DISPARITÉS SOCIALES

COMPORTEMENTS, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES ÉLÈVES EN 2018

ENQUÊTE HBSC EN BELGIQUE FRANCOPHONE

ULB esp

SIPES
Service d'Information Promotion Éducation Santé

SIPES
Service d'Information
Promotion Éducation Santé

DISPARITÉS SOCIALES

COMPORTEMENTS, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES ÉLÈVES EN 2018

ENQUÊTE HBSC EN BELGIQUE FRANCOPHONE

ULB esp Wallonie familles santé handicap AVIQ Francophones Bruxelles ONE OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE hbsc HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN BELGIQUE (FWB) / BELGIUM (FWB)

Auteures

Emma Holmberg
Amélie Bellanger
Julie Servais
Manon Rouche
Katia Castetbon

Remerciements

Aux élèves ayant répondu aux questionnaires.

Aux coordinateurs du recueil dans les écoles, professeurs, directeurs d'établissements, aux fédérations des pouvoirs organisateurs des réseaux d'enseignement et au département Enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

À la coordination internationale de l'étude HBSC réalisée sous l'égide du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe.

À Estelle Méroc, Omer Cimpaye, Véronique Desnouck, Maud Dujeu, Thérésa Lebacq, Nathalie Moreau et Camille Pedroni pour leur contribution à la préparation, au recueil et aux analyses des données de l'enquête.

À Anne Le Coadou pour la relecture.

À Jawad Boutaarourte, Zoudida El Maach, Anne-Sylvie Ladmirant, Sevda Sahin, et Alexandra Todorovic pour leur appui logistique et administratif.

L'enquête HBSC dans les écoles francophones de Belgique est réalisée grâce au soutien financier de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, de la Commission communautaire française et de la Région wallonne.

Citation recommandée

Holmberg E., Bellanger A., Servais J., Rouche M., Castetbon K. Inégalités sociales. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2023. 64 pages. Disponible sur : https://sipes.esp.ulb.be

Mise en page

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

Dépôt légal : D/2023/10.134/1

Août 2023

Télécharger la brochure :

http://sipes.ulb.ac.be/

Service d'Information, Promotion, Éducation Santé SIPES

Université libre de Bruxelles
École de Santé Publique
Route de Lennik 808, CP598
1070 Bruxelles
T 02 555 40 81
F 02 555 40 49
M sipes@ulb.be
W https://sipes.esp.ulb.be

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction 6

2. Méthodologie 8

2.1. Contexte et objectifs 8
2.2. Caractéristiques de l'enquête 8
2.3. Échantillonnage 9
2.4. Recueil des données 9
2.5. Participation à l'enquête 10
2.6. Pondération et analyses statistiques 11
2.7. Présentation des résultats 12

3. Disparités sociales de comportements de santé, d'état de santé et de bien-être 13

3.1. Disparités selon le niveau d'aisance matérielle 13
3.1.1. Alimentation et régime 13
3.1.2. Activité physique, sédentarité et sommeil 15
3.1.3. Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis 16
3.1.4. Vie relationnelle, affective et sexuelle 18
3.1.5. Santé et bien-être 19
3.1.6. Relations sociales et environnement scolaire 20
3.2. Disparités selon la structure familiale 22
3.2.1. Alimentation et régime 22
3.2.2. Activité physique, sédentarité et sommeil 24
3.2.3. Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis 25
3.2.4. Vie relationnelle, affective et sexuelle 26
3.2.5. Santé et bien-être 27
3.2.6. Relations sociales et environnement scolaire 29

3.3. Disparités selon le statut migratoire en Région Bruxelles-Capitale 31
3.3.1. Alimentation et régime 31
3.3.2. Activité physique, sédentarité et sommeil 33
3.3.3. Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis 34
3.3.4. Vie relationnelle, affective et sexuelle 36
3.3.5. Santé et bien-être 37
3.3.6. Relations sociales et environnement scolaire 39
3.4. Disparités selon l'aisance financière perçue 41
3.5. Disparités selon la situation des parents vis-à-vis de l'emploi 44
3.6. Disparités selon le niveau d'éducation des parents 47

4. Discussion 50
4.1. Interprétation des résultats 50
4.2. Enjeux méthodologiques 53
4.3. Perspectives 55

5. Conclusion 56

6. Bibliographie 57

7. Annexes 60

1. INTRODUCTION

L'adolescence est une période de transition marquée par la maturation biologique et le développement psychosocial, émotionnel et cognitif (1). Elle est caractérisée par l'acquisition de comportements influençant positivement ou négativement la santé (2), tels que l'activité physique, la consommation de substances psychoactives ou la vie sexuelle. Initiés à l'adolescence, ces comportements de santé sont fortement susceptibles de perdurer à l'âge adulte (3).

Les comportements de santé des adolescents sont déterminés par un ensemble de facteurs sociaux, dont le niveau socioéconomique et le statut de migration (4). La distribution inégale de ces comportements de santé entre les différents groupes sociaux (par exemple, haut *vs.* faible niveau socioéconomique) peut être à l'origine de différences d'état de santé entre ces groupes sociaux (5). Ces différences de santé, dénommées *inégalités sociales de santé* (ISS) (6), sont principalement observées plus tardivement, à l'âge adulte, mais peuvent déjà être observées dès l'enfance et l'adolescence (7). Par conséquent, l'adolescence est considérée comme une période clé de la santé actuelle et future (1).

Parmi les indicateurs d'ISS les plus fréquemment utilisés chez les adolescents dans la littérature, figure le **statut socioéconomique**. Le statut socioéconomique se réfère aux facteurs sociaux et économiques qui influencent la position qu'occupent les individus dans la structure d'une société (8). En Europe, la littérature scientifique converge vers l'existence de disparités socioéconomiques en matière de santé et de comportements de santé des adolescents. Les adolescents issus de milieux moins favorisés sont plus enclins à développer des problèmes de santé, telle que l'obésité (9, 10), et des comportements de santé plus défavorables, comme une activité physique moindre (11–13). Ces différences de santé et de comportements de santé sont plus ou moins marquées selon l'indicateur socioéconomique utilisé, chaque indicateur reflétant un aspect de ce concept multidimensionnel et complexe (8, 14).

Bien que l'adolescence soit caractérisée par une autonomie croissante vis-à-vis des parents au profit des amis (15), la **composition familiale** est également un déterminant majeur des comportements de santé et de santé des adolescents (16). En Europe, les adolescents appartenant à une famille avec deux parents, sont moins susceptibles de développer des comportements de santé défavorables (17, 18), par exemple concernant le tabagisme ou la vie sexuelle, et des problèmes de santé, tant physique que mentale (19, 20), que les adolescents appartenant à une autre structure familiale. Malgré la coexistence de nombreux outils d'évaluation, la composition familiale est bien moins étudiée que le statut socioéconomique. Pourtant, elle peut jouer un rôle essentiel, puisqu'elle constitue l'environnement de référence dans lequel l'adolescent évolue.

Au-delà de ces dimensions socioéconomiques et familiales, les ISS peuvent également être étudiées à travers la **position socioculturelle** des adolescents, qui se réfère aux facteurs sociaux et culturels qui influencent la position des individus dans la société. En Europe, des différences de comportements de santé (21, 22) et d'état de santé (23, 22) sont à noter selon la position socioculturelle des adolescents ; néanmoins, les résultats sont contrastés suivant le comportement de santé ou l'aspect de l'état de santé étudié (21). En raison du caractère multiculturel de la Belgique, ce facteur revêt de son importance dans l'étude des ISS, notamment dans la Région de Bruxelles-Capitale où près de la moitié des habitants sont nés à l'étranger (24).

En dépit du rôle essentiel de cette période de la vie et de l'existence notable de disparités sociales en matière de santé et de comportements de santé, l'adolescence est relativement peu étudiée selon ces aspects. Si des études menées en Europe abordent cette question, il reste toutefois à confirmer dans quelle mesure l'ampleur de ces inégalités sont similaires parmi les adolescents de Belgique francophone. Identifier les déterminants sociaux et les mécanismes sous-jacents est, en effet, une étape essentielle à la mise en place d'actions visant à réduire les ISS, et à améliorer les comportements de santé et la santé des adolescents, quels que soient les groupes sociaux auxquels ils appartiennent.

Toutefois, l'un des enjeux principaux dans l'étude des ISS chez les adolescents est de disposer d'indicateurs adaptés aux contraintes pratiques des enquêtes et aux caractéristiques de la population adolescente. Dans le volet belge francophone de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) mené en 2018, de nombreux indicateurs adaptés, allant de la perception financière à la structure familiale, permettent de mesurer les inégalités sociales en matière de comportements de santé, ainsi que de santé mentale et physique des

adolescents. Bien qu'étroitement liés, ces indicateurs rendent compte différemment de la stratification sociale (25) et sont donc à l'origine d'inégalités sociales par des mécanismes qui leur sont propres (8). Pour disposer d'une vue globale des ISS, il est donc utile de les étudier selon plusieurs angles.

Cette brochure a pour objectif de décrire les inégalités sociales des comportements de santé et de la santé, tant physique que mentale, des adolescents en Belgique francophone en 2018. Ces disparités sont également explorées selon le genre, des différences entre filles et garçons étant en effet attendues selon l'indicateur social étudié.

Les termes «inégalités» et «disparités» sont utilisés de façon interchangeable dans cette introduction car ils peuvent être, selon certains auteurs, considérés comme synonymes, bien qu'ils ne le soient pas strictement de fait. Le terme «inégalités sociales de santé» est le plus retrouvé dans la littérature car les variations observées dans l'état de santé devraient faire l'objet d'actions, via des politiques collectives notamment, pour les réduire ou les limiter en agissant sur des déterminants modifiables. Toutefois, quand il s'agit de certains comportements de santé tels que ceux analysés ici, des disparités, ou des différences, peuvent exister dans la population, dans toute sa diversité, sans que l'état de santé d'un tel soit compromis (ou à un risque élevé de l'être). C'est la raison pour laquelle le terme «disparités» est utilisé dans le titre de cette brochure comme dans le texte des résultats ; il peut être lu comme «inégalités» lorsqu'il s'agit d'indicateurs de l'état de santé ou de certains comportements dont, par exemple, une fréquence élevée conduit à un risque supérieur de maladie bien établi (typiquement, le tabagisme).

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'enquête «Comportements, bien-être et santé des élèves» est menée tous les quatre ans, depuis 1986, auprès des élèves scolarisés de la 5e primaire à la fin du secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Cette enquête est le versant belge francophone de l'étude internationale HBSC à laquelle participent une cinquantaine de pays ou régions, sous le patronage du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe[1]. En Belgique francophone, cette étude est réalisée par le Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES[2]) de l'École de Santé Publique à l'Université libre de Bruxelles (ULB).

Les données collectées dans le cadre de cette enquête portent sur les comportements de santé des adolescents (alimentation, activité physique, tabagisme…), leur bien-être (satisfaction à l'égard de la vie, stress lié au travail scolaire, symptômes psychosomatiques…) et les facteurs associés à ces indicateurs (caractéristiques sociodémographiques, scolaires, familiales…). La répétition du recueil tous les quatre ans a pour atout de suivre leurs évolutions dans le temps. Elle permet ainsi de fournir des informations utiles aux acteurs de promotion de la santé ciblant un public d'adolescents, ainsi que de contribuer à la mise en place des politiques et interventions de promotion de la santé dans les domaines couverts par ce recueil.

2.2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTE

L'enquête HBSC est une enquête transversale menée en milieu scolaire, collectant des données au moyen de questionnaires complétés par écrit par les élèves lorsqu'ils sont en classe. La méthode suivant laquelle l'enquête a été menée, notamment le questionnaire utilisé, se base sur le protocole HBSC international[3]. Ce protocole propose une série de modules thématiques composés de questions pour la plupart validées au niveau international ou national. Certains de ces modules sont obligatoires et repris par l'ensemble des pays participant à l'enquête, tandis que d'autres sont optionnels et laissés au choix des pays en fonction de leurs sujets de recherche prioritaires. Chaque pays est, en outre, libre d'ajouter au questionnaire d'autres questions ne se trouvant pas dans le protocole international. Trois versions de questionnaires ont été développées et utilisées en FWB, respectivement pour les élèves de 5e-6e primaire, 1re-2e secondaire (1er degré) et 3e-7e secondaire (2e-3e degré). L'enquête HBSC menée en 2018 en FWB a bénéficié de l'avis favorable du comité d'éthique de la Faculté de Psychologie de l'ULB (2017), ainsi que de l'accord des fédérations de pouvoirs organisateurs et du Département enseignement de la FWB.

1 Les résultats de l'enquête HBSC international en 2018 sont disponibles en anglais sur le site : https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104

2 https://sipes.esp.ulb.be/

3 Des informations détaillées concernant la méthodologie utilisée se trouvent dans une version abrégée du protocole international, accessible sur demande sur le site : https://hbsc.org/publications/survey-protocols/

2.3. ÉCHANTILLONNAGE

En Belgique francophone, un échantillon d'écoles a été tiré aléatoirement dans la liste complète des écoles d'enseignement ordinaire de plein exercice situées en FWB. Ce tirage a été effectué de manière stratifiée, par province (les cinq provinces wallonnes et Bruxelles) et par réseau d'enseignement (officiel, libre et organisé par la FWB). Le nombre d'écoles sélectionnées dans chacune des 18 strates était fixé de manière proportionnelle à la répartition de la population scolaire dans ces strates. Un sur-échantillonnage de la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) a été effectué dans la perspective de réaliser certaines analyses se focalisant sur cette région géographique. La procédure d'échantillonnage des écoles a, en outre, tenu compte de la taille des écoles (en nombre d'élèves), les écoles de plus grande taille ayant une plus grande probabilité d'être sélectionnées (échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille).

Dans un second temps, une classe de chaque niveau scolaire de la 5e primaire à la 6e (ou 7e) secondaire a été sélectionnée aléatoirement au sein de chacune des écoles participantes. Tous les élèves des classes sélectionnées étaient invités à participer à l'enquête. Des lettres d'information concernant l'enquête ont été adressées aux élèves des classes sélectionnées et à leurs parents préalablement à la passation de l'enquête. Les parents des élèves avaient la possibilité, par retour de courrier, de refuser que leur enfant participe à l'enquête[4]. Les élèves eux-mêmes étaient libres, le jour de la passation, de refuser de participer à l'enquête[5].

L'objectif global de cette procédure d'échantillonnage était d'obtenir des estimations représentatives des élèves scolarisés dans l'enseignement ordinaire de plein exercice de FWB, tout en respectant l'échantillon minimum requis au niveau international (à savoir 1500 élèves de 11 ans, 13 ans et 15 ans) (1).

2.4. RECUEIL DES DONNÉES

En 2018, une première phase de collecte des données a été réalisée entre avril et juin au sein des écoles primaires et secondaires. Le nombre d'écoles secondaires participantes étant insuffisant, une seconde période de collecte a été menée entre octobre et décembre 2018 dans des écoles secondaires du même échantillon initial mais n'ayant pas pu participer lors de la première phase de collecte. Les questionnaires ont été remplis par les élèves lorsqu'ils étaient en classe, sous la surveillance d'un membre du personnel scolaire. Afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des données collectées, une procédure standardisée a été utilisée : les questionnaires anonymes ont été distribués aux élèves, accompagnés d'une enveloppe. Une fois le questionnaire complété, cette enveloppe était scellée par l'élève, remise au membre du personnel scolaire, et déposée dans une grande enveloppe prévue à cet effet dans la classe.

4 Dans 90 % des classes (pour lesquelles l'information était disponible, c'est-à-dire environ 80 % des classes), maximum deux parents d'élève ont refusé que leur enfant participe à l'enquête.

5 Dans 90 % des classes (pour lesquelles l'information est disponible, c'est-à-dire environ 80 % des classes), maximum un élève a refusé de participer le jour de la passation de l'enquête.

2.5. PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

Au total, 406 écoles primaires et 401 écoles secondaires ont été invitées à participer à l'enquête. Parmi celles-ci, 132 écoles primaires et 134 écoles secondaires y ont effectivement participé (en secondaire, 68 écoles lors de la première période de collecte et 66, lors de la seconde). Le taux de participation des écoles était donc de 33,0 % en primaire comme en secondaire (en secondaire, le taux de participation était de 17,0 % lors de la première vague de collecte et de 20,0 % lors de la seconde). Après exclusion des questionnaires aberrants, non-exploitables, sans données de genre ou d'âge, d'élèves âgés de moins de 9,6 ans ou de plus de 20,9 ans, le nombre total de questionnaires exploitables pour l'analyse des données en 2018 était de 14407.

Comme le montre le Tableau 1, des différences entre la population de référence et l'échantillon final sont présentes ponctuellement pour certaines strates «province x réseau». La représentation des provinces dans l'échantillon (tous réseaux confondus) est cependant similaire à celle de la population de référence (Tableau 1). En ce qui concerne les réseaux d'enseignement (toutes provinces confondues), une légère surreprésentation du réseau organisé par la FWB est observée au détriment du réseau officiel (Tableau 1). Enfin, en raison d'un taux de participation inférieur dans cette région en comparaison des provinces wallonnes, le sur-échantillonnage de la Région de Bruxelles-Capitale reste relativement limité : selon les pourcentages non pondérés, 25,2 % des écoles de l'échantillon final sont localisées à Bruxelles, ce qui est supérieur au pourcentage de 22,5 % observé dans la population de référence.

Par ailleurs, l'échantillon final d'élèves du 2e-3e degré du secondaire se distribue dans les différentes orientations scolaires de manière similaire à la population scolaire de référence (Tableau 2).

T2 Distribution des élèves du 2e-3e degré du secondaire (n=6930) selon l'orientation scolaire, en comparaison de la population scolaire de référence

Orientation scolaire	Pop*	Échantillon	
	%	n	%**
Générale	46,1	3862	48,0
Technique de transition	7,6	288	5,7
Technique de qualification	24,0	1521	25,5
Professionnelle	22,3	1259	20,8

* Population de référence : population scolaire 2015-2016 (http://www.etnic.be)
** Pourcentages pondérés.

T1 Distribution de l'échantillon par province et réseau d'enseignement, en comparaison de la population scolaire de référence

Provinces	Réseau Libre			Réseau Officiel			Réseau FWB			TOTAL		
	Pop*	Échantillon		Pop*	Échantillon		Pop*	Échantillon		Pop*	Échantillon	
	%	n	%**	%	n	%**	%	n	%**	%	n	%**
Brabant-Wallon	4,9	504	4,2	2,6	236	2,0	1,1	78	0,13	8,6	818	6,4
Hainaut	15,1	1951	15,8	9,0	996	7,4	4,8	1307	6,8	29,0	4254	30,0
Liège	10,2	1559	12,9	7,6	816	4,6	3,9	962	5,3	21,7	3337	22,8
Luxembourg	3,5	665	4,2	1,8	177	1,0	1,8	266	2,8	7,1	1108	8,1
Namur	6,6	511	6,2	2,4	363	1,7	2,1	389	2,7	11,1	1263	10,7
Bruxelles-Capitale	11,6	1546	11,6	8,1	1309	6,2	2,9	772	4,3	22,5	3627	22,1
TOTAL	**52,0**	**6736**	**54,9**	**31,4**	**3897**	**23,0**	**16,5**	**3774**	**22,1**	**100**	**14407**	**100**

* Population de référence : population scolaire 2015-2016 (http://www.etnic.be)
** Pourcentages pondérés.

2.6. PONDÉRATION ET ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été pondérées afin d'améliorer la représentativité des estimations au regard de la population cible de l'étude. Pour ce faire, des coefficients de pondération individuels ont été calculés en tenant compte de trois éléments : la probabilité d'inclusion des écoles dans l'échantillon initial ; le fait que les taux de réponse variaient selon les caractéristiques des écoles (province, réseau d'enseignement, indice socioéconomique, taille) ; et les différences observées entre les élèves ayant participé à l'enquête et ceux de la population de référence en termes d'année scolaire, de genre et d'orientation scolaire (à partir de la 3e secondaire).

En plus de la prise en compte des coefficients de pondération individuels, les analyses statistiques ont été réalisées en prenant en compte le plan de sondage (stratification et échantillonnage en deux étapes).

Dans un premier temps, pour chaque indicateur de comportements, de santé et de bien-être, une description des disparités globales observées entre les catégories d'indicateurs socioéconomiques a été réalisée via la comparaison de proportions (par exemple, entre le faible et le haut niveau d'aisance matérielle) et testée au moyen de tests du chi-carré (avec une correction de Rao et Scott pour tenir compte du plan de sondage).

Dans un second temps, des analyses ont été réalisées afin de mesurer les disparités entre les garçons et les filles séparément.

Trois étapes ont alors été suivies :

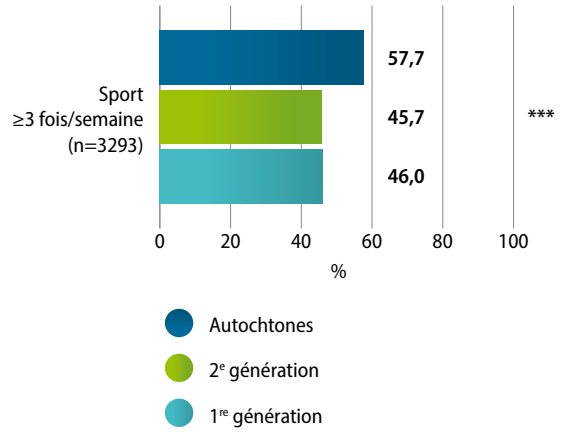
- Tout d'abord, la fréquence de chaque indicateur de comportements, santé et bien-être, a été déclinée selon les différents indicateurs socioéconomiques, chez les filles et chez les garçons séparément. Les différences de proportion ont été testées au moyen de tests du chi-carré ;
- Ensuite, un éventuel effet modificateur du genre sur les disparités socio-économiques observées a été analysé pour chaque indicateur de santé et de bien-être ;
- Lorsqu'un effet modificateur était observé, des modèles de régression logistique ont été utilisés, pour estimer l'association entre l'indicateur de santé concerné et l'indicateur socio-économique, et ainsi mieux comprendre l'effet du genre dans l'association entre indicateur de santé et caractéristique socioéconomique. Ces analyses de régression ont été utilisées, en complément de l'analyse descriptive, pour sélectionner les indicateurs de comportements, de santé et de bien-être à présenter de façon séparée selon le genre.

Des P-valeurs de test <0,05 indiquent une association statistiquement significative.

L'exemple suivant illustre l'effet modificateur du genre sur le statut migratoire, concernant l'association de ce dernier avec la pratique d'un sport au moins trois fois par semaine.

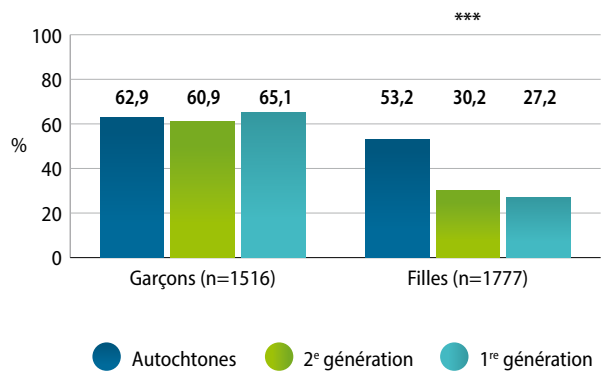
- Dans la distribution globale, les élèves autochtones en avaient une pratique plus fréquente que les élèves migrants (Figure 1).
- Néanmoins, la pratique de sport selon le statut migratoire variait différemment chez les filles et chez les garçons : tandis que chez les filles la tendance observée était similaire à celle de la distribution globale, chez les garçons, les fréquences ne différaient pas en fonction du statut migratoire (Figure 2).

F1 Pratique d'un sport au moins trois fois par semaine (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région Bruxelles-Capitale



***p<0,001

F2 Pratique d'un sport au moins trois fois par semaine (%), en fonction du statut migratoire et du genre, en Région Bruxelles-Capitale



***p<0,001

2.7. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cinquante-trois indicateurs de comportements de santé, d'état de santé et bien-être collectés dans le cadre de cette enquête ont été analysés selon six indicateurs socioéconomiques :

(1) le niveau d'aisance matérielle, selon le «*Family Affluence Scale*» (FAS) ;
(2) la structure familiale ;
(3) le statut migratoire (pour la Région de Bruxelles-Capitale uniquement) ;
(4) la situation des parents vis-à-vis de l'emploi ;
(5) le niveau d'éducation des parents ;
(6) l'aisance financière perçue.

Pour le FAS, la structure familiale et le statut migratoire, la présentation des résultats suit une structure commune :

– Un court encadré méthodologique présente, tout d'abord, la construction de l'indicateur socioéconomique. Le nombre d'élèves inclus dans les analyses y est également précisé.

Elle reprend ensuite les étapes d'analyses présentées au point 2.6 :

– Dans un premier temps, les indicateurs de comportement, de santé et de bien-être sont présentés, pour la distribution globale, selon les trois catégories de l'indicateur socioéconomique, sous forme de tableau ou de figure. Le nombre d'élèves inclus dans les analyses, les fréquences observées par catégorie, et la p-valeur relative au test du chi-carré y sont indiqués.

– Certains indicateurs de santé et de bien-être sont ensuite présentés selon l'indicateur socioéconomique chez les garçons et les filles séparément, sous forme de figures. Les indicateurs de santé ont été présentés si :
  - une différence significative des fréquences était observée entre les filles et les garçons en termes de disparités socioéconomiques ;
  - une différence dans les disparités socioéconomiques était observée entre les filles et les garçons.

– Les résultats complets, chez les garçons et chez les filles séparément, sont disponibles sous formes de tableaux en annexe.

Pour la situation des parents vis-à-vis de l'emploi, leur niveau d'éducation et l'aisance perçue, les résultats sont présentés, par indicateur socioéconomique, à la suite des résultats précédents, sans commentaires. Ils sont fournis pour, par exemple, comparer ces résultats avec ceux d'autres études qui auraient utilisé ces indicateurs de disparités.

La significativité des associations étudiées a été exprimée, dans les tableaux et les figures, au moyen d'astérisques, dont le nombre correspond aux différents seuils : *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001[6].

6 Lors des analyses réalisées séparément chez les filles et chez les garçons, deux tests statistiques différents ont été utilisés : le test du chi-carré pour la comparaison de proportions et le test F pour la régression logistique. Dans les figures, la significativité statistique représentée correspond au test de comparaison de proportions. Dans les textes explicatifs, les rapports de cotes (odds ratios – OR) obtenus grâce aux modèles de régression logistique ont permis d'affiner les comparaisons entre catégories. Il est donc possible que soient décrites, dans les textes explicatifs, des différences observées dans les modèles de régression logistique, qui ne sont pas notées comme étant «statistiquement significatives» selon la comparaison des proportions dans les figures.

3. DISPARITÉS SOCIALES DE COMPORTEMENTS DE SANTÉ, D'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

3.1. DISPARITÉS SELON LE NIVEAU D'AISANCE MATÉRIELLE

Le niveau d'aisance matérielle (*Family Affluence Scale*, FAS) est un indicateur du niveau socio-économique des adolescents. Il est déterminé sur base d'un score de 0 à 13, calculé à partir des six items suivants : (1) le nombre de voitures ou de camionnettes de la famille, (2) le fait d'avoir une chambre pour soi, (3) le nombre de fois où la famille est partie en vacances à l'étranger l'année précédant l'enquête, (4) le nombre d'ordinateurs dans la famille, (5) le nombre de salles de bain dans la maison et (6) le fait de posséder un lave-vaisselle.
Sur base de ce score, les élèves ont été répartis en trois catégories sur base des quintiles de la distribution : les élèves ayant obtenu un score classé dans le premier quintile (20,0 %) étaient considérés de FAS «faible», ceux se situant dans le dernier quintile (80,0 %), étaient considérés comme de FAS «élevé» et les élèves se situant entre ces deux catégories, de FAS «moyen».

En 2018, 2767 élèves avaient un niveau d'aisance matérielle élevé, 8464 un niveau d'aisance matérielle moyen et 2809, un niveau d'aisance matérielle faible. Après pondération selon le plan de sondage, ils représentaient respectivement 20,5 %, 59,7 % et 19,8 % des élèves de l'échantillon total.

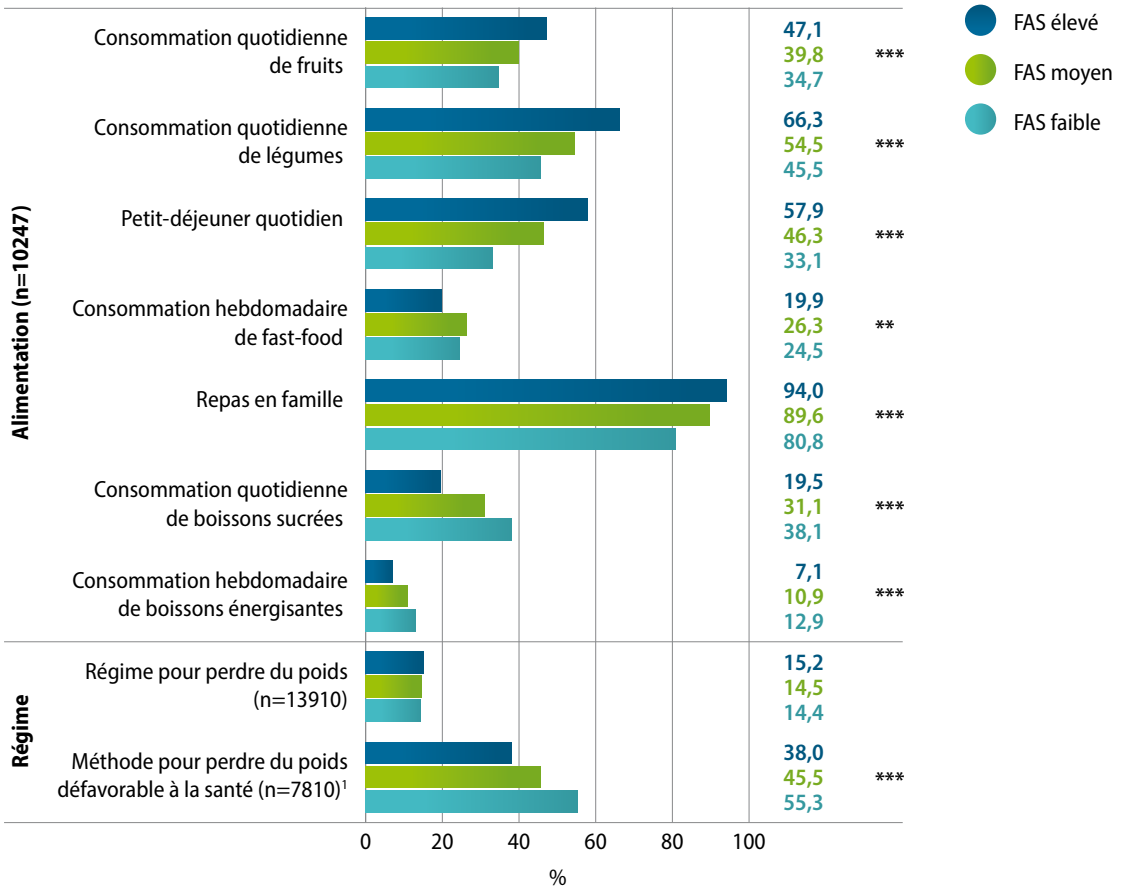
3.1.1. ALIMENTATION ET RÉGIME

Distribution globale selon le niveau d'aisance matérielle

En Belgique francophone, en 2018, les élèves issus des familles les plus aisées avaient une alimentation globalement plus favorable. Les élèves avec un FAS élevé étaient en effet proportionnellement plus nombreux à consommer chaque jour un petit-déjeuner, des fruits ou des légumes, et mangeaient plus souvent des repas en famille que ceux avec un FAS moyen ou faible (Figure 3). Quant à elles, la consommation quotidienne de boissons sucrées et la consommation hebdomadaire de boissons énergisantes étaient plus élevées parmi les élèves avec un FAS faible. Par ailleurs, la consommation hebdomadaire de fast-food était plus fréquente parmi les élèves de FAS moyen, intermédiaire parmi ceux ayant un FAS faible, et la moins fréquente parmi ceux de FAS élevé (Figure 3).

Aucune différence selon le FAS n'a été observée en ce qui concerne le fait de suivre un régime pour perdre du poids au moment de l'enquête (Figure 3). En revanche, un gradient était observé concernant le recours à des méthodes défavorables à la santé pour perdre du poids : il était plus fréquent chez les élèves de FAS faible, intermédiaire chez ceux de FAS moyen, et le moins fréquent chez ceux de FAS élevé (Figure 3).

F3 Comportements alimentaires et de régime (%) des élèves selon leur niveau d'aisance matérielle (FAS)



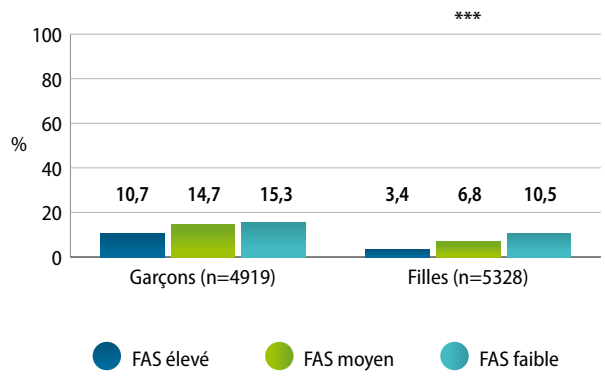
**p<0,01 ; ***p<0,001.

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré avoir utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus, ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

Distribution selon le niveau d'aisance matérielle et le genre

Pour la grande majorité des indicateurs étudiés, les tendances décrites précédemment étaient similaires chez les filles et les garçons séparément, quoique de façon plus marquée chez les filles pour les consommations quotidiennes de fruits et de boissons sucrées (Annexe 1). Comme pour la distribution globale, la consommation hebdomadaire de boissons énergisantes augmentait lorsque le FAS diminuait chez les filles, alors que chez les garçons, elle était la moins fréquente parmi ceux de FAS élevé et comparable parmi ceux de FAS moyen et faible (Figure 4).

F4 Consommation hebdomadaire de boissons énergisantes (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



***p<0,001

3.1.2. ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉDENTARITÉ ET SOMMEIL

Distribution globale selon le niveau d'aisance matérielle

Les élèves issus des familles les plus aisées avaient une activité physique et des comportements sédentaires globalement plus favorables à la santé. En effet, la proportion d'élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine augmentait lorsque le FAS augmentait (Tableau 3). Les élèves de FAS élevé étaient également plus nombreux à pratiquer une activité physique suffisante, les proportions étant comparables entre les élèves de FAS moyen et faible (Tableau 3). En revanche, l'utilisation d'un transport actif pour se rendre à l'école suivait un gradient inverse : les élèves de FAS faible utilisaient plus souvent un moyen de transport actif pour se rendre à l'école que ceux de FAS moyen ou élevé (Tableau 3).

Par ailleurs, un gradient défavorable aux élèves moins aisés était également observé concernant les comportements sédentaires. Le fait de regarder la télévision, de jouer aux jeux vidéo ou d'utiliser d'internet plus de deux heures par jour en semaine était plus fréquent parmi les élèves de FAS faible et moins fréquent parmi ceux de FAS élevé, les élèves de FAS moyen étant en position intermédiaire (Tableau 3).

De la même manière, ce gradient était observé pour la durée de sommeil insuffisante (Tableau 3). Cependant, les proportions d'élèves ayant rapporté avoir des difficultés à s'endormir plus d'une fois par semaine, et à être fatigués au moins une fois par semaine quand ils se levaient le matin les jours d'école, ne différaient pas selon le niveau d'aisance matérielle (Tableau 3).

Distribution selon le niveau d'aisance matérielle et le genre

Les conclusions concernant la distribution globale étaient maintenues d'après les résultats stratifiés sur le genre sauf pour le temps de sommeil insuffisant et la fatigue matinale.

Alors qu'un gradient similaire à la distribution globale était observé chez les filles, un temps de sommeil insuffisant était le plus fréquent chez les garçons avec un FAS faible, et

T3 Activité physique, sédentarité et sommeil (%) des élèves selon leur niveau d'aisance matérielle (FAS)

		NIVEAU D'AISANCE MATÉRIELLE (FAS)			
	n	Élevé (%)	Moyen (%)	Faible (%)	p-valeur
Activité physique					
Sport (≥ 3 fois/semaine)	13916	64,4	50,4	41,7	***
Activité physique globale suffisante[1]	13681	14,9	10,0	9,8	***
Transport actif vers l'école	13745	17,0	20,3	28,8	***
Activités sédentaires en semaine					
Télévision (> 2h/jour)	13913	61,9	69,4	74,9	***
Jeux vidéo (> 2h/jour)	13923	46,2	56,3	60,8	***
Internet (> 2h/jour)	13926	56,2	62,7	66,5	***
Sommeil					
Durée de sommeil insuffisante[2]	14040	34,7	38,8	47,4	***
Difficultés à s'endormir (> 1 fois/semaine)	13618	37,8	38,5	39,5	NS
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	13936	56,0	54,0	53,8	NS

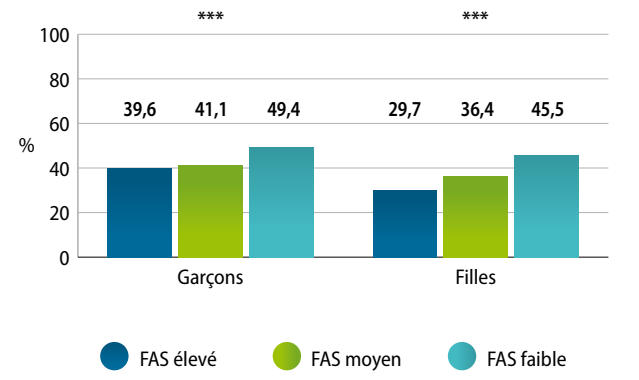
FAS : «*Family affluence scale*» ; NS= non significatif ; ***p<0,001.

1 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

2 La durée de sommeil insuffisante correspond à une valeur seuil de neuf heures de sommeil pour les moins de 14 ans, et de huit heures pour les 14 ans et plus. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 6.1.).

comparable entre ceux de FAS moyen et de FAS élevé (Figure 5).

F5 Durée de sommeil considérée comme insuffisante (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre

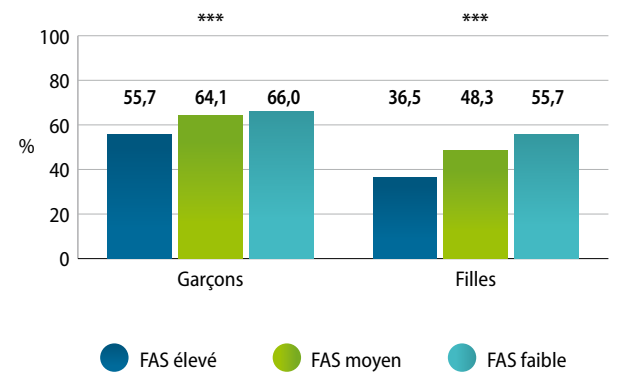


***p<0,001

La fatigue matinale ne variait pas selon le FAS chez les filles : plus d'une fille sur deux rapportait se sentir fatiguée plus d'une fois par semaine le matin les jours d'école pour chaque catégorie de FAS. Chez les garçons, la fatigue matinale était la plus fréquente chez les élèves de FAS élevé et comparable parmi ceux avec un FAS moyen et un FAS faible (Annexe 1).

Les tendances observées dans la population totale pour les transports actifs (Annexe 1) et les jeux vidéo plus de deux heures par jour en semaine (Figure 6) étaient également observées chez les filles et les garçons séparément, de façon plus marquée toutefois chez les filles.

F6 Usage des jeux vidéo plus de deux heures en semaine (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



***p<0,001

3.1.3. CONSOMMATIONS DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS

Distribution globale selon le niveau d'aisance matérielle

En 2018, un gradient favorable aux élèves de FAS élevé était observé pour le tabagisme quotidien et la consommation hebdomadaire de cannabis. En effet, ces consommations augmentaient lorsque le FAS diminuait (Figure 7).

À l'inverse, l'expérimentation et la consommation hebdomadaire d'alcool suivaient un gradient favorable à ceux de FAS faible : la consommation d'alcool au moins une fois au cours de la vie ou au cours des trente derniers jours était plus fréquente parmi les élèves avec un FAS élevé, intermédiaire chez ceux de FAS moyen et la moins fréquente parmi ceux de FAS faible (Figure 7).

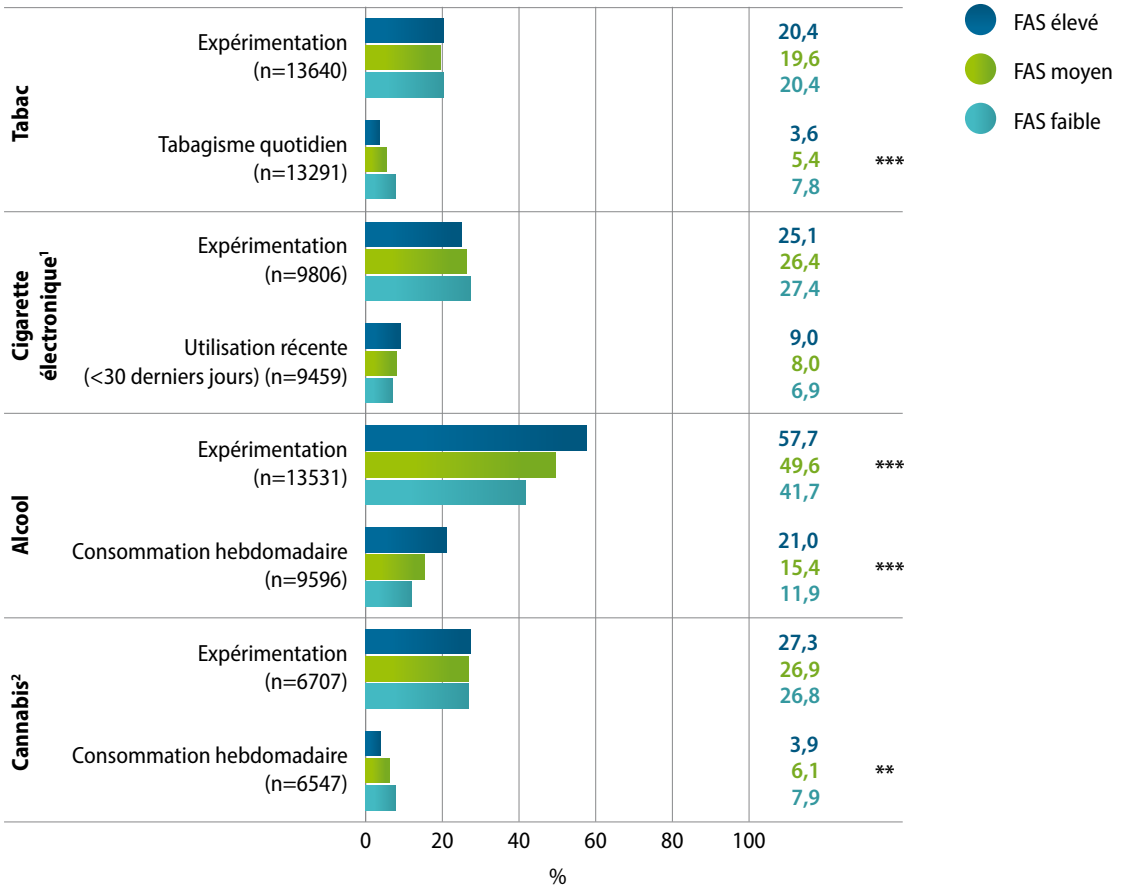
Enfin, l'expérimentation de tabac, de la cigarette électronique et du cannabis ainsi que l'usage récent de la cigarette électronique (au cours des 30 derniers jours) ne variaient pas selon le FAS (Figure 7).

Distribution selon le niveau d'aisance matérielle et le genre

Tandis qu'aucun gradient n'était observé dans la population totale pour l'expérimentation du tabac, de la cigarette électronique et du cannabis (Figure 7), les proportions évoluaient selon le FAS de manière inverse chez les garçons et les filles séparément : lorsque le FAS augmentait, ces proportions avaient tendance à augmenter chez les garçons et à diminuer chez les filles. À titre d'illustration, la Figure 8 montre que, chez les garçons, ceux de FAS élevé étaient proportionnellement plus nombreux à avoir expérimenté le cannabis au cours de leurs vie que ceux de FAS moyen ou faible. Au contraire, chez les filles, celles de FAS élevé était moins nombreuses à avoir expérimenté le cannabis que celles de FAS moyen ou faible (Figure 8). Ce constat était également relevé pour l'expérimentation du tabac et de la cigarette électronique (Annexe 1).

De la même manière que dans la distribution globale, chez les filles, l'utilisation récente de la cigarette électronique ne variait pas selon le FAS alors que les garçons de FAS élevé étaient proportionnellement plus nombreux à avoir récemment utilisé une cigarette électronique que ceux de FAS moyen ou faible (Annexe 1).

F7 Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis (%) des élèves selon leur niveau d'aisance matérielle (FAS)

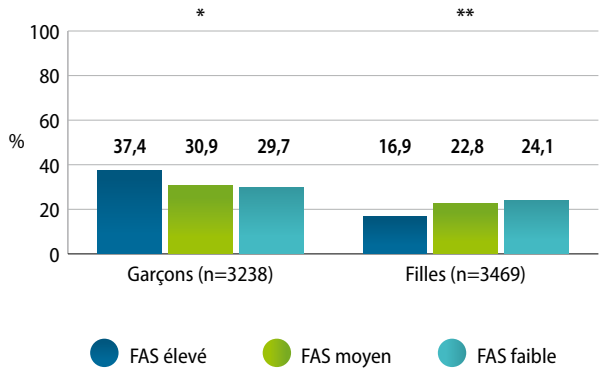


**p<0,01 ; ***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et du 1er degré du secondaire.

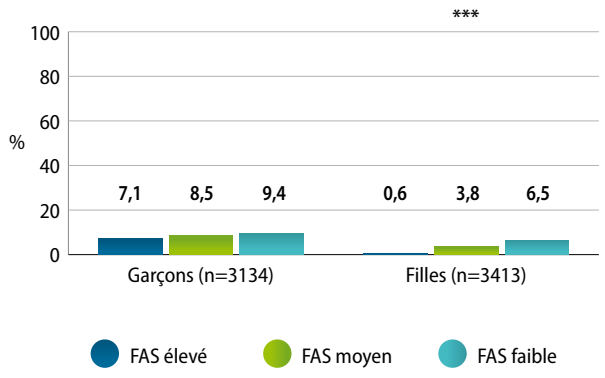
F8 Expérimentation du cannabis (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



*p<0,05 ; **p<0,01

Enfin, comme dans la distribution globale, chez les filles, la consommation hebdomadaire de cannabis augmentait lorsque le FAS diminuait (Figure 9) : les filles de FAS élevé étaient environ six fois moins nombreuses que celles de FAS moyen et dix fois moins nombreuses que celles avec un FAS faible, à consommer du cannabis chaque semaine. Chez les garçons, les proportions étaient comparables quelle que soit leur catégorie de FAS (Figure 9).

F9 Consommation hebdomadaire de cannabis (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



***p<0,001

3.1.4. VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE[7]

Distribution globale selon le niveau d'aisance matérielle

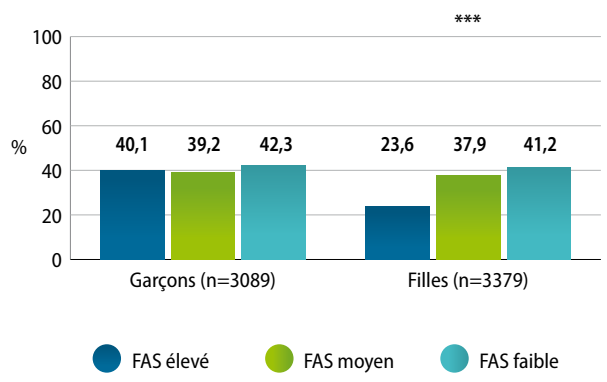
Un gradient était observé pour les relations sexuelles uniquement (Figure 10). La proportion d'élèves ayant déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle était la plus élevée parmi ceux ayant une aisance matérielle faible ; elle était intermédiaire parmi ceux de FAS moyen et la plus faible chez ceux de FAS élevé. Par ailleurs, les élèves avec un FAS faible étaient également plus nombreux à être considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH, les proportions étant comparables entre les élèves avec un FAS moyen et ceux de FAS élevé (Figure 10). Enfin, avoir eu une relation sexuelle avant 15 ans et ne pas avoir utilisé de contraception lors du premier rapport ne variaient pas selon le FAS (Figure 10).

Distribution selon le niveau d'aisance matérielle et le genre

Les conclusions présentées dans la Figure 10 concernant les connaissances des modes de transmission du VIH et le premier rapport sexuel avant 15 ans étaient également observées lorsque les analyses étaient stratifiées sur le genre.

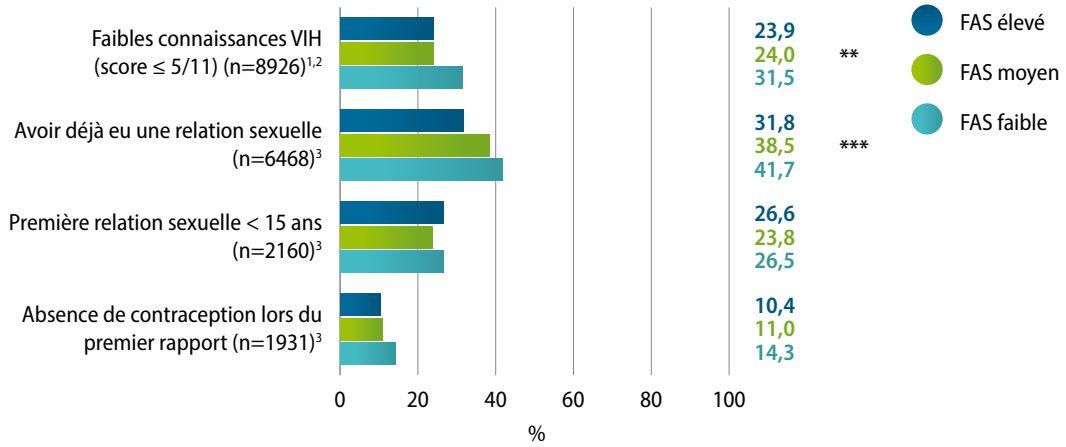
Ce n'était en revanche pas le cas pour le fait d'avoir déjà eu une relation sexuelle (Figure 11) et l'absence de contraception lors du premier rapport sexuel (Annexe 1). Comme dans la distribution globale, un gradient favorable aux filles de FAS élevé était observé pour le fait d'avoir déjà eu une relation sexuelle, tandis que chez les garçons, les proportions étaient semblables entre les catégories de FAS (Figure 11).

F 11 Avoir déjà eu une relation sexuelle (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



***p<0,001

F 10 Vie affective, relationnelle et sexuelle (%) des élèves selon leur niveau d'aisance matérielle (FAS)



**p<0,01 ; ***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

2 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves avec une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

3 Les informations n'ont pas été recueillies dans le primaire et dans le 1er degré du secondaire.

7 Ces informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

3.1.5. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Distribution globale selon le niveau d'aisance matérielle

En 2018, en Belgique francophone, les proportions d'élèves ayant une perception négative de leur santé, des symptômes multiples fréquents (SMF) et étant en situation de surpoids ou d'obésité (sur base de l'indice de masse corporelle (IMC)) augmentaient lorsque le FAS diminuait (Tableau 4). Chez les filles, ce gradient était également observé pour le fait d'avoir eu ses règles avant l'âge de 11 ans (Tableau 4). En revanche, avoir eu au moins une blessure au cours des douze mois précédant l'enquête et être en situation de minceur (sur base de l'IMC) suivaient un gradient opposé : les proportions étaient les plus élevées parmi les élèves de FAS élevé et les plus faibles parmi ceux de FAS faible (Tableau 4).

Par ailleurs, les élèves d'aisance matérielle élevée avaient globalement une santé bucco-dentaire plus favorable et déclaraient un meilleur état de bien-être (Tableau 4). En effet, les proportions d'élèves déclarant être très satisfaits de la vie et avoir souvent ou toujours confiance en eux augmentaient lorsque le FAS augmentait, tandis qu'un gradient défavorable à ceux de FAS faible était observé pour les symptômes dépressifs et le fait de se trouver un peu ou beaucoup trop gros. Se trouver un peu ou beaucoup trop mince ne variait pas, en revanche, selon le niveau d'aisance matérielle (Tableau 4).

T4 État de santé et bien-être (%) des élèves selon leur niveau d'aisance matérielle (FAS)

		NIVEAU D'AISANCE MATÉRIELLE (FAS)			
	n	Élevé (%)	Moyen (%)	Faible (%)	p-valeur
Santé					
Santé perçue négative	13993	15,0	19,8	28,0	***
Symptômes multiples fréquent (≥ 2 symptômes)[1]	12754	41,6	46,3	49,6	***
Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	13598	35,3	32,1	29,7	**
Corpulence[2]	12412				***
Minceur		17,8	14,5	10,6	
Normal		72,0	69,2	65,7	
Surpoids/obésité		10,2	16,3	23,7	
Premières règles < 11 ans ♀	4778	7,6	9,0	11,6	*
Santé bucco-dentaire					
Se brosser les dents (> 1 fois/jour)	13872	69,4	64,0	56,7	***
Avoir eu une carie	12898	53,9	62,3	67,6	***
Visite chez le dentiste (≤ 1 an)	13768	89,3	81,6	68,1	***
Bien-être					
Satisfaction élevée de la vie	13916	92,3	86,8	78,4	***
Symptômes dépressifs[3]	9724	34,2	38,9	43,5	***
Confiance en soi (souvent/toujours)	13999	56,0	53,0	51,9	*
Perception corporelle «Un peu/ beaucoup trop mince/maigre»	13792	18,4	16,9	16,6	NS
Perception corporelle «un peu/ beaucoup trop gros»	13792	29,9	33,8	35,8	***

FAS : «*Family affluence scale*» ; NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001 ; ♀ Données recueillies chez les filles uniquement.

1 Les élèves ayant déclaré ressentir au moins deux symptômes, parmi une liste de huit symptômes proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant des symptômes multiples fréquents. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.2.).

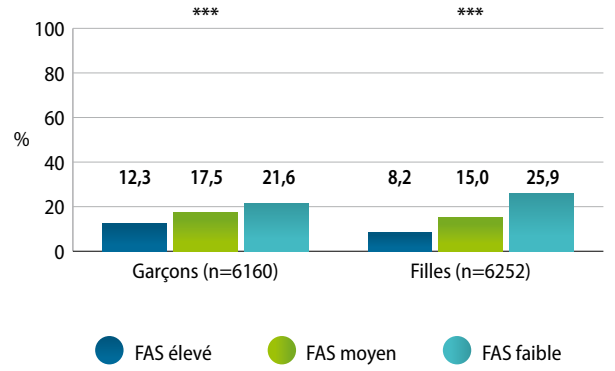
2 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

3 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

Distribution selon le niveau d'aisance matérielle et le genre

Globalement, les tendances observées dans le Tableau 4 était retrouvées dans les analyses stratifiées sur le genre pour la plupart des indicateurs de l'état de santé et de bien-être, néanmoins de façon plus marquée chez les filles pour les symptômes dépressifs et de façon plus marquée chez les garçons pour le fait de se brosser les dents plus d'une fois par jour (Annexe 1). Ceci était également observé pour le surpoids et l'obésité : les filles de FAS élevé étaient deux fois moins nombreuses que celles avec un FAS moyen et trois fois moins nombreuses que celles avec un FAS faible à être en surpoids ou obèses. Ce gradient était moins marqué chez les garçons (Figure 12).

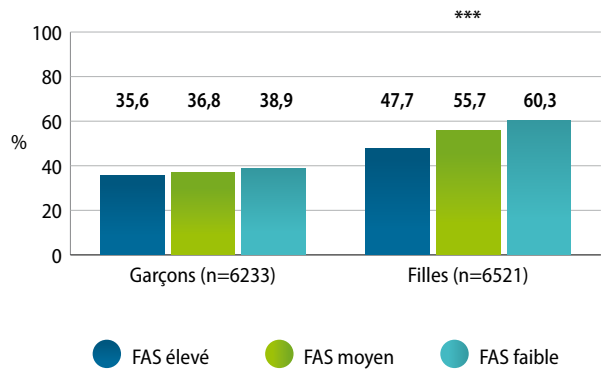
F 12 Surpoids et obésité (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



***p<0,001

À l'inverse, contrairement à la distribution globale, le fait d'avoir souvent ou toujours confiance en soi ne variait pas selon le niveau d'aisance matérielle chez les filles et les garçons séparément (Annexe 1). Des tendances différentes entre les filles et les garçons étaient aussi observées pour les SMF et les blessures (Annexe 1). Un gradient semblable à celui de la distribution globale était observé pour les SMF chez les filles tandis que chez les garçons, les proportions étaient semblables entre les catégories de FAS (Figure 13).

F 13 Symptômes multiples fréquents (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



***p<0,001

3.1.6. RELATIONS SOCIALES ET ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

Distribution globale selon le niveau d'aisance matérielle

En 2018, en Belgique francophone, les élèves ayant un niveau d'aisance matérielle élevé étaient proportionnellement plus nombreux que ceux de FAS moyen ou faible, à avoir une perception positive de l'implication de leurs parents dans leur scolarité et à percevoir un soutien élevé de leurs amis (Tableau 5). Un gradient inverse était observé pour l'absentéisme scolaire et l'utilisation intensive des médias électroniques de communication : brosser les cours au moins une fois par trimestre et communiquer en ligne presque toute la journée étaient plus fréquents parmi les élèves avec un FAS faible, intermédiaires chez ceux avec un FAS moyen et les plus faibles parmi ceux avec un FAS élevé (Tableau 5).

De leur côté, la satisfaction vis-à-vis de l'école, le stress scolaire, le harcèlement scolaire, le cyber-harcèlement et la participation à une bagarre trois fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête ne variaient pas selon le niveau d'aisance matérielle (Tableau 5).

T5 Relations sociales et environnement scolaire (%) des élèves selon leur niveau d'aisance matérielle (FAS)

		NIVEAU D'AISANCE MATÉRIELLE (FAS)			
	n	Élevé (%)	Moyen (%)	Faible (%)	p-valeur
Environnement scolaire					
Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	13871	22,9	24,0	25,0	NS
Stress scolaire	13859	38,7	38,5	38,4	NS
Perception positive de l'implication des parents	13549	43,2	38,5	32,7	***
Brosser les cours (≥ 1 fois/trimestre)[1]	9760	8,6	10,4	16,0	***
Violences					
Victimes de harcèlement scolaire[2]	13468	5,7	6,7	7,1	NS
Victimes de cyber-harcèlement	13268	1,3	1,5	2,0	NS
Bagarres fréquentes (≥ 3 fois dans l'année)	13648	12,4	13,3	15,0	NS
Relations sociales					
Soutien élevé des amis	13397	74,8	68,2	65,4	***
Utilisation intensive des moyens de communication électroniques[3]	9167	51,6	59,5	62,6	***

FAS : «*Family affluence scale*» ; NS= non significatif ; ***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

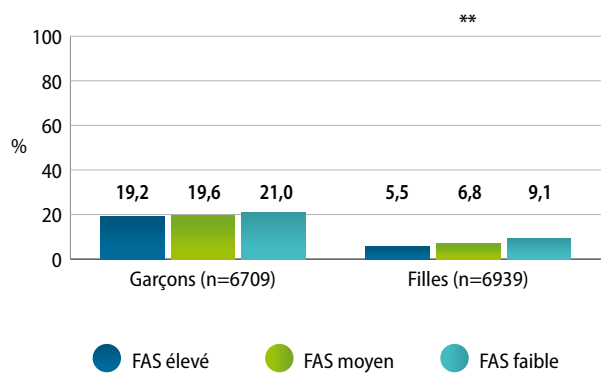
2 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

3 Un élève a été considéré comme ayant une utilisation intensive des moyens de communication électroniques, lorsqu'il indiquait communiquer «presque toute la journée» à au moins l'une des quatre propositions suivantes (1) avec des amis proches, (2) des amis d'un groupe plus large, (3) des amis rencontrés en ligne et (4) d'autres personnes. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 5.2.).

Distribution selon le niveau d'aisance matérielle et le genre

La plupart des conclusions présentées dans le Tableau 5 étaient également retrouvées lors des analyses stratifiées sur le genre. En revanche, des tendances différentes chez les filles et les garçons séparément étaient observées pour les bagarres fréquentes et le fait d'être victimes de harcèlement scolaire (Annexe 1). En effet, une absence de gradient, semblable à la distribution globale, était observée pour la participation fréquente à une bagarre chez les garçons, tandis que chez les filles, elle était le plus souvent rapportée parmi celles de FAS faible (Figure 14).

F14 Bagarres fréquentes (%) en fonction du niveau d'aisance matérielle (FAS) et du genre



**p<0,01

3.2. DISPARITÉS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE

La structure familiale a été appréhendée à l'aide de la question : «Quels sont les adultes qui vivent avec toi, dans la maison où tu vis le plus souvent ?». Les élèves avaient la possibilité d'indiquer plusieurs réponses parmi les propositions suivantes «mère», «père»,», «belle-mère, compagne de ton père ou de ta mère», «beau-père, compagnon de ta mère ou de ton père» et «Je vis avec d'autres personnes (frère, sœur, grands-parents…) ou ailleurs (dans un foyer, une famille d'accueil, tout seul…)». L'indicateur a, ensuite, été divisé en quatre catégories sur base des réponses des élèves : (1) «Deux parents» lorsque l'élève déclarait vivre avec son père et sa mère ; (2) «Famille recomposée» lorsque l'élève déclarait vivre avec son père ou sa mère et le compagnon et la compagne de ce parent ; (3) «Famille monoparentale» lorsque l'élève indiquait vivre avec uniquement sa mère ou son père et (4) «Autre» lorsque l'élève mentionnait vivre dans un foyer ou une famille d'accueil.

Au total, en 2018, en Belgique francophone, 8054 élèves vivaient dans une famille avec leurs deux parents (61,9 %), 1895 élèves vivaient dans une famille recomposée (14,6 %), 3038 dans une famille monoparentale (23,6 %), et 335 dans une structure familiale «autre» (2,5 %). Étant donné le nombre faible d'élèves dans la catégorie «Autre» et la grande hétérogénéité de leurs situations, ils n'ont pas été pris en compte dans les analyses de cette brochure.

3.2.1. ALIMENTATION ET RÉGIME

Distribution globale selon la structure familiale

Globalement, les élèves vivant avec leurs deux parents avaient une alimentation plus favorable à la santé. En 2018, ils étaient proportionnellement les plus nombreux à consommer chaque jour des fruits et légumes et un petit-déjeuner, et à déclarer manger souvent des repas en famille (Tableau 6). La proportion de consommation quotidienne de fruits était semblable entre les élèves de familles recomposées et ceux de familles monoparentales (Tableau 6). En revanche, la consommation hebdomadaire de fast-food était la plus fréquente parmi ceux vivant dans une famille monoparentale, intermédiaire parmi ceux de familles recomposées, et la plus faible chez ceux vivant avec leurs deux parents (Tableau 6).

La consommation quotidienne de boissons sucrées et la consommation hebdomadaire de boissons énergisantes étaient, quant à elles, les plus fréquentes parmi les élèves de familles recomposées, intermédiaires chez ceux de familles monoparentales, et les plus faibles chez ceux vivant avec leurs deux parents (Tableau 6).

Enfin, les proportions d'élèves ayant indiqué faire un régime pour perdre du poids au moment de l'enquête étaient comparables selon la structure familiale (Tableau 6). Avoir eu recours à des méthodes considérées comme étant défavorables à la santé pour perdre du poids était, cependant, le plus fréquent parmi ceux issus d'une famille monoparentale, intermédiaire parmi ceux de familles recomposées, et le moins fréquent parmi ceux vivant avec leurs deux parents (Tableau 6).

T6 Comportements alimentaires et de régime (%) des élèves selon leur structure familiale

		STRUCTURE FAMILIALE			
	n	Deux parents (%)	Recomposée (%)	Monoparentale (%)	p-valeur
Alimentation					
Consommation quotidienne fruits	9808	44,0	36,6	36,3	***
Consommation quotidienne légumes	9808	57,6	55,2	51,1	***
Petit-déjeuner quotidien	9808	51,9	42,6	38,2	***
Repas en famille (souvent)	9808	92,1	90,7	84,0	***
Fast-food hebdomadaire	9808	22,7	23,5	27,1	***
Consommation quotidienne boissons sucrées	9808	27,4	34,8	33,2	***
Consommation hebdomadaire boissons énergisantes	9808	8,8	13,6	11,5	***
Régime					
Régime pour perdre du poids	12871	14,4	15,2	15,2	NS
Méthodes défavorables à la santé[1]	7221	42,9	44,9	50,6	***

NS= non significatif ; ***p<0,001.

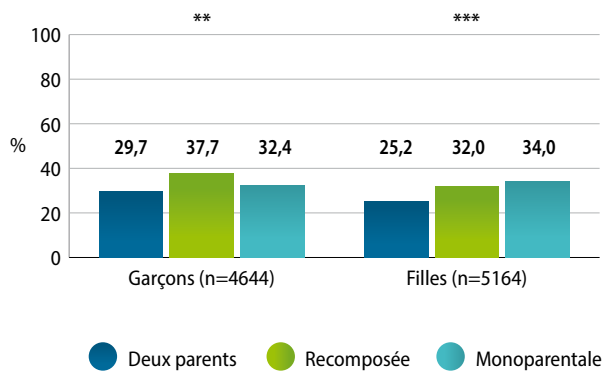
1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré avoir utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus, ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

Distribution selon la structure familiale et le genre

Les conclusions présentées dans le Tableau 6, étaient retrouvées dans les analyses stratifiées sur le genre, sauf pour la consommation quotidienne de boissons sucrées (Figure 15), les repas en famille et le fait de suivre un régime défavorable à la santé (Annexe 2).

La tendance observée dans la distribution globale pour la consommation quotidienne de boissons sucrées, était également observée chez les garçons. Chez les filles, la consommation quotidienne de boissons sucrées était la plus fréquente parmi celles de familles monoparentales, intermédiaire chez celles issues d'une famille recomposée, et la plus faible chez celles vivant avec leurs deux parents (Figure 15).

F 15 Consommation quotidienne de boissons sucrées (%) en fonction de la structure familiale et du genre



**p<0,01 ; ***p<0,001

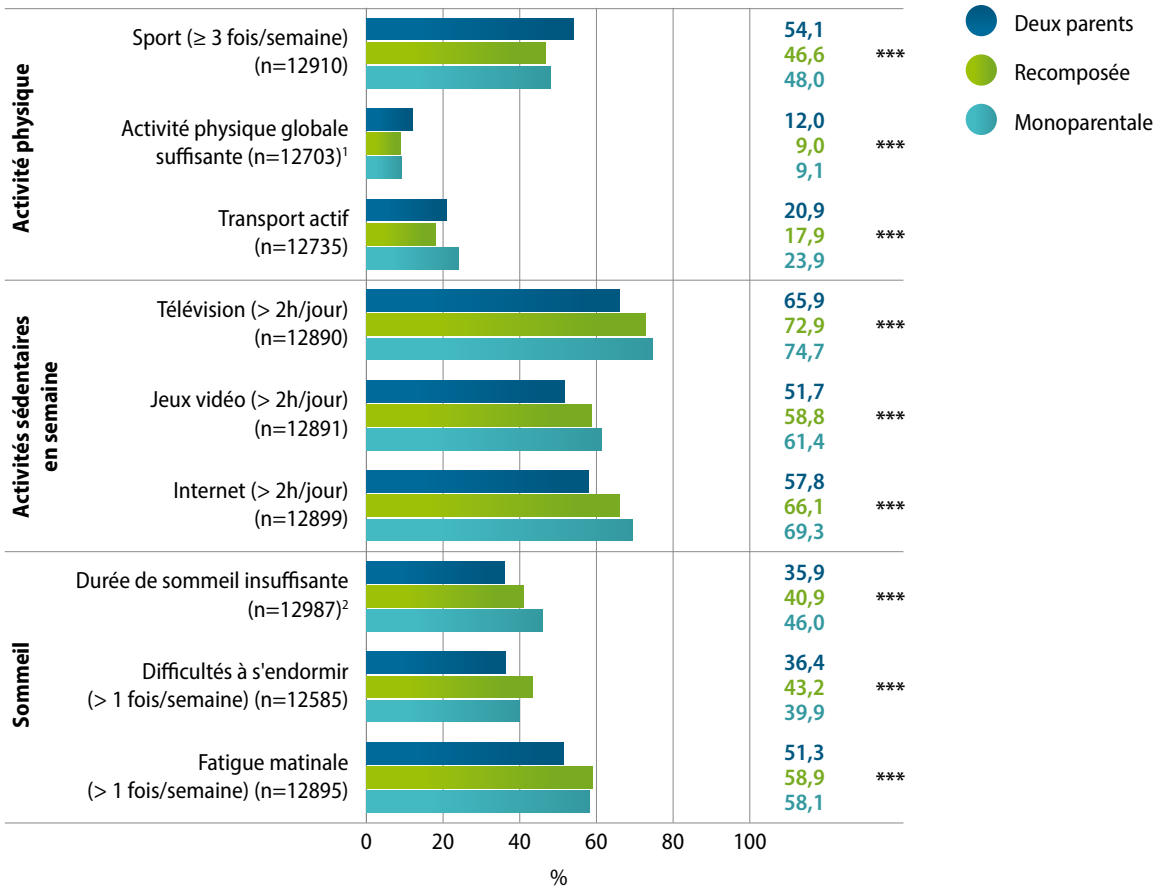
3.2.2. ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉDENTARITÉ ET SOMMEIL

Distribution globale selon la structure familiale

Globalement, en Belgique francophone, en 2018, les élèves vivant avec leurs deux parents avaient une activité physique et des comportements sédentaires plus favorables que ceux vivant dans d'autres types de famille (Figure 16). La pratique d'un sport au moins trois fois par semaine et celle d'une activité physique globale suffisante étaient les plus fréquentes chez les élèves vivant avec leurs deux parents, et comparables entre les élèves de familles recomposées et ceux de familles monoparentales (Figure 16). Par ailleurs, la proportion d'élèves utilisant un moyen de transport actif pour se rendre à l'école le matin était la plus élevée parmi ceux vivant dans une famille monoparentale, intermédiaire chez ceux vivant avec leurs deux parents, et la plus faible parmi ceux de familles recomposées (Figure 16).

Les comportements sédentaires plus de deux heures par jour en semaine étaient les moins fréquents parmi ceux vivant avec leurs deux parents, intermédiaires chez ceux issus de familles recomposées, et les plus élevés parmi ceux vivant dans une famille monoparentale (Figure 16). Cette tendance était également observée pour la durée de sommeil insuffisante (Figure 16). Le fait d'avoir des difficultés à s'endormir plus d'une fois par semaine ne suivait, en revanche, pas cette tendance : il était le plus fréquent chez ceux issus de familles recomposées, intermédiaire parmi ceux de familles monoparentales, et le plus faible parmi ceux vivant avec leurs deux parents. Enfin, la fatigue matinale était comparable entre les élèves issus d'une famille recomposée et monoparentale, et la moins fréquente parmi ceux vivant avec leurs deux parents (Figure 16).

F 16 Activité physique, sédentarité et sommeil (%) des élèves selon leur structure familiale



***p<0,001.

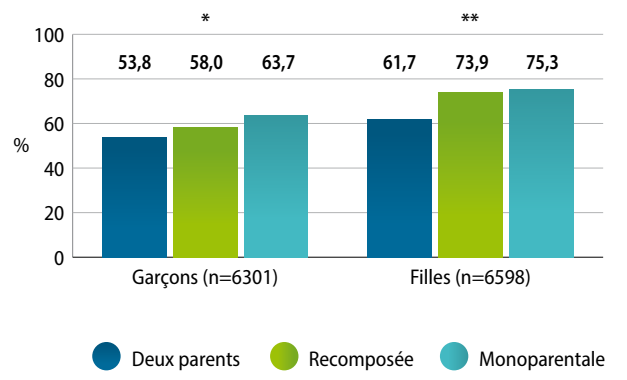
1 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

2 La durée de sommeil insuffisante correspond à une valeur seuil de neuf heures de sommeil pour les moins de 14 ans, et de huit heures pour les 14 ans et plus. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 6.1.).

Distribution selon la structure familiale et le genre

Les tendances observées pour la distribution globale étaient également observées dans les analyses chez les filles et les garçons séparément, sauf pour l'utilisation d'internet plus de deux heures par jour en semaine (Figure 17). En effet, chez les garçons, une tendance semblable à celle de la distribution globale était observée, alors que chez les filles, la proportion était comparable entre celles de familles recomposées et monoparentales, et elle était la plus faible parmi celles vivant avec leurs deux parents.

F 17 Usage d'internet plus de deux heures par jour en semaine (%) en fonction de la structure familiale et du genre



*p<0,05 ; **p<0,01

3.2.3. CONSOMMATIONS DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS

Distribution globale selon la structure familiale

Globalement, les élèves vivant avec leurs deux parents avaient une consommation moindre de tabac, d'alcool et de cannabis (Tableau 7). En effet, le tabagisme quotidien et la consommation de cannabis étaient les plus fréquents chez les élèves de familles monoparentales, intermédiaires chez ceux de familles recomposées, et les moins fréquents parmi ceux vivant avec leurs deux parents (Tableau 7).

L'expérimentation du tabac, de la cigarette électronique et d'alcool, ainsi que l'utilisation récente de la cigarette électronique et la consommation hebdomadaire d'alcool, étaient plus fréquentes parmi les élèves vivant dans une famille recomposée, intermédiaire chez ceux de familles monoparentales, et les plus faibles parmi ceux vivant avec leurs deux parents (Tableau 7).

T7 Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis (%) des élèves selon leur structure familiale

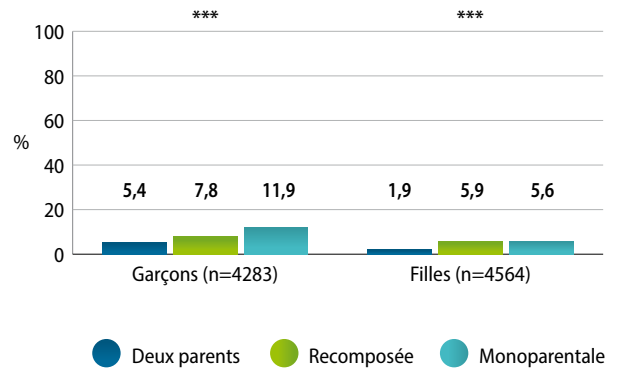
		STRUCTURE FAMILIALE			
	n	Deux parents (%)	Recomposée (%)	Monoparentale (%)	p-valeur
Tabac					
Expérimentation	12695	15,1	26,5	24,9	***
Tabagisme quotidien	12361	3,5	6,9	7,8	***
Expérimentation e-cig[1]	9005	21,2	33,0	31,8	***
Utilisation récente e-cig (30 derniers jours)[1]	8699	6,2	10,0	9,9	***
Alcool					
Expérimentation	12602	44,9	60,7	53,7	***
Consommation hebdomadaire [1]	8847	14,6	18,9	16,7	***
Cannabis[2]					
Expérimentation	6245	20,9	32,6	33,5	***
Consommation hebdomadaire	6101	3,6	6,8	8,8	***

e-cig=Cigarette électronique ; ***p<0,001.
1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.
2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et du 1er degré du secondaire.

Distribution selon la structure familiale et le genre

Les conclusions présentées dans le Tableau 7 étaient également observées pour les analyses stratifiées sur le genre, sauf pour la consommation hebdomadaire de cannabis. En effet, une tendance semblable à celle de la distribution globale était observée chez les garçons, alors que cette consommation était la plus élevée chez les filles vivant dans une famille recomposée ou monoparentale de façon comparable (Figure 18).

F 18 Consommation hebdomadaire de cannabis (%) en fonction de la structure familiale et du genre



***p<0,001

3.2.4. VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE[8]

Distribution globale selon la structure familiale

En 2018, la proportion d'élèves considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH était la plus élevée parmi les élèves vivant avec leurs deux parents, intermédiaire parmi ceux d'une famille monoparentale et la plus faible chez ceux d'une famille recomposée (Tableau 8). Au contraire, le fait d'avoir déjà eu une relation sexuelle était le plus fréquent parmi ceux vivant dans une famille recomposée, intermédiaire chez ceux vivant dans une famille monoparentale et le plus faible chez ceux vivant avec leurs deux parents (Tableau 8). Avoir eu une relation sexuelle avant 15 ans et ne pas avoir utilisé de méthode de contraception lors du premier rapport ne variaient pas selon la structure familiale (Tableau 8).

Distribution selon la structure familiale et le genre

Contrairement à la distribution globale, la faible connaissance des modes de transmission du VIH ne variait pas selon la structure familiale, chez les filles et les garçons séparément (Annexe 2).

Une tendance semblable à celle observée dans la distribution globale était constatée pour les relations sexuelles chez les filles : celles vivant dans une famille recomposée étaient

T 8 Vie affective, relationnelle et sexuelle (%) des élèves selon leur structure familiale

		STRUCTURE FAMILIALE			
	n	Deux parents (%)	Recomposée (%)	Monoparentale (%)	p-valeur
Faibles connaissances VIH (score ≤ 5/11)[1,2]	8535	26,9	22,8	24,8	*
Avoir déjà eu une relation sexuelle[3]	6176	30,8	47,4	43,1	***
Première relation sexuelle < 15 ans[3]	2023	23,1	24,0	27,5	NS
Absence de contraception lors du premier rapport sexuel[3]	1807	9,7	9,2	14,1	NS

NS= non significatif ; *p<0,05 ; ***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

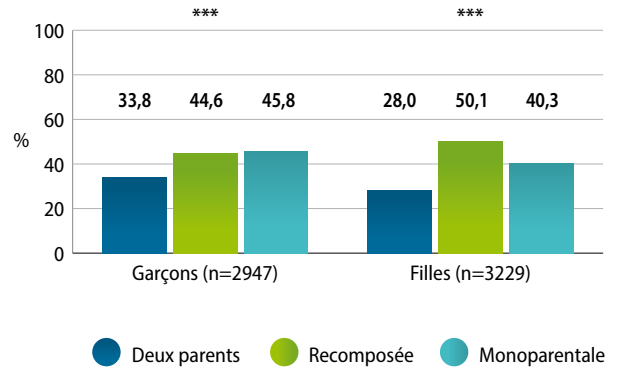
2 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves avec une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

3 Les informations n'ont pas été recueillies dans le primaire et dans le 1er degré du secondaire.

8 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

presque deux fois plus nombreuses à déclarer avoir déjà eu une relation sexuelle que celles vivant avec leurs deux parents (Figure 19). Chez les garçons, cette proportion était la plus faible chez ceux vivant avec leurs deux parents, et comparable entre ceux de familles recomposées et monoparentales (Figure 19).

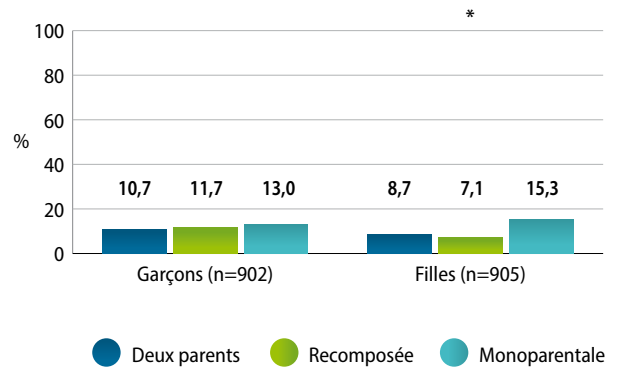
F 19 Avoir déjà eu une relation sexuelle (%) en fonction de la structure familiale et du genre



***p<0,001

Par ailleurs, comme dans la distribution globale, l'absence de contraception lors du premier rapport ne variait pas selon la structure familiale chez les garçons, tandis que, chez les filles, elle était la moins fréquente chez celles de familles recomposées, intermédiaire chez celles vivant avec leurs deux parents, et la plus fréquente parmi celles vivant dans une famille monoparentale (Figure 20).

F 20 Absence de contraception lors du 1er rapport sexuel (%) en fonction de la structure familiale et du genre



*p<0,05

3.2.5. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

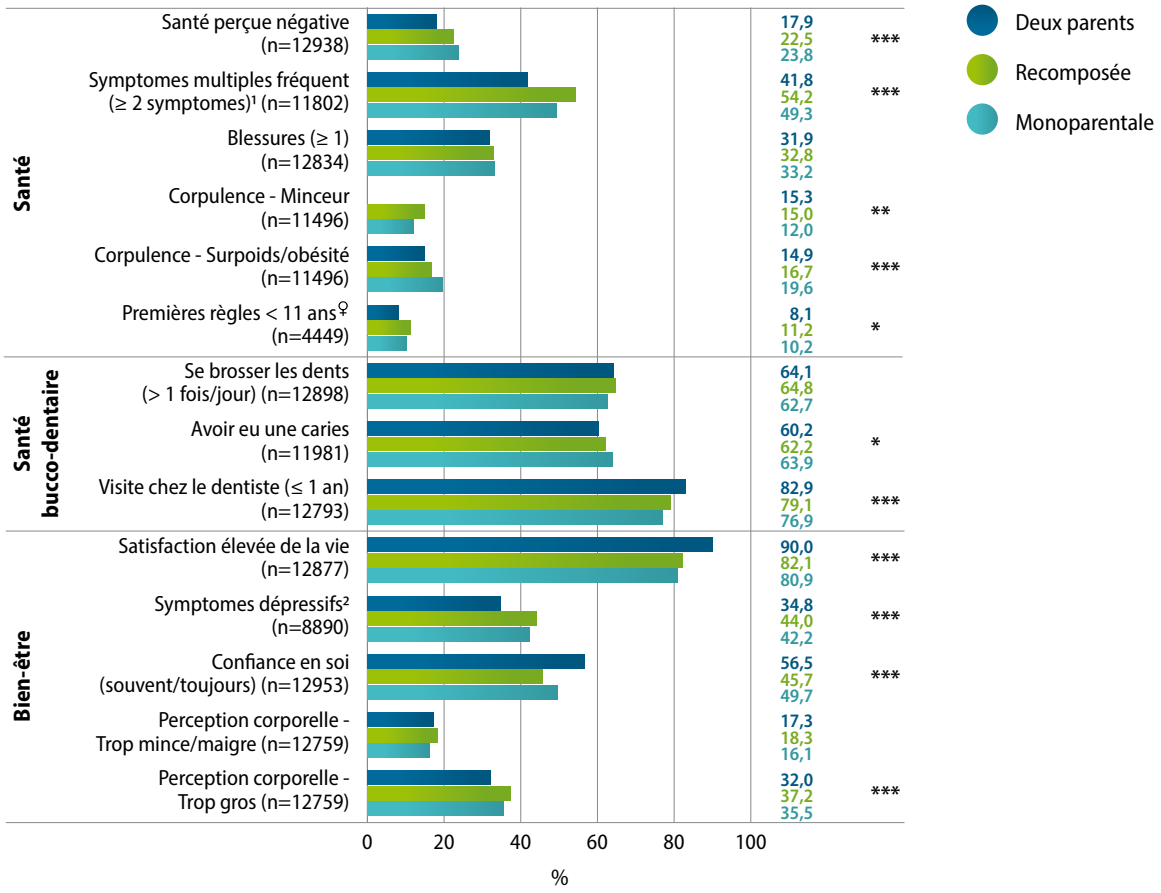
Distribution globale selon la structure familiale

Globalement, en 2018, les élèves vivant avec leurs deux parents avaient un état de santé, une santé bucco-dentaire et un bien-être plus favorables (Figure 21). La perception négative de la santé et le surpoids étaient les plus fréquents parmi les élèves de familles monoparentales, intermédiaires parmi ceux de familles recomposées, et les moins fréquents parmi ceux vivant avec leurs deux parents (Figure 21). *A contrario*, la proportion d'élèves en situation de minceur, sur base de leur indice de masse corporelle, était la plus faible parmi ceux de familles monoparentales et semblable entre ceux de familles recomposées et ceux vivant avec leurs deux parents (Figure 21).

Les élèves issus d'une famille recomposée étaient, quant à eux, plus nombreux à déclarer des symptômes multiples fréquents (SMF), des symptômes dépressifs, et à se trouver un peu ou beaucoup trop gros, comparés à ceux vivant avec leurs deux parents. Ceux issus d'une famille monoparentale étaient dans une situation intermédiaire (Figure 21). De la même manière, chez les filles, avoir eu ses premières règles avant l'âge de 11 ans était le plus fréquent parmi celles de familles recomposées, intermédiaire chez celles de familles monoparentales, et le plus faible parmi celles vivant avec leurs deux parents (Figure 21).

Enfin, se brosser les dents plus d'une fois par jour, avoir eu au moins une blessure au cours des douze mois précédant l'enquête et se trouver un peu ou beaucoup trop mince ne variaient pas selon la structure familiale (Figure 21).

F 21 État de santé et bien-être (%) des élèves selon leur structure familiale



*p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

♀ Données recueillies chez les filles uniquement.

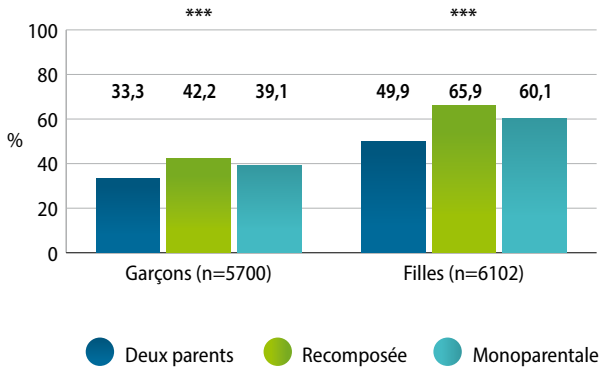
1 Les élèves ayant déclaré ressentir au moins deux symptômes, parmi une liste de huit symptômes proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant des symptômes multiples fréquents. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.2.).

2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

Distribution selon la structure familiale et le genre

Globalement, la majorité des tendances observées dans la Figure 21 était également retrouvée lors des analyses stratifiées sur le genre. Néanmoins, pour certains indicateurs, des tendances différentes selon la structure familiale ont été relevées entre les filles et les garçons séparément. C'était le cas notamment pour les indicateurs de la corpulence et la présence d'une carie (Annexe 2). Également, malgré des tendances similaires en fonction du genre, l'association entre structure familiale et présence de symptômes multiples fréquents était plus forte chez les filles. Les écarts de prévalence entre les catégories sont ainsi plus marqués que chez les garçons (Figure 22).

F 22 Symptômes multiples fréquents (%) en fonction de la structure familiale et du genre



***p<0,001

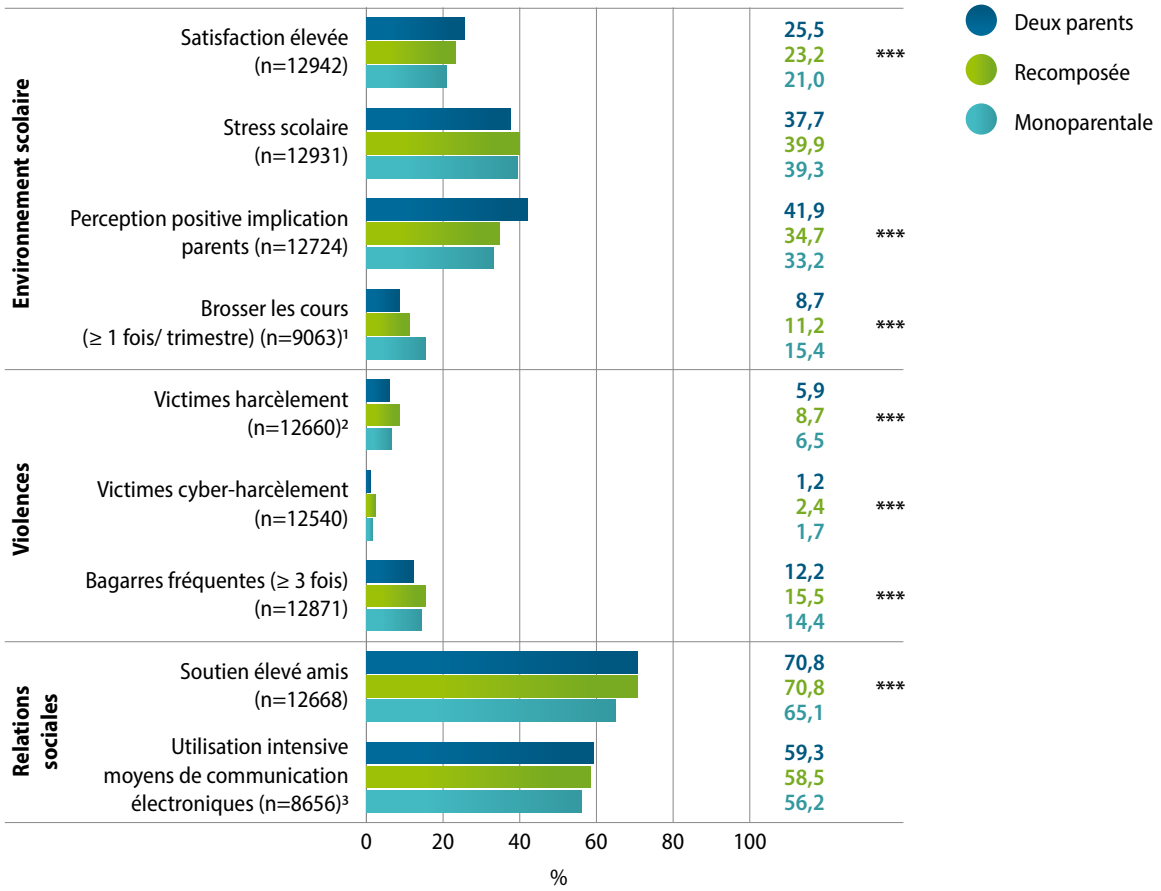
3.2.6. RELATIONS SOCIALES ET ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

Distribution globale selon la structure familiale

En 2018, la satisfaction scolaire ainsi que la perception positive de l'implication des parents vis-à-vis de la scolarité étaient les plus élevées chez ceux vivant avec leurs deux parents, intermédiaires chez ceux de familles recomposées et les plus faibles parmi ceux de familles monoparentales (Figure 23). À l'inverse, les élèves vivant dans une famille monoparentale étaient proportionnellement plus nombreux à brosser les cours une fois ou plus par trimestre que ceux vivant avec leurs deux parents, les élèves de familles recomposées étant dans une situation intermédiaire (Figure 23). De plus, percevoir un soutien élevé de la part de ses amis était le plus faible chez ceux issus d'une famille monoparentale, et comparable entre les élèves vivant avec leurs deux parents et ceux d'une famille recomposée.

Les indicateurs de violences, que ce soit le fait d'être victimes de harcèlement, de cyber-harcèlement ou la participation fréquente à une bagarre, étaient les plus fréquents parmi les élèves de familles recomposées, intermédiaires parmi ceux de familles monoparentales, et les plus faibles chez ceux vivant avec leurs deux parents (Figure 23). Enfin, le stress scolaire et l'utilisation intensive des médias électroniques de communication ne variaient pas selon la structure familiale (Figure 23).

F 23 Relations sociales et environnement scolaire (%) des élèves selon leur structure familiale



***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

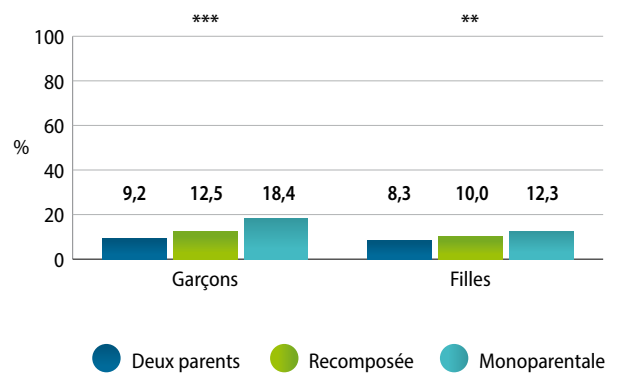
2 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

3 Un élève a été considéré comme ayant une utilisation intensive des moyens de communication électroniques, lorsqu'il indiquait communiquer «presque toute la journée» à au moins l'une des quatre propositions suivantes (1) avec des amis proches, (2) des amis d'un groupe plus large, (3) des amis rencontrés en ligne et (4) d'autres personnes. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 5.2.).

Distribution selon la structure familiale et le genre

Pour la plupart des indicateurs, les variations observées dans la distribution globale étaient également observées dans les analyses selon le genre. Néanmoins, la variation de l'absentéisme scolaire entre les différentes structures familiales était plus marquée chez les garçons (Figure 24).

F 24 Brosser les cours au moins une fois par trimestre (%) en fonction de la structure familiale et du genre

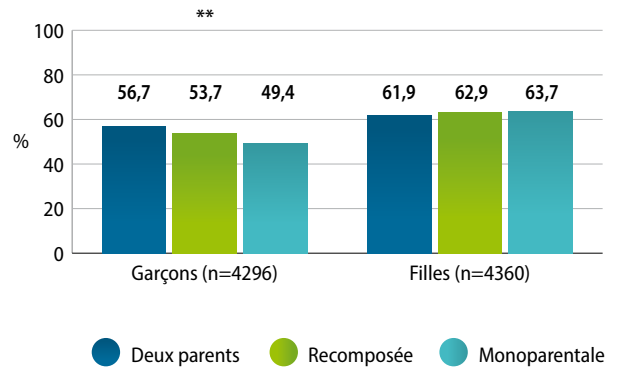


***p<0,001 ; **p<0,01

Des tendances divergentes selon la structure familiale et le genre ont été observées pour le harcèlement, le cyber-harcèlement et l'utilisation intensive des médias électroniques de communication. En effet, une tendance similaire à celle de la distribution globale était observée pour le fait d'être victimes de harcèlement et de cyber-harcèlement chez les filles, tandis que chez les garçons, leur fréquence ne variait pas entre les catégories de structure familiale (Annexe 2).

Par ailleurs, chez les filles, l'utilisation intensive des médias électroniques de communication suivait la même tendance que celle de la distribution globale, alors que les garçons vivant avec leurs deux parents en avaient plus fréquemment une utilisation intensive que ceux de familles monoparentales (Figure 25).

F 25 Utilisation intensive des médias électroniques de communication (%) en fonction de la structure familiale et du genre



**p<0,01

3.3. DISPARITÉS SELON LE STATUT MIGRATOIRE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Le statut migratoire a été déterminé à partir du pays de naissance des élèves et de leurs parents à l'aide des questions suivantes :
- «Dans quel pays es-tu né(e) ?»
- «Si tu n'es pas né(e) en Belgique, quel âge avais-tu quand tu es venu(e) y vivre ?»
- «Dans quel pays ta mère est-elle née ?»
- «Dans quel pays ton père est-il né ?»

Ont été considérés comme **autochtones**, les enfants dont les deux parents étaient nés en Belgique et qui étaient eux-mêmes nés en Belgique, ou arrivés avant l'âge d'un an.
Ont été considérés comme immigrés de **2e génération**, les enfants nés en Belgique, dont au moins l'un des deux parents était né à l'étranger.
Ont été considérés comme immigrés de **1re génération**, les enfants nés hors de Belgique, dont au moins l'un des deux parents était né à l'étranger (ou dont le pays de naissance était inconnu) et les enfants nés à l'étranger, de deux parents nés en Belgique, et arrivés sur le territoire après l'âge d'un an.

Dans ce chapitre concernant les inégalités sociales de santé liées au statut migratoire, seule la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) a été prise en compte. En effet, le pourcentage d'élèves issus de l'immigration y est en effet plus important qu'en Région Wallonne, l'inclusion des élèves wallons dans les analyses étant susceptible d'invisibiliser les disparités sur un territoire délimité. En RBC, les effectifs d'élèves dans chaque catégorie de statut migratoire permettent leur comparaison et d'en tirer des conclusions.

En 2018, en RBC, 793 élèves étaient considérés autochtones, 1688 immigrés de 2e génération et 836 immigrés de 1re génération. Après pondération et en tenant compte du plan de sondage, ils représentaient respectivement 22,3 %, 51,0 % et 26,7 % des élèves bruxellois. Pour information, en Région wallonne, les autochtones représentaient 65,6 % des élèves, les immigrés de 2e génération, 25,0 %, et les immigrés de 1re génération, 9,4 % des élèves.

3.3.1. ALIMENTATION ET RÉGIME

Distribution globale selon le statut migratoire

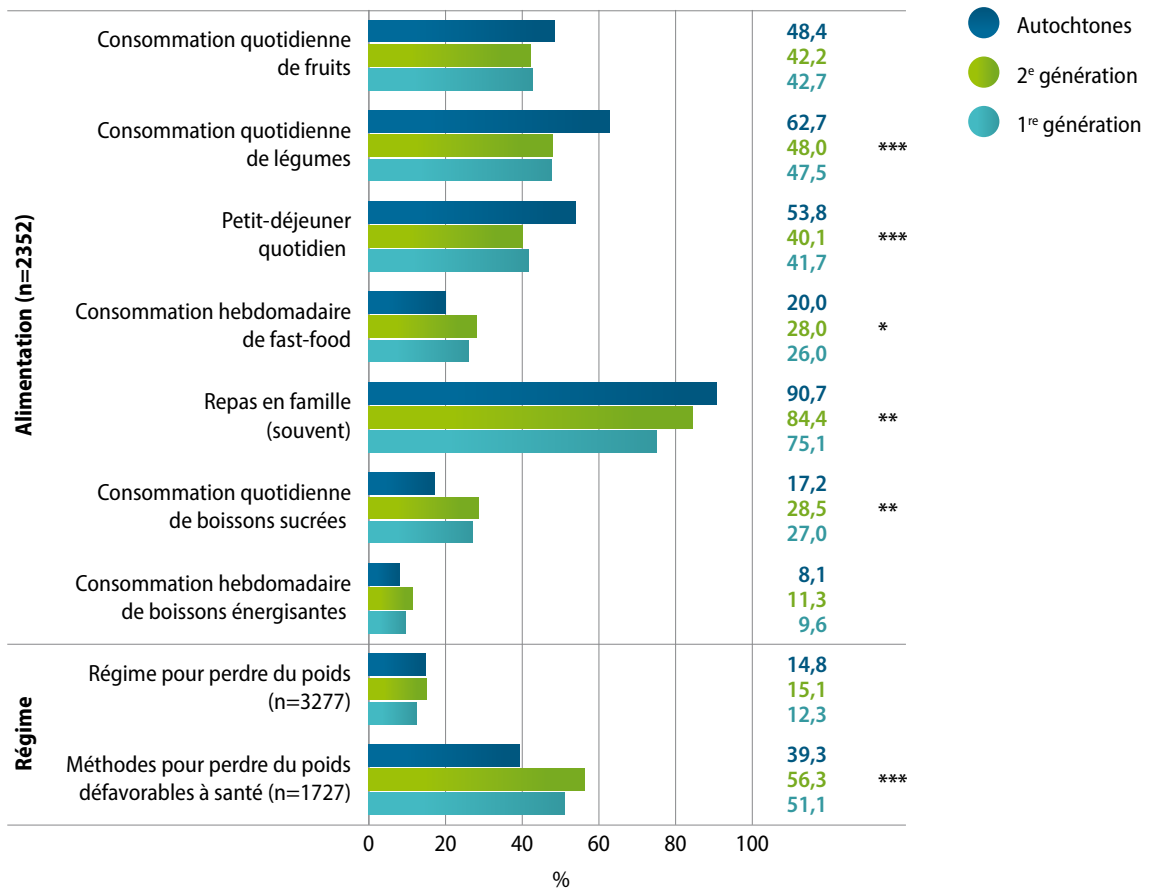
En Région de Bruxelles-Capitale, les élèves autochtones rapportaient des comportements plus favorables à la santé comparés aux élèves immigrés, en matière de consommation quotidienne de légumes, de boissons sucrées, et de petit-déjeuner, ainsi que de consommation hebdomadaire de fast-food (Figure 26). Par ailleurs, la prise de repas en famille était moins fréquente chez les immigrés de 1re génération, comparés aux immigrés de 2e génération et aux autochtones. Enfin, la consommation quotidienne de fruits et la consommation hebdomadaire de boissons énergisantes ne variaient pas selon le statut migratoire (Figure 26).

De même, la proportion d'élèves ayant déjà fait un régime pour perdre du poids ne variait pas en fonction du statut migratoire. Le recours à des méthodes défavorables à la santé pour perdre du poids était, en revanche, plus fréquent chez les immigrés de 2e génération que chez les immigrés de 1re génération, eux-mêmes plus exposés que les autochtones (Figure 26).

Distribution selon le statut migratoire et le genre

Pour la majorité des indicateurs, les tendances observées dans la distribution globale étaient retrouvées lorsque les analyses étaient stratifiées selon le genre. Les élèves immigrés de 2e génération se trouvaient la plupart du temps dans une situation intermédiaire, tantôt plus proche des autochtones, tantôt plus proches des immigrés de 1re génération : cette position était susceptible de varier entre garçons et filles (Annexe 3).

F 26 Comportements alimentaires et de régime (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région de Bruxelles-Capitale



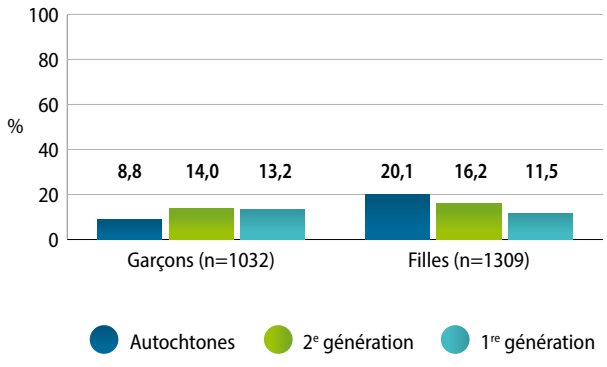
* p<0,05 ; ** p< 0,01 ; *** p<0,001

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

Par exemple, pour la consommation quotidienne de légumes et la prise des repas en famille, les fréquences déclarées par les garçons immigrés de 2e génération étaient proches de celles des immigrés de 1re génération (et différaient de celles des autochtones). Chez les filles, en revanche, les habitudes des immigrées de 2e génération étaient similaires à celles des autochtones et différaient des immigrées de 1re génération (Annexe 3).

Dans la distribution globale, la fréquence des régimes pour perdre du poids ne variait pas selon le statut migratoire. Stratifiée sur le genre, l'analyse a permis d'identifier des relations différentes chez les filles et chez les garçons. Chez les garçons, les autochtones étaient proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir déjà fait un tel régime (Figure 27). Chez les filles, à l'inverse, les immigrées de 1re génération étaient proportionnellement les moins nombreuses, comparées aux autochtones et aux immigrées de 2e génération (Figure 27).

F 27 Avoir déjà fait un régime pour perdre du poids (%) en fonction du statut migratoire et du genre, en Région de Bruxelles-Capitale



3.3.2. ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉDENTARITÉ ET SOMMEIL

Distribution globale selon le statut migratoire

Les élèves autochtones étaient proportionnellement plus nombreux à pratiquer une activité sportive au moins trois fois par semaine, comparés aux élèves issus de l'immigration (Tableau 9). En revanche, les élèves immigrés de 1re et de 2e génération utilisaient plus fréquemment un mode de transport actif pour se rendre à l'école que les autochtones. En matière d'activité physique globale suffisante, les élèves immigrés de 1re génération se démarquaient favorablement des autres catégories de statut migratoire (Tableau 9).

En ce qui concerne les comportements sédentaires, les autochtones se distinguaient favorablement des élèves issus de l'immigration. Entre les élèves immigrés de 1re et de 2e génération, les proportions étaient similaires (Tableau 9).

Si les élèves immigrés étaient proportionnellement plus nombreux que les élèves autochtones à rapporter un nombre d'heures de sommeil insuffisant, ils étaient également moins nombreux à déclarer se sentir fatigués le matin (Tableau 9). Pour ces deux indicateurs, les proportions observées chez les élèves issus de l'immigration, qu'elle soit de 1re ou de 2e génération, étaient comparables. Enfin, les élèves autochtones étaient également le plus fréquemment sujets à des difficultés d'endormissement. Les élèves immigrés de 1re génération étaient quant à eux moins touchés par ce problème que les élèves immigrés de 2e génération (Tableau 9).

T9 Activité physique, sédentarité et sommeil (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région de Bruxelles-Capitale

		STATUT MIGRATOIRE			
	n	Autochtones (%)	2e génération (%)	1re génération (%)	p-valeur
Activité physique					
Sport (≥ 3 fois/semaine)	3293	57,7	45,7	46,0	***
Activité physique globale suffisante[1]	3229	10,5	10,2	14,9	*
Transport actif vers l'école	3625	24,1	31,0	29,6	*
Activités sédentaires en semaine					
Télévision (> 2h/jour)	3285	63,4	71,3	70,7	**
Jeux vidéo (> 2h/jour)	3292	39,9	52,0	54,9	***
Internet (> 2h/jour)	3287	56,7	66,1	67,8	***
Sommeil					
Durée de sommeil insuffisante[2]	3317	38,6	45,6	47,4	**
Difficultés à s'endormir (> 1 fois/semaine)	3191	43,7	37,9	28,3	**
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	3290	60,8	53,7	52,1	*

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

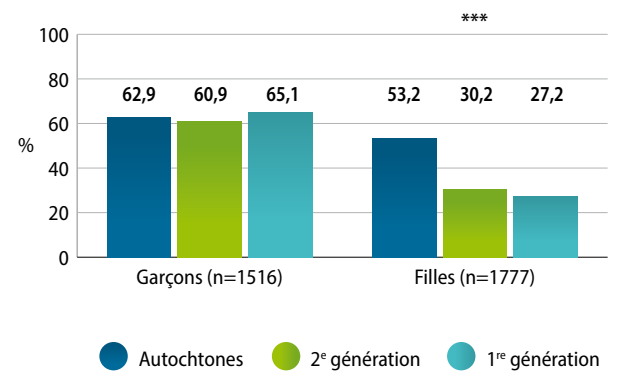
1 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

2 La durée de sommeil insuffisante correspond à une valeur seuil de neuf heures de sommeil pour les moins de 14 ans, et de huit heures pour les 14 ans et plus. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 6.1.).

Distribution selon le statut migratoire et le genre

Lorsque les analyses ont été stratifiées selon le genre, les relations entre indicateurs d'activité physique et statut migratoire variaient (Annexe 3). Chez les garçons, la pratique d'un sport au moins trois fois par semaine était similaire quel que soit le statut migratoire (Figure 28). En revanche, la proportion de filles ayant une telle pratique était près de deux fois plus élevée chez les autochtones, comparées aux élèves issues de l'immigration.

F 28 Pratique d'un sport au moins trois fois par semaine (%) en fonction du statut migratoire et du genre, en Région de Bruxelles-Capitale



***p<0,001

Les indicateurs de sédentarité et de sommeil montraient des proportions et tendances similaires à la distribution globale, chez les filles comme chez les garçons.

3.3.3. CONSOMMATIONS DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS

Distribution globale selon le statut migratoire

En 2018, en Région de Bruxelles-Capitale, les élèves autochtones étaient proportionnellement plus nombreux que les élèves issus de l'immigration à déclarer avoir déjà expérimenté la cigarette, la cigarette électronique, le cannabis et l'alcool, ainsi qu'à consommer de l'alcool de façon hebdomadaire (Figure 29, page suivante).

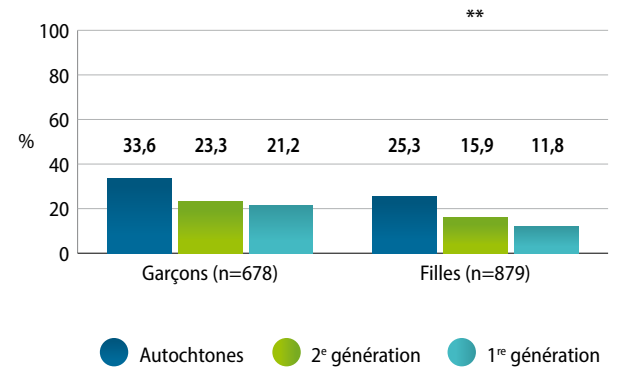
Les proportions d'élèves déclarant une consommation quotidienne de tabac, une utilisation récente de la cigarette électronique, ou une consommation hebdomadaire de cannabis étaient semblables, quel que soit le statut migratoire (Figure 29).

Distribution selon le statut migratoire et le genre

Pour l'ensemble de ces indicateurs à l'exception de l'expérimentation du cannabis, les fréquences de consommation en fonction du statut migratoire étaient similaires à celles de la distribution globale, chez les filles comme chez les garçons.

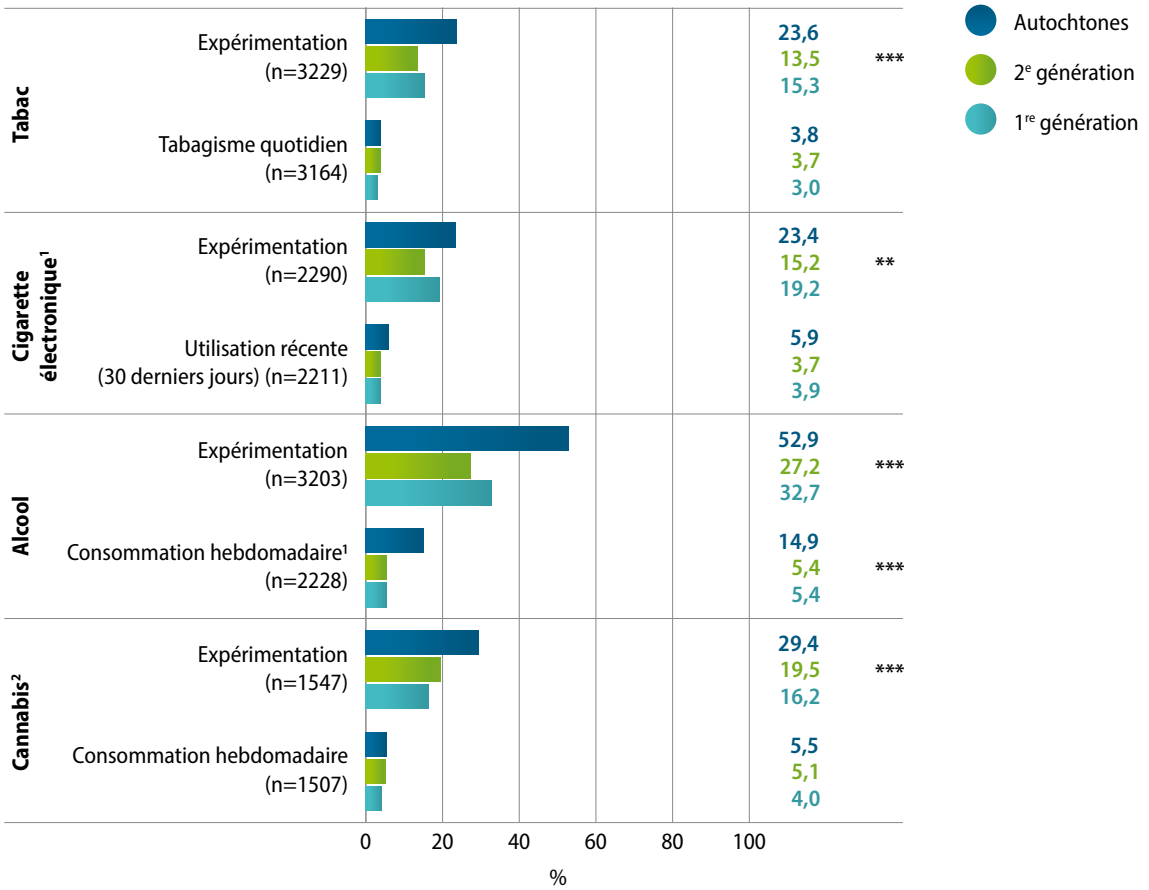
Chez les garçons, l'expérimentation du cannabis ne variait pas selon le statut migratoire (Figure 30). Chez les filles, en revanche, les autochtones déclaraient plus fréquemment avoir expérimenté le cannabis, comparées aux élèves issues de l'immigration.

F 30 Expérimentation du cannabis (%) en fonction du statut migratoire et du genre, en Région de Bruxelles-Capitale



**p<0,01

F 29 Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région de Bruxelles-Capitale



**p<0,01 ; ***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et du 1er degré du secondaire.

3.3.4. VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE[9]

Distribution globale selon le statut migratoire

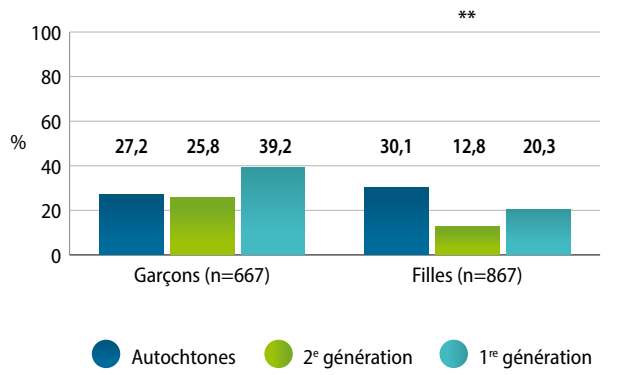
Les élèves immigrés de 2e génération rapportaient moins fréquemment avoir déjà eu un rapport sexuel, comparés aux autochtones et aux immigrés de 1re génération (Tableau 10). Obtenir un faible score de connaissances sur les modes de transmission du VIH était, pour sa part, moins fréquent chez les élèves autochtones que chez les autres.

Enfin, les élèves immigrés de 1re génération étaient proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir utilisé de contraception lors de leur 1er rapport sexuel, comparés à ceux de 2e génération et aux autochtones (Tableau 10).

Distribution selon le statut migratoire et le genre

Concernant le fait d'avoir déjà eu un rapport sexuel selon le statut migratoire, les tendances différaient chez les garçons et chez les filles (Figure 31). Chez les garçons, les élèves immigrés de 1re génération étaient proportionnellement plus nombreux que les immigrés de 2e génération à avoir déjà eu un rapport sexuel. Les autochtones se trouvaient dans une situation intermédiaire. Chez les filles, les immigrées de 2e génération étaient proportionnellement moins nombreuses que les autochtones à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel. Les immigrées de 1re génération étaient dans une situation intermédiaire.

F 31 Avoir déjà eu un rapport sexuel (%) en fonction du statut migratoire et du genre, en Région de Bruxelles-Capitale



**p<0,01

Enfin, chez les garçons comme dans la distribution globale, les immigrés de 1re génération étaient proportionnellement plus nombreux que les autochtones à déclarer ne pas avoir utilisé de moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel (Annexe 3). Les garçons immigrés de 2e génération étaient dans une situation intermédiaire. Chez les filles, les fréquences ne variaient pas selon le statut migratoire.

T 10 Vie relationnelle, affective et sexuelle (%) des élèves selon leur statut migratoire[1], en Région de Bruxelles-Capitale

		STATUT MIGRATOIRE			
	n	Autochtones (%)	2e génération (%)	1re génération (%)	p-valeur
Faibles connaissances VIH (score ≤ 5/11)[2]	2159	18,9	33,9	33,8	***
Avoir déjà eu une relation sexuelle[3]	1534	28,6	19,0	29,0	*
Absence de contraception lors du 1er rapport sexuel[3]	271	8,8	18,0	27,7	**

*p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

1 L'indicateur de relation sexuelle précoce (avant 15 ans) n'a pas été présenté car les effectifs pour la Région de Bruxelles-Capitale étaient trop faibles.

2 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves avec une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

3 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et 1er degré du secondaire.

9 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

3.3.5. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

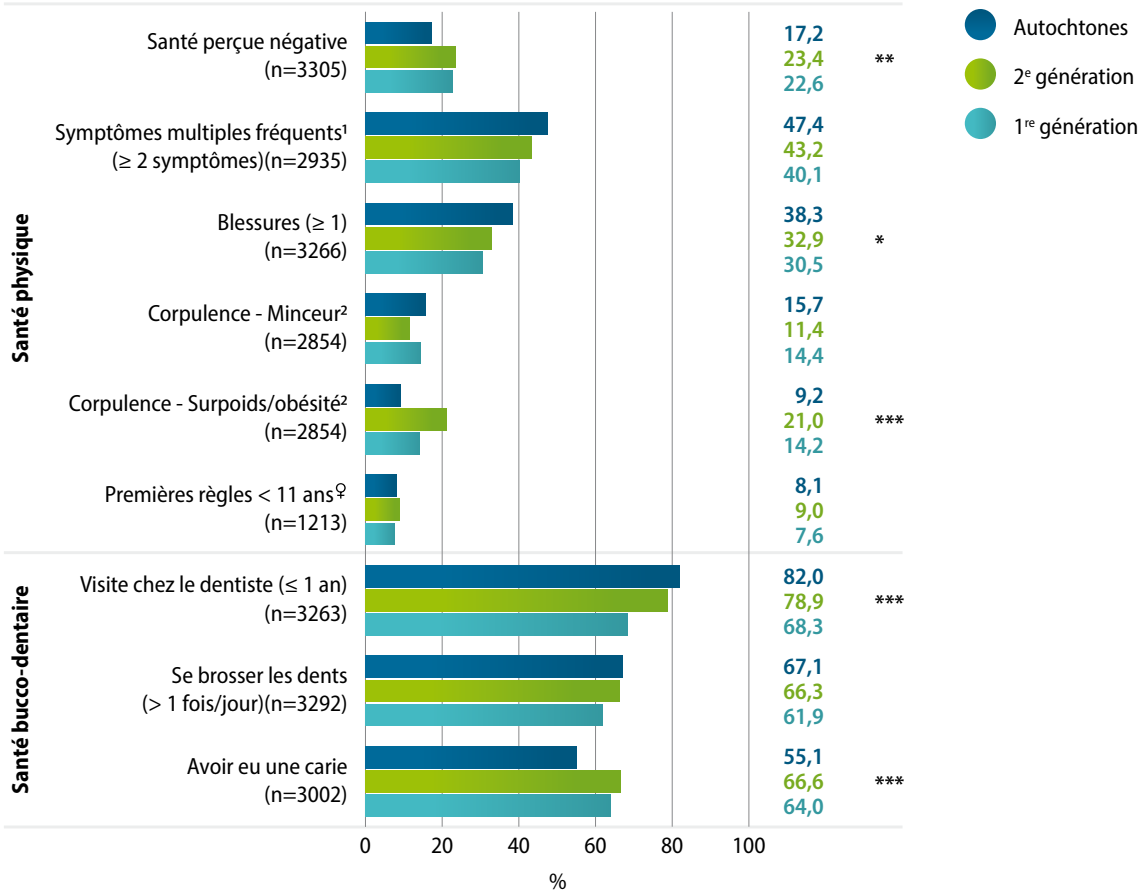
Distribution globale selon le statut migratoire

En matière de santé bucco-dentaire et physique, en Région de Bruxelles-Capitale, les proportions d'élèves se brossant les dents plus d'une fois par jour, rapportant des symptômes multiples fréquents ou des symptômes dépressifs, en situation de minceur ou se percevant trop minces, et celle des filles ayant eu leurs règles avant 11 ans ne variaient pas selon le statut migratoire (Figures 32 et 33).

Les élèves ayant une perception négative de leur santé, les élèves en surpoids (d'après l'IMC), les élèves déclarant avoir déjà eu une carie, et ceux déclarant avoir «souvent ou toujours» confiance en eux, étaient proportionnellement moins nombreux parmi les autochtones que parmi ceux issus de l'immigration. À l'inverse, les autochtones déclaraient plus fréquemment avoir subi au moins une blessure au cours des 12 derniers mois et être satisfaits ou très satisfaits de leur vie que les élèves issus de l'immigration (Figures 32 et 33).

Enfin, les élèves immigrés de 1re génération étaient proportionnellement moins nombreux à avoir consulté un dentiste au cours de l'année écoulée et à se percevoir trop gros, tandis que les proportions chez les autochtones et chez les immigrés de 2e génération étaient comparables.

F 32 État de santé (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région de Bruxelles-Capitale

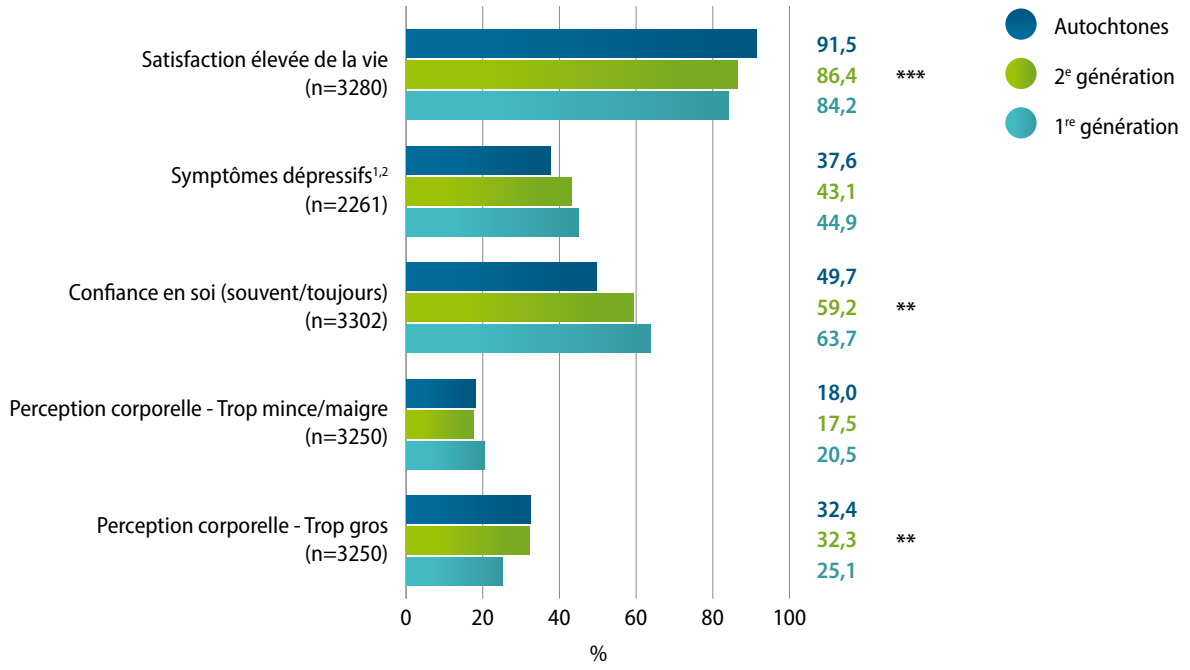


*p<0,05 ; ***p<0,001 ; ♀ Données recueillies chez les filles uniquement

1 Les élèves ayant déclaré ressentir au moins deux symptômes, parmi une liste de huit symptômes proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant des symptômes multiples fréquents. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.2.).

2 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

F 33 Bien-être (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région de Bruxelles-Capitale



**p<0,01 ; ***p<0,001.

1 La présence de symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version de 10 items. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 4.6.).

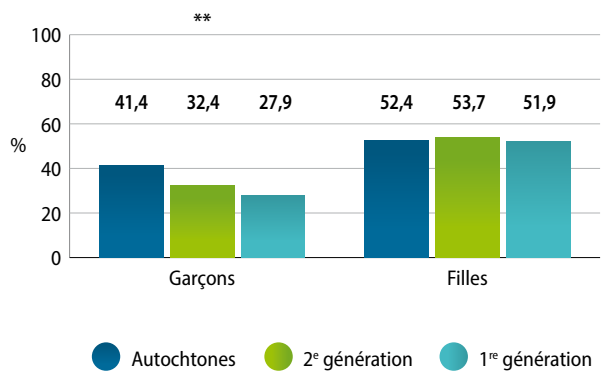
2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

Distribution selon le statut migratoire et le genre

Les tendances observées selon le statut migratoire et le genre étaient semblables à la distribution globale pour la majorité des indicateurs précédemment cités, tantôt de façon plus marquée chez les filles, tantôt de façon plus marquée chez les garçons (Annexe 3). Des variations en fonction du genre étaient observées pour les SMF (Figure 34), les blessures, le fait d'avoir déjà eu une carie, la minceur (selon IMC), le fait de se trouver un peu ou beaucoup trop gros, la confiance en soi et la satisfaction de la vie (Annexe 3).

Notamment, la prévalence de filles déclarant avoir des symptômes multiples fréquents ne variait pas selon le statut migratoire. Chez les garçons en revanche, elle était plus élevée chez les autochtones que chez les immigrés 1re génération, les immigrés de 2e génération se trouvant dans une situation intermédiaire (Figure 34).

F 34 Symptômes multiples fréquents (%) en fonction du statut migratoire et du genre, en Région de Bruxelles-Capitale



**p<0,01

3.3.6. RELATIONS SOCIALES ET ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

Distribution globale selon le statut migratoire

En 2018, en Région de Bruxelles-Capitale, la proportion d'élèves très satisfaits de l'école variait en fonction du statut migratoire (Tableau 11) : les élèves immigrés de 1re génération déclaraient plus fréquemment aimer beaucoup l'école, comparés aux autochtones, les élèves immigrés de 2e génération se trouvant dans une situation intermédiaire. À l'inverse, une perception positive de l'implication des parents dans la scolarité était plus fréquente chez les autochtones que chez les immigrés de 1re génération. Les élèves immigrés de 2e génération étaient également dans une situation intermédiaire. Les prévalences du stress lié au travail scolaire, de l'absentéisme, et d'élèves victimes de harcèlement ou de cyber-harcèlement, quant à elles, ne variaient pas en fonction du statut migratoire (Tableau 11).

Les élèves issus de l'immigration, que ce soit de 1re ou de 2e génération, avaient plus fréquemment été impliqués dans des bagarres fréquentes, comparés aux élèves autochtones. Cette même tendance était observée pour l'utilisation intensive des moyens de communication en ligne (Tableau 11). À l'inverse, les autochtones étaient proportionnellement plus nombreux à rapporter un soutien élevé de leurs amis, comparés aux élèves immigrés de 1re et de 2e génération (Tableau 11).

T11 Relations sociales et environnement scolaire (%) des élèves selon leur statut migratoire, en Région de Bruxelles-Capitale

		STATUT MIGRATOIRE			
	n	Autochtones (%)	2e génération (%)	1re génération (%)	p-valeur
Environnement scolaire					
Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	3302	21,5	25,8	28,5	*
Stress scolaire	3302	44,8	40,9	43,7	NS
Perception positive de l'implication des parents	3244	42,2	40,2	35,0	*
Brosser les cours (≥ 1 fois/trimestre)[1]	2313	11,1	13,4	12,8	NS
Violences					
Victimes de harcèlement scolaire[2]	3229	5,2	5,3	7,0	NS
Victimes de cyber-harcèlement	3193	1,3	1,0	3,0	NS
Bagarres fréquentes (≥ 3 fois dans l'année)	3280	7,1	14,7	14,3	**
Relations sociales					
Soutien élevé des amis	3212	74,6	64,4	63,9	***
Utilisation intensive des moyens de communication électroniques[3]	2170	48,0	62,2	65,6	***

NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

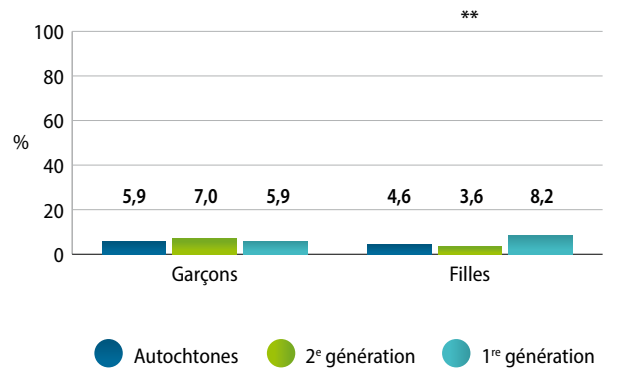
2 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

3 Un élève a été considéré comme ayant une utilisation intensive des moyens de communication électroniques lorsqu'il indiquait communiquer «presque toute la journée» à au moins l'une des quatre propositions suivantes (1) avec des amis proches, (2) des amis d'un groupe plus large, (3) des amis rencontrés en ligne et (4) d'autres personnes. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 5.2.).

Distribution en fonction du statut migratoire et du genre

Pour une majorité d'indicateurs, leurs relations avec le statut migratoire étaient chez les filles et chez les garçons, similaires à celles observées dans la distribution globale (Annexe 3). En revanche, tandis que les proportions de garçons victimes de harcèlement ne variaient pas en fonction du statut migratoire, c'était le cas chez les filles : les immigrées de 1re génération étaient proportionnellement plus nombreuses à être concernées que celles de 2e génération. La prévalence chez les autochtones ne différait avec aucun des autres groupes (Figure 35).

F35 Victimes de harcèlement scolaire (%) en fonction du statut migratoire et du genre, en Région de Bruxelles-Capitale



**p<0,01

3.4. DISPARITÉS SELON L'AISANCE FINANCIÈRE PERÇUE

La richesse perçue a été mesurée au moyen de la question suivante : «Penses-tu que ta famille est financièrement à l'aise ?». Cinq modalités de réponse étaient proposées : «très à l'aise», «à l'aise», «moyennement à l'aise», «pas très à l'aise» et «pas à l'aise du tout». Les deux premières catégories ont été regroupées, ainsi que les deux dernières.

Il s'agit d'une mesure subjective du statut économique de l'adolescent. Il a été montré que ce type de mesure était adéquate pour décrire les inégalités sociales de santé chez les adolescents tout en tenant compte de l'impact psychologique que peut provoquer la privation matérielle relative ressentie, par exemple vis-à-vis des pairs.

T 12 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction de leur aisance financière perçue

THÉMATIQUES	n	(Très) à l'aise (%)	Moyennement à l'aise (%)	Pas (du tout) à l'aise (%)	p-valeur
Alimentation					
Consommation quotidienne de fruits	10444	43,6	35,2	31,8	**
Consommation quotidienne de légumes	10444	57,7	49,6	48,8	***
Petit déjeuner quotidien	10444	51,7	37,9	30,2	***
Consommation de fast-food hebdomadaire	10444	23,7	27,3	24,3	*
Repas en famille (souvent)	10444	91,3	86,0	77,6	***
Consommation quotidienne de boissons sucrées	10444	28,5	34,0	35,7	***
Consommation hebdomadaire de boissons énergisantes	10444	9,8	11,6	13,9	*
Régime pour perdre du poids	14261	13,9	15,6	17,7	*
Méthode pour perdre du poids défavorable à la santé[1]	7802	43,3	47,7	57,9	***
Activité physique, sédentarité et sommeil					
Sport (≥ 3 fois/semaine)	14263	55,2	46,4	42,8	***
Activité physique globale suffisante[2]	14009	11,3	8,9	6,5	***
Transport actif vers l'école	14092	21,4	19,6	20,4	NS
Télévision (> 2h/jour en semaine)	14262	66,5	73,1	75,8	***
Jeux vidéo (> 2h/jour en semaine)	14265	53,1	58,2	61,3	**
Internet (> 2h/jour en semaine)	14269	59,0	66,9	70,3	***
Durée de sommeil insuffisante[3]	14400	35,8	45,3	50,5	***
Difficultés à s'endormir (> 1 fois/semaine)	13941	34,8	42,3	53,9	***
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	14290	49,7	60,2	70,9	***

T12 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction de leur aisance financière perçue

THÉMATIQUES	n	(Très) à l'aise (%)	Moyennement à l'aise (%)	Pas (du tout) à l'aise (%)	p-valeur
Consommations de tabac, alcool et cannabis					
Expérimentation de la cigarette	13986	16,2	25,1	31,5	***
Tabagisme quotidien	13621	3,9	7,8	11,0	***
Expérimentation e-cig[4]	10017	23,2	29,9	35,5	***
Utilisation récente e-cig (30 derniers jours)[4]	9659	6,9	9,7	8,9	*
Expérimentation de l'alcool	13867	46,7	54,4	58,6	***
Consommation hebdomadaire de l'alcool[4]	9794	15,7	16,3	15,8	NS
Expérimentation du cannabis[5]	6793	23,5	30,6	36,4	***
Consommation hebdomadaire de cannabis[5]	6626	4,5	7,4	10,4	***
EVRAS					
Faibles connaissances VIH (Score ≤ 5/11)[4,6]	9074	25,5	21,2	20,4	***
Avoir déjà eu un rapport sexuel[5]	6545	34,5	40,4	48,3	***
Première relation sexuelle < 15 ans[5]	2172	23,7	24,8	30,4	NS
Absence de contraception lors du premier rapport sexuel[5]	1941	8,3	12,7	12,5	NS
Santé et bien-être					
Santé perçue négative	14345	14,3	28,3	39,5	***
Symptômes multiples fréquents (≥ 2 symptômes)[7]	13038	39,9	52,6	70,4	***
Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	13931	32,4	31,3	34,7	NS
Corpulence[8]	12657				***
Minceur		16,0	11,8	9,3	
Normal		70,6	67,7	64,7	
Surpoids/obésité		13,4	20,4	26,0	
Premières règles < 11 ans ♀	3850	8,6	9,1	13,3	*
Se brosser les dents (> 1 fois/jour)	14222	67,4	58,5	53,3	***
Avoir eu une carie	13204	60,0	63,6	67,8	***
Visite chez le dentiste (≤ 1 an)	14102	83,2	76,7	72,7	***
Satisfaction élevée de la vie	14254	92,4	80,9	58,5	***
Symptômes dépressifs[4,9]	9907	31,2	46,9	65,4	***
Confiance en soi (souvent/toujours)	14357	58,8	46,3	37,7	***
Perception corporelle «*un peu/beaucoup trop mince/maigre*»	14122	17,0	17,8	15,1	NS
Perception corporelle «*un peu/beaucoup trop gros*»	14122	28,8	36,8	51,4	***

T12 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction de leur aisance financière perçue

THÉMATIQUES	n	(Très) à l'aise (%)	Moyennement à l'aise (%)	Pas (du tout) à l'aise (%)	p-valeur
Relations sociales et environnement scolaire					
Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	14223	26,1	20,5	18,1	**
Stress scolaire	14208	35,3	41,1	53,4	***
Perception positive de l'implication des parents	13867	43,6	31,4	21,5	***
Brosser les cours (≥ 1 fois/trimestre)[4]	14102	8,8	13,7	18,3	***
Victimes de harcèlement scolaire[10]	13786	5,7	6,5	12,3	***
Victimes de cyber-harcèlement	13580	1,3	1,5	3,5	***
Bagarres fréquentes (≥ 3 fois dans l'année)	13986	13,1	12,3	18,7	***
Support élevé des amis	13704	72,5	65,4	55,7	***
Utilisation intensive des moyens de communication électroniques[11]	9349	59,1	57,1	57,9	NS

e-cig= cigarette électronique ; NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001 ;
♀ Données recueillies chez les filles uniquement.

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

2 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

3 La durée de sommeil insuffisante correspond à une valeur seuil de neuf heures de sommeil pour les moins de 14 ans, et de huit heures pour les 14 ans et plus. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 6.1.).

4 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

5 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et 1er degré du secondaire.

6 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves ayant une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

7 Les élèves ayant déclaré ressentir au moins deux symptômes, parmi une liste de huit symptômes proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant des symptômes multiples fréquents. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.2.).

8 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

9 La présence de symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version de 10 items. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 4.6.).

10 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

11 Un élève a été considéré comme ayant une utilisation intensive des moyens de communication électroniques lorsqu'il indiquait communiquer «presque toute la journée» à au moins l'une des quatre propositions suivantes (1) avec des amis proches, (2) des amis d'un groupe plus large, (3) des amis rencontrés en ligne et (4) d'autres personnes. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 5.2.).

3.5. DISPARITÉS SELON LA SITUATION DES PARENTS VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

La situation des parents vis-à-vis de l'emploi a été déterminée en demandant aux élèves si leur père et leur mère avaient un travail : «Est-ce que ton père a un travail ?», «Est-ce que ta mère a un travail ?». Puis, pour chaque parent, une question sur les raisons pour lesquelles il ou elle ne travaillait pas était posée : «Si non, pourquoi ton père/ta mère n'a-t-il/elle pas de travail ?». Les propositions de réponse étaient les suivantes : «il/elle est malade, handicapé(e), (pré-)pensionné(e) ou étudiant(e)», «il/elle cherche du travail», «il/elle est père/mère au foyer», «je ne sais pas». L'élève pouvait répondre aux questions concernant le travail de son père et de sa mère même s'il ne vivait pas avec ses deux parents sous le même toit.

Sur base des réponses à ces questions, les élèves ont été répartis en trois catégories :
1. Les deux parents travaillent.
2. Un seul parent travaille (soit l'autre parent ne travaille pas ou est absent, soit l'élève ne sait pas).
3. Aucun parent ne travaille (soit le père et la mère ne travaillent pas, soit le père/la mère ne travaille pas et l'élève ne sait pas si l'autre parent travaille, ou l'autre parent est absent).

Au total, en Belgique francophone, en 2018, 8449 élèves (62,9 %) ont déclaré que leurs deux parents avaient un travail, 3905 ont indiqué qu'un de leurs parents travaillait (29,1 %), et 1070 élèves (8,0 %), qu'aucun de leurs parents n'avait de travail.

T13 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction de la situation des parents vis-à-vis de l'emploi

THÉMATIQUES	n	Les deux parents travaillent (%)	Un parent travaille (%)	Aucun parent ne travaille (%)	p-valeur
Alimentation					
Consommation quotidienne de fruits	9904	41,2	39,0	36,8	NS
Consommation quotidienne de légumes	9904	57,0	51,7	46,5	***
Petit-déjeuner quotidien	9904	51,8	37,1	28,3	***
Consommation hebdomadaire de fast-food	9904	24,1	25,2	26,8	NS
Repas en famille (souvent)	9904	91,4	85,7	79,8	***
Consommation quotidienne de boissons sucrées	9904	26,9	33,8	43,3	***
Consommation hebdomadaire de boissons énergisantes	9904	8,8	11,8	15,4	***
Régime pour perdre du poids	13302	13,9	16,0	15,8	*
Méthode pour perdre du poids défavorable à la santé[1]	7443	42,2	49,8	54,0	***
Activité physique, sédentarité et sommeil					
Sport (≥ 3 fois/semaine)	13340	55,6	45,0	41,5	***
Activité physique globale suffisante[2]	13123	11,2	10,4	10,4	NS
Transport actif vers l'école	13167	18,4	26,2	27,3	***
Télévision (> 2h/jour en semaine)	13317	65,7	72,8	78,5	***
Jeux vidéo (> 2h/jour en semaine)	13315	52,0	58,9	62,4	***

T13 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction de la situation des parents vis-à-vis de l'emploi

THÉMATIQUES	n	Les deux parents travaillent (%)	Un parent travaille (%)	Aucun parent ne travaille (%)	p-valeur
Internet (> 2h/jour en semaine)	13322	57,7	66,7	74,6	***
Durée de sommeil insuffisante[3]	13424	34,9	44,4	51,8	***
Difficultés à s'endormir (> 1 fois/semaine)	13009	37,7	39,5	42,2	*
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	13327	53,0	55,3	59,5	**
Consommations de tabac, alcool et cannabis					
Expérimentation de la cigarette	13115	18,3	20,6	23,2	**
Tabagisme quotidien	12780	4,5	6,0	8,7	***
Expérimentation e-cig[4]	9269	25,0	26,3	29,0	NS
Utilisation récente e-cig (30 derniers jours)[4]	8945	7,8	7,1	8,3	NS
Expérimentation de l'alcool	13026	51,3	46,5	42,0	***
Consommation hebdomadaire de l'alcool[4]	9098	17,7	12,9	10,5	***
Expérimentation du cannabis[5]	6430	26,7	26,2	27,5	NS
Consommation hebdomadaire de cannabis[5]	6282	5,5	5,5	9,8	*
EVRAS					
Faibles connaissances VIH (Score ≤ 5/11)[4,6]	8781	23,7	28,5	30,5	***
Avoir déjà eu un rapport sexuel[5]	6355	37,0	37,1	39,2	NS
Première relation sexuelle < 15 ans[5]	2130	23,1	26,6	29,6	NS
Absence de contraception lors du premier rapport sexuel[5]	1904	10,3	9,2	25,0	***
Santé et bien-être					
Santé perçue négative	13372	17,3	24,9	27,6	***
Symptômes multiples fréquents (≥ 2 symptômes)[7]	12193	42,9	49,9	53,6	***
Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	13260	33,1	31,5	29,4	NS
Corpulence[8]	11866				***
Minceur		15,7	13,2	9,7	
Normal		70,5	67,6	63,0	
Surpoids/obésité		13,8	19,1	27,3	
Premières règles < 11 ans ♀	4595	7,6	11,5	12,9	**
Se brosser les dents (> 1 fois/jour)	13332	65,3	61,9	58,3	***
Avoir eu une carie	12393	59,2	64,0	72,6	***
Visite chez le dentiste (≤ 1 an)	13219	84,3	75,7	71,6	***
Satisfaction élevée de la vie	13307	89,6	82,3	75,2	***
Symptômes dépressifs[4,9]	9152	34,9	43,9	47,1	***
Confiance en soi (souvent/toujours)	13385	54,6	51,0	50,7	**

T 13 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction de la situation des parents vis-à-vis de l'emploi

THÉMATIQUES	n	Les deux parents travaillent (%)	Un parent travaille (%)	Aucun parent ne travaille (%)	p-valeur
Perception corporelle «*un peu/beaucoup trop mince/ maigre*»	13188	16,9	17,0	17,9	NS
Perception corporelle «*un peu/beaucoup trop gros*»	13188	31,8	36,5	38,2	***
Relations sociales et environnement scolaire					
Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	13374	24,9	23,4	23,4	NS
Stress scolaire	13363	37,1	41,2	40,5	**
Perception positive de l'implication des parents	13141	40,6	35,8	32,1	***
Brosser les cours (≥ 1 fois/trimestre)[4]	9325	9,4	13,5	13,7	***
Victimes de harcèlement scolaire[10]	13078	6,0	7,0	8,4	*
Victimes de cyber-harcèlement	12950	1,2	2,0	2,9	***
Bagarres fréquentes (≥ 3 fois dans l'année)	13300	12,5	14,8	14,5	**
Support élevé des amis	13090	71,6	66,2	61,9	***
Utilisation intensive des moyens de communication électroniques[11]	8918	57,0	60,4	60,6	*

e-cig= cigarette électronique ; NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001 ; ♀ Données recueillies chez les filles uniquement.

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

2 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

3 La durée de sommeil insuffisante correspond à une valeur seuil de neuf heures de sommeil pour les moins de 14 ans, et de huit heures pour les 14 ans et plus. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 6.1.).

4 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

5 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et 1er degré du secondaire.

6 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves ayant une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

7 Les élèves ayant déclaré ressentir au moins deux symptômes, parmi une liste de huit symptômes proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant des symptômes multiples fréquents. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.2.).

8 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

9 La présence de symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version de 10 items. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 4.6.).

10 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

11 Un élève a été considéré comme ayant une utilisation intensive des moyens de communication électroniques lorsqu'il indiquait communiquer «presque toute la journée» à au moins l'une des quatre propositions suivantes (1) avec des amis proches, (2) des amis d'un groupe plus large, (3) des amis rencontrés en ligne et (4) d'autres personnes. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 5.2.).

3.6. DISPARITÉS SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION DES PARENTS[10]

Le niveau d'éducation des parents a été déterminé sur base de deux questions : «Quel est le niveau scolaire de ton père ?» et «Quel est le niveau scolaire de ta mère ?». Les modalités de réponses étaient les suivantes : «il/elle n'est jamais allé(e) à l'école», «il/elle est allé(e) jusqu'à l'école primaire et n'a pas fait d'études secondaires», «il/elle est allé(e) jusqu'à l'école secondaire et n'a pas fait d'études supérieures», «il/elle a fait des études supérieures (université, haute école…)», «je n'ai pas de père/mère ; je ne le/la vois pas» et «je ne sais pas».
Le niveau d'éducation le plus élevé entre celui du père et celui de la mère, a été retenu pour déterminer le niveau d'éducation des parents. La structure familiale (i.e. le ou les parents avec qui l'enfant vit au quotidien) n'a pas été prise en compte. La question n'a pas été posée aux élèves de primaire car des difficultés de compréhension ont été identifiées chez les élèves les plus jeunes, lors du pré-test du questionnaire.
En 2018, parmi les élèves de secondaire en Belgique francophone, 5467 élèves (64,4 %) avaient au moins un parent ayant fait des études supérieures, 2743 élèves (32,3 %) avaient au moins un parent ayant fait des études secondaires, et 284 élèves (3,3 %) avaient leurs parents ayant été scolarisés jusqu'à l'école primaire ou n'ayant pas été scolarisés.

T14 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction du niveau d'éducation des parents

THÉMATIQUES	n	Supérieur (%)	Secondaire (%)	Primaire (%)	p-valeur
Alimentation					
Consommation quotidienne de fruits	6620	41,2	32,0	35,6	***
Consommation quotidienne de légumes	6620	59,1	46,4	55,1	***
Petit-déjeuner quotidien	6620	48,8	33,5	34,3	***
Consommation hebdomadaire de fast-food	6620	24,6	29,1	26,2	**
Repas en famille (souvent)	6620	90,5	85,9	83,4	***
Consommation quotidienne de boissons sucrées	6620	25,0	38,1	47,5	***
Consommation hebdomadaire de boissons énergisantes	6620	8,8	12,8	16,2	***
Régime pour perdre du poids	8447	14,5	15,8	21,4	*
Méthode pour perdre du poids défavorable à la santé[1]	5009	43,1	50,9	49,7	***
Activité physique, sédentarité et sommeil					
Sport (≥ 3 fois/semaine)	8449	54,6	42,7	43,3	***
Activité physique globale suffisante[2]	8368	9,5	8,6	11,0	NS
Transport actif vers l'école	8339	17,7	19,9	26,0	*
Télévision (> 2h/jour en semaine)	8451	69,1	78,0	81,2	***
Jeux vidéo (> 2h/jour en semaine)	8447	52,0	62,4	67,3	***
Internet (> 2h/jour en semaine)	8451	65,2	77,9	81,1	***

10 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

T14 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction du niveau d'éducation des parents

THÉMATIQUES	n	Supérieur (%)	Secondaire (%)	Primaire (%)	p-valeur
Durée de sommeil insuffisante[3]	8494	40,8	51,0	56,1	***
Difficultés à s'endormir (> 1 fois/semaine)	8286	36,3	37,6	35,2	NS
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	8458	57,9	59,2	55,8	NS
Consommations de tabac, alcool et cannabis					
Expérimentation de la cigarette	8392	24,0	27,6	20,2	**
Tabagisme quotidien	8198	5,7	8,9	8,1	***
Expérimentation e-cig[4]	8351	24,1	31,1	24,3	***
Utilisation récente e-cig (30 derniers jours)[4]	8066	6,6	9,9	6,5	**
Expérimentation de l'alcool	8323	63,9	59,9	42,5	***
Consommation hebdomadaire de l'alcool[4]	8207	17,0	14,9	9,8	NS
Expérimentation du cannabis[5]	6012	26,6	29,2	21,2	NS
Consommation hebdomadaire de cannabis[5]	5882	5,1	7,1	2,2	*
EVRAS					
Faibles connaissances VIH (Score ≤ 5/11)[4,6]	7965	21,7	26,6	34,6	***
Avoir déjà eu un rapport sexuel[5]	5947	34,2	43,1	36,8	***
Première relation sexuelle <15 ans[5]	2002	23,4	26,0	22,5	NS
Absence de contraception lors du premier rapport sexuel[5]	1792	9,6	12,8	21,9	*
Santé et bien-être					
Santé perçue négative	8467	19,2	24,2	30,1	***
Symptômes multiples fréquents (≥ 2 symptômes)[7]	7827	45,9	51,7	46,1	***
Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	8410	29,7	25,2	35,4	***
Corpulence[8]	7818				***
Minceur		15,1	10,7	7,8	
Normal		71,8	66,3	67,1	
Surpoids/obésité		13,1	23,0	25,1	
Premières règles < 11 ans ♀	3850	6,3	9,0	9,1	*
Se brosser les dents (> 1 fois/jour)	8451	66,4	61,4	56,8	***
Avoir eu une carie	7971	58,6	69,7	65,9	***
Visite chez le dentiste (≤ 1 an)	7818	85,1	75,7	64,5	***
Satisfaction élevée de la vie	8443	88,3	82,6	73,4	***
Symptômes dépressifs[4,9]	8286	37,0	41,2	45,1	***
Confiance en soi (souvent/toujours)	8447	51,3	48,8	56,8	*
Perception corporelle «*un peu/beaucoup trop mince/ maigre*»	8385	18,0	16,5	17,0	NS

T14 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) des élèves en fonction du niveau d'éducation des parents

THÉMATIQUES	n	Supérieur (%)	Secondaire (%)	Primaire (%)	p-valeur
Perception corporelle «*un peu/beaucoup trop gros*»	8385	32,4	39,5	40,3	***
Relations sociales et environnement scolaire					
Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	8474	21,0	17,8	18,4	**
Stress scolaire	8471	44,1	40,4	40,0	**
Perception positive de l'implication des parents	8362	39,3	31,8	31,2	***
Brosser les cours (≥ 1 fois/trimestre)[4]	8404	8,7	15,4	22,2	***
Victimes de harcèlement scolaire[10]	8336	4,2	5,1	4,8	NS
Victimes de cyber-harcèlement	8267	1,2	1,6	3,8	*
Bagarres fréquentes (≥ 3 fois dans l'année)	8431	9,0	11,6	20,7	***
Support élevé des amis	6282	72,6	66,2	61,4	***
Utilisation intensive des moyens de communication électroniques[11]	8090	54,8	61,0	66,8	***

e-cig= cigarette électronique ; NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001 ;
♀ Données recueillies chez les filles uniquement.

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

2 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

3 La durée de sommeil insuffisante correspond à une valeur seuil de neuf heures de sommeil pour les moins de 14 ans, et de huit heures pour les 14 ans et plus. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique « Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil » (section 6.1.).

4 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

5 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et 1er degré du secondaire.

6 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves ayant une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

7 Les élèves ayant déclaré ressentir au moins deux symptômes, parmi une liste de huit symptômes proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant des symptômes multiples fréquents. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.2.).

8 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

9 La présence de symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version de 10 items. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 4.6.).

10 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

11 Un élève a été considéré comme ayant une utilisation intensive des moyens de communication électroniques lorsqu'il indiquait communiquer «presque toute la journée» à au moins l'une des quatre propositions suivantes (1) avec des amis proches, (2) des amis d'un groupe plus large, (3) des amis rencontrés en ligne et (4) d'autres personnes. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 5.2.).

4. DISCUSSION

Les disparités sociales de santé, de même que leurs évolutions au fil du temps, ont été largement étudiées par ailleurs, à diverses échelles géographiques. Elles ont été observées dans les comportements de santé dès le plus jeune âge, par exemple en matière de comportements alimentaires (26). Le lien entre inégalités sociales et santé n'est pas à sens unique. En effet, être en bonne santé facilite les activités quotidiennes, les loisirs, l'accessibilité aux études ou au travail, la résistance aux périodes de stress, aux pathologies infectieuses ou encore, la récupération après une maladie. Un état de santé dégradé peut impacter la trajectoire de vie à long terme et influencer, en retour, le niveau socioéconomique de l'individu, participant ainsi à la perpétuation des inégalités sociales (27).

Sur le modèle des capitaux décrits par Pierre Bourdieu (capital économique, capital social, capital culturel, capital symbolique), qui sont transmis de parents à enfants, certains auteurs évoquent un «héritage de santé», composé de facteurs génétiques et sociaux et susceptible d'orienter les comportements et les préférences. L'état de santé des parents influence ainsi celui de leur descendance par la transmission des pathologies familiales et par l'intériorisation faite durant l'enfance des habitudes de vie, comme l'alimentation, l'activité physique, ou l'importance accordée aux soins de santé et à la protection de soi en général (27). Au cours de l'adolescence, et plus largement au cours de sa vie, un individu pourra modifier ses pratiques, notamment par l'acquisition de littéracie en santé, ou par l'influence des pairs et d'autres groupes sociaux que celui de son milieu d'origine. Ces changements nécessitent cependant d'être exposé de façon suffisamment longue, à des savoirs, compétences et comportements qui diffèrent de ceux reçus pendant son enfance (28).

Cette discussion a pour objectif de commenter les tendances observées dans l'étude HBSC 2018, en regard de la littérature, afin de mieux comprendre les liens existants entre ces différentes mesures du niveau social, et les comportements, l'état de santé et le bien-être des adolescents. Elle revient également sur les enjeux méthodologiques de la mesure du statut social, ainsi que sur les perspectives de santé publique autour des inégalités de santé chez les adolescents.

4.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En 2018, un gradient social était la plupart du temps observable dans les comportements, l'état de santé et le bien-être des adolescents des écoles belges francophones : la proportion d'élèves qui présentaient des comportements plus favorables à la santé et un meilleur état de santé et de bien-être, était la plus importante parmi les élèves de statut socioéconomique élevé, et diminuait lorsque ce statut diminuait. Un tel gradient était particulièrement observable dans les consommations et comportements alimentaires, selon le niveau d'aisance matérielle (section 3.1.1), la situation des parents vis-à-vis de l'emploi (section 3.5, tableau 13), et leur niveau d'éducation (section 3.6, tableau 14). Une tendance similaire était observable dans les indicateurs d'état de santé et de bien-être, selon l'aisance matérielle (section 3.1.5), l'aisance perçue (section 3.4, tableau 12) et la situation des parents vis-à-vis de l'emploi (section 3.5, tableau 13), ainsi qu'en matière de sédentarité, selon les indicateurs socioéconomiques précédemment mentionnés ainsi que selon le niveau d'éducation des parents (section 3.6, tableau 14).

Les disparités liées au niveau d'aisance familiale peuvent notamment s'expliquer par les ressources matérielles des familles. Certaines de ces ressources, comme un logement de qualité et de taille suffisante, ont un impact direct sur la santé et les comportements. À l'inverse, la déprivation matérielle peut avoir un impact sur la santé mentale des adolescents, notamment l'estime de soi (29). D'autres ont une influence indirecte : posséder une voiture, par exemple, peut faciliter l'accès à une activité extra-scolaire ou aux professionnels de santé (8). L'exposition à des facteurs environnementaux qui agissent sur la santé, tels que le niveau de bruit, la configuration des territoires proches (industrie, zones résidentielles, zones rurales), la qualité de l'offre alimentaire ou de services de santé, dépend du lieu de vie et donc du niveau de richesse et, éventuellement, du statut social (30). L'absence d'emploi des parents peut, outre la diminution des revenus, générer du stress et être source de conflits au sein du foyer. Elle est associée, chez les adolescents, à la présence de symptômes psychosomatiques et à une santé perçue plus défavorable, ce indépendamment du niveau de richesse (31,

32). Un niveau d'éducation élevé chez les parents, peut quant à lui modérer l'impact d'évènements stressants sur la santé mentale des enfants, à court et à long termes (32, 9).

Par ailleurs, l'ampleur de ce gradient variait selon l'indicateur considéré, les écarts les plus importants étant observés en fonction de l'aisance perçue, pour les indicateurs en lien avec la santé mentale et le bien-être (section 3.4, tableau 12). Cette association, plus marquée, peut s'expliquer au moins en partie par le caractère subjectif de l'indicateur de richesse perçue. Cet indicateur englobe en effet différentes dimensions psycho-sociales : ressenti de la situation financière actuelle et passée, et perception de cette situation en regard de celles des autres dans l'environnement proche (33). Se percevoir à un niveau socioéconomique plus faible que les pairs peut en effet pousser les individus à s'engager dans des comportements plus dangereux pour la santé comme mécanisme de compensation («*coping mechanisms*») (34). Cette perception peut impacter aussi la santé mentale, émotionnelle, et la satisfaction de la vie, particulièrement chez les adolescents qui se comparent souvent à leurs pairs. Un lien inverse a également été suggéré : être en moins bonne santé mentale affecterait la perception de son environnement et de l'aisance financière de sa famille (35).

A contrario, certains comportements favorables à la santé étaient, en 2018, plus fréquents chez les élèves des catégories les moins favorisées. Un moyen de transport actif pour se rendre à l'école (à pied ou à vélo) était ainsi plus fréquemment utilisé parmi des élèves les moins bien lotis. Un gradient était observé en ce sens, en fonction du FAS (section 3.1.2), de la situation des parents vis-à-vis de l'emploi (section 3.5, tableau 13), de leur niveau d'éducation (section 3.6, tableau 14) et du statut migratoire (section 3.3.2). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces constats. Posséder une voiture (ou plusieurs) est plus fréquent dans les zones rurales ou éloignées des transports en commun. Ainsi, en Région Bruxelloise, le nombre moyen de voitures par foyer est inférieur de moitié à la moyenne nationale (0,58 contre 1,07 voiture par foyer). Des variations notables sont également constatées, entre les communes aux revenus moyens les plus faibles et celles où ils sont élevés, à Bruxelles comme au niveau national. À Saint-Josse-Ten-Noode, commune au revenu moyen le plus faible de Belgique, le nombre moyen de voitures par foyer est 5 fois plus faible qu'à Lasne, classée 8e commune au revenu moyen le plus élevé (0,34 contre 1,69 voitures par foyer) (36, 37).

Par ailleurs, le choix, chez les familles les plus aisées, d'un établissement scolaire éloigné du domicile pour la qualité de son enseignement ou les options particulières qu'il propose, peut également expliquer ces disparités. Les données de l'enquête PISA (Programme International pour le Suivi des Acquis des élèves), montrent un système scolaire belge francophone particulièrement inégalitaire. Ces inégalités sont d'ordre académique (certaines écoles regroupent des élèves de très bon niveau, d'autres des élèves de faible niveau scolaire) et socioéconomique (38). Les parents dont le niveau d'éducation est le plus élevé et qui exercent des professions hautement qualifiées, sont plus à même de participer activement au parcours académique de leurs enfants, en leur choisissant des établissements réputés, en finançant un internat ou les moyens de transport. Les parents moins familiers de cette culture scolaire ont d'avantage tendance à inscrire leurs enfants au plus près de leur résidence ou de leur lieu de travail (39).

La consommation hebdomadaire d'alcool était également moins fréquente parmi les élèves ayant une moindre aisance matérielle (section 3.1.3), un seul parent en activité professionnelle (section 3.5), et parmi les immigrés de 1re génération (section 3.3.3). Plus largement, c'est parmi les indicateurs d'expérimentation et de consommation d'alcool, tabac et drogues que des comportements plutôt favorables à la santé étaient plus fréquemment observés chez les élèves des catégories socioéconomiques les moins élevées.

Les résultats des études sur la consommation d'alcool chez les adolescents rendent compte de disparités socioéconomiques, culturelles et de genre. Cependant, les tendances sont très variables d'un pays à l'autre, et selon le type de consommation étudié (40). Les données de l'enquête HBSC en Allemagne (Rhénanie-du-Nord-Westphalie) montraient une tendance similaire à celle observée en Belgique francophone en matière de consommation hebdomadaire d'alcool : plus le niveau d'aisance matérielle des adolescents est bas, plus leur risque de consommer de l'alcool toutes les semaines est faible. En revanche, le niveau d'éducation des parents n'y était pas associé (41). En Région Flamande, une étude réalisée sur un peu plus d'un millier d'adolescents a également montré une consommation plus importante d'alcool parmi les élèves dont le FAS était élevé (42). D'autres pays rapportent une consommation plus élevée dans les milieux les moins favorisés, ou une absence de lien entre niveau socioéconomique et consommation d'alcool. Compte tenu de ces observations divergentes, les auteurs appellent à approfondir les recherches, et concluent à l'influence d'autres facteurs contextuels ou socioéconomiques (41, 42).

Globalement, la consommation d'alcool diminue chez les adolescents de la grande majorité des pays à haut revenus, depuis le début des années 2000 (43, 44). Dans les pays d'Europe centrale et de l'Ouest, cette tendance a été observée dans la population générale, cependant pas de façon aussi marquée que chez les jeunes générations (44). Parmi les pistes d'explication, le temps passé devant les écrans et la réduction des contacts sociaux physiques, les politiques de réduction de la consommation, la perte de pouvoir d'achat, l'immigration de populations ne consommant pas d'alcool, ou l'intérêt croissant pour des comportements favorables à la santé sont évoqués, mais les études sont pour l'instant trop peu nombreuses et leurs résultats trop divergents pour expliquer cette diminution dans les différents pays et contextes (43–45). Seuls le changement des pratiques parentales (modification du discours sur l'alcool faisant suite à une prise de conscience des risques, moindre consommation familiale, instauration de règles lors des sorties) et l'amélioration de la qualité des

relations parents-enfants semblent, selon plusieurs études dans différents pays, pouvoir expliquer le changement d'attitudes des adolescents envers l'alcool (44, 45). Notons que dans les pays où les inégalités de genre sont plus faibles, la consommation des femmes tend à rejoindre celle des hommes, y compris dès l'adolescence (33), ce qui est également constaté selon les données HBSC 2018 en Belgique francophone.

Dans l'enquête HBSC 2018 en Belgique francophone, les analyses sur les disparités sociales ont également été réalisées séparément chez les filles et chez les garçons. Selon les indicateurs, une ampleur variable des disparités est observée en fonction du genre, des disparités visibles chez l'un mais pas chez l'autre, ou encore un gradient socioéconomique inversé. Ces interactions entre le genre et les facteurs socioéconomiques sont détaillées, par thématique, pour les trois indicateurs socioéconomiques principaux.

Ces inégalités combinées de genre et de niveau socioéconomiques sur l'état de santé des adolescents ont bien été documentées par ailleurs. Globalement, l'impact des facteurs socioéconomiques parentaux semble plus marqué chez les filles que chez les garçons (46). L'effet de plus faibles revenus, de l'absence d'emploi ou d'un faible niveau d'éducation des parents, sur la santé perçue ou le bien-être à long terme des adolescents, n'est parfois visible que chez les filles (31, 46, 47). Parmi les mécanismes pouvant expliquer ces différences de genre, se trouvent des pistes biologiques et psychosociales. Le développement physique, notamment la puberté, plus précoce chez les filles que chez les garçons, pourrait expliquer l'apparition de symptômes somatiques chez celles-ci dès l'adolescence (48). D'autres auteurs décomposent le lien entre facteurs socioéconomiques et état de santé des adolescents : les conditions matérielles et de vie sociale ont un impact sur les conditions de vie et le climat familial, celui-ci ayant un effet sur la santé mentale et physique des enfants. Or, l'éducation donnée aux filles tend à leur donner un rôle plus important au sein du foyer, les exposant davantage au climat familial et les impliquant plus que les garçons dans les situations de stress du foyer (49). Les filles rapportent en effet des niveaux de stress plus élevés, une plus faible estime d'elles-mêmes et une pression sociale plus importante que les garçons du même âge (50). Cet effet est encore plus marqué lorsque les enfants grandissent dans un contexte où l'influence de cultures patriarcales est plus fort, par exemple dans les pays où les inégalités entre hommes et femmes sont plus importantes, ou dans des familles immigrantes en provenance de ces pays (51, 52).

Enfin, des tendances plus variées étaient observées selon le statut migratoire en RBC et la structure familiale. La construction des indicateurs utilisés et leurs limites peuvent expliquer une partie de ces variations. Cependant, ces résultats sont également cohérents avec d'autres études.

Concernant le statut migratoire, des études réalisées dans les pays à hauts revenus, sur des populations de (jeunes) adultes ont montré que les primo-arrivants sont, en moyenne, en meilleure santé que les autochtones. Au fil des années passées dans le pays d'accueil, cet écart tend cependant à disparaitre, voire à s'inverser (53, 54). Les mécanismes expliquant ce paradoxe nommé «*healthy immigrant effect*» sont discutés. Le processus d'acculturation, par lequel les immigrés adoptent progressivement les habitudes culturelles de leur pays d'accueil, explique quant à lui l'accroissement de comportements défavorables à la santé, tels qu'une alimentation de type occidental, et la consommation d'alcool ou de tabac (53, 55, 56). Chez les adolescents immigrés de 2e génération, ces constats sont visibles, dans certaines pratiques nutritionnelles (57) ou la consommation d'alcool et de drogue (58), mais ils sont à nuancer, car le statut migratoire n'est pas le seul et unique facteur en jeu. En effet, le niveau de richesse actuel des parents ou leur pays d'origine doivent être pris en compte, en ce qu'ils peuvent expliquer une partie, voire la totalité dans certains cas, des différences observées selon le statut migratoire (59). Des observations similaires ont été rapportées concernant la satisfaction de la vie, les symptômes psychosomatiques, ou le harcèlement (21).

Concernant la structure familiale, la présence de facteurs sous-jacents, tels que le niveau de richesse du foyer, le climat familial ou les modalités de garde alternée dans le cas des familles monoparentales ou recomposées, peut expliquer les disparités observées. La position plus souvent défavorable des élèves vivant en famille monoparentale peut en effet se rapporter la présence d'un seul revenu du travail dans le foyer (60). Cependant, ce seul mécanisme ne permet pas d'expliquer les observations issues de l'enquête HBSC 2018 en Belgique Francophone : pour près de la moitié des indicateurs présentés, il n'y avait pas de différence entre les élèves vivant en familles recomposées et ceux vivant en familles monoparentales. En outre, les élèves de familles recomposées étaient parfois proportionnellement plus nombreux que les autres à adopter des comportements défavorables, notamment en matière de consommation de tabac, d'alcool et dans certains indicateurs de santé ou de bien-être. À cet égard, des auteurs ont montré que le stress engendré par la séparation des parents, et de surcroit le nombre de transitions vécues dans l'histoire familiale (séparation ou deuil, arrivée d'un nouveau conjoint du parent, déménagement, recomposition du foyer avec l'arrivée d'autres enfants) peuvent impacter significativement et à long terme, le bien-être et les comportements de santé des enfants (61, 62).

4.2. ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES

Les six indicateurs de position socioéconomique analysés dans cette brochure sont complémentaires dans l'analyse des disparités sociales des comportements et de l'état de santé et du bien-être des adolescents. Chacun de ces indicateurs informe sur des dimensions particulières de la position sociale du foyer dans lequel vit l'élève interrogé. Deux éléments importants sont donc à prendre en compte :

- D'une part, s'il existe un lien entre ces indicateurs, certaines de leurs dimensions étant corrélées, ils diffèrent les uns des autres et rendent compte de mécanismes qui leur sont propres[11]. Considérés isolément, ils ne permettent pas de rendre compte du niveau de vie des adolescents et regroupent dans chacune de leurs catégories, des situations de vie hétérogènes.

- D'autre part, ces indicateurs interrogent le statut social du foyer et non celui de l'adolescent lui-même. Certaines études ont montré que des indicateurs adressés à l'adolescent peuvent être utilisés, tels que le montant de l'argent de poche reçu ou la réussite scolaire (elle-même associée au futur statut socioéconomique) (63,64). L'effet du niveau d'éducation des parents sur la consommation de tabac des adolescents peut ainsi s'annuler lorsque la réussite scolaire de ces derniers est prise en compte (65).

Des nombreux indices composites ont été créés depuis la fin des années 1950, pour tenter de combiner les aspects financiers, matériels, culturels et sociaux. Mais ils demandent des mises à jour régulières pour rester pertinents vis-à-vis des évolutions de la société et cumulent souvent les limites des indicateurs qui les composent (difficulté de récolter les données, approximations…), auxquelles s'ajoute la question du poids relatif de chacun des aspects inclus (66). Mesurer la position sociale des adolescents reste difficile, malgré l'existence de multiples outils. Les indicateurs présentés ici sont les plus fréquemment utilisés chez les adolescents pour aborder les ISS qui les touchent. L'encadré ci-dessous revient sur chacun d'entre eux en discutant brièvement des enjeux qui leur sont associés.

11 La description croisée des indicateurs principaux a été réalisée dans la brochure «Conditions de vie et relations familiales» : Dujeu M., Eggen M., Holmberg E., Bellanger A., Rouche M., Lebacq T., Castetbon K. Conditions de vie et relations familiales des adolescents. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2021. 40 pages. Disponible sur : https://sipes.esp.ulb.be/

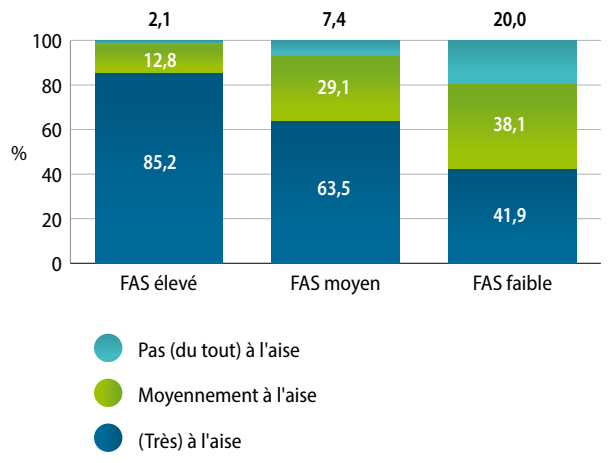
Le *Family Affulence Scale* (FAS) et la situation des parents vis-à-vis de l'emploi sont deux outils de mesure objectifs du niveau socioéconomique du foyer. Dans le cas du ***Family Affulence Scale* (FAS)**, la catégorisation des élèves selon leur aisance matérielle se fait de façon relative : les élèves sont répartis en trois catégories, selon qu'ils font partie des 20,0 % les plus aisés d'entre tous, des 20,0 % les moins aisés, ou des 60,0 % intermédiaires. Cette notion d'aisance matérielle relative est importante, car le FAS a été conçu pour être utilisé à l'échelle internationale, bien que certaines des questions ne soient pas toujours discriminantes à l'échelle d'un pays (67).

La situation vis-à-vis de l'emploi recouvre deux dimensions principales : le nombre de revenus issus du travail, qui permet d'estimer les ressources financières du foyer, ainsi que l'absence d'emploi d'un ou des deux parents. Ces deux dimensions sont, indépendamment l'une de l'autre, associées à des conséquences variées sur la santé des enfants et adolescents (67). S'il est moins précis qu'une classification du type d'emploi (profession) exercé, telle que l'*International Standard Classification of Occupations* (ISCO), il est en revanche mieux adapté aux enquêtes auprès des enfants et adolescents, car moins souvent source d'erreur et de données manquantes. Les réponses recueillies chez les élèves d'âge scolaire sont en effet proches de celles de leurs parents et cohérentes avec les données nationales (68).

L'aisance financière perçue est quant à elle une mesure subjective de la position socioéconomique. Les indicateurs objectifs et subjectifs du niveau socioéconomique sont modérément corrélés entre eux (64). Cette observation a également été faite en Belgique francophone, en 2018, où la répartition des catégories d'aisance perçue ne recouvrait pas entièrement celle obtenue par le calcul du FAS (Figure 36). Cette évaluation subjective est majeure : la perception de la situation financière peut ainsi venir modérer l'effet de la déprivation matérielle sur l'état de santé. En d'autres termes, l'association observée entre le FAS et l'état de santé déclaré peut être significativement diminuée, voire inversée, lorsque l'aisance perçue est prise en compte (69).

Le niveau d'éducation des parents est quant à lui lié au statut socioéconomique du foyer, du fait qu'il est associé à l'emploi et au niveau de revenus (67). En outre, il apporte des informations sur le niveau de connaissances, de ressources non-matérielles et de compétences du foyer, qui peuvent venir s'ajouter aux ressources financières, sociales et culturelles (70). Le niveau d'éducation des parents peut ainsi avoir un effet positif sur la santé des adolescents, indépendamment des autres facteurs socioéconomiques (66). Dans l'enquête HBSC, la question est posée uniquement aux élèves de l'enseignement secondaire, les plus jeunes ne sachant souvent pas y répondre.

F 36 Distribution des élèves selon l'aisance financière perçue et le *Family Affluence Scale*, en Belgique francophone en 2018 (%)



L'indicateur de structure familiale permet de distinguer les élèves vivant avec leurs deux parents, en famille recomposée ou monoparentale[12]. À l'instar de la situation des parents vis-à-vis de l'emploi, l'analyse des associations entre structure familiale et état de santé des adolescents a été réalisée ici de façon globale. Des nuances peuvent être apportées, en fonction du parent concerné par la perte d'emploi ou la monoparentalité, ainsi que par l'histoire familiale : un foyer monoparental peut en effet l'être devenu suite à une séparation ou à un deuil (31, 60). De telles études sont cependant moins courantes en raison des difficultés à recueillir ces informations complémentaires sensibles (60).

Enfin, **l'indicateur de statut migratoire** recouvre des situations variées au sein de ses catégories, notamment parce qu'il ne tient pas compte du pays de provenance (particulièrement divers en Belgique), du temps passé en Belgique depuis l'arrivée, et regroupe dans la catégorie «immigrés de 2e génération», des élèves ayant un parent belge et un parent né à l'étranger et des élèves dont les deux parents étaient nés à l'étranger. Cet indicateur est cependant un proxy utile à la mesure des inégalités liées à l'intégration en Belgique francophone. Il permet de soulever des hypothèses qui seront intéressantes à approfondir par d'autres méthodes d'investigation.

12 Les conditions de vie des adolescents ont été décrites et discutées de façon détaillée dans la brochure thématique «Conditions de vie et relations familiales» : Dujeu M., Eggen M., Holmberg E., Bellanger A., Rouche M., Lebacq T., Castetbon K. Conditions de vie et relations familiales des adolescents. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2021. 40 pages. Disponible sur : https://sipes.esp.ulb.be/

4.3. PERSPECTIVES

La réduction des ISS est inscrite dans les plans wallon et bruxellois de promotion de la santé[13,14]. La notion d'universalisme proportionné a été intégrée à ces plans, pour que les actions proposées répondent de façon graduée aux besoins de la population, sur l'ensemble de ce continuum social. En effet, au-delà d'une simple opposition entre «riches» et «pauvres», petits et grands besoins ou problèmes de santé, ces gradients (ou continuum de situations) impliquent qu'à des degrés divers, la santé est impactée par la position sociale, quelle qu'elle soit. Par ailleurs, nos résultats montrent une grande diversité dans ces disparités : ainsi, il n'existe pas de groupes d'adolescents qui ne nécessiteraient pas d'actions de promotion de la santé. Enfin, pour éviter les programmes trop ciblés et possiblement stigmatisants, les actions localisées et contextualisées sont recommandées : adaptées à la population régionale, communale, voire du quartier où elles se déploient, elles répondent à des préoccupations concrètes et ancrées (71).

Mobiliser les adolescents requiert la combinaison de plusieurs leviers d'action. Dans ce public en particulier, il est par exemple souhaitable d'organiser les activités dans leurs milieux de vie (école, associations, quartier…) pour contourner les difficultés motivationnelles ou de mobilité ; de diversifier l'offre pour répondre aux intérêts variés et changeants ; ou encore, de rester flexibles sur les règles pour permettre aux adolescents de prendre une part active dans l'organisation des activités (72, 73). Les programmes isolés qui ont fait l'objet d'une évaluation, tendent à souligner ces difficultés à mobiliser les adolescents sur le moyen et le long terme et montrent, lorsqu'ils ont des effets sur les comportements ou la santé, que ceux-ci sont souvent de courte durée (72, 74). La création d'un réseau local, regroupant les acteurs de (promotion de) la santé, les écoles, les communes et le tissu associatif, peut offrir les ressources nécessaires pour aller vers des offres multiples, évolutives, régulièrement renouvelées ou mises à jour, complémentaires et concordantes avec les besoins des habitants et notamment des adolescents (75).

C'est, par exemple, dans ce sens que les acteurs du réseau de santé mentale belge ont orienté leurs interventions face à la Chambre du Parlement fédéral belge en mai 2022 : répondre aux besoins complexes des adolescents ne peut passer par des initiatives isolées et requiert un maillage d'acteurs et d'actions, du domaine social comme de la santé physique et mentale, ou de l'éducation, qu'ils soient professionnels ou citoyens (73). L'inclusion des adolescents dans les processus de décision et d'organisation favorise la réussite des projets proposés, renforce leur estime de soi, et améliore la qualité de la relation avec les encadrants (76).

La crise sanitaire liée au COVID-19 et les confinements successifs ont entraîné des pertes d'emploi et de revenus chez les parents. Si, en 2021, ces pertes d'emploi restaient limitées en Belgique, elles ont été plus fortes dans les sous-groupes déjà vulnérables : employés en contrats précaires, à temps partiel, travailleurs immigrés… (77). Les conditions de vie des adolescents ont été plus que jamais inégalitaires en temps de fermeture des écoles et des activités extra-scolaires, et l'interdiction des contacts sociaux a particulièrement touché les jeunes, chez qui ils sont primordiaux, en premier lieu pour leur développement et leur équilibre psychique (78). Ces activités extérieures sont en effet l'occasion de prendre des distances vis-à-vis du foyer familial, de s'émanciper et de découvrir d'autres fonctionnements et habitudes. Cette étape majeure est caractéristique de l'adolescence, où l'influence des pairs prend le pas sur celle des parents. Les impacts à long terme de cette période d'isolement forcé des adolescents ne sont actuellement pas encore connus, mais il est très probable que les inégalités sociales y soient marquées. L'édition 2022 de l'enquête HBSC 2018 en Belgique francophone, dont le recueil a eu lieu au premier semestre 2022, permettra de documenter l'état de santé et de bien-être des élèves, à la sortie de la crise sanitaire.

13 Programmation Wallonne 2023-2027 en Promotion de la santé, en ce compris la prévention. Disponible en ligne : https://www.aviq.be/fr/actualites/programmation-wallonne-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-mise-en-oeuvre-du-plan

14 Plan Promotion Santé 2023-2027 (Gouvernement Bruxellois). Disponible en ligne : https://ccf.brussels/download/plan-promotion-sante-2023/

5. CONCLUSION

Cette brochure contribue à la documentation des ISS chez adolescents scolarisés en Belgique francophone, en proposant une approche systématique et complète. Les six indicateurs complémentaires utilisés fournissent en effet une vision d'ensemble des différentes composantes du statut social et de leurs liens avec les comportements, l'état de santé et le bien-être des élèves. La présence d'un gradient social y est largement constatée, particulièrement en regard des indicateurs d'aisance matérielle et financière. Certains indicateurs de santé restent cependant plus favorables aux élèves des catégories les moins aisées. Les tendances observées selon la structure familiale et le statut migratoire étaient quant à elles plus diverses. Ces constats rejoignent pour la plupart les résultats des études similaires, et la littérature scientifique permet de proposer des pistes d'explication et d'identifier les mécanismes sous-jacents.

L'adolescence est une période charnière, où les influences familiales se mêlent aux apports extérieurs des pairs et de figures éducatives tierces. Elle représente une fenêtre d'opportunité majeure en termes d'apprentissages, en ce compris les comportements et habitudes liés à la santé. Les inégalités sociales qui y sont constatées démontrent l'impact considérable des déterminants sociaux et leurs effets dès le plus jeune âge, et sont autant d'arguments pour soutenir les interventions de promotion de la santé auprès des adolescents.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, *et al.* Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387:2423–78
2. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, *et al.* Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012; 379(9826):1630–40
3. Viner RM, Ross D, Hardy R, *et al.* Life course epidemiology: recognising the importance of adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(8):719–20
4. WHO Regional Office for Europe. Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen; 2016.
5. Petrovic D, Mestral C de, Bochud M, *et al.* The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: a systematic review. *Prev med* 2018; 113:15–31.
6. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action* 2015; 8:27106
7. World Health Organization. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Trends and inequalities in the who european region, 2002-2014 : observations from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2017.
8. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, *et al.* Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):7–12.
9. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013; 90:24–31.
10. Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, *et al.* E. Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990-2013. *BMC Pediatr* 2015; 15:129.
11. Cameron AJ, Ball K, Pearson N, *et al.* Socioeconomic variation in diet and activity-related behaviours of Australian children and adolescents aged 2-16 years. *Pediatr Obes* 2012; 7(4):329–42
12. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, *et al.*, eds. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report: Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
13. Sigmundová D, Sigmund E, Tesler R, *et al.* Vigorous physical activity in relation to family affluence: time trends in Europe and North America. *Int J Public Health* 2019; 64(7):1049–58.
14. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, *et al.* Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(2):95–101.
15. Bokhorst CL, Sumter SR, Westenberg PM. Social Support from Parents, Friends, Classmates, and Teachers in Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who Is Perceived as Most Supportive? *Soc Dev* 2010; 19(2):417–26.
16. Dujeu M, Eggen M, Holmberg E, *et al.* Conditions de vie et relations familiales des adolescents. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone ; 2021. Disponible : https://sipes.esp.ulb.be/
17. Langøy A, Smith ORF, Wold B, *et al.* Associations between family structure and young people's physical activity and screen time behaviors. *BMC Public Health* 2019; 19: 433–433.
18. Lenciauskiene I, Zaborskis A. The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scand J Public Health* 2008; 36(6):607–18.
19. Seijo D, Fariña F, Corras T, Novo M, Arce R. Estimating the Epidemiology and Quantifying the Damages of Parental Separation in Children and Adolescents. *Front Psychol* 2016; 7:1611.
20. Perales F, Johnson SE, Baxter J, Lawrence D, Zubrick SR. Family structure and childhood mental disorders: new findings from Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52(4):423–33.
21. Stevens GWJM, Walsh SD, Huijts T, Maes M, Madsen KR, Cavallo F *et al.* An Internationally Comparative Study of Immigration and Adolescent Emotional and Behavioral Problems: Effects of Generation and Gender. *J Adolesc Health* 2015; 57(6):587–94.
22. Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23(6):373–91.
23. Labree LJW, van de Mheen H, Rutten FFH, Foets M. Differences in overweight and obesity among children

from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. *Obes Rev* 2011; 12(5):e535-47.
24. Census/Statbel. Population par lieu de résidence (province), sexe, position dans le ménage (C), état civil, situation sur le marché de l'emploi (A) et lieu de naissance (A) ; 2011. Disponible : http://census2011.fgov.be/censusselection/selectionFR.html
25. Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris, 2014.
26. Fernández-Alvira JM, Bammann K, Pala V, *et al.* Country-specific dietary patterns and associations with socioeconomic status in European children: the IDEFICS study. *Eur J Clin Nutr* 2014; 68(7):811–21.
27. Tanti-Hardouin N. Latency Model et Pathway Model : les traces de l'enfance sur la santé. Dans : Tanti-Hardouin N. La reproduction sociale de santé. Inégalités de santé : responsabilité individuelle ou destinée sociale ? L'Harmattan; 2019.p.41-66.
28. Mollborn S, Lawrence E, Krueger PM. Developing Health Lifestyle Pathways and Social Inequalities across Early Childhood. *Popul Res Policy Rev* 2021; 40(5):1085–117.
29. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006:7–12.
30. Lang T, Ulrich V, eds. Santé et territoires en épidémiologie sociale. Actes du séminaire de recherche de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) 2015-2016. Paris, 2017.
31. Sleskova M, Salonna F, Madarasova *et al.* Does parental unemployment affect adolescents' health? *J Adolesc Health* 2006:527–35.
32. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, *et al.* Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One* 2019; 14(3):e0213700.
33. Inchley J, Currie D, Vieno A, *et al.* Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014: Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study; 2018. Disponible : https://apps.who.int/iris/handle/10665/342239
34. Kezer M, Cemalcilar Z. A Comprehensive Investigation of Associations of Objective and Subjective Socioeconomic Status with Perceived Health and Subjective Well-Being. *Int Rev Soc Psychol* 2020; 33(1):10.
35. Weinberg D, Stevens GWJM, Duinhof EL, Finkenauer C. Adolescent Socioeconomic Status and Mental Health Inequalities in the Netherlands, 2001-2017. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(19).
36. Statbel. Revenus fiscaux. 2019 Disponible : https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux
37. Statbel. Possession de voitures par ménage. 2019. Disponible : https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/possession-de-voitures-par-menage
38. Jacob D, Danhier J, Devleeshouwer P, Rea A. Inégalité sociale, ségrégation et performance de l'enseignement obligatoire en Belgique francophone. Bruxelles, 2011.
39. van Zanten A. Choix de l'école et inégalités scolaires. Presses de SciencesPO - Agora débats/jeunesses. 2010; 56(3):35–47.
40. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med* 2007; 30(3):263–85.
41. Richter M, Kuntsche E, Looze M de, Pförtner T-K. Trends in socioeconomic inequalities in adolescent alcohol use in Germany between 1994 and 2006. *Int J Public Health* 2013; 58(5):777–84.
42. Maenhout L, Peuters C, Cardon G, *et al.* The association of healthy lifestyle behaviors with mental health indicators among adolescents of different family affluence in Belgium. *BMC Public Health* 2020; 20(1):958.
43. Pape H, Rossow I, Brunborg GS. Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. *Drug Alcohol Rev* 2018; 37:S98-S114.
44. Kraus L, Room R, Livingston M, *et al.* Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addict Res Theory* 2020; 28(3):183–93.
45. Vashishtha R, Livingston M, Pennay A, Dietze P, MacLean S, Holmes J *et al.* Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addict Res Theory* 2020; 28(4):275–88.
46. Salonna F, van Dijk JP, Geckova AM, *et al.* Changes in socio-economic differences in adolescent self-reported health between 15 and 19 years of age: a longitudinal study. *Public Health* 2014; 128(4):380–3.
47. Jeon G-S, Ha Y, Choi E. Effects of Objective and Subjective Socioeconomic Status on Self-Rated Health, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation in Adolescents. *Child Ind Res* 2013; 6(3):479–92.
48. Hammami N, Da Azevedo Silva M, Elgar FJ. Évolution des inégalités en santé chez les adolescents selon le genre et le statut socioéconomique sur 16 ans (2002 à 2018) : résultats de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. *PSPMC* 2022; 42(2):68–78.
49. Rattay P, Blume M, Wachtler B, *et al.* Socioeconomic position and self-rated health among female and male adolescents: The role of familial determinants in explaining health inequalities. Results of the German KiGGS study. *PLoS One* 2022; 17(4):e0266463.
50. Schraml K, Perski A, Grossi G, Simonsson-Sarnecki M. Stress symptoms among adolescents: the role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *J Adolesc* 2011; 34(5):987–96.
51. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med* 2010; 71(9):1610–9.
52. Viner RM, Ozer EM, Denny S, *et al.* Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012; 379(9826):1641–52.
53. Moniz M, Abrantes A, Nunes C. Healthy immigrant effect in non-European Union immigrants in Portugal: after a decade of (non-)integration. *Public Health* 2020; 186:95–100.

54. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the '*healthy immigrant effect*': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004; 59(8):1613–27.
55. O'Loughlin J, Maximova K, Fraser K, Gray-Donald K. Does the «*healthy immigrant effect*» extend to smoking in immigrant children? *J Adolesc Health* 2010; 46(3):299–301
56. Maximova K, O'Loughlin J, Gray-Donald K. Healthy weight advantage lost in one generation among immigrant elementary schoolchildren in multi-ethnic, disadvantaged, inner-city neighborhoods in Montreal, Canada. *Ann Epidemiol* 2011; 21(4):238–44.
57. Rouche M, Clercq B de, Lebacq T, *et al.* Socioeconomic Disparities in Diet Vary According to Migration Status among Adolescents in Belgium. *Nutrients* 2019; 11(4).
58. Barsties LS, Walsh SD, Huijts T, *et al.* Alcohol consumption among first- and second-generation immigrant and native adolescents in 23 countries: Testing the importance of origin and receiving country alcohol prevalence rates. *Drug Alcohol Rev* 2017; 36(6):769–78.
59. Cook WK, Li X, Sundquist K, Kendler KS, Sundquist J, Karriker-Jaffe KJ. Drinking cultures and socioeconomic risk factors for alcohol and drug use disorders among first- and second-generation immigrants: A longitudinal analysis of Swedish population data. *Drug Alcohol Depend* 2021; 226:108804.
60. Mazzuco S, Meggiolaro S. Family Structures and Health Behaviour in Adolescents. *Child Ind Res* 2014; 7(1):155–75
61. Amato PR. The Consequences of Divorce for Adults and Children. *J Marriage Fam* 2000; 62:1269–87.
62. Hofferth SL, Goldscheider F. Family structure and the transition to early parenthood. *Demography* 2010; 47(2):415–37.
63. Koivusilta LK, West P, Saaristo VMA, Nummi T, Rimpelä AH. From childhood socio-economic position to adult educational level - do health behaviours in adolescence matter? A longitudinal study. *BMC Public Health* 2013; 13:711.
64. Moor I, Kuipers MAG, Lorant V, *et al.* Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73(10):963–70.
65. Kuntz B, Lampert T. Educational differences in smoking among adolescents in Germany: what is the role of parental and adolescent education levels and intergenerational educational mobility? *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10(7):3015–32.
66. Moreno-Maldonado C, Rivera F, Ramos P, Moreno C. Measuring the Socioeconomic Position of Adolescents: A Proposal for a Composite Index. *Soc Indic Res* 2018; 136(2):517–38.
67. Inchley J, Currie D, Piper A, *et al.* Health Behaviour in School-age Children (HBSC) Study Protocol : Background, Methodology, mandatory questions and optional packages for the 2021/22 survey. MRC/CSO Social and Publid Health Sciences Unit, The University of Glasgow; 2021.
68. Cirino PT, Chin CE, Sevcik RA, Wolf M, Lovett M, Robin D. Morris RD. Measuring Socioeconomic Status. *Assessment* 2002; 9(2):145-155
69. Ahlborg M, Svedberg P, Nyholm M, Morgan A, Nygren JM. Socioeconomic inequalities in health among Swedish adolescents - adding the subjective perspective. *BMC Public Health* 2017; 17(1):838.
70. Ross CE, Mirowsky J. The interaction of personal and parental education on health. *Soc Sci Med* 2011; 72(4):591–9.
71. Porcherie M, Le Bihan-Youinou B, Pommier J. À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Sante Publique* 2018; 30(1):25–32.
72. Bernal C, Lhuisset L, Fabre N, Bois J. Promouvoir l'activité physique à l'école primaire pour les enfants de milieux défavorisés : enjeux, constats et propositions de leviers d'intervention efficaces. *Recherches educations* 2021; (22).
73. La santé mentale des jeunes - Audition de la Chambre des Représentants du Parlement fédéral belge. 18 mai 2022. Disponible : https://www.lachambre.be/media/index.html?language=fr&sid=55U2882
74. Langlois J, Omorou AY, Vuillemin A, Lecomte E, Briançon S. Participation d'adolescents en surpoids de milieu défavorisé à une intervention de promotion de l'activité physique à l'école. *Santé Publique* 2016; S1(HS):135–9.
75. Czaplicki G, Donio V, Nossereau C, Fikojevic M, Richard D. «Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois» : une approche intersectorielle de l'activite physique. *Santé Publique* 2016; 28(1):175–8.
76. Ciosi L. Projets participatifs avec des adolescents : les conditions de leur implication. *Informations sociales* 2014; n° 181(1):42–9.
77. Statbel. Les conséquences de la crise du Covid-19 pour le marché du travail en Belgique en 2020 restent globalement limitées; Disponible : https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-consequences-de-la-crise-du-covid-19-pour-le-marche-du-travail-en-belgique-en-2020
78. Dahl RE. Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. Keynote Address. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021(22):22p.

7. ANNEXES

A1 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) en fonction de l'aisance matérielle (FAS) et du genre

THÉMATIQUES	GARÇONS (%)					FILLES (%)				
	n	FAS élevé	FAS moyen	FAS faible	p-valeur	n	FAS élevé	FAS moyen	FAS faible	p-valeur
Alimentation										
Consommation quotidienne fruits	4919	42,9	37,1	33,9	**	5328	51,6	42,7	35,5	***
Consommation quotidienne boissons sucrées	4919	21,9	33,4	36,2	***	5328	17,1	28,6	39,9	***
Activité physique et sommeil										
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	6970	56,4	51,8	51,8	*	7066	55,5	56,3	55,7	NS
Transport actif vers l'école	6766	20,0	21,1	30,0	***	6979	14,0	19,5	27,7	***
Tabac										
Expérimentation de la cigarette	6689	23,4	20,6	18,8	NS	6951	17,3	18,5	21,9	*
Expérimentation e-cig[1]	4827	34,3	31,1	30,0	NS	4979	15,8	21,6	24,8	***
Utilisation récente e-cig (30 derniers jours)[1]	4639	13,2	10,0	8,8	*	4820	4,8	5,8	5,1	NS
EVRAS										
Absence de contraception lors du 1er rapport sexuel[2]	961	12,6	10,5	18,5	*	970	6,8	11,6	10,7	NS
Santé et bien-être										
Brossage de dent (> 1 fois/jour)	6814	64,5	55,2	46,7	***	7058	74,3	73,1	66,5	***
Symptômes dépressifs[1,3]	4765	29,2	30,2	35,4	*	4959	39,3	47,6	51,4	***
Confiance en soi (souvent/toujours)	6919	70,4	67,5	66,8	NS	7080	41,2	38,1	37,3	NS
Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	6673	41,4	37,2	34,0	*	6925	29,2	27,0	25,5	NS
Environnement scolaire										
Brosser les cours (≥ 1 fois par trimestre[1]	4784	10,7	11,3	18,4	***	4976	6,5	9,6	13,6	***
Victimes de harcèlement scolaire[4]	6599	5,8	6,7	5,4	NS	6869	5,6	6,6	8,7	**

e-cig= cigarette électronique ; NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001. Seuls les indicateurs qui diffèrent de la distribution globale sont présentés.

1 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire et 1er degré du secondaire.

3 La présence de symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version de 10 items. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 4.6.).

4 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

A2 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) en fonction de la structure familiale et du genre

THÉMATIQUES	GARÇONS (%)					FILLES (%)				
	n	Deux parents	Recomposée	Mono-parentale	p-valeur	n	Deux parents	Recomposée	Mono-parentale	p-valeur
Alimentation										
Repas en famille (souvent)	4644	92,4	92,9	84,4	***	5164	91,7	88,6	83,5	***
Méthode pour perdre du poids défavorable à la santé[1]	3312	39,8	37,3	43,7	NS	3909	45,6	50,8	56,9	***
EVRAS										
Faibles connaissances VIH (score ≤ 5/11)[2,3]	4144	26,0	22,0	24,0	NS	4391	27,8	23,6	25,7	NS
Santé et bien-être										
Corpulence[4]										
Minceur	5640	13,1	14,3	11,6	*	5856	17,5	15,6	12,6	***
Surpoids/obésité	5640	16,2	16,1	20,2	*	5856	13,7	17,3	19,1	***
Perception corporelle «*Un peu/ beaucoup trop mince/ maigre*»	6220	21,1	25,1	21,0	NS	6539	13,6	11,6	11,0	*
Perception corporelle «*un peu/ beaucoup trop gros*»	6220	26,1	27,8	27,9	NS	6539	37,8	46,3	43,5	***
Avoir eu une carie	5789	58,2	59,5	60,3	NS	6192	62,1	64,9	67,7	**
Violences										
Victimes de harcèlement scolaire[5]	6162	5,8	7,5	6,4	NS	6498	6,1	9,7	6,5	**
Victimes de cyber-harcèlement	6089	1,2	1,2	1,5	NS	6451	1,3	3,6	1,9	***

NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001. Seuls les indicateurs qui diffèrent de la distribution globale sont présentés.

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré avoir utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

2 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves du primaire.

3 Score calculé sur base de onze affirmations «Vrai/Faux». Les élèves ayant une somme de réponses correctes inférieure ou égale à cinq ont été considérés comme ayant une faible connaissance des modes de transmission du VIH. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Vie relationnelle, affective et sexuelle» (section 5).

4 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

5 Les élèves ayant indiqué avoir subi du harcèlement au moins deux fois par mois au cours des deux derniers mois ont été considérés comme étant victimes de harcèlement scolaire. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Relations sociales et vie à l'école» (section 4.2.).

A3 Comportements de santé, état de santé et bien-être (%) en fonction du statut migratoire et du genre

THÉMATIQUES	GARÇONS (%)					FILLES (%)				
	n	Autoch-tones	2e génération	1re génération	p-valeur	n	Autoch-tones	2e génération	1re génération	p-valeur
Alimentation										
Consommation quotidienne de légumes	1040	63,0	41,4	50,3	***	1312	62,4	54,7	44,3	*
Repas en famille (souvent)	1040	93,2	83,0	78,6	*	1312	88,5	85,8	71,7	*
Petit-déjeuner quotidien	1040	61,5	40,4	46,7	***	1312	47,4	39,7	36,2	*
Méthode pour perdre du poids défavorable à la santé[1]	729	31,8	50,7	46,7	**	998	44,0	61,3	54,7	***
Activité physique										
Transport actif vers l'école	1499	21,0	34,8	24,7	***	1766	26,9	27,2	31,7	NS
Activité physique globale suffisante[2]	1481	12,2	14,0	22,8	*	1748	9,0	6,3	7,1	NS
EVRAS										
Absence de contraception lors du 1er rapport sexuel[3]	136	6,7	20,4	36,8	*	135	10,6	14,2	17,4	NS
Santé et bien-être										
Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	1503	44,3	40,8	36,8	NS	1763	33,1	25,0	24,2	**
Corpulence – Minceur[4]	1319	9,8	12,3	12,7	NS	1535	21,0	10,4	16,1	**
Avoir eu une carie	1354	55,1	62,6	58,7	NS	1648	55,1	70,5	69,0	***
Satisfaction élevée de la vie	1509	95,6	87,8	86,1	**	1771	87,9	85,0	82,2	NS
Confiance en soi (souvent/ toujours)	1522	63,0	73,2	76,0	NS	1780	38,0	44,9	51,7	***
Perception corporelle «*un peu/ beaucoup trop gros*»	1493	23,2	27,8	17,4	**	1757	40,4	36,8	32,6	NS
Relations sociales et environnement scolaire										
Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	1521	17,7	23,0	23,8	NS	1781	24,9	28,7	33,0	*
Perception positive de l'implication des parents	1752	39,6	39,7	31,9	NS	1492	44,4	40,7	38,1	NS
Bagarres fréquentes (≥ 3 fois dans l'année)	1510	12,3	21,1	23,0	NS	1770	2,6	8,2	5,7	**

NS= non significatif ; *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001. Seuls les indicateurs qui diffèrent de la distribution globale sont présentés.

1 Cette analyse concerne les élèves ayant indiqué avoir suivi au moins une méthode pour contrôler ou perdre du poids au cours des douze derniers mois. Les élèves ayant déclaré utilisé une ou plusieurs des méthodes suivantes : sauter un repas, jeûner, restreindre son alimentation à un aliment ou un groupe d'aliments, se faire vomir, utiliser des pilules amaigrissantes ou des laxatifs ou fumer plus ont été considérés comme utilisant des méthodes de régime défavorables à la santé. Une description détaillée de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 7.2.).

2 Les élèves pratiquant un sport au moins trois fois par semaine et étant physiquement actifs au moins 60 minutes chaque jour ont été considérés comme ayant un niveau d'activité physique global suffisant. Une description détaillée de la construction de l'indicateur est disponible dans la brochure thématique «Alimentation, activité physique, sédentarité et sommeil» (section 4.2.).

3 Les informations n'ont pas été recueillies chez les élèves de primaire et du 1er degré du secondaire.

4 Déterminé sur base de l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir du poids et de la taille auto-rapportés par l'élève, et selon les valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au genre et à l'âge de la «*World Obesity Federation*». Une description détaillée des indicateurs de corpulence sont disponibles dans la brochure thématique «État de Santé & bien-être» (section 3.4.).

- Indicateur favorable à la santé / au bien-être
- Indicateur défavorable à la santé / au bien-être

Indicateur défavorable à la catégorie sociale la moins bien lotie

Indicateur favorable à la catégorie sociale la moins bien lotie

Absence de gradient

	Family Affluence Scale	Aisance Perçue	Stucture Familiale	Emploi des parents	Statut migratoire	Éducation des parents
	Élevé Moyen Faible	(Très) à l'aise Moyennement à l'aise Pas (du tout) à l'aise	2 parents Recomposée Monoparentale	2 travaillent 1 travaille Aucun ne travaille	Natifs 2e génération 1re génération	Supérieur Secondaire Primaire
ALIMENTATION ET RÉGIME						
Consommation quotidienne de fruits	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▌	=	▌▌▌	▌▌▌
Consommation quotidienne de légumes	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▌	▌▌▌
Petit-déjeuner quotidien	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▌	▌▌▌
Consommation hebdomadaire de fast-food	▌▌▌	▖▌▌	▌▌▌	=	▌▌▌	▌▌▌
Repas en famille (souvent)	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▖
Consommation quotidienne de boissons sucrées	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌
Consommation hebdomadaire de boissons énergisantes	▖▌▌	▖▌▌	▌▌▌	▖▌▌	=	▖▌▌
Régime pour perdre du poids	=	▖▌▌	=	▖▌▌	=	▖▌▌
Méthodes défavorables à la santé pour perdre du poids	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▌▌▌	▖▌▌
ACTIVITÉ PHYSIQUE, SÉDENTARITÉ ET SOMMEIL						
Sport (≥ 3 fois/semaine)	▌▌▖	▌▌▖	▌▌▌	▌▌▖	▌▌▌	▌▌▌
Activité physique globale suffisante	▌▌▌	▌▌▖	▌▌▌	=	▌▌▌	=
Transport actif vers l'école	▖▌▌	=	▌▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌
Télévision (> 2h/jour en semaine)	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌
Jeux vidéo (> 2h/jour en semaine)	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌
Internet (> 2h/jour en semaine)	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌
Durée de sommeil insuffisante	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌
Difficultés à s'endormir (> 1 fois/semaine)	=	▖▌▌	▌▌▌	▖▌▌	▌▌▖	=
Fatigue matinale (> 1 fois/semaine)	=	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▌▌▖	=
TABAC, ALCOOL ET CANNABIS						
Expériementation de la cigarette	=	▖▌▌	▌▌▌	▖▌▌	▌▌▌	▌▌▌
Tabagisme quotidien	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	=	▖▌▌
Expérimentation e-cig	=	▖▌▌	▖▌▌	=	▌▌▌	▌▌▌
Utilisation e-cig (30 derniers jours)	=	▌▌▌	▖▌▌	=	=	▌▌▌
Expérimentation de l'alcool	▌▌▖	▖▌▌	▌▌▌	▌▌▖	▌▌▌	▌▌▖
Consommation hebdomadaire d'alcool	▌▌▖	=	▌▌▌	▌▌▖	▌▌▌	=
Expérimentation du cannabis	=	▖▌▌	▖▌▌	=	▌▌▖	=
Consommation hebdomadaire de cannabis	▖▌▌	▖▌▌	▖▌▌	▌▌▌	=	▌▌▖

- Indicateur favorable à la santé / au bien-être
- Indicateur défavorable à la santé / au bien-être

Indicateur défavorable à la catégorie sociale la moins bien lotie
Indicateur favorable à la catégorie sociale la moins bien lotie
Absence de gradient

	Family Affluence Scale	Aisance Perçue	Stucture Familiale	Emploi des parents	Statut migratoire	Éducation des parents
	Élevé Moyen Faible	(Très) à l'aise Moyennement à l'aise Pas (du tout) à l'aise	2 parents Recomposée Monoparentale	2 travaillent 1 travaille Aucun ne travaille	Natifs 2e génération 1re génération	Supérieur Secondaire Primaire
EVRAS						
● Faibles connaissances VIH (score ≤ 5/11)	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Avoir déjà eu un rapport sexuel	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮	▮▮▮
● Première relation sexuelle < 15 ans	=	=	=	=		▮▮▮
● Absence contraception lors du premier rapport sexuel	=	=	=	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE						
● Santé perçue négative	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Symptômes multiples fréquents (≥ 2 symptômes)	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮
● Blessures (≥ 1 au cours des 12 derniers mois)	▮▮▮	=	=	=	▮▮▮	▮▮▮
● Corpulence - minceur	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮
● Corpulence - surpoids	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Premières règles < 11 ans	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮
● Se brosser les dents (> 1 fois/jour)	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮	=	▮▮▮
● Avoir eu une carie	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Visite chez le dentiste (≤ 1 an)	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Satisfaction élevée de la vie	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Symptômes dépressifs	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮
● Confiance en soi (souvent/toujours)	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Perception corporelle *«un peu/beaucoup trop mince/maigre»*	=	=	=	=	=	=
● Perception corporelle *«un peu/beaucoup trop gros»*	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
RELATIONS SOCIALES ET ENVIRONNEMENT SCOLAIRE						
● Satisfaction élevée vis-à-vis de l'école	=	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮	▮▮▮
● Stress scolaire	=	▮▮▮	=	▮▮▮	=	▮▮▮
● Perception positive de l'implication des parents	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Brosser les cours (≥ 1 fois/trimestre)	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮
● Victimes de harcèlement scolaire	=	▮▮▮	=	▮▮▮	=	=
● Victimes de cyber-harcèlement	=	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	=	▮▮▮
● Bagarres (≥ 3 dans l'année)	=	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Soutien élevé des amis	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮
● Utilisation intensive des moyens de communication électroniques	▮▮▮	=	=	▮▮▮	▮▮▮	▮▮▮

DISPARITÉS SOCIALES

COMPORTEMENTS, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES ÉLÈVES EN 2018

ENQUÊTE HBSC EN BELGIQUE FRANCOPHONE

En 2018, la onzième édition de l'enquête «*Health Behaviour in School-aged Children*» (HBSC) a été menée dans les écoles francophones de Belgique. Cette enquête internationale, menée dans près de 50 pays sous le patronage du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe, a pour objectif de collecter des informations sur les comportements de santé, l'état de santé et le bien-être des adolescents.

En 2018, environ 14000 adolescents scolarisés de la 5e primaire à la 7e secondaire ont participé à cette enquête en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette brochure décrit les disparités sociales liées aux comportements de santé, à l'état de santé et au bien-être des adolescents à l'aide de six indicateurs complémentaires : le niveau d'aisance matérielle, la structure familiale, le statut migratoire, l'aisance perçue, la situation des parents vis-à-vis de l'emploi, et le niveau d'éducation parental. Ces indicateurs sont en effet identifiés, dans la littérature, comme étant des déterminants majeurs de la santé.

Dans cette brochure, la présence d'un gradient social est constatée pour une grande partie des comportements et d'état de santé, au détriment des élèves les moins favorisés, particulièrement en regard des indicateurs d'aisance matérielle et de perception financière. Certains indicateurs de santé restent cependant plus favorables aux élèves des catégories les moins aisées, par exemple lorsqu'il s'agit de l'utilisation d'un transport actif et des consommations d'alcool. Les tendances observées selon la structure familiale et le statut migratoire étaient quant à elles plus contrastées.

Ces résultats contribuent à la documentation des disparités sociales de santé chez les adolescents scolarisés en Belgique francophone, en proposant une approche systématique et complète. Les six indicateurs socioéconomiques utilisés fournissent, en effet, une vision d'ensemble des différentes composantes du statut socioéconomique et de leurs liens avec les comportements, l'état de santé et le bien-être des élèves. Ces résultats ouvrent des pistes d'explication et contribueront à l'élaboration et l'amélioration de politiques et d'interventions visant à réduire ou limiter les inégalités sociales de santé chez les adolescents.

https://sipes.esp.ulb.be

SIPES
Service d'Information Promotion Éducation Santé