

Santé en Hainaut

TABLEAU DE BORD DE LA SANTE DES JEUNES

Observatoire de la Santé du Hainaut
Institut Provincial de Promotion de la Santé



Droits d'auteurs

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

L'information extraite portera la référence :

«Observatoire de la Santé du Hainaut - Tableau de bord de la Santé, n°2, 1998»

Observatoire de la Santé du Hainaut

Tableau de bord de la santé des jeunes

Réalisation

I. Godin, A. Levêque, L. Berghmans

Enquête sur le terrain

Le personnel de l'Observatoire de la Santé du Hainaut
Le Docteur T. Bouchikhi

Edition

M. Depireux, A. Léonard, P. Claes et la Cellule Communication

Remerciements

Ce projet n'aurait pu être réalisé sans la collaboration d'un nombre important de personnes, d'institutions et de partenaires. Remerciements chaleureux :

- à toutes les écoles qui ont participé à l'enquête, leurs pouvoirs organisateurs, les élèves et leurs parents ;
- à l'Union européenne, qui, dans le cadre du projet Interreg II, a soutenu financièrement ce projet ;
- au Comité Scientifique d'Accompagnement : E. Emegenbirn, M. Guillaume, M.-C. Mauroy, M. Meerseman, R. Lonfils, J.-M. Daele, C. Gérard, P. Hennart, E. Lebacq, X. Sturbois, G. Verteneuil, J. Vanderpas ;
- à Y. Dieu et à F. Flandroit, initiateurs du Réseau Francophone pour la Santé du Cœur pour le Hainaut;
- à la Communauté française de Belgique ;
- à l'Observatoire Régional de la Santé de Picardie ;
- à l'Hôpital Ambroise Paré ;
- à la Biobanque de Picardie.

Un remerciement tout particulier à nos amis du Québec, Richard Lessard et Michel Beauchemin, respectivement Président et Secrétaire du Réseau Francophone pour la Santé du Cœur (section du Réfips) dont l'enthousiasme et la persévérance ont permis au projet d'aboutir.



Le premier numéro de Santé en Hainaut (septembre 1997) brossait un tableau général de la santé des habitants de la Province.

Ce deuxième numéro est consacré à la santé des jeunes. Il présente les résultats d'une enquête menée par l'Observatoire de la Santé du Hainaut auprès de 4000 élèves de la Province. Orientée vers la connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire, l'étude ne peut qu'esquisser un tableau partiel de la santé des jeunes. Cependant l'information qu'elle apporte, par son ampleur et sa signification, devrait stimuler la réflexion novatrice de tous ceux qui se sentent concernés par la promotion de la santé des jeunes.

Dans leur grande majorité, les jeunes disent se sentir en bonne santé. Nombreux aussi sont ceux qui estiment qu'il est possible d'agir pour sa santé. Les indications diversifiées et contrastées que les jeunes donnent sur leur mode de vie méritent une analyse approfondie. Un tabagisme des 16 ans supérieur à la moyenne nationale chez l'adulte ; une alimentation de qualité nutritive médiocre ou un décrochage sportif fréquent en fin d'adolescence ne peuvent laisser indifférent. Les répercussions de ces facteurs sur la santé sont bien connues. A cet égard, les résultats des examens médicaux sont déjà évocateurs de possibles problèmes de santé dans le futur.

Mais la démarche épidémiologique suivie n'a pas pour vocation de baliser des « scénarios catastrophe », ni d'étiqueter les jeunes en fonction de leurs comportements et certainement pas de porter des jugements moralisateurs.

L'étude apporte des éléments descriptifs d'une situation qui peut s'améliorer et dégage, avec des limites méthodologiques, des facteurs explicatifs. Parmi ceux-ci, les facteurs sociaux sont presque systématiquement associés à des risques accrus pour la santé. C'est dire si le débat et la réflexion à amorcer débordent largement le cadre technique de la santé publique et concernent l'action de développement social, au sens large, de la Province.

Concrètement, l'Observatoire organise un groupe de réflexion pour partager d'autres éclairages sur les résultats de l'étude. La production de ce groupe servira de matière première à une rencontre ouverte à tous les acteurs concernés qui sera organisée à Mons le 28 mai 1999.

Le Réseau Francophone pour la Santé du Cœur, initiateur de l'enquête et co-organisateur de la réunion, apportera une dimension internationale aux discussions et propositions.

Bonne lecture.

*Docteur L. BERGHMANS
Médecin-Directeur
de l'Observatoire de la
Santé du Hainaut*

*Docteur P. DUPONT
Député Permanent*



TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction et méthode	1
1.	Présentation de l'enquête et de l'échantillon	2
2.	Méthodes d'analyse	5
II.	Résultats	9
1.	La santé	9
1.1.	Représentations de santé et information relative à la santé	9
1.1.1.	Définitions de la santé	10
1.1.2.	Les attitudes par rapport à la prévention des maladies	11
1.1.3.	La santé, une question de chance ?	12
1.1.4.	L'origine des maladies du cœur	13
1.1.5.	L'information relative à la santé	15
1.2.	L'évaluation subjective de la santé et les plaintes	15
1.3.	La consommation médicale	19
1.3.1.	La consultation chez un généraliste	19
1.3.2.	La consultation chez un dentiste	20
1.3.3.	La consultation chez un spécialiste	21
1.3.4.	La consommation de médicaments	22
1.4.	L'examen physique : variables anthropométriques et biologiques	23
1.4.1.	La surcharge pondérale et l'obésité	23
1.4.2.	Le cholestérol total	26
1.4.3.	Le test d'endurance cardio-respiratoire	28
2.	Les comportements de santé	30
2.1.	L'alimentation	30
2.1.1.	Les laitages	30
2.1.2.	Les fruits et les légumes	31
2.1.3.	Le poisson	33
2.1.4.	Les frites	34
2.1.5.	Les friandises et les limonades	34
2.1.6.	Le petit déjeuner en semaine de classe	35
2.1.7.	Le grignotage entre les repas	36
2.2.	L'activité physique et de loisirs	37
2.2.1.	Les cours de gymnastique à l'école	37
2.2.2.	Le sport en dehors de l'école	38
2.2.3.	Les clubs sportifs et les jeunes	41
2.2.4.	La participation à des loisirs organisés	41
2.2.5.	La consommation de télévision	42

2.3.	Le tabac	44
2.3.1.	L'exposition au tabagisme passif	44
2.3.2.	Le tabagisme chez les jeunes	45
2.4	La consommation d'alcool	47
2.5.	Les attitudes et comportements vis-à-vis de la drogue	49
3.	Les indicateurs de bien-être	53
3.1.	L'estime de soi	53
3.2.	L'influence des pairs	56
3.3.	Le besoin d'une aide extérieure pour des problèmes de la vie quotidienne	59
3.4.	L'image de soi et la satisfaction de son corps	61
III.	Conclusion	64
IV.	Bibliographie	65
V.	Annexe	68
VI.	Pour nous contacter	83



I. INTRODUCTION ET MÉTHODE

En Belgique, comme dans la plupart des pays industrialisés, les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité. La construction de la santé et la prévention des maladies s'établissent dès le plus jeune âge. L'adoption de comportements favorables à la santé telles une alimentation équilibrée, la pratique d'activités physiques ou l'abstention de fumer conditionne la future santé cardio-vasculaire des enfants et des adolescents.

Les professionnels de la santé disposent de peu d'informations précises sur la santé des enfants et des adolescents et sur les facteurs qui y sont associés. Ces informations sont pourtant essentielles pour développer et améliorer les programmes de promotion de la santé destinés à ce public.

Les données présentées dans ce tableau de bord proviennent d'une vaste enquête sur la santé des jeunes menée au cours de l'année 1997 par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (O.S.H.).

Cette enquête a été réalisée à l'initiative du groupe «Santé du Cœur», créé au sein du Réseau Francophone International de Promotion de la Santé (REFIPS).

L'objectif de l'enquête «Pour la santé des jeunes» est de disposer d'une meilleure connaissance de la santé des jeunes dans les différents pays impliqués dans ce groupe : la France (région de Picardie, département de l'Aisne), le Québec, la Suisse (canton de Vaud), la Tunisie (ville de Sousse) et la Belgique (Province du Hainaut). Les données récoltées permettront de développer des programmes de santé mieux adaptés aux besoins des jeunes et aux situations locales.

En Picardie et dans le Hainaut, ce projet a pu être réalisé grâce au soutien financier de l'Union européenne (dans le cadre d'Interreg II) et du partenariat établi entre les Observatoires de Santé.

La santé des enfants et des jeunes a été mesurée à l'aide d'un questionnaire, complété par un examen physique et un examen sanguin. L'enquête concerne des enfants et des adolescents âgés de 9 à 17 ans choisis dans un échantillon représentatif d'établissements scolaires de la Province du Hainaut.

1. Présentation de l'enquête et de l'échantillon

L'échantillon d'écoles a été constitué selon la méthode des quotas en respectant les critères suivants: le type de réseau (communal, de la Communauté française de Belgique (CFB), provincial et libre), la filière d'enseignement (général, technique, professionnel), la localisation et la taille de l'établissement.

La répartition géographique des écoles est donnée par la figure I.

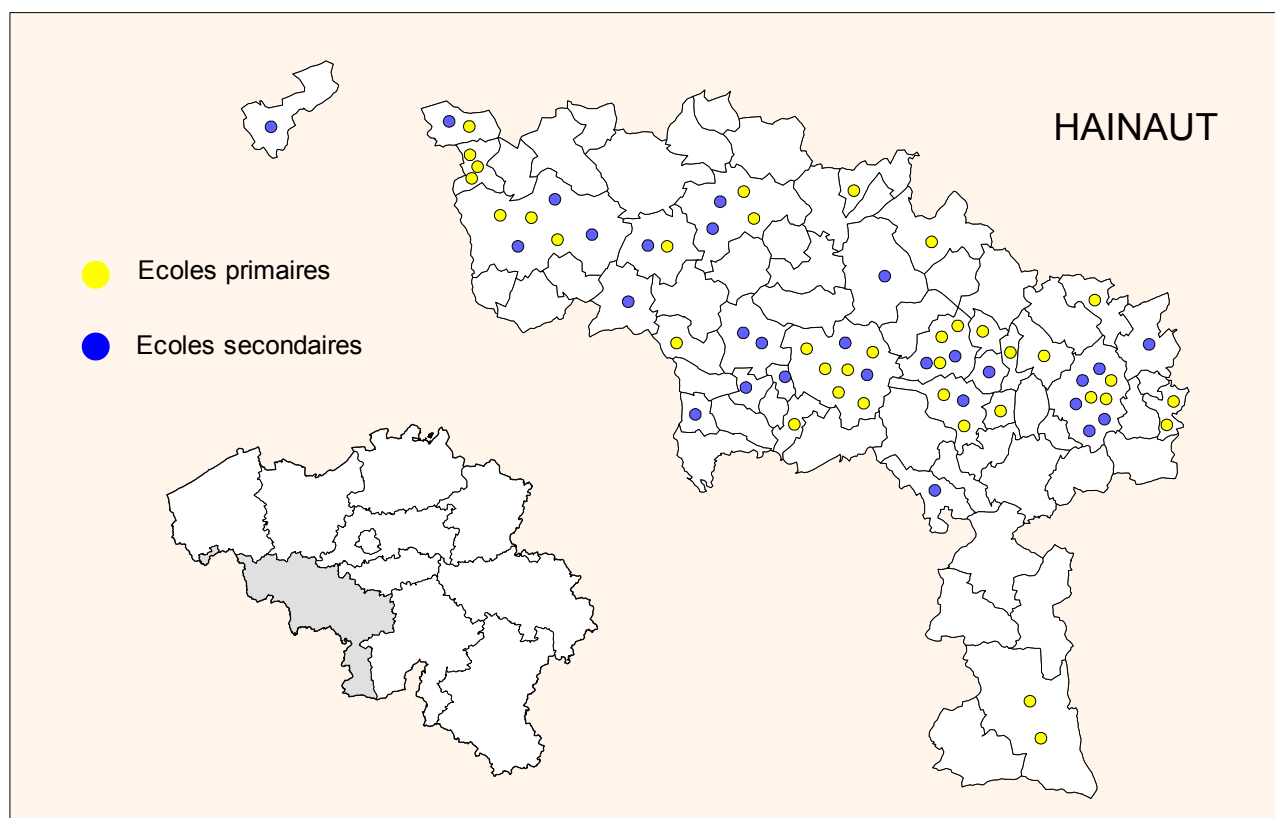


Figure I. Ecoles primaires et secondaires participant à l'enquête « Pour la santé des jeunes »

Le protocole d'enquête a été préparé à l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), en concertation étroite avec l'équipe picarde, pour rendre les résultats comparables. Des éléments méthodologiques avaient été étudiés au cours de plusieurs réunions internationales organisées par le groupe «Santé du Cœur» du REFIPS, avec l'appui de la Direction Régionale de la Santé de Montréal. Le protocole a été approuvé par un Comité scientifique d'accompagnement externe et par les Comités d'éthique des hôpitaux de Tivoli et d'Ambroise Paré.

Après avoir obtenu l'accord des directions d'école et des parents pour l'examen physique et la prise de sang, l'équipe d'enquête de l'OSH a organisé le recueil des données par classe.

Les élèves débutaient la journée par la prise de sang, destinée à mesurer les lipides sanguins. Après un petit déjeuner, ils poursuivaient par l'examen physique. Celui-ci comprenait la mesure du poids, de la taille et de la pression artérielle. Pour terminer cet examen physique, les élèves participaient alors à un test d'endurance physique, en l'occurrence le test de Léger. De retour en classe, les élèves complétaient un questionnaire, sous la supervision des infirmières de l'OSH. Le questionnaire portait sur les habitudes de vie, comme l'activité physique, l'alimentation ou la consommation de tabac par exemple; sur les opinions et les connaissances liées à la santé ainsi que sur des indications

relatives au bien-être psychologique. Il comprenait en outre des données descriptives de l'environnement familial.

Le recueil des données s'est effectué de mars à septembre 1997.

En tout, 5388 enfants ont été contactés.

Les taux de participation aux trois modules décrits précédemment ont été les suivants :

- Questionnaire : 77,1% (N=4156)
- Examen physique : 58,2% (N=2380)
- Prise de sang : 38,5% (N=1575)

Pour des motifs opérationnels et en collaboration avec les directions d'école, les élèves ont été sélectionnés sur base de la classe, ce qui entraîne une dispersion des âges. A des fins de comparaison avec les autres sites de l'étude (France, Suisse, Québec et Tunisie), il a été décidé de n'inclure que les élèves âgés de 9 à 17 ans. Ainsi, sur les 4156 questionnaires récoltés, 4087 ont été pris en compte dans l'analyse. Les autres questionnaires n'ont pu être utilisés parce que le répondant était trop âgé (N=68) ou trop jeune (N=1).

Cet échantillon respecte les critères de représentation des réseaux (enseignement communal, Communauté française de Belgique, provincial et libre) dans le secondaire. Dans le primaire, les élèves du libre sont surreprésentés au détriment des élèves de l'enseignement communal.

En ce qui concerne la répartition des élèves par filière d'enseignement, la proportion d'élèves de l'enseignement technique dans notre échantillon est supérieure à celle du Hainaut au détriment du professionnel (tableau 1).

TABLEAU 1. Comparaison de la répartition des élèves par réseau et par filière dans l'enquête et dans le Hainaut

REPARTITION DES ELEVES (en %)		
<i>Primaire</i>		
	Hainaut*	Enquête "Pour la santé des jeunes"
CFB	10,7	15,7
Libre	45,8	55,0
Communal	43,2	26,3
Provincial	0,8	2,9
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Secondaire</i>		
	Hainaut	Enquête "Pour la santé des jeunes"
CFB	28,3	25,0
Libre	52,7	52,8
Communal	6,0	6,9
Provincial	14,3	15,2
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
REPARTITION DES ELEVES PAR FILIERE DANS LE SECONDAIRE (en %)		
	Hainaut	Enquête "Pour la santé des jeunes"
	(2e degré)	
Général	41,8	41,6
Technique	26,8	39,0
Professionnel	31,3	19,4
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

*Source : Ministère de l'Education , de la Recherche et de la Formation de la Communauté française, 1993-1994

Les taux de participation à l'examen physique et à la prise de sang sont plus élevés dans le primaire que dans le secondaire. Cette différence se marque principalement entre les deux groupes les plus jeunes (10 et 13 ans) et celui des 16 ans. La participation à l'examen physique est de 61% dans le groupe des plus jeunes, 53% chez les 13 ans et 28% chez les aînés. Ces chiffres sont respectivement de 40%, 35% et 19% en ce qui concerne la prise de sang. La répartition des participations aux modules « examen physique » et « prise de sang » est dans l'ensemble représentative des réseaux d'enseignement.

Par rapport à la filière d'enseignement, la proportion des aînés ayant participé à ces deux modules n'est en moyenne que de 14% dans l'enseignement professionnel, alors que ces jeunes représentent 31% de la population scolarisée de cet âge dans le Hainaut. Les analyses multivariées permettront de présenter les résultats ajustés en fonction des différents paramètres socio-économiques et démographiques considérés (voir infra).

2. Méthodes d'analyse

Après avoir étudié la distribution des principales variables, nous avons analysé les données en fonction de différents paramètres susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Il s'agit des paramètres socio-économiques et démographiques suivants : le sexe, le groupe d'âge, la nationalité du père, la composition du ménage, le nombre de revenus dans le ménage et la qualification professionnelle du père. Pour les aînés, les résultats ont été également analysés en fonction de la filière d'enseignement : enseignement général, technique et professionnel.

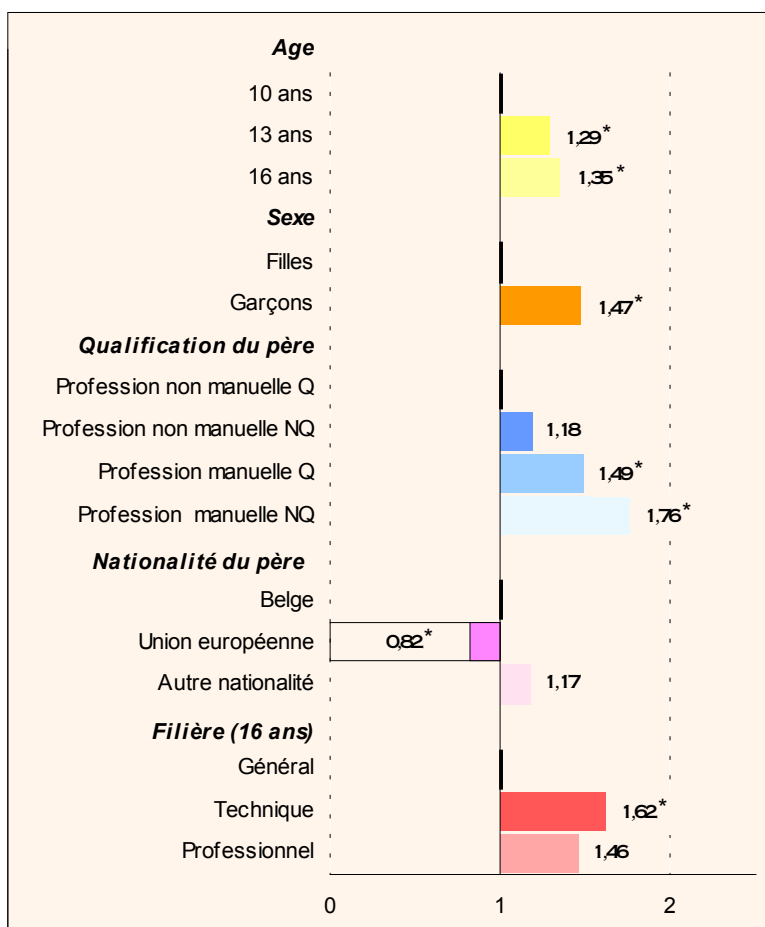
L'association entre deux variables est mesurée par le test du chi carré de Pearson. Le seuil de signification de 5% a été retenu.

Etant donné que plusieurs paramètres (ou variables indépendantes) peuvent se trouver liés entre eux, il est nécessaire d'en tenir compte simultanément. C'est pourquoi des analyses multivariées (régression logistique) ont été conduites pour d'une part, obtenir une appréciation du risque ajusté en fonction des différents paramètres (groupe d'âge, sexe, orientation scolaire, nationalité, composition du ménage, nombre de revenus dans le ménage et qualification professionnelle du père), et d'autre part, mettre en évidence les associations les plus significatives entre ces paramètres et certains aspects de la santé.

Pour l'analyse multivariée, une catégorie de référence a été choisie pour chacun des paramètres socio-démographiques considéré. Pour cette catégorie de référence, le facteur étudié reçoit, par définition, une valeur de risque 1. Les autres catégories y seront comparées. Par exemple, pour le sexe, ce sont les filles qui représentent la catégorie de référence. Pour la variable «nombre de revenus», ce sont les familles à deux revenus qui constituent la catégorie de référence. La présentation des résultats de la régression logistique montrera les rapports de cote, ou, en d'autres termes, le résultat du rapport entre les différentes catégories de la variable et la catégorie de référence. Si la valeur de ce rapport est supérieure à l'unité, cela signifie un «risque» supérieur pour la catégorie considérée en comparaison avec la catégorie de référence. Une valeur inférieure à l'unité, par contre, signifie un risque moindre.

Donnons un exemple. La consommation de frites a été recodée pour la régression logistique en deux catégories : «plus d'une fois par semaine» et «une fois par semaine ou moins». Le rapport de cote des garçons est de 1,47. Cela signifie que les garçons sont 1,47 fois plus nombreux que les filles à consommer des frites plus d'une fois par semaine. Par contre le rapport de cote du groupe de nationalité «Union européenne» est de 0,82, indiquant par là une consommation moins fréquente chez ces enfants que chez les Belges, qui représentent la catégorie de référence pour la variable «nationalité».

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés sous forme de figure. Si l'on reprend l'exemple décrit au paragraphe précédent, la colonne des garçons sera représentée par une barre qui aura la valeur 1,47, tandis que les élèves d'origine « Union européenne » sont représentés par une barre qui aura la valeur 0,82. La différence entre cette valeur et l'unité est représentée par une barre colorée, qui visualise la réduction du risque par rapport à la catégorie de référence. La représentation graphique de ces résultats est illustrée ci-dessous.



Le lecteur intéressé trouvera le détail des régressions logistiques dans les tableaux en annexe.

Le regroupement des **âges** a été effectué en trois catégories : les plus jeunes, âgés de 9, 10 et 11 ans au moment de l'enquête (32% de l'échantillon) ; les «moyens», âgés de 12, 13 et 14 ans (37%) et les aînés de 15, 16 et 17 ans (31%). Dans la présentation des résultats, lorsque le groupe d'âge «10 ans» est indiqué, il s'agit du groupe des élèves les plus jeunes et donc âgés de 9, 10 et 11 ans. Il en va de même pour les deux groupes plus âgés.

La **nationalité** des deux parents était demandée dans le questionnaire. Les quarante-huit nationalités différentes représentées ont été rassemblées en trois catégories : Belges, Union européenne et une troisième catégorie reprenant les autres nationalités. On observe une concordance entre la nationalité du père et de la mère dans la plupart des ménages (77% des cas). Les résultats seront présentés en fonction de la nationalité du père.

Les familles ont été groupées en trois catégories selon leur **composition** : les familles où l'enfant vit avec ses deux parents, les familles recomposées et les familles monoparentales.

Une estimation des **revenus** est donnée par le nombre de revenus du travail dans les ménages : 2 revenus, 1 revenu et les ménages qui ne disposent pas de revenu du travail.

Les **professions** ont été classées en quatre catégories sur deux axes de dimensions établissant une distinction d'une part, entre les professions manuelles et les autres ; d'autre part, en tenant compte du niveau de compétence requise.

Professions manuelles («*cols bleus*»)

- Catégorie 1 : manuels non qualifiés : professions manuelles peu ou pas qualifiées (ouvriers essentiellement),
- Catégorie 2 : manuels qualifiés : artisans, commerçants, restaurateurs et techniciens.

Professions non manuelles («*cols blancs*»)

- Catégorie 3 : non manuels non qualifiés : employés peu ou moyennement qualifiés,
- Catégorie 4 : non manuels qualifiés : cadres, professions libérales, professions intermédiaires et enseignants.

Toutes les données issues des questionnaires reposent sur les déclarations des enfants.

La description de l'échantillon est reprise dans le tableau 2.

TABLEAU 2. Description de l'échantillon (N=4087)

	%	N
SEXE		
Garçons	51,3	2096
Filles	48,7	1988
GROUPE D'AGE		
9-10-11 ans	32,4	1325
12-13-14 ans	36,8	1505
15-16-17 ans	30,8	1257
NATIONALITE DU PERE		
Belge	67,5	2644
Union Européenne	25,0	980
Autre nationalité	7,4	291
COMPOSITION DU MENAGE		
Vit avec ses deux parents	75,7	2980
Famille monoparentale	14,9	585
Famille recomposée	9,4	371
TRAVAIL DES PARENTS		
Les 2 parents travaillent	53,8	2017
Un parent travaille	35,9	1345
Aucun parent ne travaille	10,4	389
PROFESSION DU PERE		
Profession manuelle NQ*	46,6	1657
Profession manuelle Q**	21,2	754
Profession non manuelle NQ	14,7	524
Profession non manuelle Q	17,4	620
FILIERE D'ENSEIGNEMENT (groupe 16 ans)		
Général	41,6	497
Technique	39,0	466
Professionnel	19,4	232
RESEAU D'ENSEIGNEMENT		
<i>Primaire</i>		NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS
Communauté française de Belgique		4
Libre		17
Communal		16
Provincial		1
<i>Secondaire</i>		
Communauté française de Belgique		7
Libre		12
Communal		2
Provincial		6
*NQ : non qualifiée		
**Q : qualifiée		



II. RESULTATS

La sélection des données présentées a pour objet d'esquisser une image globale de la santé des jeunes et des adolescents de la Province du Hainaut et de mettre en évidence les facteurs qui s'y rapportent, qu'ils soient comportementaux, sociaux, démographiques ou culturels. Les comparaisons avec la Picardie et les autres sites d'enquête seront présentées ultérieurement.

C'est d'abord la santé qui sera décrite : santé représentée, appréciation subjective de l'état de santé, information de santé, consommation médicale et données relatives à l'examen physique et aux examens sanguins.

Les comportements pouvant influencer la santé seront ensuite décrits: l'alimentation, l'activité physique, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues.

Quelques indications relatives au bien-être psychologique, à l'estime de soi, à l'influence des pairs et au rapport au corps viendront compléter le tableau.

1. La santé

1.1. Les représentations de santé et l'information relative à la santé

Ce qu'ils nous disent:

- *La santé, c'est être en forme, bien dans son corps. C'est aussi ne pas être malade, avoir une vie saine, faire attention à soi. La santé, cela dépend plutôt de nous, de nos choix, de nos comportements.*
- *Pour ne pas être malades, les jeunes préconisent de manger convenablement, vivre sainement, se couvrir avant de sortir et ne pas prendre froid.*
- *Le rôle de l'alimentation dans la genèse des maladies cardio-vasculaires est sous-estimé.*
- *Plus de la moitié des élèves ont reçu de l'information relative à la santé. Un quart à un tiers d'entre eux en demandent davantage.*

Comment les jeunes interrogés se représentent-ils la santé? Que pensent-ils devoir mettre en œuvre pour éviter la maladie? Pensent-ils pouvoir être eux-mêmes acteurs de leur santé?

Ces questions ont été posées sous forme ouverte. Différents axes de définitions peuvent ainsi être dégagés, après groupement des catégories de réponse.

1.1.1. Définitions de la santé

A la question «Qu'est-ce que cela veut dire pour toi, la santé?», 3 possibilités de réponse étaient offertes. Ces réponses ont été groupées en 7 axes de définitions (tableau 3).

TABLEAU 3. Définitions de la santé (N=7587)* (en %)

Proposition en rapport avec :	%
Le bien-être physique	24,7
L'absence de maladie et de consultation médicale	17,9
L'hygiène de vie	17,7
Le bien-être psychologique	17,4
La capacité d'agir	8,9
La santé, valeur fondamentale	8,7
Divers	4,6
<i>Total</i>	<i>100,0</i>

** supérieur à 4087, plus d'une réponse possible*

La santé est d'abord définie comme bien-être physique (25% de l'ensemble des réponses). Etre en bonne santé est synonyme d'être en forme, d'avoir des forces. La référence au corps (« respect de son corps, « beau corps ») et à l'aspect physique est incluse dans cette catégorie.

La santé est ensuite définie en référence à son contraire: la maladie et la consultation médicale. La santé est ici comprise comme absence de maladie, en négatif de l'énoncé (18%). Etre en bonne santé signifie ne pas être malade, ne pas devoir prendre de médicaments.

En troisième lieu, les jeunes associent la santé à l'hygiène de vie, incluant les comportements de santé, l'alimentation et l'absence d'assuétude (18%).

Le bien-être psychologique récolte quasi autant de suffrages : être en bonne santé, c'est être « bien dans sa peau », « ne pas avoir de problèmes psychologiques », « être bien avec les autres » « ne pas avoir de stress », « c'est vivre avec un certain équilibre ».

Viennent ensuite les aspects fonctionnalistes (la santé comme capacité d'agir, de travailler), puis la santé définie comme valeur (9%) : « la santé, c'est quelque chose de très important », « c'est l'essentiel ».

Enfin, une catégorie reprend les définitions atypiques et les tautologies («la santé, c'est être en bonne santé») (5%).

Près de huit jeunes sur dix donnent donc une connotation positive et variée au concept de santé. La représentation plus négative liant santé à l'absence de maladie et au recours aux soins recueille moins de 20% des avis.

Les différences marquées apparaissent entre groupes de nationalité: les Belges sont près de deux fois plus nombreux que les enfants d'origine étrangère hors Union européenne à définir la santé par son contraire, en faisant référence à la maladie et aux soins : 16% des Belges, 8% des étrangers hors Union européenne ($p < 0,05$). Des différences en fonction de l'âge apparaissent également: les élèves du secondaire (13 et 16 ans) définissent plus souvent que les cadets la santé en terme de

bien-être (physique ou psychique) ($p < 0,001$). A noter aussi que les plus jeunes citent plus souvent les définitions négatives : 20% des 10 ans, 13% des 13 ans et des 16 ans.

1.1.2. Attitudes par rapport à la prévention des maladies

A la question «Que faut-il faire pour ne pas être malade?» (3 possibilités de réponses au maximum), les points de vue les plus souvent cités font référence au fait de se couvrir (par exemple ne pas sortir avec des cheveux mouillés s'il fait mauvais, 23% des réponses) (tableau 4).

TABLEAU 4. Que faut-il faire pour ne pas être malade? (N=7681)* (en %)

	%
Se couvrir	23,4
Soigner son alimentation	22,6
Prévention et hygiène	15,1
Eviter les assuétudes	13,1
Pratiquer un sport	11,6
Recourir aux soins médicaux	8,0
Divers	5,7
Rien à faire	0,6
<i>Total des réponses</i>	<i>100,0</i>

** supérieur à 4087, plus d'une réponse possible*

Les réponses en rapport avec l'alimentation (manger des fruits, prendre son petit déjeuner, manger équilibré, éviter les graisses...) représentent aussi près de 23% des réponses.

Les soins et l'hygiène (« avoir une vie saine », « ne pas s'approcher des malades », « se protéger »...) viennent ensuite avec 15% des réponses et sont suivis par l'importance d'éviter le tabac, l'alcool et les drogues (13%). Très peu d'enfants (0,6%) estiment qu'il n'y a rien à faire pour éviter l'apparition des maladies.

Dans la prévention des maladies, les filles font davantage référence à l'alimentation que les garçons (29% des filles, 23% des garçons). Ces derniers soulignent surtout le rôle du sport. Les plus jeunes sont bien entendu plus nombreux à évoquer l'importance de se couvrir correctement: 37% des 10 ans, mais ce sage précepte récolte encore 22% des suffrages des 16 ans. Les plus âgés (13 et 16 ans) citent trois fois plus souvent le fait d'éviter de fumer, de consommer de l'alcool ou de la drogue. Les étrangers (hors Union européenne) insistent davantage sur le rôle de l'alimentation (30% d'entre eux), tandis que les Belges et les élèves de l'Union européenne (non Belges) invoquent deux fois plus souvent le fait d'éviter les drogues, le tabac ou l'alcool.

Au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'échelle de la qualification professionnelle du père, la pratique d'un sport est plus fréquemment citée comme moyen préventif (16% dans la catégorie des professions les plus qualifiées, 9,5% dans la catégorie des professions manuelles non qualifiées) ($p < 0,001$).

Chez les aînés, des différences apparaissent aussi entre les filières d'enseignement: les élèves de l'enseignement général citent plus souvent l'importance ou le rôle de l'alimentation et la pratique d'un sport dans la prévention des maladies; ceux de la filière professionnelle les soins, l'hygiène et la consultation médicale. Dans l'enseignement général, 17% des élèves invoquent le sport, ils ne sont que 7% en filière professionnelle ($p < 0,001$).

1.1.3. La santé, une question de chance?

A la question «La santé, est-ce une question de chance?», une courte majorité (56%) répond négativement et s'estime par là acteur et responsable de sa santé. Par contre, un peu plus d'un quart (26%) répond par l'affirmative et estime que la santé est effectivement une question de chance. Dans ce cas, les déterminants de la santé sont situés en dehors de la responsabilité individuelle, comme étant le fait du hasard ou de la fatalité. Les 18% restant déclarent ne pas pouvoir répondre (figure II).

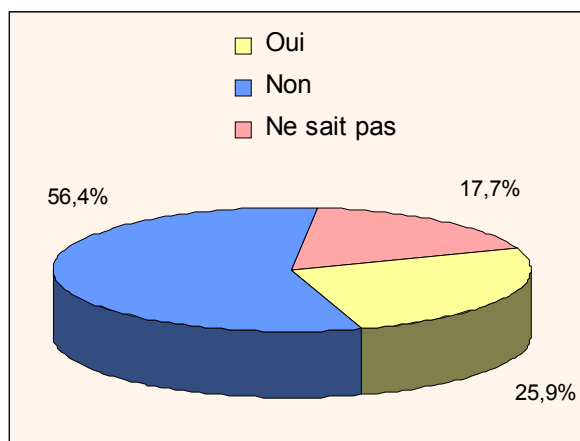


Figure II. La santé, est-ce une question de chance ? (N=3986) (en %)

Lorsqu'ils sont invités à expliciter leur réponse, ceux qui ont répondu négativement à la question confirment que la santé dépend des choix et des comportements.

Ceux qui ont répondu positivement estiment par contre que la santé ne dépend pas de l'individu mais qu'elle est davantage une question de hasard, de fatalité, d'un «capital santé» hérité à la naissance. Ils évoquent aussi le fait que certaines personnes font attention à leur santé et sont pourtant mal portantes et vice versa. Ils sont aussi plus nombreux que les précédents à ne pas pouvoir donner d'explication.

On compare, dans les différents groupes socio-démographiques, la fréquence de réponses positives à la question «La santé, est-ce une question de chance?». Dans chacun des groupes, les catégories sont comparées à la catégorie de référence (valeur 1).

Les résultats de l'analyse indiquent des différences en fonction (figure III):

- de l'âge : les 13 ans sont les moins nombreux à lier la santé à la chance;
- de la qualification professionnelle : les enfants du groupe « professions manuelles non qualifiées » sont deux fois plus nombreux que ceux du quatrième groupe (professions non manuelles qualifiées) à être d'accord avec le fait que la santé est une question de chance. Il s'agit là d'un gradient social très clair;
- des revenus: la proportion d'élèves en accord avec la proposition est plus importante dans les familles sans revenu du travail;
- de l'orientation scolaire: la proportion de jeunes liant santé et chance est trois fois plus élevée dans l'enseignement professionnel.

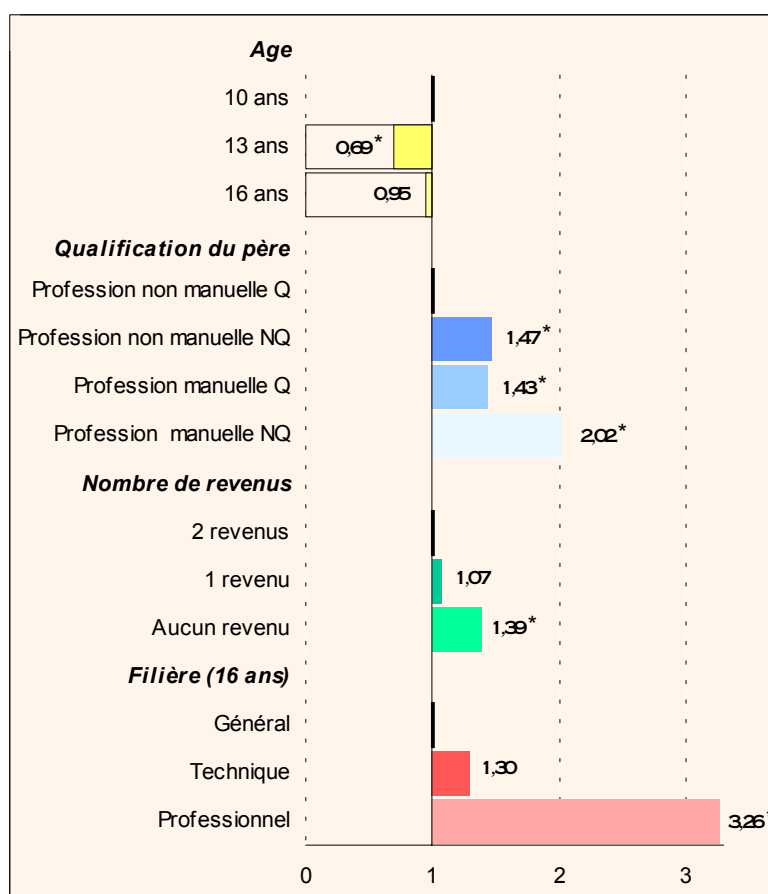


Figure III. Régression logistique de la variable « la santé, c'est une question de chance »

1.1.4. L'origine des maladies du cœur

Il a été demandé aux deux groupes d'âges les plus âgés (13 ans et 16 ans) de donner leur opinion sur l'origine des maladies cardio-vasculaires. Trois réponses au maximum étaient autorisées, à classer dans un ordre décroissant d'importance.

Une série de neuf propositions leur était donnée, dans laquelle deux leurres étaient glissés. Une catégorie résiduelle permettait d'imaginer d'autres origines aux maladies cardio-vasculaires ; ce qui a donné des résultats parfois inattendus, comme par exemple «être paresseux».

C'est le tabac qui est cité en premier lieu comme cause des maladies cardio-vasculaires; il représente 40% des premières réponses. Ensuite viennent le stress et l'alimentation (tableau 5). Le tabac reste le premier facteur cité en terme de fréquence sur le total des réponses.

TABLEAU 5. Opinion sur l'origine des maladies du cœur (en %)

	1e réponse (N=2424)	2e réponse (N=2364)	3e réponse (N=2185)	Total des réponses (en %) (N=6973)
Tabac	39,9	20,7	9,7	23,9
Stress	22,2	23,6	23,1	22,9
Alimentation	12,1	13,6	10,8	12,2
Famille/âge	8,1	11,0	13,2	10,7
Manque de sport	5,5	11,8	11,2	9,4
Imprévisible	6,4	5,8	8,7	6,9
Autres	5,8	13,5	23,3	13,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Le score modeste de l'alimentation traduit probablement une sous-estimation de l'importance de ce facteur dans la genèse des maladies du cœur. Les antécédents familiaux et l'âge récoltent 11% de l'ensemble des réponses. Le manque de sport n'est cité que dans 9% des réponses.

Les leurre (comme le soleil par exemple) ne représentent qu'un peu moins de 7% de l'ensemble des réponses. Le manque de soins et de consultation médicale, de même que le côté imprévisible de ces maladies sont également cités dans 7% des cas, sur l'ensemble des trois réponses autorisées.

Une analyse bivariée de la cause considérée comme la plus importante montre que des différences statistiquement significatives apparaissent en fonction de tous les paramètres étudiés - mis à part les revenus -. Les jeunes du groupe des 16 ans incriminent davantage l'alimentation : (15% des 16 ans, 9% des 13 ans) et les antécédents familiaux (11% et 6 % respectivement). Les 13 ans citent plus fréquemment le tabac ($p < 0,001$). Le manque de sport est plus souvent souligné par les garçons; les composantes familiales (hérédité) et l'âge par les filles ($p < 0,001$). Dans l'enseignement professionnel, c'est le tabac et le stress qui sont surtout cités; dans l'enseignement général, une mauvaise alimentation ($p < 0,001$). Le tabac et le manque de sport sont des causes davantage évoquées chez les enfants d'origine étrangère que chez les Belges ($p < 0,05$).

Des différences apparaissent encore en fonction de la qualification professionnelle du père: le stress est considéré plus souvent comme source des maladies du cœur parmi les professions manuelles (entre 24 et 25 % dans les professions manuelles, entre 17 et 18 % chez les non manuelles), alors qu'une mauvaise alimentation et le manque de sport apparaissent plus fréquemment parmi les professions non manuelles ($p < 0,001$).

Selon une étude réalisée aux Etats-Unis (Texas), 62% des jeunes interrogés citent en premier lieu l'exercice physique comme comportement à adopter en vue de diminuer le risque de contracter une maladie cardio-vasculaire. En deuxième lieu vient une alimentation de qualité (56%) et en troisième lieu, l'abstention du tabac (40%)^[1].

1.1.5. L'information relative à la santé

Entre 50 et 65% des jeunes interrogés déclarent avoir reçu de l'information relative à la santé sur les thèmes suivants : l'alcool, le tabac, la drogue, l'alimentation et la sexualité (tableau 6).

TABLEAU 6. Avez-vous reçu de l'information relative à la santé ? (N=2542) (en %)

	Oui	Oui, et en veut plus	Total oui	Non, et en souhaite plus	Non, mais n'en souhaite pas	Total non
A l'alcool	41,7	8,1	49,9	18,8	31,4	50,2
Au tabac	50,2	10,1	60,3	14,3	25,4	39,7
A la drogue	48,6	13,8	62,4	15,4	22,2	27,6
A l'alimentation	48,2	13,9	62,1	16,8	21,1	27,9
A la sexualité	47,2	17,4	64,6	15,9	19,5	35,4

Ces résultats sont plus élevés que ceux publiés en France en 1994 par l'enquête Health Behavior School Aged Children (HBSC) ou par l'étude de l'Inserm, où, selon les domaines abordés, seulement de 8 à 32% des jeunes de 13 à 15 ans interrogés déclarent avoir reçu de l'information^[2,3] Baudier et coll. indiquent que 50% des jeunes Français interrogés déclarent n'avoir reçu aucune information relative à la santé^[4].

Pourtant un quart à un tiers d'entre eux en demande davantage, surtout concernant la drogue, l'alimentation et la sexualité. Sauf en ce qui concerne la sexualité, les filles sollicitent toujours plus d'information que les garçons. L'impression de saturation qu'éprouvent parfois les éducateurs à la santé ne semble pas justifiée!

1.2. L'évaluation subjective de la santé et les plaintes

Près de 90% des jeunes se sentent en bonne santé, les filles cependant moins que les garçons et les aînés moins que les plus jeunes. Les filles déclarent aussi avoir davantage de problèmes de santé.

Deux questions relatives à la santé perçue ont été posées à tous les jeunes de 9 à 17 ans. La première question vise à avoir une appréciation subjective globale de la santé de l'élève («En général, te sens-tu en bonne santé?»). Quatre possibilités de réponse étaient données, allant de «oui, tout à fait» à «non, pas du tout». Etant donné la faible fréquence de réponses négatives, les «non, pas du tout» et les «plutôt non» ont été regroupés.

La deuxième question se rapporte à la fréquence de survenue d'un certain nombre de plaintes durant l'année écoulée.

La figure IV donne les fréquences de réponse à la première question, dans les différentes catégories de réponses proposées.

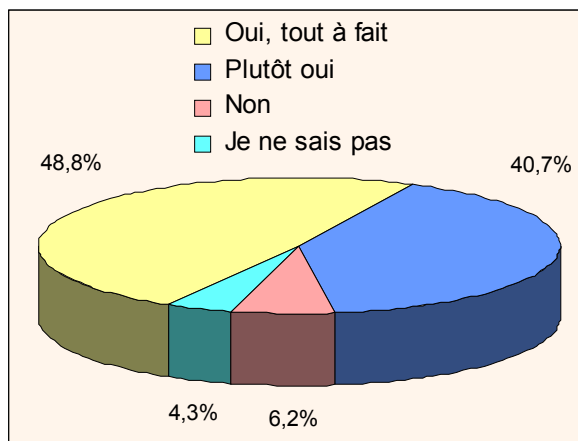


Figure IV. « Te sens-tu en bonne santé? » (N=3982)

Près de 90% des jeunes se sentent en bonne santé. Si près de la moitié des élèves déclarent l'être « tout à fait », on constate cependant que 4 élèves sur 10 sont moins affirmatifs.

Six pour cent des jeunes déclarent ne pas se sentir en bonne santé. Ce pourcentage est comparable à celui obtenu dans d'autres études en Belgique ou à l'étranger. En effet, dans l'enquête menée en 1994 en Communauté française de Belgique (protocole HBSC), 7 à 8 % des jeunes se déclarent en mauvaise santé^[5].

Dans notre enquête, l'appréciation subjective de la santé varie selon l'âge. Les plus jeunes se sentent en bien meilleure santé que les plus âgés ; la différence se marque surtout entre le dernier groupe d'âge (16 ans) et les 2 autres groupes, à savoir 10 ans et 13 ans. La différence ne se situe pas au niveau du pourcentage d'appréciations négatives mais plutôt dans la distribution des réponses entre les «oui, tout à fait» et les «plutôt oui» (58% de «oui, tout à fait» chez les 10 ans, contre 34% chez les 16 ans).

Une étude menée en Flandre en 1996 indique les mêmes tendances^[6] et différences entre les âges.

Nos résultats montrent que l'évaluation subjective de la santé est également fonction du sexe. Les garçons se sentent en meilleure santé que les filles ; le pourcentage de «non » est proche de 8% chez les filles alors qu'il n'est que de 4% chez les garçons.

L'analyse multivariée des caractéristiques du groupe des jeunes ayant répondu «je ne me sens pas en bonne santé» ou «je ne sais pas» montre qu'ils sont:

- moins nombreux chez les 13 ans
- moins nombreux chez les garçons que chez les filles
- plus nombreux chez les jeunes dont le père n'a pas une qualification professionnelle poussée.

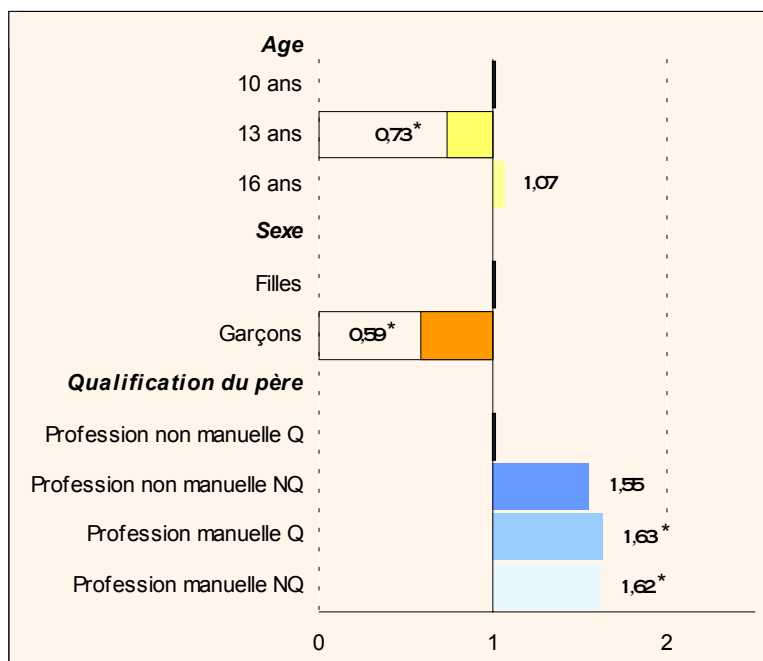


Figure V. Régression logistique de la variable « Ne se sent pas en bonne santé »

Nous n'avons pas retrouvé au sein de notre échantillon des différences significatives selon la filière d'enseignement suivie. Bien que le rapport de cote soit de 1,9 chez les élèves de la filière professionnelle par rapport à la filière générale, il est non significatif au point de vue statistique.

De façon à préciser cette appréciation subjective de la santé, nous avons interrogé les jeunes sur les plaintes qu'ils ont eues durant l'année écoulée : 8 problèmes de santé ont été proposés (problèmes de dos, problèmes de poids, problèmes de croissance, mal de tête, mal de ventre, mal de dents, vertige, fièvre), les élèves ayant à choisir 4 modalités de réponse : «jamais», «rarement», «assez souvent» ou «souvent». Sur base des réponses, nous avons partagé les jeunes en trois catégories : ceux qui ne se sont plaints d'aucun problème de santé, ceux qui rapportent un problème (« souvent ou assez souvent ») et ceux qui déclarent plus d'un problème (« souvent ou assez souvent »).

La figure suivante donne les pourcentages dans chacune de ces catégories.

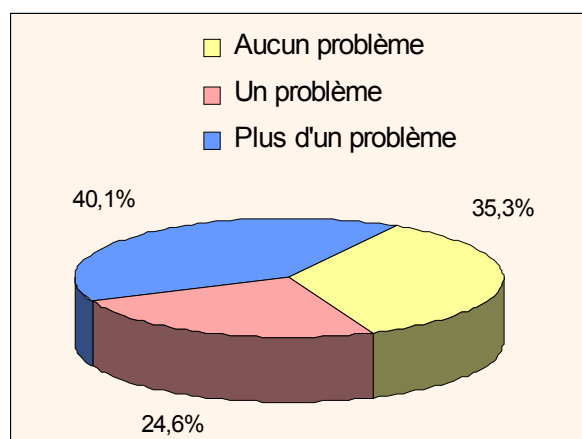


Figure VI. Problèmes de santé présentés « Souvent » ou « Assez souvent » (N=4087) (en %)

Si on analyse ces réponses en fonction du sexe, on constate que près de 50% des filles déclarent plus d'un problème ; ces chiffres sont de 30% chez les garçons.

En analyse multivariée, nous avons comparé le groupe de jeunes présentant «plus d'un problème» aux autres. Les résultats sont présentés dans la figure VII.

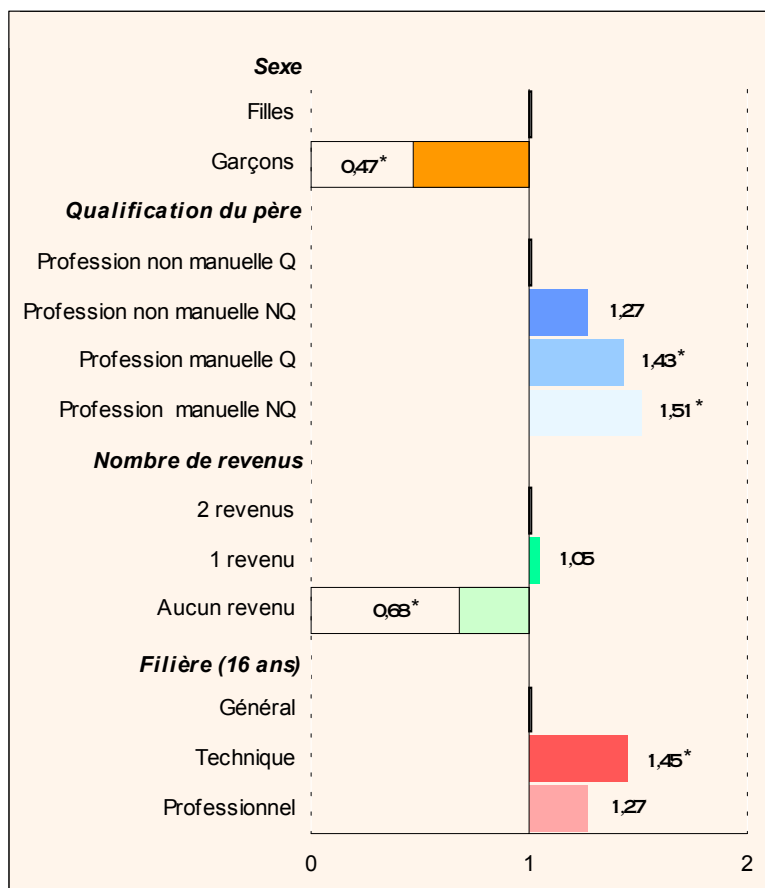


Figure VII. Régression logistique de la variable «Plus d'un problème de santé»

Ces résultats montrent que les jeunes de sexe masculin se plaignent significativement moins que les filles. Les jeunes de familles ne disposant pas de revenu du travail se plaignent moins souvent que les autres.

La qualification professionnelle du père est en relation avec cette déclaration de plaintes. En effet, les enfants dont le père a une profession manuelle sont plus fréquents dans la catégorie «plus d'un problème».

Les jeunes de 16 ans de l'enseignement technique se plaignent significativement plus que ceux fréquentant l'enseignement général.

1.3. La consommation médicale

- 65% des jeunes ont consulté un généraliste au cours de l'année précédant l'enquête.
- Alors qu'une visite annuelle chez le dentiste est souhaitable, seulement 60% des enfants de 10 ans ont effectué cette visite au cours de l'année précédente.
- Des grandes variations sociales sont manifestes : les enfants dont le père n'a pas de qualification professionnelle ou dont la famille ne dispose d'aucun revenu consultent nettement moins souvent les services de soins.

L'enquête s'est intéressée d'une part à l'utilisation des services, à savoir la consultation d'un généraliste, d'un spécialiste et d'un dentiste; et d'autre part à la consommation de médicaments.

1.3.1. La consultation chez un généraliste

Durant l'année écoulée, 65% des jeunes ont consulté un médecin généraliste.

L'analyse multivariée montre que le fait de ne pas avoir consulté un généraliste durant l'année écoulée (35% des élèves) est en relation avec le sexe, l'âge, la qualification professionnelle du père et la filière d'enseignement suivie.

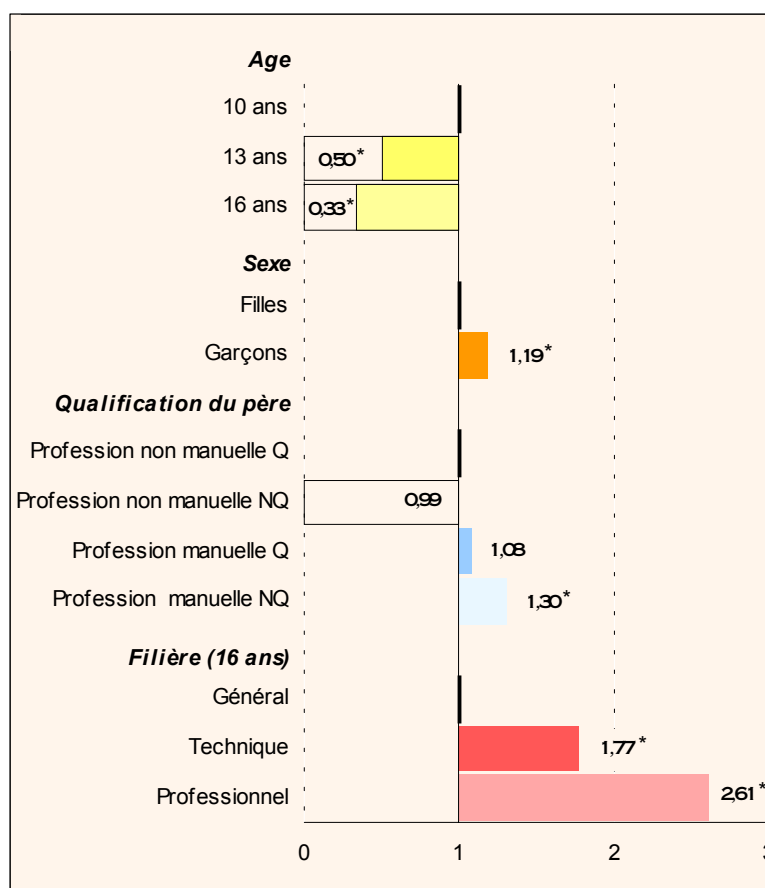


Figure VIII. Régression logistique « N'a pas consulté un généraliste durant l'année écoulée »

Les élèves les plus jeunes sont moins nombreux à avoir consulté que les plus âgés, et les garçons moins que les filles.

On constate un gradient très marqué en fonction de la filière d'enseignement. Chez les 16 ans, on constate que les élèves de la filière professionnelle consultent beaucoup moins que les élèves de la filière technique qui, eux-mêmes, se rendent moins souvent chez le médecin que les jeunes de la filière d'enseignement général. Le gradient est moins net par rapport à la qualification professionnelle du père: les élèves dont le père fait partie de la catégorie professionnelle «manuelle non qualifiée» consultent moins souvent que les jeunes dont le père fait partie de la catégorie la plus qualifiée.

1.3.2. Consultation chez un dentiste

La santé dentaire a été étudiée chez les plus jeunes par la question : « Durant l'année écoulée, as-tu consulté un dentiste ? ».

Seulement, 60 % des jeunes de 9 à 11 ans ont eu un contact avec un dentiste. Ce pourcentage diffère selon le sexe (57% chez les garçons contre 64% chez les filles) mais aussi selon le nombre de revenus du travail dans le ménage : 50% des enfants de famille n'ayant aucun revenu n'ont pas consulté de dentiste durant l'année écoulée. Ce pourcentage passe à 47% dans les familles à un revenu et à 34% dans les familles qui bénéficient de deux revenus.

Un même gradient social est observé en fonction de la qualification professionnelle du père. Près de 70% des enfants dont le père exerce une profession «non manuelle qualifiée» ont effectué une visite chez un dentiste durant l'année écoulée. Ce pourcentage tombe à 56 % chez les enfants dont le père fait partie de la catégorie professionnelle la moins qualifiée.

La régression logistique donne les résultats illustrés à la figure IX.

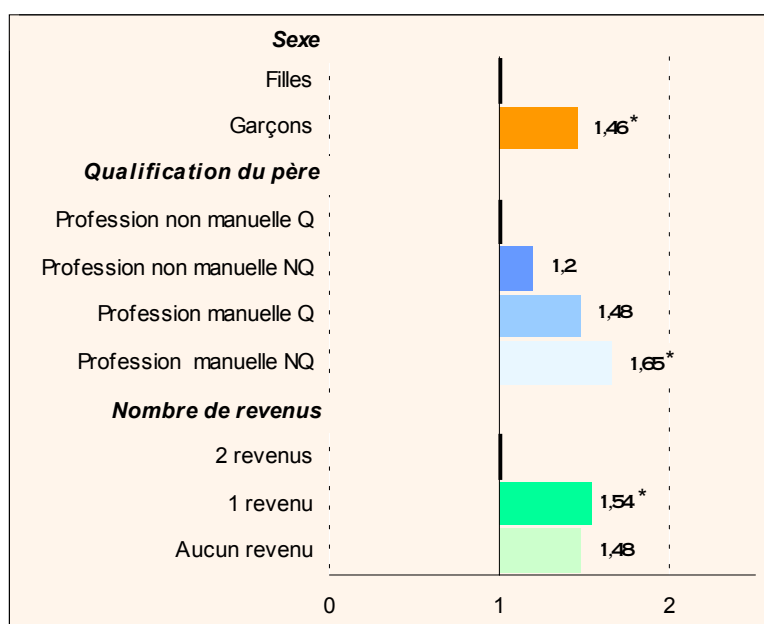


Figure IX. Régression logistique « N'a pas consulté un dentiste» (uniquement posé aux 10 ans)

La visite chez le dentiste est plus fréquente chez les filles que chez les garçons; elle est moins fréquente si la famille ne dispose que d'un seul revenu du travail et si le père appartient à la catégorie des professions la moins qualifiée.

Les données de l'enquête montrent donc que l'utilisation des services de santé de base pour les enfants est nettement influencée par des facteurs sociaux et économiques.

1.3.3. La consultation chez un spécialiste

Au-delà de la consultation de première ligne (médecin généraliste), l'étude s'est intéressée à la consultation chez le spécialiste. L'analyse a été réalisée par groupe d'âge (10 ans d'une part, 13-16 ans d'autre part), les questions ayant des degrés de détails différents en fonction de l'âge des élèves. Les pourcentages d'élèves ayant eu au moins un contact avec un spécialiste durant l'année écoulée sont respectivement de 30%, 43% et 48% chez les 10, 13 et 16 ans.

Chez les 10 ans, on observe une fréquence plus importante chez les filles que chez les garçons (34% contre 28%). En régression logistique, cette différence reste significative ; le rapport de cote pour l'absence de consultation chez les garçons est de 1,43.

Chez les 13 - 16 ans, on constate les mêmes différences en ce qui concerne le sexe : 49% de filles pour 39% de garçons chez les 13 ans, et 56% de filles pour 40% de garçons chez les 16 ans.

Le nombre de revenus professionnels est également en relation avec la consultation chez le spécialiste. En effet, 46% des 13 ans dont la famille dispose de 2 revenus ont consulté un spécialiste. Ce pourcentage passe à 43% si le ménage dispose d'un seul revenu et à 35% s'il ne dispose d'aucun revenu du travail. Les mêmes différences sont constatées chez les 16 ans : on passe respectivement de 54% à 47% et 32% lorsque le ménage dispose de 2 revenus, d'1 revenu ou ne dispose d'aucun revenu du travail.

Chez les 13 ans, un gradient est également observé en fonction de la qualification professionnelle du père : lorsque l'on passe de la catégorie la moins qualifiée à la plus qualifiée, les pourcentages de consultation du spécialiste passent de 40% à 52%.

En régression logistique, seuls le sexe (les garçons consultent moins que les filles) et la profession du père (consultation moins fréquente parmi les jeunes dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée) présentent des rapports de cote significatifs chez les 13 ans.

Chez les 16 ans, selon la filière d'étude, des différences sont également constatées : 58% des élèves de l'enseignement général ont consulté un spécialiste ; ce pourcentage passe à 44% en filière technique et à 41% en filière professionnelle.

Toujours dans cette tranche d'âge, les garçons consultent moins que les filles. Les jeunes de familles ne disposant d'aucun revenu du travail ou d'un seul revenu du travail consultent beaucoup moins que les élèves vivant dans des ménages à deux revenus (rapports de cote respectivement de 2,0 et 1,4) (figure X).

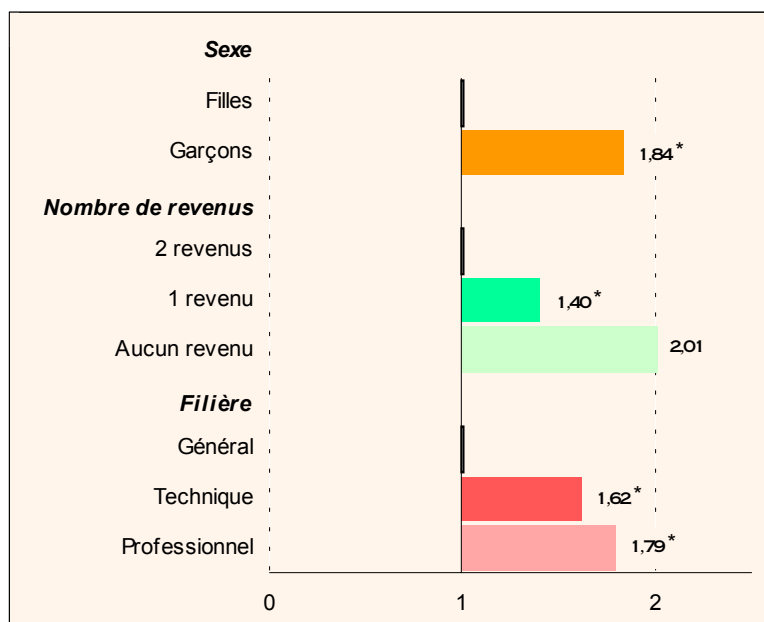


Figure X. Régression logistique « N'as pas consulté un spécialiste » (16 ans uniquement)

La différence de pourcentage constatée selon la filière d'enseignement suivie reste significative en régression logistique. Les élèves des filières technique et professionnelle consultent moins le spécialiste que les jeunes qui suivent la filière générale.

1.3.4. La consommation de médicaments

La consommation médicamenteuse des 13 ans et des 16 ans a été évaluée en leur proposant une liste de cinq familles de produits (contre la douleur, pour être en forme, les produits homéopathiques, contre la nervosité et l'angoisse, pour dormir), pour lesquels les jeunes étaient invités à indiquer la fréquence de consommation.

Le tableau 7 donne les fréquences de consommation déclarées par les jeunes.

TABLEAU 7. Consommation de cinq types de médicaments chez les 13 et 16 ans (N= 2550) (en%)

Médicaments	2à3X/sem		Jamais ou rarement	Total
	ou tous les jours	2 à 3X/mois		
Contre les douleurs	10,2	18,8	71,0	100
Contre la fatigue	7,8	4,8	87,4	100
Homéopathique	3,5	3,3	93,1	100
Contre la nervosité et l'angoisse	3,3	2,8	93,9	100
Pour dormir	1,6	1,6	96,7	100

Les médicaments contre la douleur viennent en tête avec près de 30% des jeunes qui en consomment au moins 2 fois par mois. Les médicaments contre la fatigue viennent en seconde position (près de 13%).

1.4. L'examen physique : variables anthropométriques et biologiques

- *Un jeune sur cinq présente un excès de poids. La fréquence de la surcharge pondérale est plus importante dans les catégories sociales moins favorisées.*
- *Le taux de cholestérol dans le sang est élevé chez près d'un jeune sur cinq.*
- *La condition physique des jeunes du Hainaut est inférieure à celle observée dans la Communauté française de Belgique.*

Les paramètres anthropométriques ont été mesurés chez 2375 jeunes, soit 57% de l'échantillon et parmi eux, 1575 ont accepté un dosage du cholestérol sanguin, soit 38% des élèves.

Les données relatives au poids, à la taille et aux plis cutanés permettront d'estimer les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité. On présentera également les données concernant le cholestérol total, qui constitue un facteur de risque important des maladies cardio-vasculaires.

En termes de probabilité, il est établi qu'un jeune en surcharge pondérale ou dont le cholestérol sanguin est élevé présente un risque important de maintenir ces facteurs de risque jusqu'à l'âge adulte^[7,8].

1.4.1. Surcharge pondérale et obésité

La première difficulté, lorsque l'on étudie la surcharge pondérale et l'obésité, réside dans le choix des références et des normes.

Les résultats sont présentés par rapport aux normes proposées par le Comité d'experts de l'OMS^[9].

- La surcharge pondérale est définie par l'indice de Quételet, par âge, supérieur ou égal au percentile 85 des normes NHANNES I (normes américaines) ^[9,10, 11] Rappelons que l'indice de Quételet ou Indice de Masse Corporelle ou BMI (Body Mass Index) est égal à poids / taille².
- L'obésité est définie sur base de trois paramètres : un indice de Quételet supérieur ou égal au percentile 85 ET un pli cutané tricipital supérieur ou égal au percentile 90 des normes américaines ET un pli cutané sous-scapulaire supérieur ou égal au percentile 90 des mêmes normes américaines^[9,10,11]. De cette façon, les jeunes de poids élevé mais ne présentant pas d'excès de masse grasseuse (mesurée par les plis cutanés) sont exclus de cet indicateur «obésité». Dans la présentation des données, les jeunes présentant de l'obésité sont bien sûr inclus dans la catégorie «surcharge pondérale».

La surcharge pondérale

Dans l'échantillon, la part des jeunes qui présentent un excès de poids est de 21,5%, soit plus d'un jeune sur cinq.

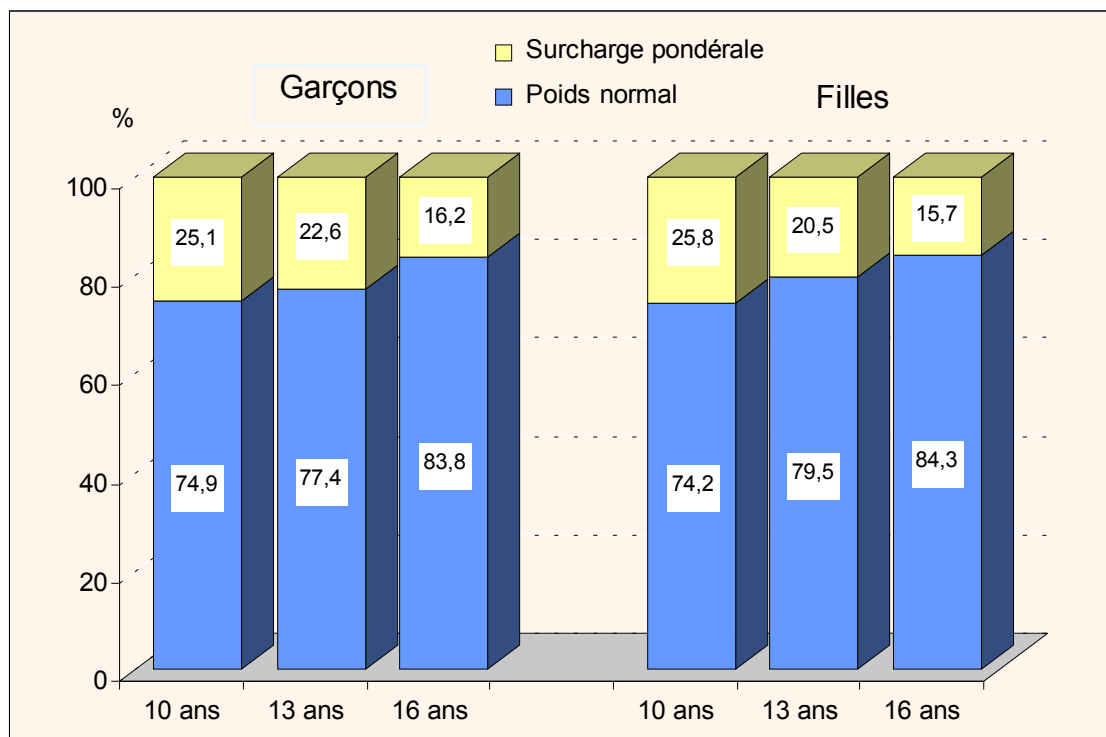


Figure XI. Surcharge pondérale chez les jeunes par groupe d'âge et par sexe (N=2366) (en %)

Si l'on ne constate pas de différence entre les deux sexes, par contre une différence importante est observée en fonction de l'âge. C'est le groupe des 10 ans qui présente le pourcentage le plus important de jeunes en surcharge pondérale. En effet, 25% d'entre eux présentent un excès de poids. Ce pourcentage est de 16% chez les adolescents de 16 ans (figure XI).

Les jeunes vivant en famille monoparentale présentent plus fréquemment une surcharge pondérale : près de 27% de ces enfants contre 20% parmi ceux vivant avec leurs deux parents. On constate que 23% des jeunes dont le père exerce une profession manuelle présentent une surcharge pondérale; ce pourcentage n'est que de 15% dans le groupe des professions les plus qualifiées.

Selon la filière d'enseignement, les pourcentages de surcharge pondérale augmentent lorsque l'on passe de l'enseignement général (13%) à l'enseignement technique (17%) et à l'enseignement professionnel (24%). Ces différences sont surtout importantes chez les filles. En effet, les pourcentages sont respectivement de 12%, 17% et 38% pour les trois types d'enseignement.

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans la figure suivante :

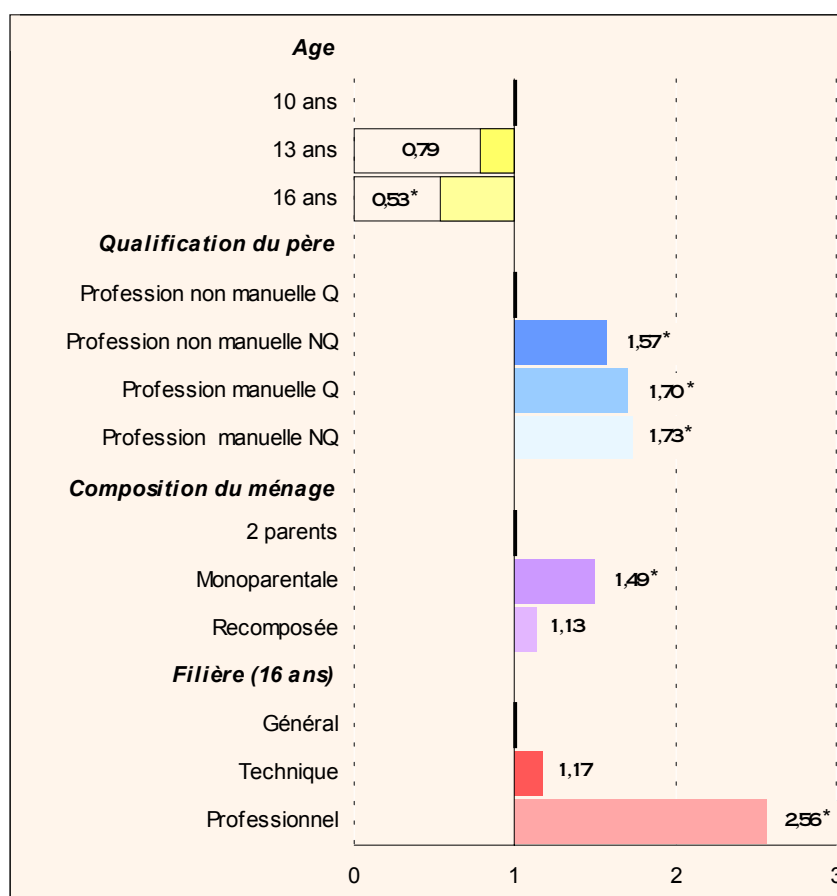


Figure XII. Régression logistique de la surcharge pondérale

Chez les 16 ans, le risque de surcharge pondérale est deux fois moins élevé que chez les 10 ans. Cette surcharge est plus fréquente chez les jeunes de famille monoparentale que chez les jeunes qui vivent avec leurs deux parents. En ce qui concerne la catégorie professionnelle du père, la surcharge pondérale est de plus en plus fréquente lorsque l'on passe du groupe «profession non manuelle» au groupe «profession manuelle».

Chez les 16 ans, c'est parmi les jeunes fréquentant la filière d'enseignement professionnel que l'on retrouve le plus de surcharge pondérale : 2,6 fois plus que dans l'enseignement général.

Dans l'enquête HBSC, la surcharge pondérale calculée au départ des poids et taille déclarés par les jeunes a été estimée à 18% tous âges et sexes confondus^[5].

L'obésité

Dans l'ensemble de l'échantillon, 15% des jeunes peuvent être considérés comme obèses selon les critères décrits plus haut. Ce pourcentage varie selon l'âge (il passe de 19% chez les 10 ans à 10% chez les 16 ans), mais pas suivant le sexe. Comme pour la surcharge pondérale, on enregistre plus de jeunes obèses parmi ceux qui vivent dans une famille monoparentale (20,3%) que parmi ceux qui vivent avec leurs deux parents (14,0%).

La qualification professionnelle du père donne lieu à des différences importantes, comme on a pu l'observer pour la surcharge pondérale. On passe de 10% d'enfants obèses dans les familles dont le père fait partie de la catégorie professionnelle la plus qualifiée à 16% dans les familles dont le père exerce une profession manuelle.

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans la figure XIII.

- On observe moins de problèmes d'obésité chez les 16 ans que chez les 10 ans, par contre, on en observe plus dans les familles monoparentales.
- Une augmentation du taux d'obésité est constatée lorsque le père exerce une profession moins qualifiée.

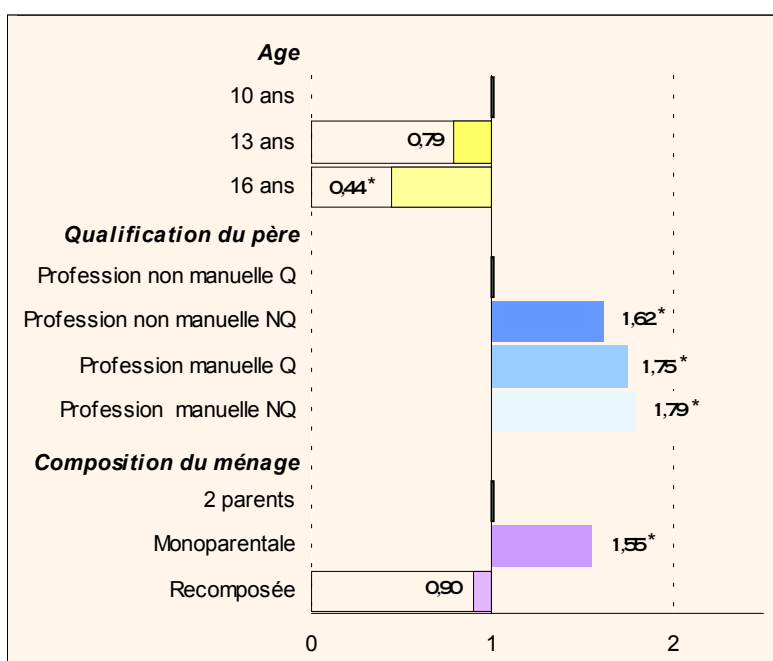


Figure XIII. Régression logistique de l'obésité

Des différences importantes de fréquence d'obésité sont relevées en fonction de la filière d'enseignement. Cette différence constatée au sein de l'échantillon n'est pourtant pas statistiquement significative.

1.4.2. Le cholestérol total

Un excès de cholestérol constitue, chez l'adulte, un facteur de risque important des pathologies cardio-vasculaires.

En se basant sur les recommandations internationales, le niveau de cholestérol a été classé en trois catégories : niveau « acceptable » (<170 mg/dl), un niveau « intermédiaire » (entre 170 et 199 mg/dl) et un niveau « élevé » (égal ou supérieur à 200 mg/dl)^[12].

Le tableau 8 donne les fréquences du cholestérol total en fonction de l'âge et du sexe.

TABLEAU 8. Cholestérol total par groupe d'âge et par sexe (N=1568) (en %)

		Niveau "acceptable" (< 170 mg/dl)	Niveau "intermédiaire" (170 à 199)	Niveau "élevé" (\geq à 200 mg/dl)	Moyenne en mg/dl(D.S.)
Garçons					
	10 ans	42,5	35,4	22,1	180,3 (\pm 34,2)
	13 ans	54,7	30,6	14,7	168,4 (\pm 28,9)
	16 ans	64,7	28,6	6,7	160,3 (\pm 27,1)
	<i>Total</i>	53,5	31,6	14,9	
Filles					
	10 ans	38,8	35,8	25,4	179,9 (\pm 30,6)
	13 ans	40,7	41,1	18,1	175,8 (\pm 30,7)
	16 ans	44,3	37,5	18,2	177,8 (\pm 33,7)
	<i>Total</i>	41,0	38,2	20,8	

Au total, 18% de jeunes présentent un niveau de cholestérol total trop élevé, c'est-à-dire supérieur ou égal à 200 mg/dl. Ce niveau de cholestérol «élevé» est en relation avec l'âge : il passe, tous sexes confondus, de 24% chez les 10 ans à 12% chez les 16 ans. Cette évolution du niveau de cholestérol avec l'âge est documentée dans la littérature ^[8,13,14].

Des différences sont également relevées en fonction du sexe : 15% des garçons et 21% des filles ont un niveau de cholestérol «élevé». Ces différences sont retrouvées dans d'autres études^[8,13,14].

Pour réaliser la régression logistique, les niveaux de cholestérol ont été groupés en deux catégories : inférieur à 200 mg/dl et supérieur ou égal à 200 mg/dl.

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans la figure XIV.

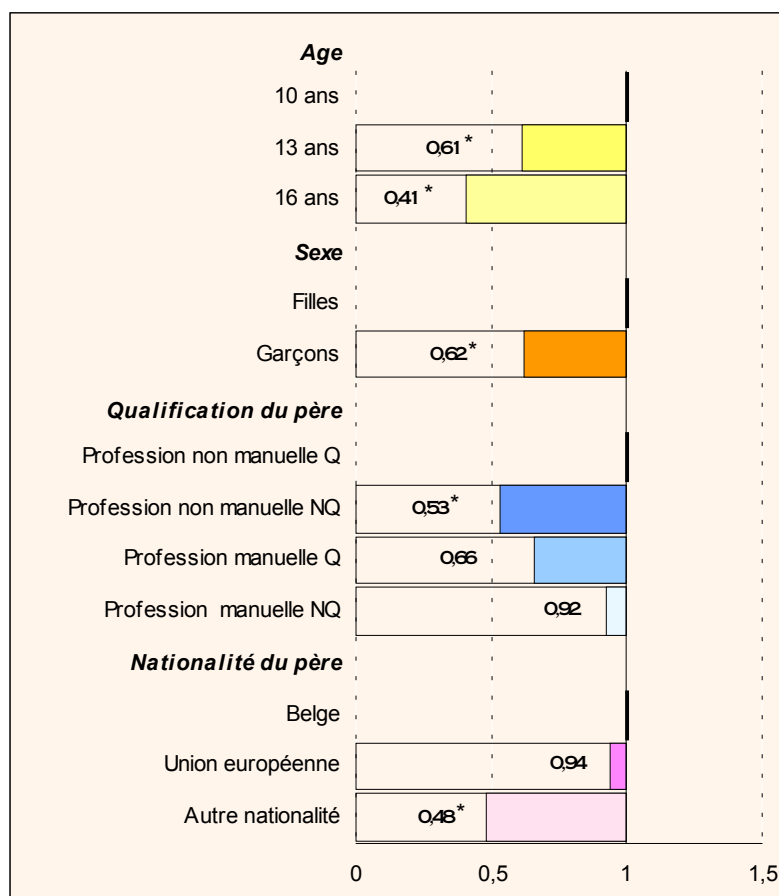


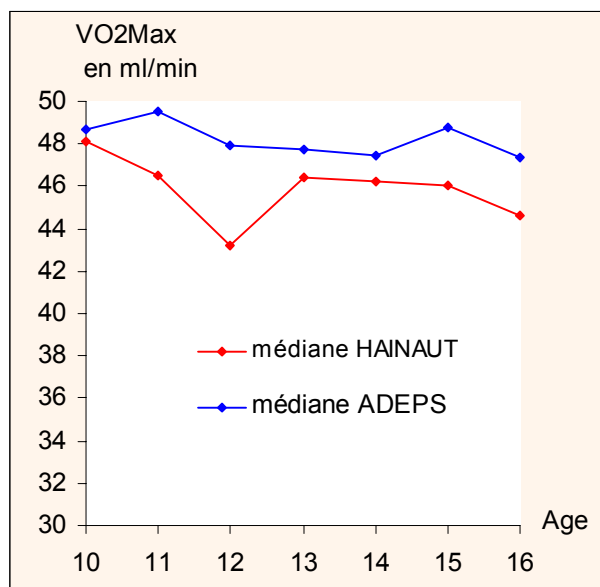
Figure XIV. Régression logistique de l'excès de cholestérol total (≥200 mg/dl)

Les fréquences les plus élevées de cholestérol (supérieur ou égal à 200 mg/dl) se retrouvent chez les plus jeunes. Les filles sont également plus nombreuses à avoir un cholestérol élevé. La fréquence de cholestérol élevé est nettement moindre parmi les jeunes de nationalité non européenne. Enfin, on retrouve moins de jeunes avec un cholestérol élevé parmi ceux dont le père exerce une profession non manuelle non qualifiée.

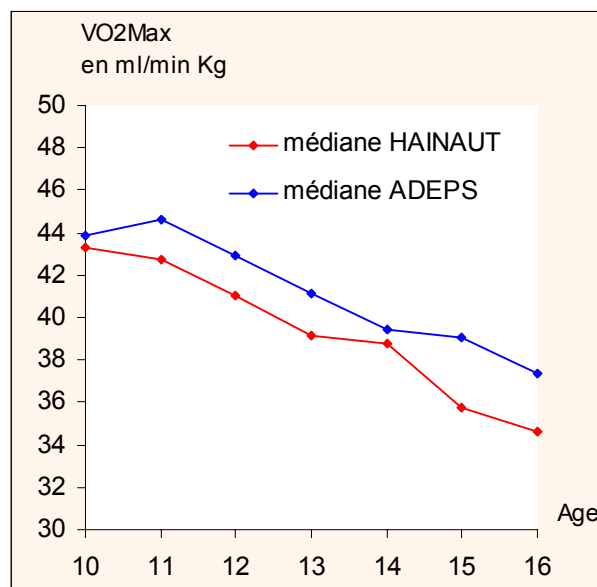
1.4.3. Le test d'endurance cardio-respiratoire

Pour mesurer l'endurance des jeunes, le test de Léger ou test de course-navette a été réalisé. Il s'agit d'une épreuve où le jeune doit courir des distances de 20 mètres en allers et retours en respectant le rythme imposé par une bande sonore. Ce test débute en marchant et se termine en courant rapidement pour respecter le rythme imposé. Il permet de mesurer la quantité maximale d'oxygène que l'organisme peut utiliser par unité de temps. Les résultats sont présentés en volume maximum d'oxygène consommé par minute et par kilo: VO2 max (exprimé en ml/min/kg). Plus ce niveau est élevé, plus l'endurance est jugée bonne. Ainsi, «une consommation maximale d'oxygène (VO2 max) bien développée est le gage d'une bonne condition physique»^[15].

Les deux figures suivantes comparent les valeurs des médianes de VO₂max chez les jeunes de l'enquête et chez les jeunes du «Baromètre de la condition physique», c'est-à-dire un échantillon aléatoire des jeunes de 10 à 18 ans de la Communauté française de Belgique.



Garçons



Filles

Figures XV et XVI. Comparaison des médianes de consommation d'oxygène maximale (VO₂Max) par âge dans le Hainaut et dans l'enquête ADEPS (Source : Sport, déc 94, ADEPS)

On observe que l'endurance des jeunes filles et jeunes garçons du Hainaut est, pour chaque âge, légèrement inférieure à la moyenne des jeunes de la Communauté française de Belgique.

A titre de comparaison, la médiane du VO₂ max chez des sportifs entraînés de 16 ans est, d'après une étude du Professeur Sturbois de l'Université catholique de Louvain^[16], de 52,8 ml/min/kg chez les filles et de 63,2 ml/min/kg chez les garçons. Dans le Hainaut, ces valeurs sont respectivement de 34,6 ml/min/kg et de 44,6 ml/min/kg.

2. Les comportements de santé

2.1. L'alimentation

- *43% des jeunes ne mangent pas un fruit par jour, 48% ne mangent pas de légumes au moins une fois par jour....Un meilleur équilibre alimentaire reste donc à trouver.*
- *La consommation de frites est relativement élevée : près de 10% disent en consommer tous les jours, 38% au moins 2 fois par semaine.*
- *Chez les aînés et dans les enseignements technique et professionnel le petit déjeuner ne suscite pas d'engouement !*

2.1.1. Les laitages

75% de l'ensemble des jeunes interrogés consomment des laitages (lait, lait chocolaté ou yaourt) au moins une fois par jour (tableau 9).

Cette proportion est légèrement plus élevée chez les garçons (76% des garçons, 74% des filles).

TABLEAU 9. Alimentation

CONSOMME UNE FOIS PAR JOUR (N=4016) (en %)	
	%
Laitage	74,8
Fruits	57,4
Légumes	52,4
CONSOMME DU POISSON (N=3931) (en %)	
Plus d'une fois par semaine	12,8
Une fois par semaine	35,0
Moins d'une fois par semaine	52,2
<i>Total</i>	<i>100,0</i>
CONSOMME DES FRITES (N=3937) (en %)	
Plus d'une fois par semaine	38,5
Une fois par semaine	42,8
Moins d'une fois par semaine	18,7
<i>Total</i>	<i>100,0</i>
CONSOMME DES FRIANDISES (N=4000) (en %)	
Plus d'une fois par jour	31,6
Une fois par jour	36,9
Moins d'une fois par jour	31,6
<i>Total</i>	<i>100,0</i>
CONSOMME DE LA LIMONADE, DES CHIPS ET DES BONBONS (N=3999) (en %)	
Au moins une fois par jour	8,9
PREND UN PETIT DEJEUNER EN SEMAINE DE CLASSE (N=4026) (en %)	
Oui	77,2
GRIGNOTE ENTRE LES REPAS (N=2675) (en %)	
Oui	70,0

2.1.2. Les fruits et légumes

Les recommandations nord-américaines en matière d'alimentation préconisent une consommation quotidienne de 2 à 4 portions de fruits et de 3 à 5 portions de légumes^[17]. Pour les jeunes de 11 à 18 ans en particulier, l'American Academy Pediatrics recommande une consommation quotidienne de 3 à 5 portions de fruits par jour et de 3 à 4 de légumes^[18]. Du côté français, les recommandations sont de 400 grammes de légumes par jour et d'au moins 2 fruits^[19].

Dans notre enquête, seulement un peu plus de la moitié des jeunes interrogés (57%) déclarent manger au moins un fruit par jour et 52% seulement mangent journalièrement une portion de légumes (tableau 9). 11% déclarent ne consommer des fruits que «rarement» ou «jamais». Nos données sont

comparables aux résultats publiés par le Baromètre Santé en France (55,5% mangent au moins un fruit par jour)^[2].

Les résultats de l'analyse multivariée indiquent que les garçons en général et les élèves des enseignements technique et professionnel sont moins nombreux à manger au moins un fruit par jour que les élèves de l'enseignement général (1,38 fois moins souvent pour les élèves du technique, 2,12 fois moins souvent dans l'enseignement professionnel). La consommation de fruits diminue aussi en fonction de l'âge. Les élèves d'origine non européenne en mangent plus souvent que les autres. La qualification professionnelle du père intervient également : le fait de manger quotidiennement un fruit est une habitude plus fréquente dans les familles où le père appartient à la catégorie professionnelle la plus qualifiée (figure XVII).

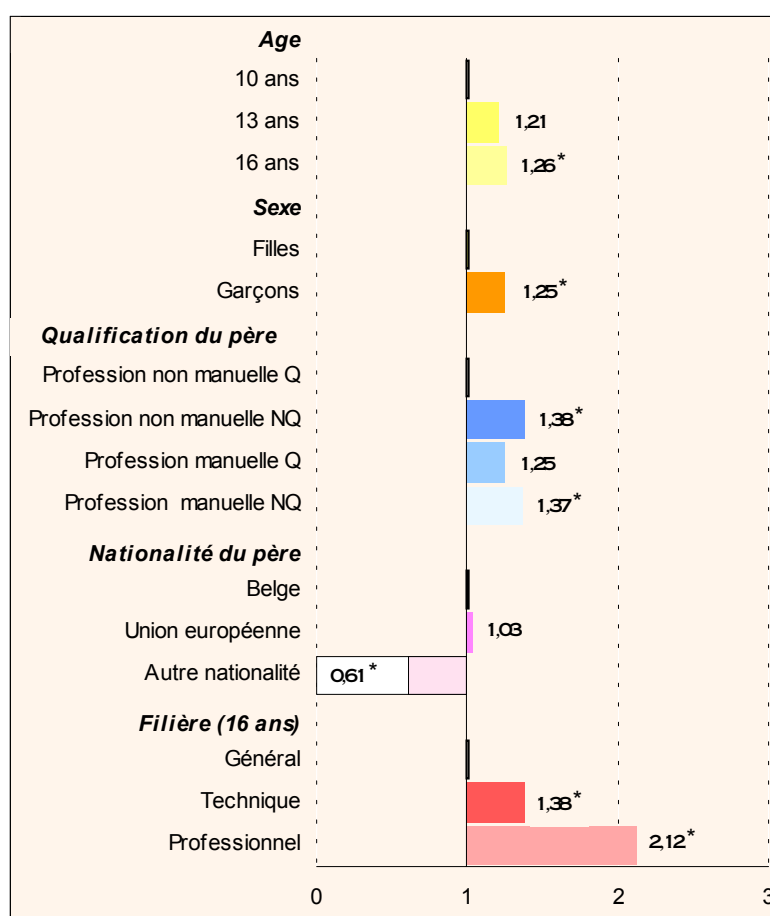


Figure XVII. Régression logistique de la variable «Ne mange pas au moins un fruit par jour»

En ce qui concerne la consommation de légumes, nous pouvons émettre le même type de commentaire. On observe une diminution de la fréquence de consommation avec l'âge (figure XVIII). Les Belges mangent plus de légumes que les élèves de nationalité étrangère, mais la différence est surtout marquée entre les Belges et les enfants d'une autre nationalité de l'Union européenne.

Comme pour les fruits, la consommation de légumes est nettement plus fréquente chez les élèves dont le père exerce une profession qualifiée. Les enfants vivant en famille monoparentale en consomment moins que les enfants vivant avec leurs deux parents ou en famille recomposée.

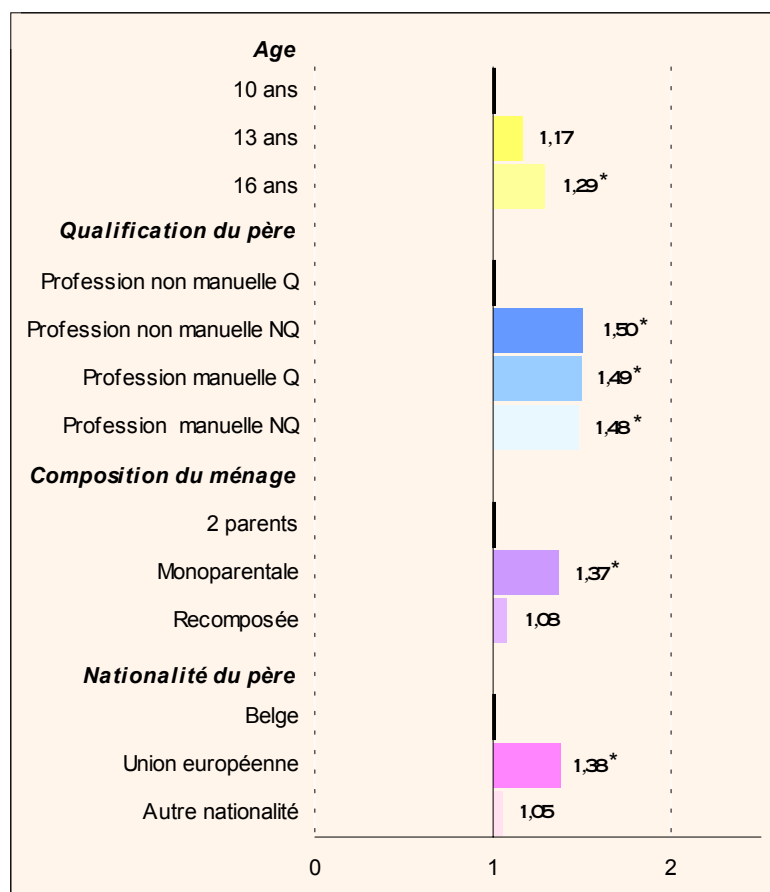


Figure XVIII. Régression logistique de la variable «Ne mange pas de légumes au moins une fois par jour»

L'enquête HBSC (Health Behavior School Aged Children) conduite en Communauté française donne des pourcentages de consommation quotidienne de fruits et de légumes très semblables. Dans cette étude, les garçons et les élèves de l'enseignement technique ou professionnel sont aussi moins nombreux à manger chaque jour des fruits et des légumes^[5].

2.1.3. Le poisson

Plus de la moitié des élèves interrogés (52%) mangent du poisson moins d'une fois par semaine (tableau 9). Seulement 13% d'entre eux en consomment plus d'une fois par semaine avec des différences très importantes entre groupes socio-économiques et culturels. En effet, 18,5% des étrangers - hors Union européenne - en consomment plus d'une fois par semaine. Ce chiffre est de 12% chez les Belges ($p < 0,001$). Une consommation fréquente de poisson s'observe plus souvent chez les enfants qui vivent avec leurs deux parents et dans les groupes socio-économiques les plus élevés (en termes de revenus et de qualification professionnelle du père). Un gradient très net est noté en fonction de l'orientation scolaire : la proportion de jeunes de 16 ans qui mangent du poisson plus d'une fois par semaine passe de 55% dans l'enseignement général à 47% dans l'enseignement technique et à 35% dans l'enseignement professionnel ($p < 0,001$).

Pour rappel, les recommandations visant à équilibrer l'alimentation conseillent de consommer du poisson deux fois par semaine.

2.1.4. Les frites

Les frites sont consommées au moins une fois par semaine par plus de 80% des élèves. Près de 40% d'entre eux en mangent plus d'une fois par semaine et près de 10% quotidiennement.

Environ 10% des jeunes ayant participé à l'étude HBSC en Communauté française déclarent également consommer des frites chaque jour, 11% en France^[5,2]. La consommation est plus élevée chez les garçons que chez les filles, et elle augmente aussi avec l'âge. Elle diminue progressivement en fonction d'une augmentation de la qualification professionnelle du père. Les élèves du groupe de nationalité «Union européenne» en consomment moins que les Belges et les «autres nationalités». C'est dans l'enseignement technique que la proportion de consommation la plus élevée est observée (figure XIX).

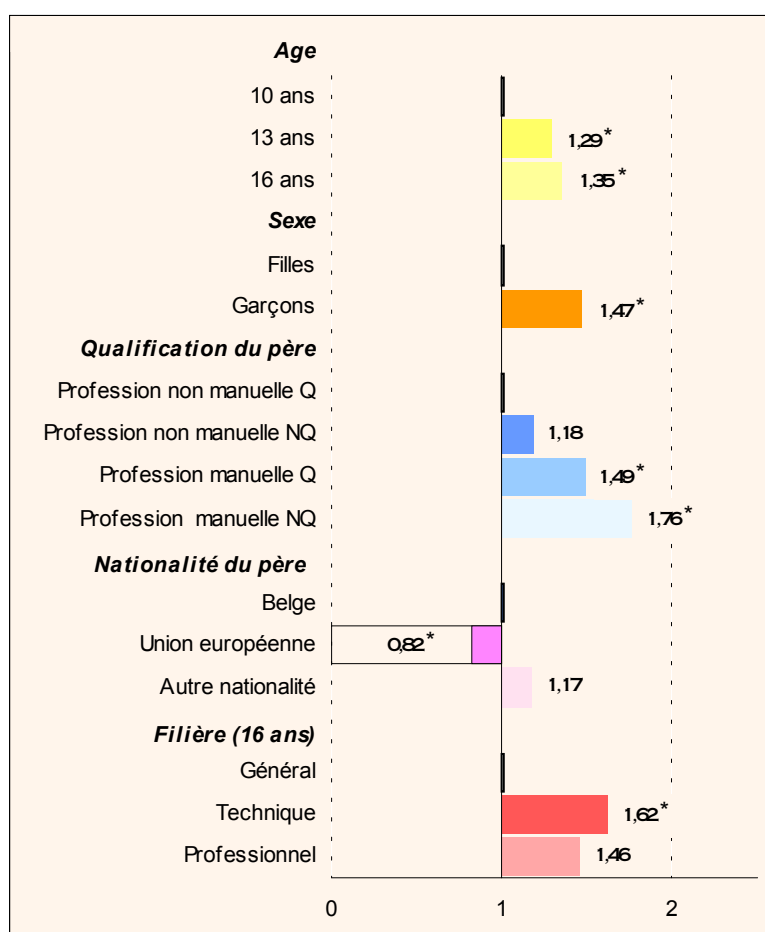


Figure XIX. Régression logistique de la variable «Consommation de frites plus d'une fois par semaine»

2.1.5. Les friandises et les limonades

Près d'un tiers des élèves mangent quotidiennement des friandises (gâteaux, biscuits, bonbons, chocolat).

Les limonades sont bues « au moins une fois par jour » par 53% des élèves. Toujours au chapitre des boissons, 12% des élèves interrogés déclarent ne pas boire d'eau au moins une fois par jour.

On notera encore que 9% des jeunes déclarent consommer tous les jours et des bonbons et des chips et des limonades.

Les facteurs associés à ce type de consommation sont (figure XX) :

- l'âge (moins fréquente chez les jeunes du groupe des 16 ans),
- le sexe (les garçons plus que les filles),
- la nationalité (trois fois plus fréquente parmi les étrangers hors Union européenne),
- et le statut socio-économique, mesuré par le revenu ou la qualification professionnelle du père : ce comportement est moins fréquent dans la catégorie socialement la plus favorisée pour ces deux critères.

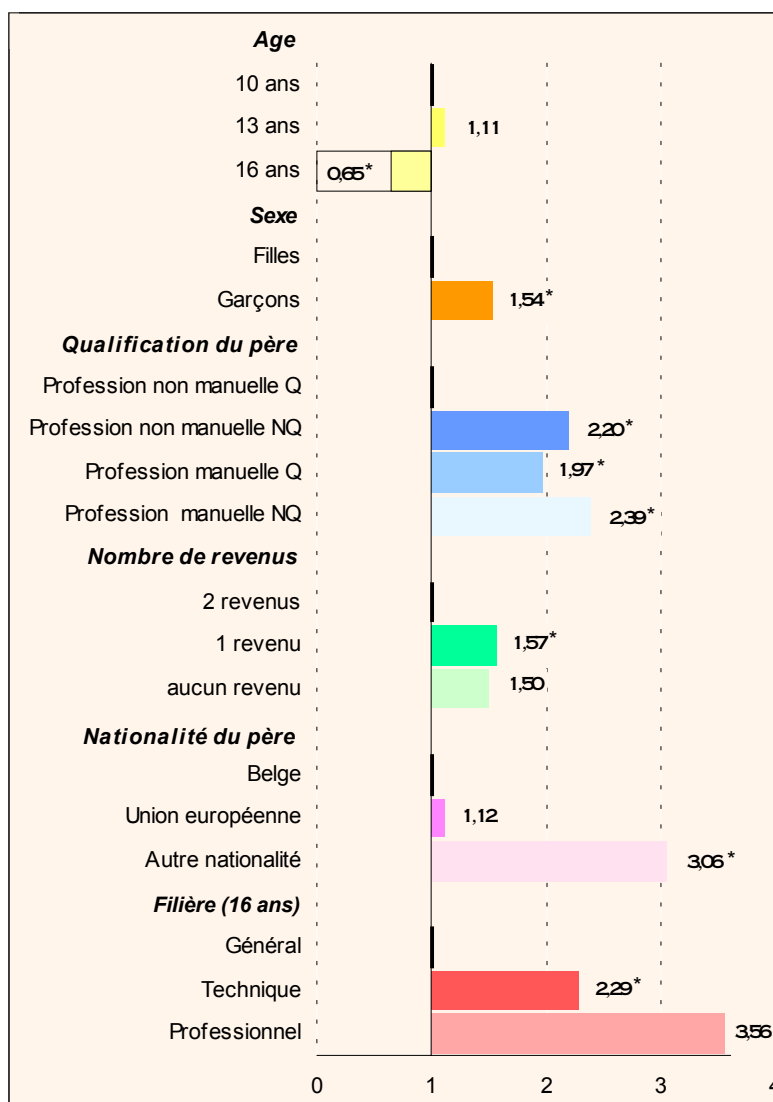


Figure XX. Régression logistique de la consommation quotidienne de limonade, chips et bonbons

2.1.6. Le petit déjeuner en semaine de classe

Environ les trois-quarts (77,2%) des élèves prennent un petit déjeuner avant de partir à l'école, mais cette habitude varie sensiblement selon les paramètres socio-économiques étudiés.

En effet, les résultats de la régression logistique montrent que la fréquence du petit déjeuner diminue avec l'âge et est plus faible dans les familles monoparentales. La proportion d'élèves qui mangent le matin avant de partir à l'école diminue également au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle

de la qualification professionnelle. Chez les 16 ans, c'est une habitude beaucoup plus fréquente dans l'enseignement général que dans les autres filières : les élèves de l'enseignement technique sont 1,5 fois plus nombreux à sauter ce repas et ceux de l'enseignement professionnel 2 fois plus nombreux (figure XXI).

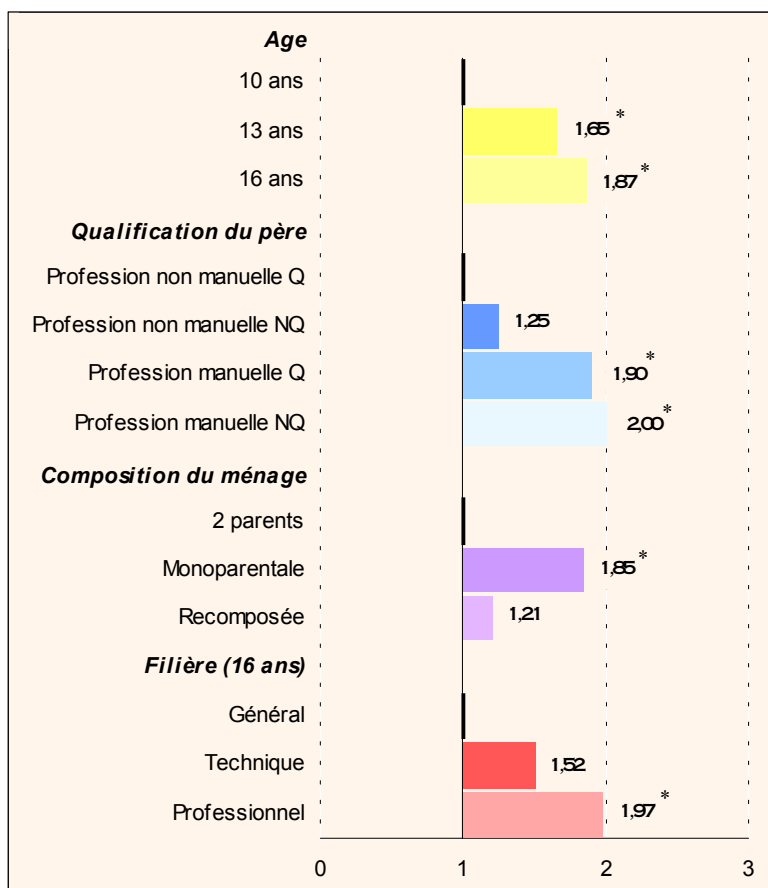


Figure XXI. Régression logistique de la variable «Ne prend pas de petit déjeuner avant de partir à l'école»

Dans l'étude menée en France par Baudier et coll., la proportion des jeunes âgés de 9 à 11 ans qui mangent avant de partir à l'école est plus élevée (97%)^[4]. Dans une enquête française menée auprès d'adolescentes âgées de 16 à 18 ans, 45% des élèves passent régulièrement le petit déjeuner, et 9% n'en prennent jamais^[20]. 70% des jeunes interrogés dans le cadre d'autres enquêtes françaises consomment un petit déjeuner en semaine et 9% jamais^[3,21].

Dans notre enquête, les jeunes qui présentent de l'obésité omettent plus souvent que les autres le petit déjeuner avant de partir à l'école (27% chez les obèses, 21% chez les autres élèves, $p < 0,05$).

2.1.7. Le grignotage entre les repas

70% des élèves disent grignoter entre les repas. Cette proportion augmente avec l'âge : elle passe de 66% chez les 10 ans à 73% chez les 16 ans ($p < 0,001$). Cette habitude ne varie cependant pas en fonction des autres paramètres.

2.2. L'activité physique et de loisirs

- *Le sport est populaire. Les trois-quarts des jeunes pratiquent un sport en dehors de l'école au moins une fois par semaine. Nuance, ce juvénile enthousiasme est moindre chez les filles et fléchit nettement avec l'âge.*
- *Un quart des jeunes sont des consommateurs assidus de télévision, en particulier dans les familles les moins favorisées. Ce gradient social est inversé pour la participation à des loisirs actifs organisés.*
- *Logique, la surcharge pondérale est plus fréquente chez les grands consommateurs de télévision et chez les jeunes, qui ne pratiquent pas de sport.*

L'action positive d'une activité physique régulière sur le développement de la santé est bien documentée sur le plan scientifique^[22]. La promotion de l'activité physique est une composante indispensable d'une politique de santé.

Ceci semble particulièrement pertinent pour la région.

En 1994, une grande enquête de l'A.D.E.P.S. montrait que les personnes qui déclaraient pratiquer au moins un sport étaient moins nombreuses dans le Hainaut (43 %) par rapport à la moyenne de la Communauté française (52 %)^[23].

Plus récemment, l'enquête nationale de santé indiquait que 45 % des habitants du Hainaut ne pratiquaient aucune activité physique, contre 29 % en Flandre et 40 % en Wallonie^[24].

Dans la présente enquête, l'activité physique des jeunes du Hainaut a été évaluée essentiellement à partir des activités sportives en dehors de l'école et de leur participation aux séances d'éducation physique à l'école.

2.2.1. Les cours de gymnastique à l'école

Le tableau 10 présente le nombre de séances hebdomadaires de gymnastique et de natation rapportées par les jeunes, par groupe d'âge. Environ la moitié des élèves déclarent bénéficier de deux séances d'éducation physique par semaine. Dans le groupe des 16 ans, ils sont fort nombreux (40 %) à ne bénéficier que d'une séance. Une fréquence de trois séances par semaine reste relativement exceptionnelle (environ un quart de l'échantillon).

TABLEAU 10. Fréquence des séances d'éducation physique à l'école par groupe d'âge (N=4035) (en %)

	Nombre de séances d'éducation physique*		
	1 séance	2 séances	plus de 2
10 ans	7,9	66,4	25,7
13 ans	21,2	47,1	31,7
16 ans	40,0	45,4	14,6
<i>Total</i>	<i>22,6</i>	<i>52,9</i>	<i>24,5</i>

**Sur base des déclarations de l'élève*

La possibilité d'une activité physique proposée dans le cursus scolaire est donc limitée. La méthode d'enquête ne permet pas de distinguer les séances comportant 2 heures de cours. D'après une enquête de l'Unité d'Education physique de l'Université catholique de Louvain, cela devrait représenter environ 15% des séances^[25,26]. Le temps effectif de l'activité motrice de l'élève a été estimé par la même étude à 12 minutes en moyenne par heure de cours à l'école primaire et à 13 minutes dans le secondaire.

Au moment de l'enquête, 11 % des élèves se déclarent dispensés du cours de gymnastique. Ce taux n'est pas en rapport avec les facteurs socio-économiques étudiés ou avec le sexe, mais il est nettement supérieur chez les petits (16 %) par rapport aux deux groupes plus âgés : entre 8% et 9% dans le secondaire ($p < 0,001$).

2.2.2. Le sport en dehors de l'école

Le tableau 11 montre que les trois-quarts des jeunes interrogés déclarent faire du sport en dehors de l'école au moins une fois par semaine. Un quart n'a pas (ou rarement) de pratique sportive extra-scolaire.

TABLEAU 11. Pratique du sport en dehors de l'école par groupe d'âge (N= 4008) (en %)

	Sport en dehors de l'école au moins 1 fois par semaine	
	Oui	Non
10 ans	81,8	18,2
13 ans	74,8	25,2
16 ans	69,3	30,7
<i>Total</i>	<i>75,4</i>	<i>24,6</i>

On remarque que la pratique d'un sport diminue sensiblement avec l'âge. On passe de 82 % chez les 10 ans à 69 % dans le groupe des 16 ans ($p < 0,001$).

Autre constat, de façon générale, les filles se déclarent nettement moins sportives (66 %) que les garçons (84 %) ($p < 0,001$). Dans le groupe des 16 ans, elles ne sont plus que 60 % à pratiquer un sport au moins une fois par semaine. Cette différence liée au sexe et la diminution de la pratique sportive avec l'âge se retrouvent dans la plupart des enquêtes. Ainsi l'étude des styles de vie des jeunes dans cinq pays de l'Union européenne rapporte une chute très nette de la pratique sportive entre 12 et 15 ans. La différence entre garçons et filles varie d'un pays à l'autre, de 24 % en faveur des garçons au Portugal à 8 % seulement en Finlande^[27].

La fréquence de la pratique sportive diminue aussi avec l'âge. La proportion des jeunes qui déclarent pratiquer un sport au moins deux fois par semaine passe de 65 % chez les plus jeunes à 60 % chez les 13 ans, pour tomber à 52 % dans le groupe 16 ans.

La pratique d'un sport est influencée significativement par les facteurs sociaux. Les jeunes sont sportifs à 81 % dans les familles à deux revenus et seulement à 64 % dans les familles où il n'y a pas de revenu du travail ($p < 0,001$). La proportion augmente également en fonction de la qualification

professionnelle du père (81 % de sportifs pour les professions qualifiées non manuelles contre 74 % pour les professions manuelles peu qualifiées) ($p < 0,001$). Dans le secondaire, la filière d'enseignement suivie est également en rapport avec la pratique sportive : 76 % de sportifs dans l'enseignement général, 67 % dans le technique et 62 % dans le professionnel ($p < 0,001$). Ces différents facteurs sociaux sont confirmés par l'analyse multivariée (Figure XXII).

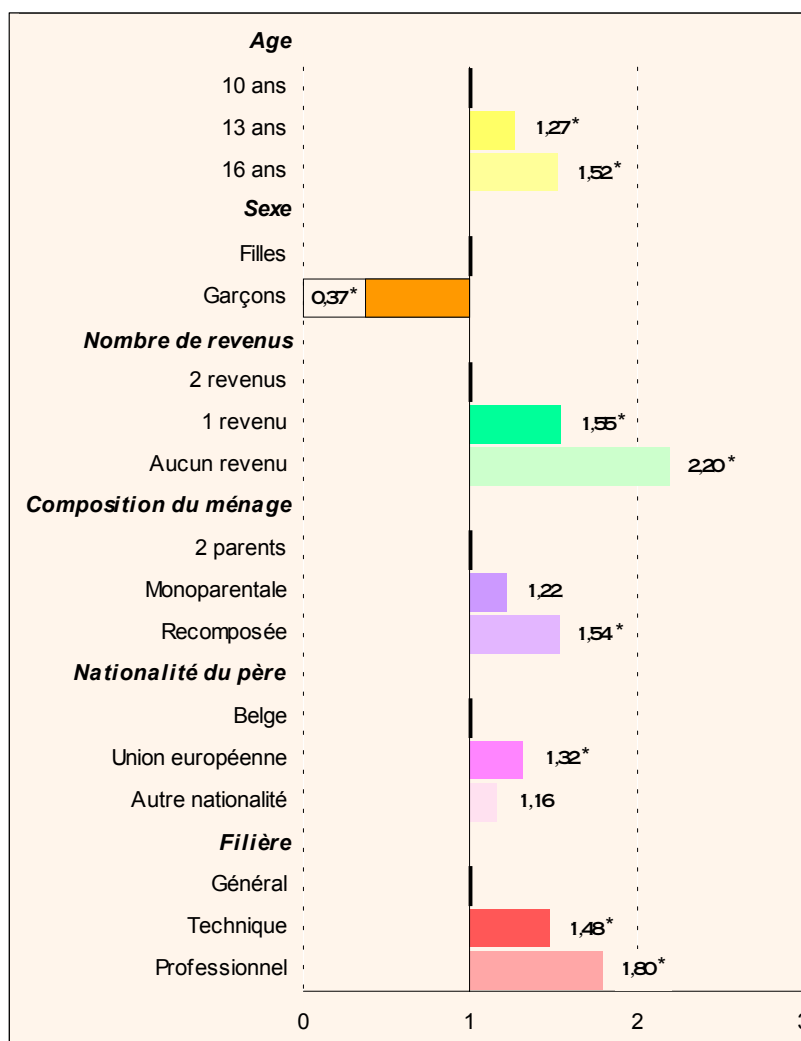


Figure XXII. Régression logistique de la variable «Ne pratique pas de sport en dehors de l'école»

Nous avons recherché une relation entre les problèmes de surcharge pondérale et d'obésité et les activités sportives des jeunes interrogés. La figure XXIII donne le pourcentage de jeunes présentant une surcharge pondérale en fonction de l'âge et de la pratique d'un sport en dehors de l'école.

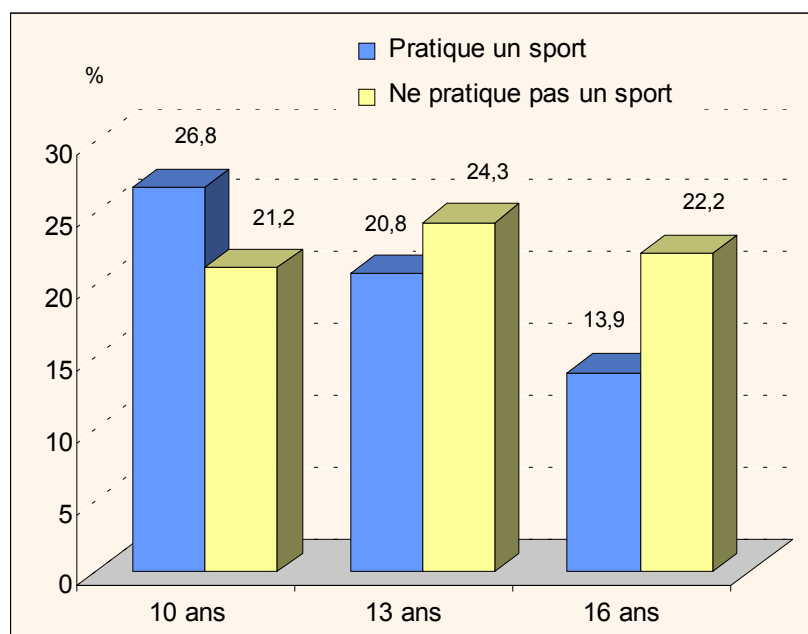


Figure XXIII. Proportion d'élèves présentant une surcharge pondérale en fonction de la pratique d'un sport, par groupe d'âge (N=2313)

Chez les 16 ans, la fréquence de surcharge pondérale est significativement plus élevée dans le groupe des jeunes qui ne pratiquent pas de sport en dehors de l'école ($p < 0,05$). Dans les autres groupes d'âges, les différences ne sont pas statistiquement significatives. Les mêmes tendances sont observées pour l'obésité. Cependant dans cette comparaison, aucune des différences constatées n'est statistiquement significative.

Lorsque l'on s'intéresse à la pratique d'un sport dans un club, ces différences se confirment. Il y a significativement plus de jeunes obèses et de jeunes en surcharge pondérale parmi ceux qui ne sont pas inscrits dans un club : 17% contre 14% en ce qui concerne l'obésité et 23% contre 20% en ce qui concerne la surcharge pondérale (ces deux différences sont statistiquement significatives). Cette différence est la plus importante dans le groupe des 13 ans en ce qui concerne l'obésité (13% contre 19%, $p < 0,05$), et dans le groupe des 13 et 16 ans en ce qui concerne la surcharge pondérale (19 % contre 24% et 12% contre 18% respectivement).

L'influence des parents sur la pratique sportive des enfants est importante. Par exemple, 91 % des enfants des groupes «10 ans» et «13 ans» qui déclarent que leur mère est sportive font eux aussi du sport. Ce taux passe à 75 % lorsque la maman n'est pas sportive ($p < 0,001$).

L'influence d'une pratique sportive du père est du même ordre de grandeur : 89 % de sportifs chez les jeunes dont le papa est sportif contre 73 % s'il ne l'est pas ($p < 0,001$).

Ce facteur familial a également été mis en évidence dans l'enquête de l'A.D.E.P.S. citée plus haut.

L'encouragement des parents à pratiquer un sport semble être un stimulant non négligeable. Ainsi, 83 % des enfants qui signalent que leur maman conseille de faire du sport en font effectivement. Ils ne sont que 65 % de sportifs dans le groupe où la maman ne donne pas ce conseil ($p < 0,001$). L'influence du conseil du père est semblable. Signalons que de nombreux parents non sportifs (71 % des mères et 61 % des pères) recommandent tout de même à leur enfant de faire du sport.

2.2.3. Les clubs sportifs et les jeunes

Près de la moitié des jeunes (49 %) déclarent faire partie d'un club sportif. La participation aux activités d'un club n'est pas homogène entre les différents groupes socio-démographiques.

Les plus jeunes (10 ans) sont membres d'un club plus fréquemment (57 %) que les plus âgés (42,5 %) ; les garçons (60 %) beaucoup plus que les filles (37 %) ($p < 0,001$). On observe également d'importantes différences sociales. Les enfants des familles à deux revenus sont nettement plus souvent membres d'un club (55 %) que les enfants issus de famille sans revenu du travail (34 %) ($p < 0,001$). Même constat pour ceux dont le père appartient à une catégorie professionnelle non manuelle qualifiée (57 %) par rapport à la catégorie manuelle non qualifiée (45 %) ($p < 0,001$). Selon la filière d'enseignement, le pourcentage d'inscription à un club sportif passe de 50 % dans l'enseignement général à 37 % dans le réseau professionnel ($p < 0,001$). Ces différences sont confirmées par l'analyse multivariée.

2.2.4. La participation à des loisirs organisés

En dehors des activités sportives, la moitié des jeunes interrogés participent à des activités de loisirs organisées. Pour 37 % d'entre eux, il s'agit d'activités artistiques (musique, théâtre, dessin, ...), 33 % sont membres de mouvements de jeunesse et 30 % ont des activités diverses (informatique, langues, catéchisme...).

La participation à des activités de loisirs organisées est semblable chez les filles et les garçons. On retrouve toutefois, comme c'était le cas pour le sport, un gradient social assez net : 60,5 % de participation pour les enfants dont le père a une profession qualifiée non manuelle versus 44 % si le père exerce une profession manuelle peu qualifiée ($p < 0,001$).

Globalement, 81 % des garçons et 67 % des filles participent à une activité organisée de loisirs, qu'elle soit ou non sportive.

2.2.5. La consommation de télévision

L'usage de la télévision parmi les jeunes a été estimé en leur demandant d'évaluer le nombre d'émissions regardées par jour d'école.

La figure XXIV présente la fréquence de consommation rapportée par les jeunes.

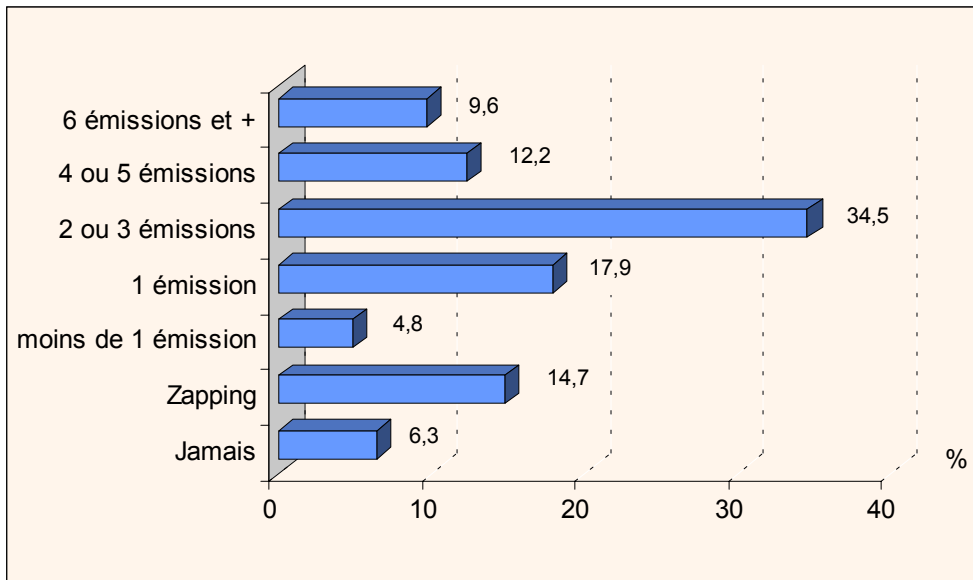


Figure XXIV. Fréquence de consommation d'émissions de télévision les jours d'école (N=4087)

On s'y attendait : près de 90 % des jeunes regardent quotidiennement la télévision pendant les jours d'école. Les abstinentes sont très peu nombreux et les spectateurs irréguliers - moins d'une émission par jour - aussi. Plus d'un cinquième des jeunes (22 %) peuvent être qualifiés de grands consommateurs, définis comme regardant au moins 4 émissions par jour d'école.

Quel est le profil de ce consommateur acharné ?

On le retrouve un peu plus fréquemment :

- chez les garçons (23 %) que chez les filles (20 %) ($p < 0,05$),
- dans les familles recomposées (27 %) que dans les familles avec les deux parents (21 %) ($p < 0,05$),

et bien plus souvent :

- s'il n'y a aucun revenu du travail dans la famille (28 %) que s'il y en a deux (18 %) ($p < 0,001$)
- et chez les jeunes dont le père a une profession manuelle non qualifiée (25%) que chez ceux dont le père exerce un métier qualifié non manuel (14 %) ($p < 0,001$).

La proportion d'élèves grands consommateurs de télévision varie significativement en fonction de la filière d'enseignement. Ils sont 11% dans le général, 15% dans le technique et 22% dans le professionnel ($p < 0,001$). L'analyse multivariée confirme ces données.

Bref, l'hyperconsommateur de télévision présente un profil sociologique inverse de celui du jeune participant à des loisirs actifs, décrit plus haut.

Lorsque l'on croise la variable « surcharge pondérale » avec l'estimation du temps passé devant la télévision, on observe que la fréquence de surcharge pondérale est plus élevée parmi les jeunes qui regardent au moins 4 émissions par jour (26,5%) que parmi les jeunes ayant une consommation moindre (20%) ($p < 0,01$) (Figure XXV).

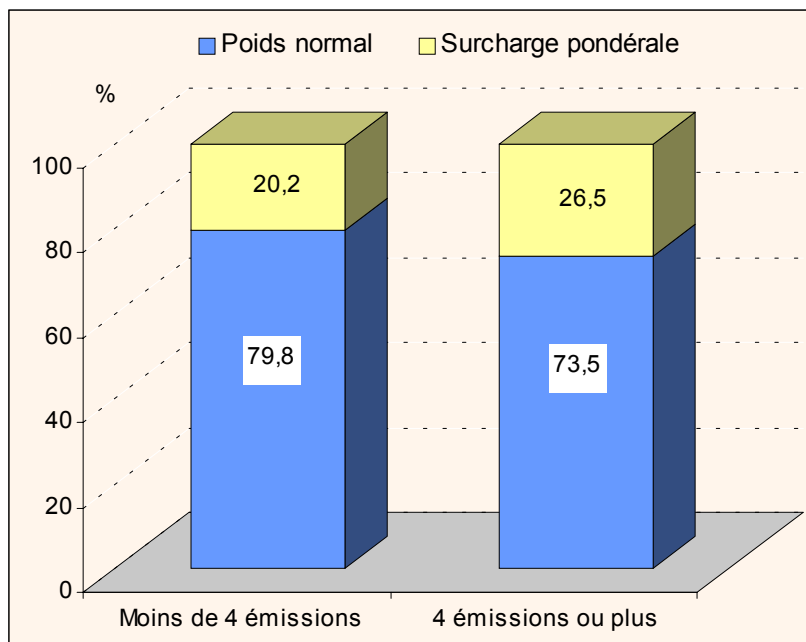


Figure XXV. Pourcentage de jeunes présentant des problèmes de surcharge pondérale en fonction du nombre d'émissions de télévision regardées chaque jour (N=2302)

Ces différences constatées globalement le sont également dans chaque catégorie d'âge ; c'est dans les groupes 13 ans et 16 ans qu'elles sont toutefois les plus importantes (et significatives chez les 13 ans).

Pour l'obésité, les différences vont dans le même sens, mais ne sont pas significatives.

L'étude HBSC menée en Belgique a aussi montré cette association entre un comportement de type sédentaire (peu ou pas de sport, beaucoup de télévision) et les conséquences en terme de surcharge pondérale^[5].

2.3. Le tabac

- *A la maison, la plupart des jeunes interrogés sont exposés au tabagisme de tiers.*
- *Ce tabagisme passif est nettement plus fréquent dans les milieux moins favorisés et dans les familles monoparentales ou recomposées.*
- *A peine la moitié des 13 ans disent n'avoir jamais touché à une cigarette; moins d'un tiers des 16 ans.*

2.3.1. L'exposition au tabagisme passif

Le tabagisme passif exerce, à plus d'un titre, des effets négatifs sur la santé; d'abord comme risque possible de morbidité (bronchite, asthme,...), mais risque aussi d'inciter le jeune à fumer. A la question « A la maison, y a-t-il des personnes qui fument ? », près de 61% des jeunes interrogés répondent par l'affirmative. Le tabagisme passif diffère significativement selon diverses variables telles que la composition du ménage, le nombre de revenus, la qualification professionnelle du père et la filière d'enseignement. Comme le montre la figure XXVI, les enfants de famille monoparentale et de famille recomposée sont plus exposés au tabagisme passif que l'enfant de famille biparentale (rapports de cote respectivement de 2,41 et 2,69).

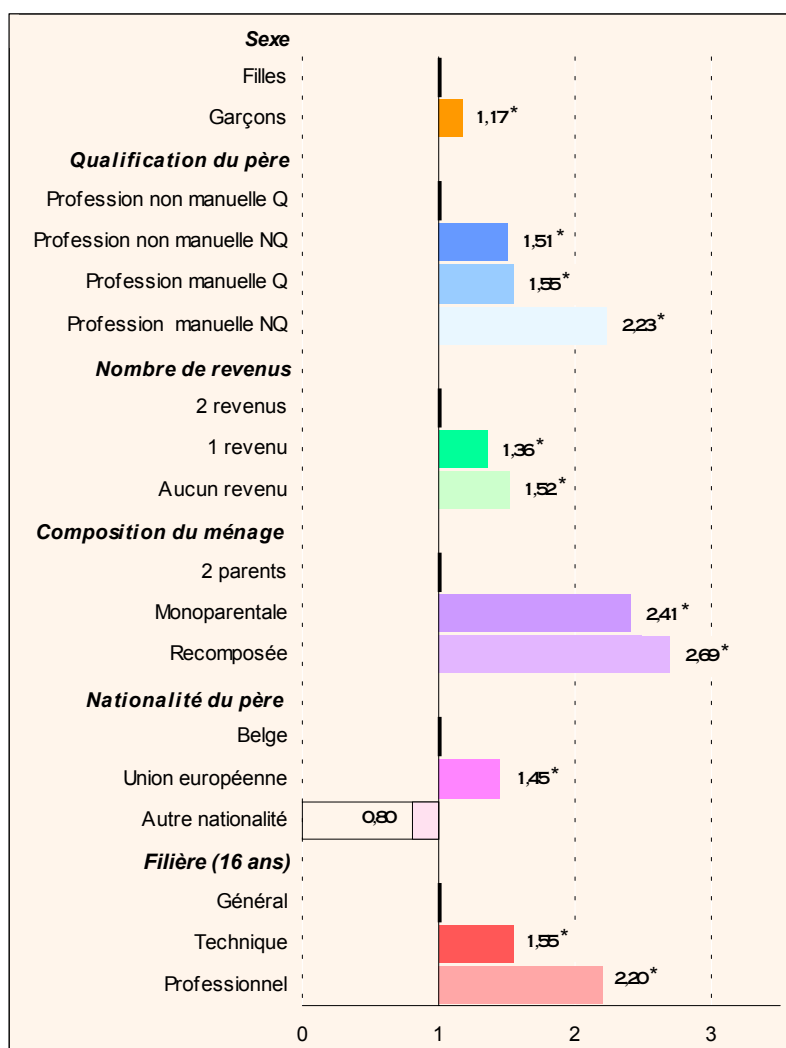


Figure XXVI. Régression logistique de l'exposition au tabagisme passif

C'est également le cas en fonction du nombre de revenus du travail dans la famille. On constate que l'exposition au tabagisme passif est plus fréquente dans les familles à un revenu ou dans les familles n'ayant aucun revenu du travail que dans celles où l'on bénéficie de deux revenus.

On observe une augmentation progressive du risque d'exposition au tabagisme passif en fonction de la diminution de la qualification professionnelle du père.

Les jeunes des filières techniques et professionnelles déclarent plus souvent être exposés au tabagisme passif que les jeunes de la filière générale.

Et la fumée les dérange... 56% des enfants du groupe des 10 ans exposés à la maison au tabagisme d'un tiers s'en plaignent. Cette proportion diminue nettement à l'adolescence (37% chez les 13 ans et 32% chez les 16 ans), ce qui peut être mis en parallèle avec l'évolution de leurs propres habitudes tabagiques.

2.3.2. Le tabagisme chez les jeunes

La question du tabagisme actif a été posée chez les 13 et 16 ans.

Les jeunes ont été groupés en trois catégories :

- fumeurs actuels: c'est-à-dire qu'au moment de l'enquête, les jeunes se considèrent comme fumeurs
- ont déjà fumé : ne se considèrent pas comme fumeurs au moment de l'enquête mais ont déjà essayé
- n'ont jamais fumé.

Le tableau suivant donne les fréquences du tabagisme par âge et par sexe (tableau 12).

TABLEAU 12. Tabagisme par groupe d'âge et par sexe (N=2514) (en%)

		Fumeur actuel	A déjà fumé	N'a jamais fumé
Garçons				
	13 ans	15,0	33,6	51,4
	16 ans	30,9	39,4	29,8
	<i>Total</i>	<i>22,1</i>	<i>36,2</i>	<i>41,7</i>
Filles				
	13 ans	12,3	37,0	50,7
	16 ans	28,5	45,7	25,8
	<i>Total</i>	<i>20,4</i>	<i>41,3</i>	<i>38,3</i>

Pour réaliser l'analyse multivariée, nous avons groupé les jeunes qui ont déjà eu un contact avec le tabac (catégories «fumeurs» et «déjà fumé») et nous les avons comparés au groupe «jamais fumé».

Les résultats de la régression logistique sont présentés dans la figure suivante :

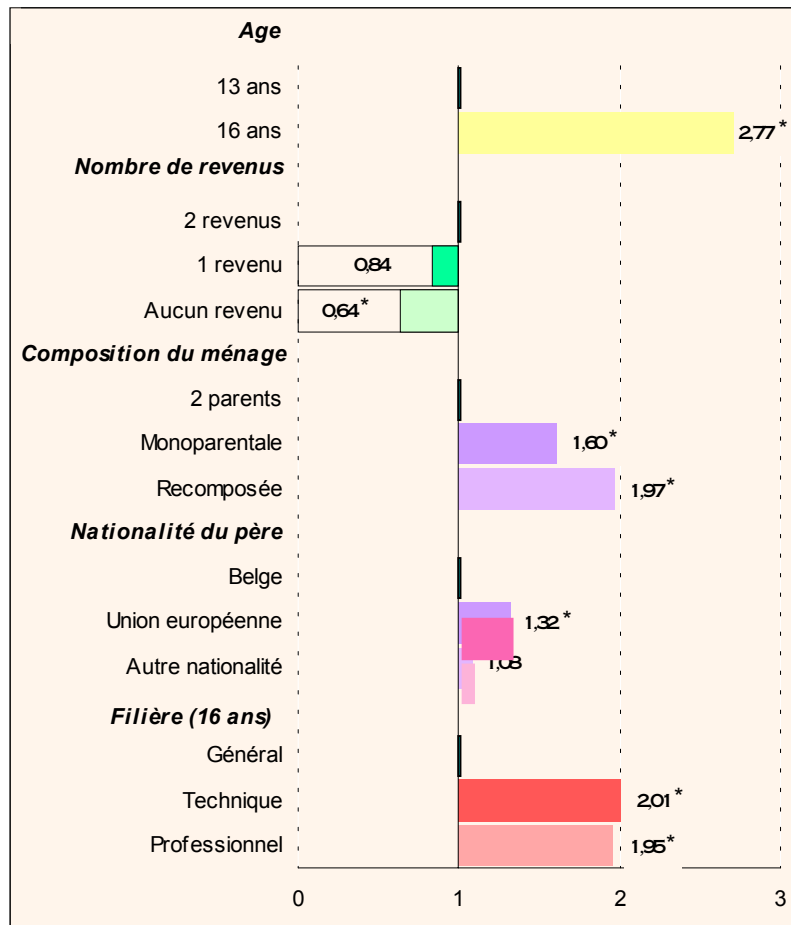


Figure XXVII. Régression logistique de la variable «A déjà eu un contact avec le tabac ou est fumeur actuel»

On s'en doutait, le contact avec le tabac («fumeur» ou «déjà fumé») est beaucoup plus important dans le groupe des 16 ans.

Le comportement tabagique est également en relation avec la composition familiale. Les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou recomposées sont plus nombreux dans la catégorie «déjà eu un contact avec le tabac».

Le fait de vivre dans une famille ne bénéficiant d'aucun revenu du travail semble par contre «protecteur» par rapport au contact avec le tabac. En effet, le rapport de cote est de 0,64.

La nationalité du père est également à prendre en compte. On constate que, par rapport aux jeunes dont le père est belge, ceux dont le père est originaire d'un autre pays de l'Union européenne présentent un risque plus important d'être fumeur ou d'avoir eu un contact avec le tabac.

Comparés aux élèves de l'enseignement général, les jeunes de l'enseignement technique et de l'enseignement professionnel sont près de 2 fois plus nombreux à être fumeurs ou à avoir déjà fumé.

En 1996, une enquête menée en Flandre révèle qu'entre 35 et 40% des jeunes de 13-14 ans ont déjà fumé et entre 55 et 60% des 15-16 ans^[6]. Ces résultats sont très proches des nôtres pour les 13 -14 ans. Par contre, pour les 15-16 ans, ils sont inférieurs à ceux de notre étude.

2.4. La consommation d'alcool

La consommation régulière d'alcool chez les jeunes Hennuyers est comparable à celle des jeunes de régions ou de pays voisins. Elle est essentiellement fonction du sexe et de l'âge.

Près de la moitié de l'ensemble des jeunes interrogés consomment - ne fût-ce qu'occasionnellement - des boissons alcoolisées (bière et/ou vin) (tableau 13). Pour le secondaire, la proportion dépasse la moitié.

TABLEAU 13. Consomme de la bière et/ou du vin (N=3933) (en %)

Une fois par semaine et plus	10,9
Rarement	37,0
Jamais	52,2
<i>Total</i>	<i>100,0</i>

La consommation régulière d'alcool (« au moins une fois par semaine ») augmente progressivement avec l'âge : elle passe de 6% chez les 10 ans à 17% chez les 16 ans. Les garçons boivent plus fréquemment des boissons alcoolisées (bière/vin) de façon régulière que les filles : 14,5% des garçons en prennent au moins 1 fois par semaine, 7% des filles ($p < 0,001$). Les résultats de la régression logistique ($p < 0,001$) confirment l'analyse bivariée et sont illustrés par la figure XXVIII.

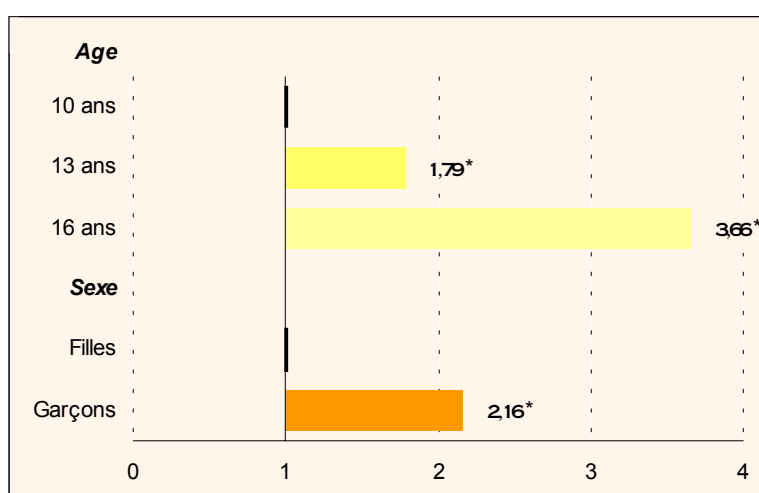


Figure XXVIII. Régression logistique de la consommation régulière d'alcool (bière/vin)

Les résultats d'enquêtes portant sur la consommation d'alcool chez les jeunes ne sont pas toujours facilement comparables dans la mesure où les catégories de fréquence diffèrent largement d'une étude à l'autre. Ainsi, l'étude HBSC française indique qu'environ trois-quarts des jeunes de 11 à 15 ans ont « déjà goûté » une boisson alcoolisée^[2], ce qui peut être mis en parallèle avec nos 46% d'adolescents du groupe des 13 ans qui disent « en consommer », même rarement.

Une enquête menée par l'Inserm indique que 41% des garçons de 13 ans interrogés disent avoir «déjà consommé» de la bière et 39% du vin^[3]. Chez nous, 44% des garçons de cet âge déclarent avoir consommé de la bière et 40% du vin. Dans cette même étude française, 25% des filles de 13 ans ont «déjà consommé de la bière» et 24% du vin, ce qui est tout à fait proche de nos chiffres (27% pour la bière, 23% pour le vin ; chez les filles du groupe 13 ans).

Une enquête réalisée dans le Limbourg donne pour les élèves âgés de 15 à 17 ans des chiffres similaires aux nôtres : 21% de consommateurs «réguliers» pour 17% dans notre enquête^[28].

Les résultats de l'enquête HBSC menée en Communauté française donne des chiffres légèrement supérieurs : 90% des jeunes interrogés disent avoir «*déjà bu*» des boissons alcoolisées^[5]. La proportion de buveurs réguliers - au moins une fois par semaine - est dans cette étude, nettement plus élevée que chez nous et représente plus d'un tiers.

Comme chez les adultes, consommation d'alcool et consommation de tabac vont souvent de pair. En effet, chez les 16 ans, 26% des fumeurs boivent de l'alcool (bière et/ou vin) au moins une fois par semaine; ces chiffres ne sont que de 10% chez les non-fumeurs ($p < 0,001$) (Figure XXIX).

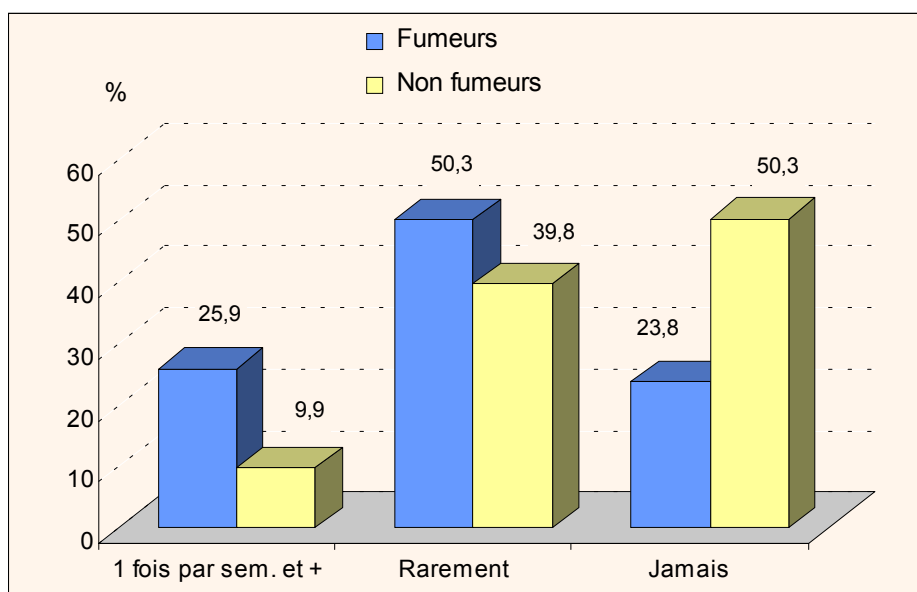


Figure XXIX. Tabagisme et consommation d'alcool

2.5. Les attitudes et comportements vis-à-vis de la drogue

- *La majorité des jeunes du groupe des 16 ans connaissent quelqu'un dans leur entourage qui se drogue.*
- *Plus d'un tiers de ces jeunes disent avoir déjà reçu une proposition concernant la drogue.*
- *Un jeune sur 6 environ déclare en avoir déjà consommé.*

Les questions relatives à la drogue n'ont été posées qu'au groupe d'âge des 16 ans. Elles ont trait à la connaissance dans l'entourage de personnes qui consomment de la drogue, ainsi qu'aux éventuels contacts ou propositions et à la consommation personnelle.

La plupart des jeunes de 16 ans interrogés connaissent quelqu'un qui consomme de la drogue dans leur entourage (figure XXX).

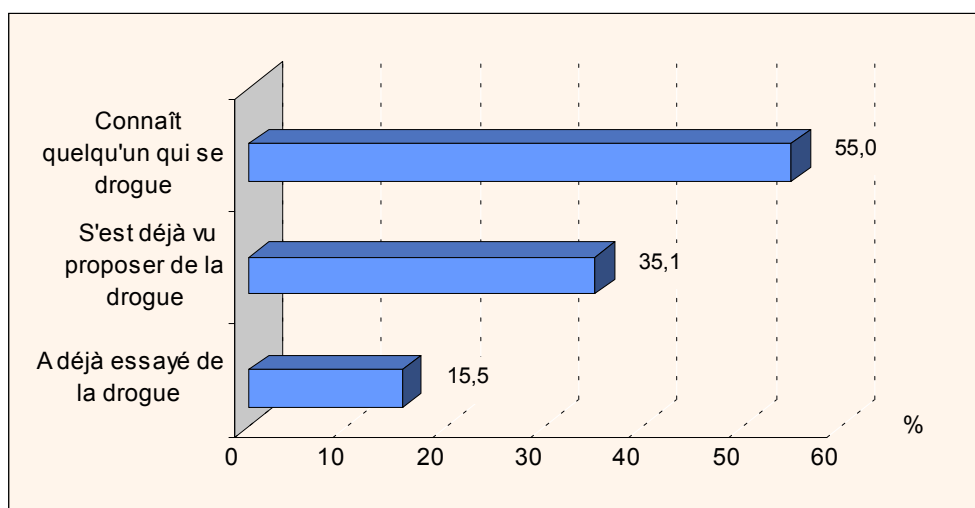


Figure XXX. Attitudes et comportements vis-à-vis de la drogue (N=1169)

L'analyse multivariée nous indique que cette situation est plus fréquente dans l'enseignement technique que dans les autres filières. Elle est aussi plus fréquente chez les jeunes en provenance d'un autre pays de l'Union européenne et dans les familles à deux revenus (figure XXXI).

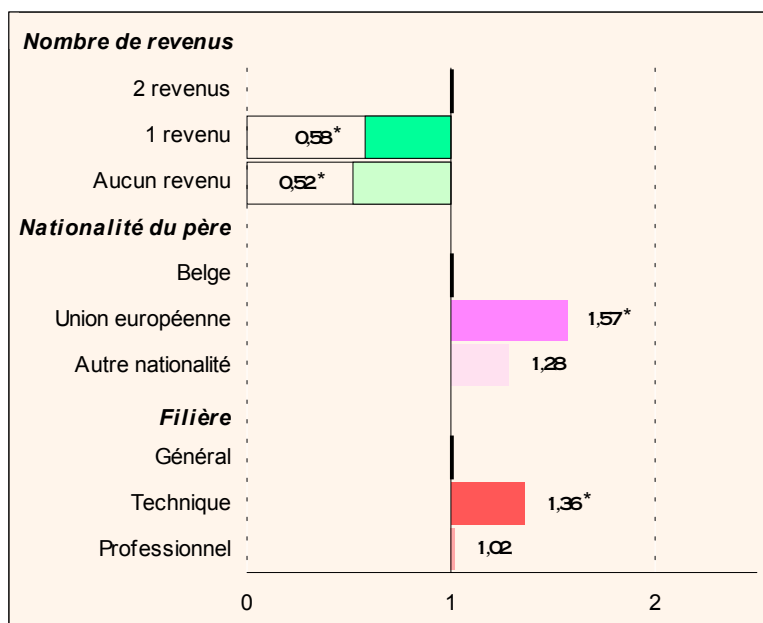


Figure XXXI. Régression logistique de la variable «Connait quelqu'un qui se drogue»

Plus d'un tiers de ces jeunes ont déjà reçu une proposition concernant la drogue (figure XXX). Ces chiffres sont supérieurs à ceux publiés dans le Baromètre Santé des jeunes Français (étude HBSC) où 15% des adolescents déclarent avoir reçu une proposition de drogue^[2]. Comme le montre la figure XXXII, les garçons ont reçu plus souvent des propositions de drogues que les filles ; les jeunes vivant en famille monoparentale davantage que les autres.

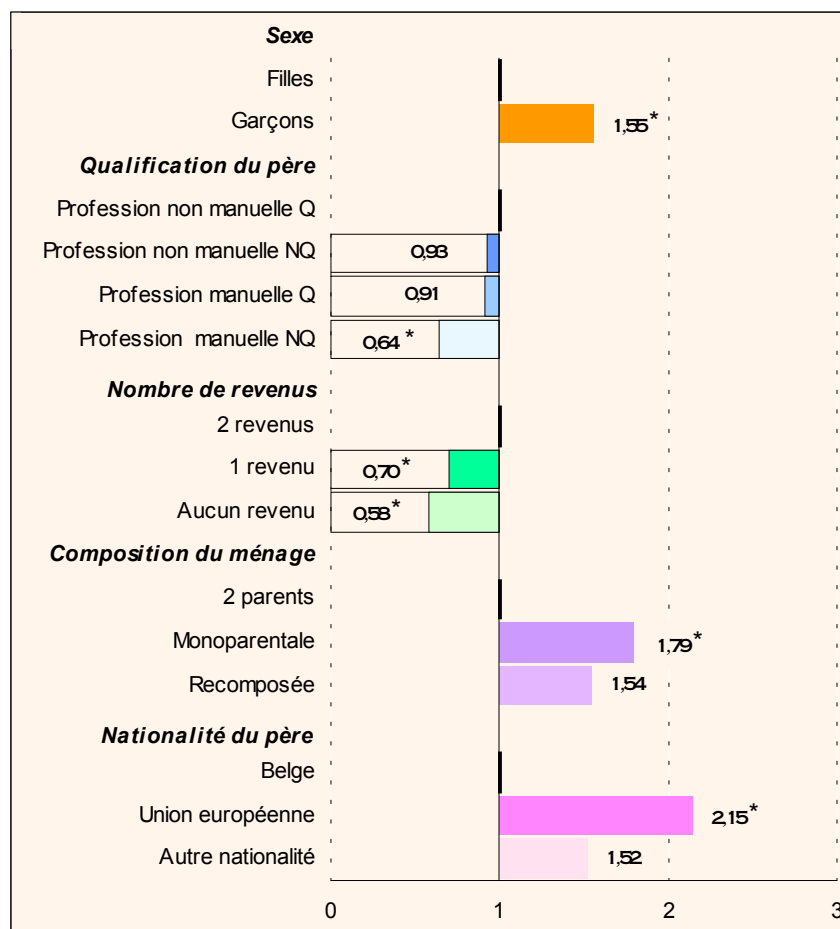


Figure XXXII. Régression logistique de la variable «S'est déjà vu proposer de la drogue»

Les jeunes dont le père appartient à la catégorie des professions manuelles non qualifiées ont été moins souvent sollicités. La nationalité est aussi un facteur associé (plus parmi les jeunes de l'Union européenne, non belge).

En ce qui concerne la consommation de drogue, 15,5% des jeunes de 16 ans interrogés déclarent avoir consommé au moins une fois de la drogue (figure XXX). Ces chiffres sont quasi identiques à ceux des enquêtes françaises déjà citées (15%)^[4,2] ou des résultats publiés par De Piretti et coll. (17% des jeunes interrogés)^[29], ou encore dans l'enquête limbourgeoise (15%)^[28]. En France, l'enquête de santé menée auprès d'adolescents donne une prévalence de jeunes ayant déjà pris de la drogue de 24% pour les garçons âgés de 16-17 ans et de 19% chez les filles^[3]. Les pourcentages de consommateurs de drogue selon l'étude menée en Grande-Bretagne sont plus élevés: 32%^[30].

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que c'est la nationalité (Union européenne, non belge) et les revenus (essais plus fréquents chez les jeunes dont les deux parents travaillent), mais aussi la composition du ménage (davantage de consommation dans les familles monoparentales et recomposées) qui semblent être les facteurs les plus associés à la consommation de drogue (figure XXXIII).

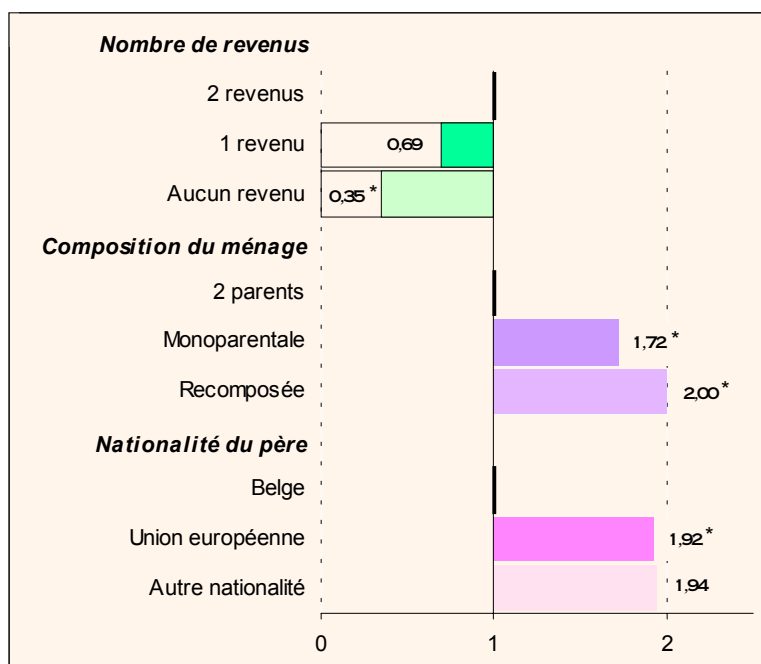


Figure XXXIII. Régression logistique de la variable «A déjà consommé de la drogue»

Dans l'étude de De Piretti et coll., les enfants de cadres et de professions supérieures, ainsi que ceux dont les parents sont séparés sont aussi plus fréquemment des consommateurs de drogue que les autres^[29].

3. Les indicateurs de bien-être

3.1. L'estime de soi

- *Les inégalités sociales vis-à-vis de l'estime de soi sont très manifestes: les jeunes issus de milieux moins favorisés développent beaucoup plus souvent une image négative d'eux-mêmes.*
- *Les garçons ont apparemment une image d'eux-mêmes plus positive que les filles.*
- *Image de soi positive et pratique d'un sport vont de pair.*

Vingt et une propositions relatives à l'estime de soi ont été soumises aux élèves les plus jeunes (groupe des 10 ans). Parmi ces 21 items, 10 peuvent être considérés comme reflétant une image de soi positive (exemples: «Je suis intelligent», «Je travaille bien en classe», «Mes amis aiment mes idées»...) et 11 une image négative (exemples: «Les élèves se moquent de moi», «Je déteste l'école», «J'ai souvent des ennuis»...).

Deux scores d'estime de soi ont été construits : le premier basé sur le nombre d'items cochés par l'enfant sur l'ensemble des propositions positives (tableau 14) et le deuxième sur le nombre d'items cochés sur les 11 propositions considérées comme traduisant une image de soi négative (tableau 15).

TABLEAUX 14 et 15. Score d'estime de soi positive et score d'estime de soi négative (N=1314)

SCORE D'ESTIME DE SOI POSITIVE	
L'enfant a coché :	%
0-5 items	33,0
6 items	16,3
7 items	20,5
8 items et plus	30,1
<i>Total</i>	<i>100,0</i>

SCORE D'ESTIME DE SOI NEGATIVE	
L'enfant a coché :	%
Maximum 1 item	26,3
2 items	22,4
3-4 items	26,4
5-11 items	24,9
<i>Total</i>	<i>100,0</i>

Pour l'analyse multivariée, nous avons comparé les élèves ayant coché moins de huit items positifs versus les autres (huit items ou plus), soit le dernier tiers de la distribution. C'est la même procédure qui a été appliquée pour le score «estime de soi négative», qui contraste les enfants qui ont coché au moins cinq propositions négatives versus les autres (moins de cinq propositions).

Ces résultats nous indiquent que les garçons sont deux fois plus nombreux à cocher au moins 8 propositions positives sur les 10, ce qui peut être traduit par une «bonne image de soi». Un gradient social très net apparaît lorsque l'on considère ces résultats en fonction de la qualification professionnelle du père ou le nombre de revenus dans le ménage : les enfants des catégories sociales les moins favorisées sont toujours les moins nombreux à cocher un nombre important d'items positifs (Figure XXXIV).

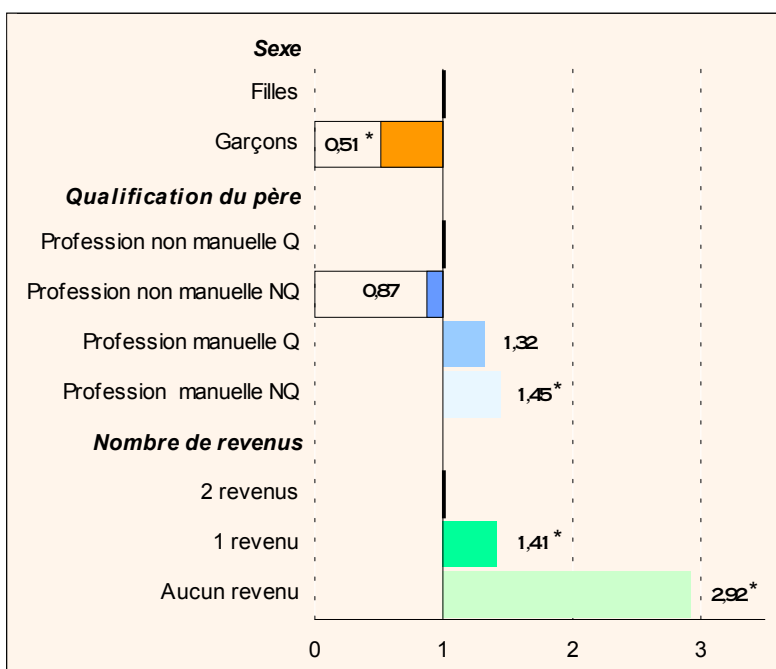


Figure XXXIV. Régression logistique de la variable «A coché moins de 8 items positifs»

Un même gradient social fort marqué se dessine en ce qui concerne les réponses négatives: les élèves issus de familles où aucun des parents ne travaille sont 2,5 fois plus nombreux à cocher au moins 5 propositions négatives (ce qui représente le dernier quartile de la distribution) que ceux dont les deux parents travaillent. Ceux dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée sont deux fois plus nombreux à cocher au moins 5 items négatifs que ceux dont la père appartient à la catégorie la plus qualifiée (figure XXXV).

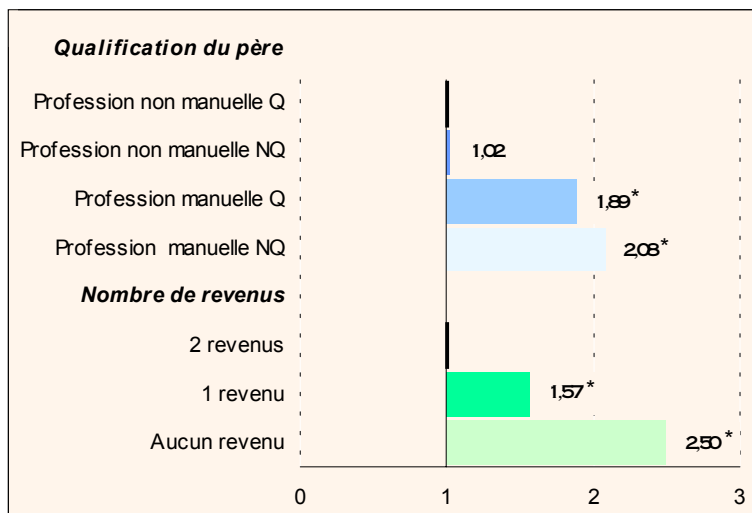


Figure XXXV. Régression logistique de la variable «A coché au moins 5 items négatifs»

Les élèves obèses n'obtiennent pas un score plus élevé que les autres sur l'axe négatif d'estime de soi. Par contre, ils ne développent pas une image d'eux-mêmes particulièrement positive. Ils se différencient des autres élèves sur l'axe positif: ils sont deux fois moins nombreux que les autres dans le tiers supérieur de la distribution ($p < 0,001$).

Les enfants qui ont un score élevé sur l'axe «négatif» d'estime de soi sont plus nombreux que les autres à consommer tous les jours à la fois des chips, de la limonade et des bonbons : 12% d'entre eux, 8% chez les autres ($p < 0,05$).

L'association entre une image de soi positive et la pratique d'un sport en dehors de l'école est nette. Les élèves qui ont coché 8 items positifs ou plus pratiquent un sport dans 92% des cas. Ceux qui en cochent 5 au maximum ne pratiquent un sport que dans 73% des cas ($p < 0,001$) (tableau 16).

**TABLEAU 16. Pratique d'un sport en fonction du score «Estime de soi positive» (en %)
(N = 1314)**

Nombre d'items positifs cochés par l'enfant	Pratique un sport
0-5 items	73,2
6 items	79,3
7 items	83,3
8 items	91,9

3.2. L'influence des pairs

- *Les jeunes se disent surtout influencés par leurs amis à faire du sport, à passer du temps libre ensemble et... à bien travailler!*
- *Les scores d'influence les plus élevés se retrouvent chez les garçons, les jeunes étrangers, et les élèves dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée.*

Dans les groupes des 13 et des 16 ans, 25 propositions concernant l'influence des amis dans une série d'attitudes ou de comportements de la vie quotidienne (à l'école, à la maison ou dans les loisirs) ont été soumises. Les attitudes et les comportements concernent des conduites à risque comme la consommation d'alcool, de drogue ou de tabac, ont trait à l'attitude vis-à-vis des parents ou des professeurs, aux habitudes vestimentaires ou encore aux activités de loisirs, comme écouter de la musique par exemple (tableau 17).

TABLEAU 17. « Tes amis t'influencent à » (N=2590) (en%).

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
Pratiquer un sport	25,2	30,7	37,3	6,8
Passer du temps libre avec eux	23,2	39,6	33,3	3,9
Bien travailler	20,9	27,3	45,7	6,2
Obéir	19,3	19,3	52,7	8,6
Respecter les adultes	17,2	24,1	49,4	9,4
Demander conseil à tes parents quand tu as un problème	16,2	27,5	49,5	6,8
Chahuter	16,1	33,4	47,4	3,0
Ecouter la même musique qu'eux	14,0	27,7	54,2	4,1
Etre gentil(le) avec les professeurs	11,9	21,0	59,3	7,7
Faire des activités à l'école	10,9	28,1	54,6	6,4
Rester après l'école	10,7	31,3	54,4	3,7
Rentrer après l'heure permise par tes parents	9,4	14,6	71,2	4,8
Etre mince	8,2	14,0	72,9	4,8
Faire partie d'une bande à l'école	7,0	14,7	73,3	5,0
Faire la même chose qu'eux	6,4	26,0	62,8	4,8
Ne pas dire à tes parents ce que tu fais	6,4	17,0	72,2	4,3
Te bagarrer	5,8	17,0	73,0	4,2
Faire le pitre	5,7	19,5	70,3	4,5
Ne pas prendre l'école au sérieux	4,3	12,9	78,2	4,6
Fumer	4,3	13,1	79,4	3,2
Eviter les activités en famille	3,0	8,4	81,0	7,6
Ne pas écouter tes parents	2,8	8,1	85,2	3,9
Penser la même chose qu'eux	2,4	13,3	80,3	4,0
Porter les mêmes vêtements	2,3	9,9	84,5	3,3
Avoir la même coupe de cheveux	1,5	4,4	91,3	2,8
<i><u>Pour les 16 ans uniquement</u></i>				
Ne pas se saouler	11,6	15,0	65,6	7,1
Fumer un joint	2,8	12,2	96,7	3,3

On constate que les élèves ressentent une influence des amis qu'ils qualifient d'importante («mes amis m'influencent beaucoup à...») essentiellement pour des attitudes ou comportements positifs comme par exemple «pratiquer un sport», «bien travailler» ou «obéir». Par contre, on remarque qu'ils estiment comme très peu importante l'influence de leurs amis à penser la même chose qu'eux, s'habiller ou avoir la même coiffure...

Quelles sont les caractéristiques des jeunes qui se sentent fort influencés (défini par au moins 11 réponses «m'influencent beaucoup») soit le dernier quartile de la distribution ?

Quelle que soit la nature de la proposition,

- les garçons se déclarent plus souvent influencés par leurs amis que les filles,
- les jeunes étrangers (hors Union européenne) ont un score près de deux fois plus élevé que les deux autres groupes de nationalité,
- ceux dont le père exerce une profession manuelle non qualifiée se sentent aussi plus influencés par leurs amis (figure XXXVI).

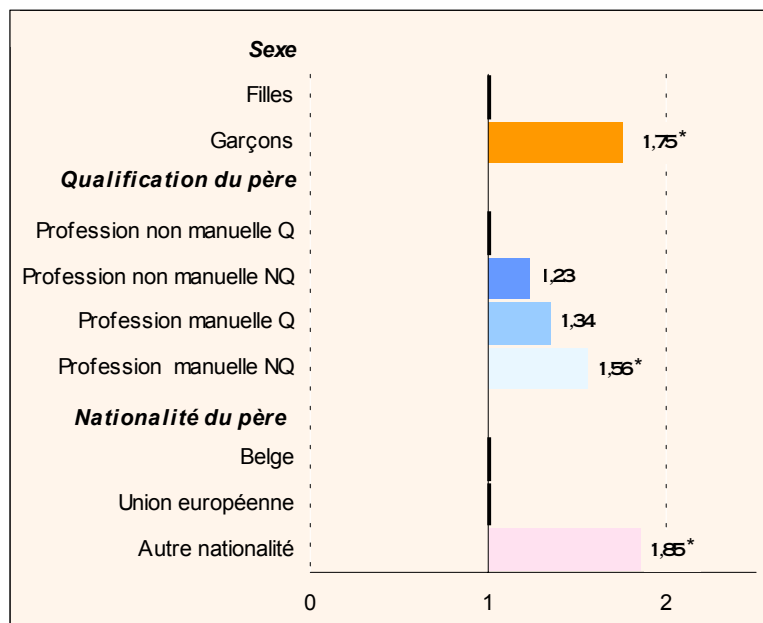


Figure XXXVI. Régression logistique de l'influence des amis (au moins 11 réponses «m'influencent beaucoup» sur les 25 propositions)

En quoi cette influence ressentie se traduit-elle dans les comportements? Le croisement de ce score d'influence avec des comportements liés à la santé comme la consommation d'alcool, le tabagisme ou la pratique d'un sport nous montre que les jeunes qui déclarent souvent se faire «beaucoup» influencer par leurs amis fument et boivent plus souvent de la bière et/ou du vin que les autres, mais ils font également plus de sport (figure XXXVII).

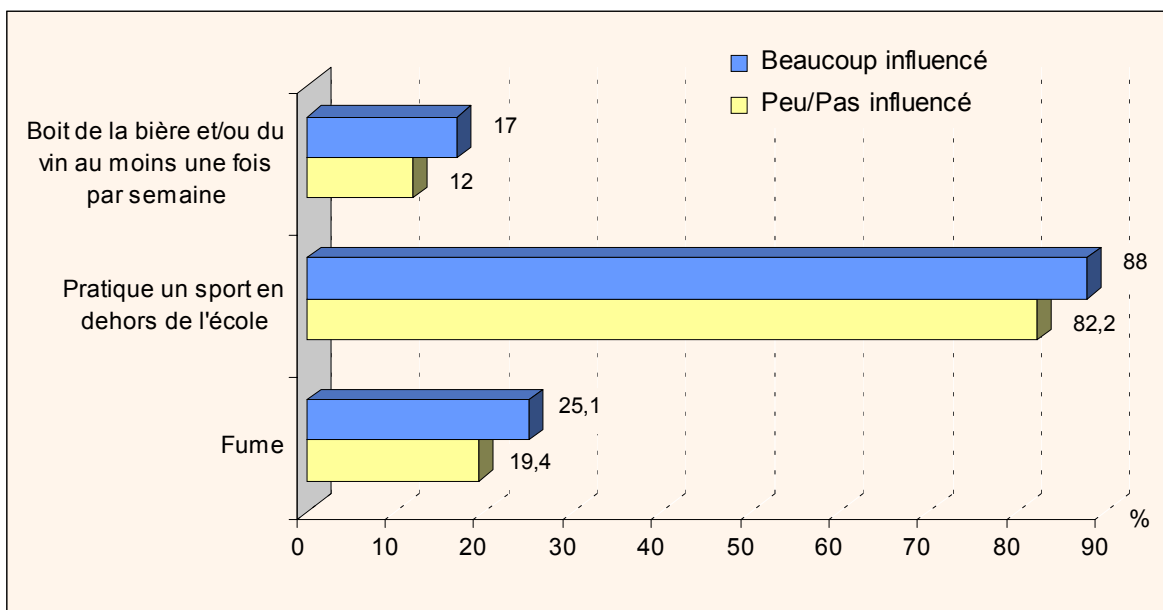


Figure XXXVII. Comportements de santé et position sur le score global d'influence des pairs (N=2542) (en %)

En ce qui concerne les fumeurs par exemple, ils se déclarent 5,5 fois plus souvent être «beaucoup» influencés par leurs amis à fumer que les non-fumeurs.

3.3. Le besoin d'une aide extérieure pour des problèmes de la vie quotidienne

- *Le besoin d'aide est très présent chez les adolescents. L'avenir professionnel, le stress, le cafard et l'école sont source de préoccupation pour un nombre important des jeunes interrogés: 24% à 36% d'entre eux réclament de l'aide pour l'un ou l'autre de ces problèmes.*
- *Ceux qui sollicitent de l'aide sont plus souvent de sexe féminin, des étrangers, des jeunes qui vivent en famille recomposée, et des jeunes dont le père exerce une profession manuelle.*

A partir d'une liste de 13 sujets potentiels de préoccupation proposés, environ 70% des jeunes sont demandeurs d'une aide extérieure pour au moins un problème de cette liste. Les domaines qui suscitent le plus de demandes ont trait à l'école, au stress, au cafard et à l'avenir professionnel (figure XXXVIII).

Huit pour cent de l'ensemble des jeunes désirent une aide par rapport à la cigarette. C'est évidemment parmi les fumeurs que cette demande est la plus importante : 27,5% des fumeurs contre 2,6% des non-fumeurs.

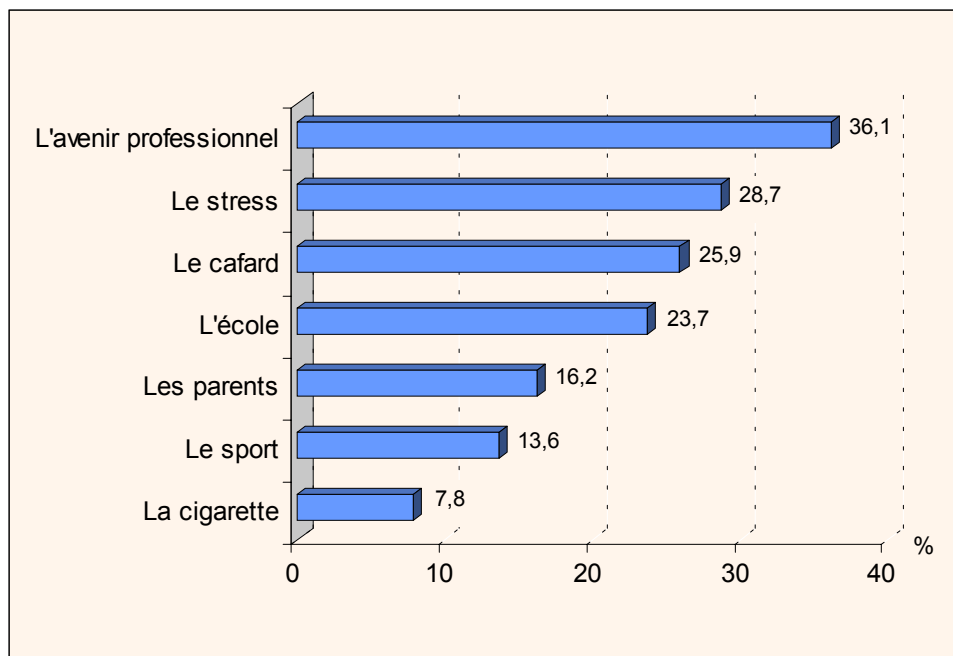


Figure XXXVIII. Besoin d'une aide extérieure (13 et 16 ans) (N=2570) (en %)

Les jeunes qui souhaitent de l'aide dans plusieurs domaines (demandes pour au moins 4 problèmes, ce qui correspond au quartile supérieur de la distribution) sont plus souvent de sexe féminin, appartiennent au groupe d'âge des plus âgés, et proviennent plus fréquemment de familles recomposées (1,7 fois plus souvent). La proportion y est aussi plus importante dans les familles dont le père exerce une profession manuelle. Les jeunes étrangers (hors Union européenne) sollicitent beaucoup plus fréquemment de l'aide que les autres groupes de nationalité (2,2 fois plus que les Belges) (figure XXXIX).

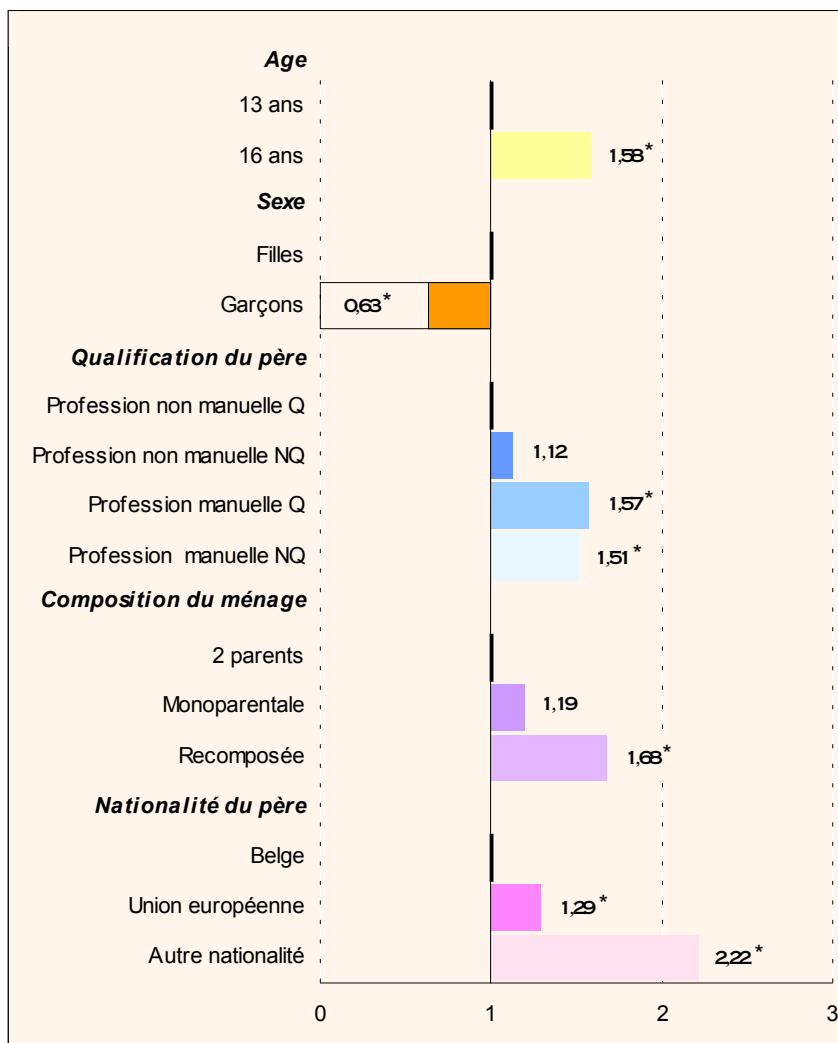


Figure XXXIX. Régression logistique de la variable «Besoin d'aide dans 4 domaines au moins»

Dans une enquête suisse, les jeunes filles sont aussi toujours plus nombreuses à demander de l'aide que les garçons. Par rapport à la déprime, au cafard, le score est identique dans le Hainaut et en Suisse (un tiers environ). L'inquiétude face à l'avenir professionnel est beaucoup plus fréquente dans notre enquête (36% chez nous, un peu plus de 20% en Suisse)^[31]. Cette différence est vraisemblablement à mettre en rapport avec les taux de chômage extrêmement importants dans la province du Hainaut.

3.4. L'image de soi et la satisfaction de son corps

- *Près de 3 jeunes sur 4 se déclarent satisfaits de leur corps, cette réalité est cependant moins présente chez les filles.*
- *Un jeune sur 7 déclare suivre un régime.*

Différentes questions relatives à la satisfaction du corps ont été soumises aux élèves. Elles ont trait à la satisfaction de l'image corporelle, à la préoccupation par rapport au poids et au suivi d'un éventuel régime alimentaire.

Globalement, 71% des jeunes se déclarent satisfaits de leur corps. C'est une proportion tout à fait comparable aux résultats de l'enquête suisse citée précédemment^[31].

Les filles apparaissent comme beaucoup moins satisfaites de leurs corps que leurs homologues masculins (82% contre 60% des garçons).

La régression logistique donne comme facteurs les plus associés à une insatisfaction vis-à-vis de son corps :

- le sexe : les filles sont trois fois plus souvent insatisfaites de leur corps;
- l'âge: la proportion de jeunes de 16 ans insatisfaites de leur corps est près de trois fois plus élevée que dans le groupe des 10 ans ;
- la composition du ménage: la fréquence est plus élevée dans les familles recomposées ;
- et la qualification professionnelle du père : les jeunes dont le père exerce une profession manuelle sont plus fréquemment insatisfaites (figure XL).

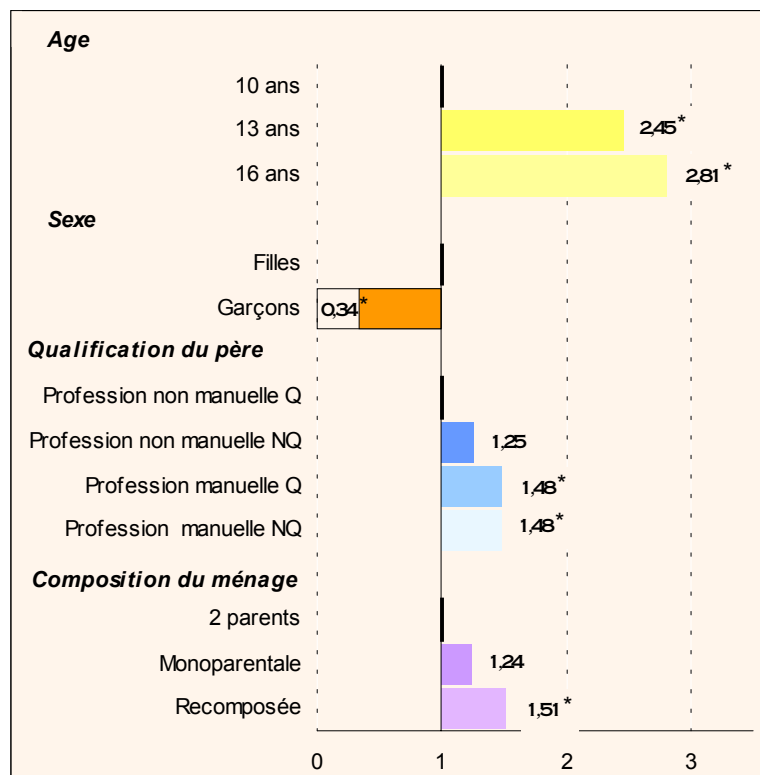


Figure XL. Régression logistique de l'insatisfaction vis-à-vis de son corps

En France, les résultats de l'enquête OMS-CFES indiquent que la proportion de jeunes ne se trouvant «pas très beau» n'évolue pas tellement avec l'âge. Ils montrent par contre, comme dans notre étude, d'importantes différences entre garçons et filles ^[4].

La plupart des élèves se déclarent préoccupés par leur poids; plus de la moitié d'entre eux expriment le désir de maigrir, avec de grandes différences entre garçons et filles. Les garçons sont 3 fois moins nombreux à être préoccupés par leur poids (figure XLI). Ici encore, nos résultats sont presque identiques aux résultats suisses^[31].

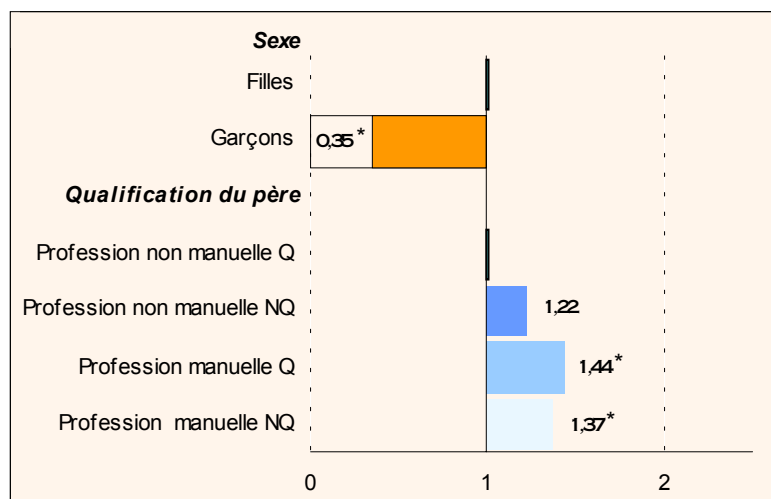


Figure XLI. Régression logistique de la préoccupation par rapport à son poids

Comme l'indique une enquête conduite à Bruxelles sur la santé mentale des jeunes du secondaire, les garçons souhaitent beaucoup moins souvent que les filles modifier leur poids^[32].

Dans le groupe dont le père exerce une profession manuelle, la préoccupation du poids est plus importante que dans le groupe des professions non manuelles.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 14% des jeunes déclarent suivre un régime au moment de l'enquête. Les garçons sont deux fois moins nombreux à suivre un régime que les filles. Ce sont principalement les adolescents (groupes des 13 et 16 ans) qui déclarent suivre un régime, de même que les élèves d'origine étrangère surtout en provenance de l'extérieur de l'Union européenne (plus de deux fois plus nombreux) (figure XLII).

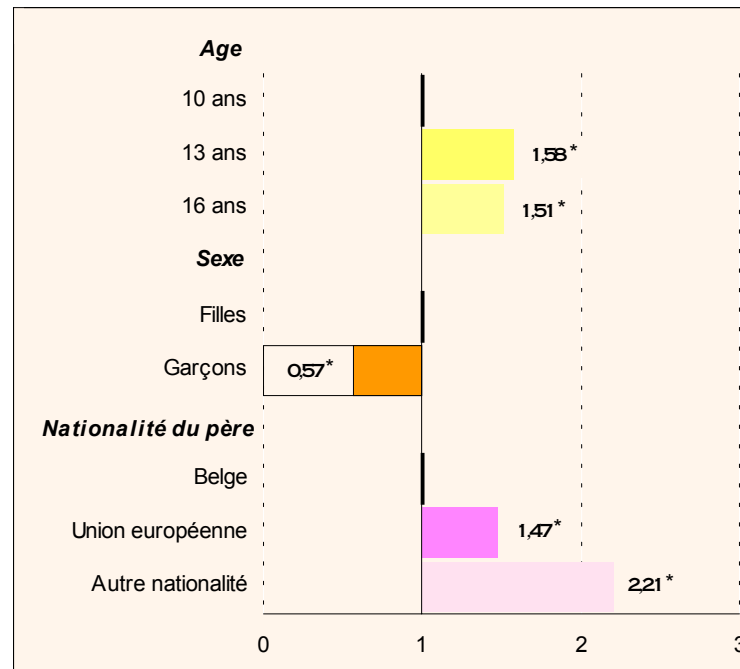


Figure XLII. Régression logistique de la variable «Suit actuellement un régime»

Il n'est pas étonnant de constater que les élèves définis comme étant obèses sont 1,4 fois plus nombreux à déclarer être insatisfaits de leur corps et plus de deux fois plus nombreux que les autres à déclarer vouloir maigrir ($p < 0,001$). Trois fois plus souvent encore, ils déclarent suivre un régime ($p < 0,001$).



III. CONCLUSION

Dans cet échantillon représentatif des élèves du Hainaut, près de la moitié des jeunes se déclarent tout à fait en bonne santé et très peu s'estiment en mauvaise santé. Une majorité des participants à l'enquête pensent qu'il est possible d'agir pour sa santé. Et ils connaissent, parfois avec quelques imprécisions, les facteurs qui l'influencent positivement ou négativement.

Ce tableau, assez encourageant, est à nuancer par les indications des jeunes concernant leurs habitudes de vie. Alimentation pauvre en fruits et légumes et abondante en friandises et boissons sucrées, diminution des activités sportives en fin d'adolescence, progression du tabagisme avec l'âge (1/3 de fumeurs à 16 ans) favoriseront l'apparition de facteurs de risque dans la future population adulte de la Province. Si rien ne change, le profil épidémiologique du Hainaut (voir le Tableau de Bord de la Santé 1997) ne s'améliorera pas aussi rapidement qu'on pourrait le souhaiter. Déjà, les examens médicaux de l'enquête indiquent qu'un jeune sur cinq présente une surcharge pondérale et un taux de cholestérol trop élevé. Comme le montrent les expériences internationales, en santé publique, il est possible d'infléchir favorablement ces tendances. Des ouvertures existent. Un tiers des élèves souhaitent plus d'informations sur la santé. Près des trois-quarts sont demandeurs d'une aide. Ce besoin d'aide s'exprime majoritairement pour des sujets graves : cafard, stress, avenir professionnel, école.

Constat majeur de l'enquête, les inégalités de santé se marquent dès le jeune âge. Pour presque tous les facteurs de risque de santé, l'analyse montre clairement l'existence d'un gradient social : les enfants des groupes sociaux moins favorisés présentent plus de risques pour leur santé actuelle et future. Leur fréquentation des services de soins de santé est moindre. Comme l'est aussi leur participation à des loisirs actifs. Les quelques indicateurs de bien-être psychologique récoltés dans cette étude font apparaître d'importantes inégalités sociales à ce niveau également.

L'ensemble des résultats, qu'il faudra compléter par des enquêtes sur des thématiques plus spécifiques, peut contribuer à construire un cadre de références pour l'action de promotion de la santé des jeunes du Hainaut. En particulier, ces données descriptives de la santé des jeunes seront utiles aux acteurs de la promotion de la santé pour préciser, voire quantifier, leurs objectifs... et donc leurs responsabilités.

La lutte contre les inégalités sociales de santé apparaît comme une composante prioritaire des programmes susceptibles d'améliorer la santé des habitants du Hainaut.



IV. BIBLIOGRAPHIE

1. Burdine J., Chen M., Gottlieb N., Peterson F., Vacalis T., The Effects of Ethnicity, Sex and Father's Occupation on Heart Health Knowledge and Nutrition Behavior of School Children : The Texas Youth Health Awareness Survey, *Journal of School Health*, 1984, 54(2) : 87-90.
2. Baromètre Santé 94 Jeunes. Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire 11-13 -15 ans. Chan Chee C., Baudier F., Dressen C., Arènes J., Vanves, CFES, 1997.
3. Adolescents. Enquête nationale. Analyses et Prospective, Choquet M., Ledoux S., Paris, INSERM, 1994.
4. Baudier F., Chan Chee C., Dressen C., Arènes J., Comportements de santé des enfants d'âge scolaire 11-13-15 ans. *Revue de Presse du CCAD*, 01/06/97.
5. Piette D., Prevost M., Boutsen M., De Smet P., Levêque A., Barette M., Vers la santé des jeunes en l'an 2000? Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994, U.L.B. Promes, 1997.
6. Aelvoet W., Capet F., Vanoverloop J., Gezondheidsindicatoren 1996. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Bruxelles, 1998.
7. Williams C., Intervention in Childhood, in : *Prevention of Coronary Heart Disease*, Ockene I., Ockene J., Boston, Little, Brown and Cie, 1992, pp. 433-467.
8. Labarthe D., Coronary risk factors in childhood, in : *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health*. Marmot G., Elliott P., Oxford, Oxford Medical Publication, 1992, pp. 91-102.
9. Utilisation et interprétation de l'anthropométrie, OMS Europe, Genève, 1995.
10. Must A., Dallal G., Dietz W., Reference data for obesity : 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness, *Am J Clin Nutr*, 1991, 53 : 839-46.
11. Must A., Dallal G., Dietz W., Reference data for obesity : 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²)-a correction. *Am J Clin Nutr*, 1991, 54 : 73.
12. Expert Panel on Blood Cholesterol Levels. National Cholesterol Education Program - Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents, *Pediatrics*, 1992, 89 (Supplement 525-Supplement 584).
13. Rationale for Attention to Cholesterol Levels in Children and Adolescents, *Pediatrics*, 1992, 89 (3) : 528-536.
14. Porkka K., Raitakari O., Leino A., Laitinen S., Räsänen L., Rönnemaa T., Marnemi J., Lehtimäki T., Taimela S., Dahl M., Uhari M., Akerblom H., Vliikari J., Trends in Serum Lipid Level during 1980-1992 in Children and Young Adults. *Am J Epidemiol* 1997, 146(1) : 64-77.
15. Cazorla G., Leger L., Comment évaluer et développer vos capacités aérobies - Epreuve de Course Navette et épreuve Vameval, Areaps, 1993.

16. Sturbois X., Dufrene M., Tables d'évaluation du profil physiologique du sportif francophone de bon niveau, 1992.
17. Desnoyers Raimondi F., Les nouvelles recommandations alimentaires américaines, *Dieta*, 1996, 7 : 10-13.
18. Parents' Guide : Cholesterol in Children Healthy Eating is a Family Affair, National Institutes of Health, NIH Publication, 1992.
19. Thonnat N., Gibault T., Les fruits et légumes : partenaires privilégiés de la santé. Qu'y a-t-il dans les fruits et légumes ? *Coeur et Santé*, 1998, 105 : 19-26.
20. Philippe I., Baudier F., Mazelin A., Bourderon D., Pinochet C., Etude du comportement alimentaire de 225 adolescentes âgées de 16 à 18 ans. *Cah. Nutr. Diét.*, 1998, 23 : 130-136.
21. Denis C., Michaud C., Denis G., Mejean L., Le petit-déjeuner : habitudes alimentaires d'adolescents scolarisés, *Cah. Nutr. Diét.* 1990, 25 : 432-435.
22. Pate R., Pratt M., Blair S., Haskell W., Macera C., Bouchard C., Buchner D., Ettinger W., Heath G., King A., Kriska A., Leon A., Marcus B., Morris J., Paffenbarger R., Patrik K., Pollock M., Rippe J., Sallis J., Wilmore J., Physical Activity and Public Health. A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine, *JAMA*, 1995, 273(5) : 402-407.
23. Bodson D., La pratique du sport en Communauté française, *Sport*, 1997, 159-160, 5-41.
24. Tafforeau J., Van Oyen H., Demarest S., La santé de la population en Belgique, en Communauté Française, en Région Wallonne et en Région Bruxelles capitale. Résumé des résultats. Enquête de Santé, Belgique 1997, CROSP, Bruxelles, 1998.
25. Swalus P., Carlier G., Florence J., Renard J., Scheiff A., Regards sur l'éducation physique. Analyse de son enseignement à l'école primaire, U.C.L., 1988.
26. Carlier G., Ghos P., Renard J., Scheiff A., Florence J., Dawance J., Radelet J., Analyse de l'enseignement de l'éducation physique au secondaire, U.C.L., 1992.
27. Piéron M., Style de vie de jeunes dans cinq pays de l'Union européenne, in : *Sport*, 159/160, 1997, 42-108.
28. Lavigne J.-P., Gebruik van tabak, alcohol, drugs, medicatie en gokgedrag bij jongeren, maart 1995, Provincie Limburg, afdeling Welzijn, Hasselt maart 1995, 1997.
29. De Peretti C., Leselbaum N., Benslimane S., Poirier C., Tabac, alcool, drogues illicites. Opinions et consommations des lycéens (préface d'A. Lazarus), Paris, Institut National de Recherche Pédagogique, 1995.
30. Sutherland I., Willner P., Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents, *Addiction*, 1998, 93(8) : 1199-1208.

31. Narring F., Tschumper A., Michaud P-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J-C., Paccaud F., Gutzwiller F. Etude nationale sur la santé et les styles de vie des jeunes de 15 à 20 ans. La santé des adolescents en Suisse : une photographie...des pistes d'intervention, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne. 1994.
32. De Clercq M., Vranckx A., Navarro F.J., Piette D., Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale, ULB Promes, 1996.



V. ANNEXE : Régressions logistiques

III. Régression logistique de la variable « La santé, c'est une question de chance ».

	(N=3268)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	0,69 (0,59-0,82)	*
	16 ans	0,95 (0,79-1,13)	
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,47(1,14-1,90)	*
	Profession manuelle Q	1,43(1,13-1,81)	*
	Profession manuelle NQ	2,02(1,64-2,49)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,07 (0,92-1,25)	
	Aucun revenu	1,39 (1,06-1,82)	*
Filière d'enseignement (16 ans) (N=962)			
	Général	1	
	Technique	1,30 (0,97-1,75)	
	Professionnel	3,26 (2,18-4,87)	*

V. Régression logistique de la variable « Ne se sent pas en bonne santé »

	(N=3263)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	0,73 (0,55-0,98)	*
	16 ans	1,07(0,82-1,41)	
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	0,59 (0,47-0,75)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,55 (0,99-2,44)	
	Profession manuelle Q	1,63 (1,08-2,46)	*
	Profession manuelle NQ	1,62 (1,11-2,35)	*

VII. Régression logistique de la variable «Plus d'un problème de santé»

	(N=3316)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe			
Filles		1	
Garçons		0,47 (0,41-0,54)	*
Qualification professionnelle du père			
Profession non manuelle Q		1	
Profession non manuelle NQ		1,27 (0,99-1,64)	
Profession manuelle Q		1,43 (1,13-1,81)	*
Profession manuelle NQ		1,51 (1,21-1,87)	*
Nombre de revenus			
2 revenus		1	
1 revenu		1,05 (0,90-1,23)	
Aucun revenu		0,68 (0,52-0,90)	*
Filière d'enseignement (16 ans) (N=970)			
Général		1	
Technique		1,45 (1,08-1,94)	*
Professionnel		1,27 (0,86-1,88)	

VIII. Régression logistique « N'a pas consulté un généraliste durant l'année écoulée »

	(N=3215)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
10 ans		1	
13 ans		0,50 (0,42-0,60)	*
16 ans		0,33 (0,27-0,39)	*
Sexe			
Filles		1	
Garçons		1,19 (1,01-1,39)	*
Qualification professionnelle du père			
Profession non manuelle Q		1	
Profession non manuelle NQ		0,99 (0,75-1,30)	
Profession manuelle Q		1,08 (0,86-1,37)	
Profession manuelle NQ		1,30 (1,05-1,61)	*
Filière d'enseignement (16 ans) (N=945)			
Général		1	
Technique		1,77 (1,24-2,52)	*
Professionnel		2,61 (1,66-4,10)	*

IX. Régression logistique « N'a pas consulté un dentiste » (uniquement posé aux 10 ans)

(N=1064)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,46 (1,13-1,89)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,20 (0,78-1,84)	
	Profession manuelle Q	1,48 (0,98-2,23)	
	Profession manuelle NQ	1,65 (1,16-2,35)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,54 (1,17-2,02)	*
	Aucun revenu	1,48 (0,79-2,77)	

X. Régression logistique « N'as pas consulté un spécialiste »

Chez les 10 ans (N=1064)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,43 (1,11-1,85)	*
Chez les 13 ans (N=1086)			
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,57 (1,24-1,98)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,31 (0,83-2,06)	
	Profession manuelle Q	1,42 (0,94-2,14)	
	Profession manuelle NQ	1,63 (1,15-2,32)	*
Chez les 16 ans (N=944)			
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,84 (1,43-2,37)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,40 (1,05-1,89)	*
	Aucun revenu	2,01 (1,23-3,29)	*
Filière d'enseignement			
	Général	1	
	Technique	1,62 (1,20-2,17)	*
	Professionnel	1,79 (1,21-2,64)	*

XII. Régression logistique de la surcharge pondérale

	(N=1931)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	0,79 (0,62-1,03)	
	16 ans	0,53 (0,39-0,71)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,57 (1,04-2,37)	*
	Profession manuelle Q	1,70 (1,17-2,47)	*
	Profession manuelle NQ	1,73 (1,24-2,42)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,49 (1,07-2,08)	*
	Recomposée	1,13 (0,76-1,67)	
Filière d'enseignement (16 ans) (N=500)			
	Général	1	
	Technique	1,17 (0,66-2,07)	
	Professionnel	2,56 (1,26-5,18)	*

XIII. Régression logistique de l'obésité

	(N=1929)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	0,79 (0,60-1,03)	
	16 ans	0,44 (0,31-0,63)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,62 (1,01-2,59)	*
	Profession manuelle Q	1,75 (1,14-2,69)	*
	Profession manuelle NQ	1,79 (1,21-2,64)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,55 (1,09-2,21)	*
	Recomposée	0,90 (0,56-1,43)	

XIV. Régression logistique de l'excès de cholestérol total (≥ 200 mg/dl)

(N=1285)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	0,61 (0,43-0,85)	*
	16 ans	0,41 (0,28-0,61)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçon	0,62 (0,48-0,87)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	0,53 (0,31-0,90)	*
	Profession manuelle Q	0,66 (0,41-1,05)	
	Profession manuelle NQ	0,92 (0,62-1,37)	
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	0,94 (0,66-1,34)	
	Autres	0,48 (0,24-0,98)	*

XVII. Régression logistique de la variable «Ne mange pas au moins un fruit par jour»

(N=3226)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,21 (0,97-1,22)	
	16 ans	1,26 (1,06-1,51)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,25 (1,09-1,44)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,38 (1,07-1,77)	*
	Profession manuelle Q	1,25 (0,99-1,57)	
	Profession manuelle NQ	1,37 (1,11-1,68)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,03 (0,87-1,22)	
	Autres	0,61 (0,44-0,83)	*
Filière d'enseignement (16 ans) (N=970)			
	Général	1	
	Technique	1,38 (1,03-1,85)	*
	Professionnel	2,12 (1,44-3,12)	*

XVIII. Régression logistique de la variable «Ne mange pas de légumes au moins une fois par jour»

(N=3279)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,17 (0,99-1,38)	
	16 ans	1,29 (1,08-1,54)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,50 (1,17-1,92)	*
	Profession manuelle Q	1,49 (1,19-1,87)	*
	Profession manuelle NQ	1,48 (1,21-1,82)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,37 (1,10-1,70)	*
	Recomposée	1,08 (0,84-1,39)	
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,38 (1,17-1,63)	*
	Autres	1,05 (0,79-1,41)	

XIX. Régression logistique de la variable : «Consommation de frites plus d'une fois par semaine»

(N=3231)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,29 (1,08-1,54)	*
	16 ans	1,35 (1,12-1,62)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,47 (1,27-1,70)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,18 (0,91-1,54)	
	Profession manuelle Q	1,49 (1,17-1,90)	*
	Profession manuelle NQ	1,76 (1,39-2,14)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	0,82 (0,69-0,97)	*
	Autres	1,17 (0,87-1,59)	
Filière d'enseignement (16 ans) (N=943)			
	Général	1	
	Technique	1,62 (1,20-2,20)	*
	Professionnel	1,46 (0,98-2,18)	

XX. Régression logistique de la consommation quotidienne de limonade, chips et bonbons

	(N=3279)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,11 (0,83-1,48)	
	16 ans	0,65 (0,46-0,91)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,54 (1,19-1,99)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	2,20 (1,29-3,75)	*
	Profession manuelle Q	1,97 (1,18-3,26)	*
	Profession manuelle NQ	2,39 (1,51-3,79)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,57 (1,20-2,06)	*
	Aucun revenu	1,50 (0,96-2,34)	
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,12 (0,83-1,51)	
	Autres	3,06 (2,07-4,52)	*
Filière d'enseignement (16 ans) (N=970)			
	Général	1	
	Technique	2,29 (1,10-4,79)	*
	Professionnel	3,56 (1,60-7,94)	*

XXI. Régression logistique de la variable «Ne prend pas de petit déjeuner avant de partir à l'école»

	(N=3296)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,65 (1,33-2,04)	*
	16 ans	1,87 (1,50-2,33)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,25 (0,89-1,76)	
	Profession manuelle Q	1,90 (1,41-2,57)	*
	Profession manuelle NQ	2,00 (1,52-2,63)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,85 (1,46-2,35)	*
	Recomposée	1,21 (0,89-1,64)	
Filière d'enseignement (16 ans) (N=966)			
	Général	1	
	Technique	1,52 (1,08-2,13)	*
	Professionnel	1,97 (1,30-3,01)	*

XXII. Régression logistique de la variable «Ne pratique pas de sport en dehors de l'école»

	(N=3287)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,27 (1,02-1,58)	*
	16 ans	1,52 (1,23-1,89)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	0,37 (0,31-0,44)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,55 (1,30-1,85)	*
	Aucun revenu	2,20 (1,64-2,96)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,22 (0,95-1,58)	*
	Recomposée	1,54 (1,15-2,06)	*
Nationalité			
	Belge	1	
	Union Européenne	1,32 (1,09-1,61)	*
	Autres	1,16 (0,83-1,62)	*
Filière d'enseignement			
	Général	1	
	Technique	1,48 (1,06-2,06)	*
	Professionnel	1,80 (1,17-2,78)	*

XXVI. Régression logistique de l'exposition au tabagisme passif

	(N=3316)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,17 (1,02-1,35)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,45 (1,21-1,73)	*
	Autres	0,80 (0,60-1,08)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,51 (1,17-1,94)	*
	Profession manuelle Q	1,55 (1,23-1,96)	*
	Profession manuelle NQ	2,23 (1,83-2,71)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,36 (1,17-1,59)	*
	Aucun revenu	1,52 (1,13-2,04)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	2,41 (1,87-3,11)	*
	Recomposée	2,69 (2,01-3,61)	*
Filière d'enseignement (16 ans) (N=917)			
	Général	1	
	Technique	1,55 (1,16-2,08)	*
	Professionnel	2,20 (1,46-3,33)	*

XXVII. Régression logistique de la variable «A déjà eu un contact avec le tabac ou est fumeur actuel»

	(N=2057)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	13 ans	1	
	16 ans	2,77 (2,32-3,31)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	0,84 (0,69-1,02)	
	Aucun revenu	0,64 (0,47-0,88)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,60 (1,22-2,11)	*
	Recomposée	1,97 (1,39-2,81)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,32 (1,07-1,64)	*
	Autres	1,07 (0,74-1,56)	
Filière d'enseignement (16 ans) (N=928)			
	Général	1	
	Technique	2,01 (1,44-2,81)	*
	Professionnel	1,95 (1,25-3,07)	*

XXVIII. Régression logistique de la consommation régulière d'alcool (bière/vin)

	(N=3225)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,79 (1,29-2,47)	*
	16 ans	3,66 (2,69-4,97)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	2,16 (1,70-2,73)	*

XXXI. Régression logistique de la variable «Connaît quelqu'un qui se drogue»

(N=968)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Nombre de revenus		
2 revenus	1	
1 revenu	0,58 (0,44-0,77)	*
Aucun revenu	0,52 (0,33-0,83)	*
Nationalité du père		
Belge	1	
Union européenne	1,57 (1,15-2,14)	*
Autres	1,28 (0,73-2,23)	
Filière d'enseignement		
Général	1	
Technique	1,36 (1,01-1,83)	*
Professionnel	1,02 (0,69-1,49)	

XXXII. Régression logistique de la variable «S'est déjà vu proposer de la drogue»

(N=955)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe		
Filles	1	
Garçons	1,55 (1,18-2,04)	*
Qualification professionnelle du père		
Profession non manuelle Q	1	
Profession non manuelle NQ	0,93 (0,58-1,49)	
Profession manuelle Q	0,91 (0,58-1,41)	
Profession manuelle NQ	0,64 (0,43-0,96)	*
Nombre de revenus		
2 revenus	1	
1 revenu	0,70 (0,51-0,94)	*
Aucun revenu	0,58 (0,35-0,97)	*
Composition du ménage		
2 parents	1	
Monoparentale	1,79 (1,19-2,70)	*
Recomposée	1,54 (0,91-2,60)	
Nationalité du père		
Belge	1	
Union européenne	2,15 (1,57-2,95)	*
Autres	1,52 (0,83-2,78)	

XXXIII. Régression logistique de la variable «A déjà consommé de la drogue»

(N=955)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Nombre de revenus		
2 revenus	1	
1 revenu	0,69 (0,47-1,03)	
Aucun revenu	0,35 (0,15-0,80)	*
Composition du ménage		
2 parents	1	
Monoparentale	1,72 (1,04-2,84)	*
Recomposée	2,00 (1,08-3,71)	*
Nationalité du père		
Belge	1	
Union européenne	1,92 (1,28-2,90)	*
Autres	1,94 (0,90-4,18)	

XXXIV. Régression logistique de la variable «Estime de soi positive»

(N=1095)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe		
Filles	1	
Garçons	0,51 (0,39-0,67)	*
Qualification professionnelle du père		
Profession non manuelle Q	1	
Profession non manuelle NQ	0,87(0,51-1,31)	
Profession manuelle Q	1,32 (0,88-1,99)	
Profession manuelle NQ	1,45 (1,01-2,07)	*
Nombre de revenus		
2 revenus	1	
1 revenu	1,41 (1,05-1,90)	*
Aucun revenu	2,92 (1,26-6,74)	*

XXXV. Régression logistique de la variable «Estime de soi négative»

(N=1095)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,02 (0,59-1,76)	
	Profession manuelle Q	1,89 (1,17-3,05)	*
	Profession manuelle NQ	2,08 (1,35-3,20)	*
Nombre de revenus			
	2 revenus	1	
	1 revenu	1,57 (1,16-2,13)	*
	Aucun revenu	2,50 (1,31-4,76)	*

XXXVI. Régression logistique de l'influence des amis (au moins 11 réponses «M'influencent beaucoup» sur les 25 propositions)

(N=2136)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	1,75 (1,43-2,14)	*
Qualification du père du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,23 (0,84-1,81)	
	Profession manuelle Q	1,34 (0,95-1,90)	
	Profession manuelle NQ	1,56 (1,15-2,12)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,00 (0,79-1,26)	
	Autres	1,85 (1,27-2,67)	*

XXXIX. Régression logistique de la variable «Besoin d'aide dans 4 domaines au moins»

	(N=2116)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	13 ans	1	
	16 ans	1,58 (1,29-1,94)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	0,63 (0,51-0,77)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,12 (0,75-1,66)	
	Profession manuelle Q	1,57 (1,10-2,23)	*
	Profession manuelle NQ	1,51 (1,10-2,07)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,19 (0,89-1,66)	
	Recomposée	1,68 (1,18-2,38)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,29 (1,02-1,63)	*
	Autres	2,22 (1,51-3,25)	*

XL. Régression logistique de l'insatisfaction vis-à-vis de son corps

	(N=3258)	RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	2,45 (1,98-3,02)	*
	16 ans	2,81 (2,27-3,47)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	0,34 (0,29-0,40)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,25 (0,93-1,69)	
	Profession manuelle Q	1,48 (1,13-1,94)	*
	Profession manuelle NQ	1,48 (1,16-1,89)	*
Composition du ménage			
	2 parents	1	
	Monoparentale	1,24 (0,97-1,59)	
	Recomposée	1,51 (1,14-2,00)	*

XLII. Régression logistique de la préoccupation par rapport à son poids

(N=3246)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	0,35 (0,30-0,41)	*
Qualification professionnelle du père			
	Profession non manuelle Q	1	
	Profession non manuelle NQ	1,22 (0,95-1,58)	
	Profession manuelle Q	1,44 (1,14-1,82)	*
	Profession manuelle NQ	1,37 (1,11-1,69)	*

XLIII. Régression logistique de la variable «Suit actuellement un régime»

(N=3265)		RAPPORT DE COTE (I.C. 95%)	SIGN. STAT
Age			
	10 ans	1	
	13 ans	1,58 (1,23-2,04)	*
	16 ans	1,51 (1,16-1,96)	*
Sexe			
	Filles	1	
	Garçons	0,57 (0,47-0,70)	*
Nationalité du père			
	Belge	1	
	Union européenne	1,47 (1,17-1,85)	*
	Autres	2,21 (1,54-3,17)	*



Pour nous contacter

Observatoire de la Santé du Hainaut

Rue Saint-Antoine, 1 - 7021 HAVRE

☎ : 065/87.96.00

📠 : 065/87.96.79

E-mail : observatoire.sante.hainaut@skynet.be

Pour votre information

La Province de Hainaut est partenaire des CLPS, Centres Locaux de Promotion de la santé, centres agréés par le Ministère de la Santé de la Communauté française qui offrent, aux professionnels de la santé et à un public plus large, information, documentation, soutien méthodologique ...

✓ CLPS des arrondissements de Charleroi-Thuin, 1b, avenue Général Michel à 6000 Charleroi

Heures d'ouverture :

- de 8 h 30 à 12 h sur rendez-vous pour les groupes scolaires et l'accompagnement méthodologique
- de 13 h à 18 h pour le tout public

☎ : 071/33.02.29

📠 : 071/31.82.11

E-mail : clps.ct@skynet.be

Des décentralisations existent à Aiseau-Presles, Erquelinnes, Fleurus, Morlanwez, Thuin et Sivry-Rance

✓ CLPS des arrondissements de Mons-Soignies, 62, rue Chavée à 7100 La Louvière

Heures d'ouverture :

- lundi, mercredi et jeudi de 8 h à 18 h,
- mardi de 8 h à 17 h,
- vendredi de 8 h à 16 h

☎ : 064/84.25.25

📠 : 064/26.14.73

E-mail : clps.mons.soignies.siege@compaquet.be

Une décentralisation existe à Mons (☎ : 065/84.84.06)

✓ CLPS des arrondissements d'Ath-Tournai-Mouscron/Comines, 9, rue de Cordes à 7500 Tournai

Heures d'ouverture :

- lundi, mercredi et jeudi de 8 h 30 à 12 h et de 12 h 30 à 18 h,
- mardi de 8 h 30 à 12 h et de 12 h 30 à 16 h,
- vendredi matin sur rendez-vous et de 13 h à 16 h.

☎ : 069/22.15.71

📠 : 069/23.52.50

E-mail : clps.hainaut.occidental@skynet.be

Une décentralisation existe à Bernissart et un point-relais à Estaimpuis