion dans une approche globale par rapport aux multiples composantes de ce domaine, notamment en matière de respect de soi et de l'autre, de communication au sein du couple, ... Chaque adolescent a sa propre histoire, son propre rythme et les actions doivent pouvoir être développées de manière continue afin que celles-ci s'inscrivent au moment opportun dans chaque parcours. Les résultats de l'enquête de 2006 mettent également en évidence la nécessité de renforcer de manière plus spécifique les actions menées, notamment dans l'enseignement professionnel.

REFERENCES

REFERENCES

- Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE (2002) *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Question en Santé Publique, INSERM.
- Bajos N., Bozon M. (2008) *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. La Découverte.
- Beghin D., Cueppens C., Lucet C., Ndamé S., Masuy-Stroobant G., Sasse A., Piette D. (2006) Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction, Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. *SIPES-ULB-Promes*.
- Berrewaerts J., Noirhomme-Renard F. (2006) Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? Série de dossiers techniques, *Unité d'éducation pour la santé, UCL-RESO*.
- Durand S. (2002) Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes. In : *De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM.
- Favresse D. (2008) Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006, *SIPES-ULB*.
- Fize Michel. (2002) *Les adolescents : idées reçues*. Ed. Le Cavalier Bleu, Paris.
- Free C., Lee R.M., Odgen J. (2002) Young women's accounts of factors influencing their use and non-use of emergency contraception : in-depth interview study. *BMJ*, 325 : 1393-7.
- Godeau E., Grandjean H., Navarro F. (2002) La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2002. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children, *Inpes*.
- Kendig S., Omvig K.J. (Spring/Summer 2001) Why are teens still getting pregnant despite contraceptive options ? *Contemporary Nurse Practitioner* : 10-20.
- Lajoie M. (2003) Prévenir la grossesse à l'adolescence : défi ou illusion ? *Bulletin Prévention en pratique médicale*. Direction de la santé publique de Montréal, ISSN 1481-3734.
- Levan C. (1998) Les grossesses à l'adolescence, normes sociales et réalités vécues. *L'Harmattan*, Paris.
- Moreau N., Swennen B., Roynet D. et l'équipe du GACEHPA. (2006) Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : éléments pour une meilleure prévention. *GACEHPA asbl, & Centre d'Etudes et de Recherche en Santé Publique (CERESP)*.
- Ozer E.J. (2003) Adolescents' reasons for having sex : gender differences. *Journal of adolescent health* ; 33 :317-9.
- Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C., Kohn L. de Smet P. (2003) La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ? Unité de Promotion Education Santé ULB-Promes.
- Renard K., Piette D., Senterre C., Vandenbussche P. (2003) Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique. *Unité de Promotion Education Santé ULB-Promes*.
- Rotermann M. (2008) Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence. *Rapports sur la santé, Canada* ; 19(3) : 1-5.



www.ulb.ac.be/esp/sipes