



hbsc

HEALTH BEHAVIOUR IN
SCHOOL-AGED CHILDREN
LËTZEBUERG / LUXEMBOURG

Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg

Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN :
ÉTUDE TRANSNATIONALE COLLABORATIVE DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (HBSC)



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé



FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES,
DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET DES SCIENCES SOCIALES

Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg

Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOURS IN SCHOOL-AGED CHILDREN :
ÉTUDE TRANSNATIONALE COLLABORATIVE DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (HBSC)

Felipe G Mendes
Joana Lopes Ferreira
Caroline Residori
Carolina Catunda

Références bibliographiques :

Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline ; Catunda, Carolina (2024). Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg – Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022. Esch-sur-Alzette.

© Université du Luxembourg et auteurs ; Mars 2024

ISBN : 978-2-87971-197-3

Imprimé par : reka print+, Ehlerange, Luxembourg

Contenu

Contributeurs	VII
Auteurs	VII
Équipe HBSC Luxembourg	VII
Remerciements	IX
Résumé	XI
Comportements liés à la santé	1
Habitudes en matière de petit-déjeuner	4
Habitudes en matière de soins dentaires	7
Nutrition	9
Fruits et légumes	10
Sucreries	12
Boissons sucrées	13
Activité physique	15
Activité physique modérée à soutenue	15
Activité physique soutenue	17
Statut pondéral et image corporelle	21
Statut pondéral	21
Image corporelle	23
Adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle	25
Activité physique et effets sur la santé	28
Introduction	28
Méthode	28
Résultats et analyse	30
Conclusions et perspectives	33
Annexe	37
Bibliographie	61
Liste des figures	67
Liste des tableaux	69
Abréviations	71

Contributeurs

Auteurs

Dr Felipe G Mendes	Assistant-postdoctorant, Université du Luxembourg
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Spécialiste de Recherche et de développement, Université du Luxembourg
Dr Caroline Residori	Spécialiste de Recherche et de développement, Université du Luxembourg
Dr Carolina Catunda	Maître-assistant, Université du Luxembourg

Équipe HBSC Luxembourg

Dr Romain Brisson	Université du Luxembourg
Dr Carolina Catunda	Co-Investigatrice Principale, Université du Luxembourg
Dr Senad Karavdic	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT)
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Université du Luxembourg
Dr Felipe G Mendes	Université du Luxembourg
Dr Maud Moinard	Co-Investigatrice Principale, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé
Dr Josepha Nell	Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
Dr Katharina K Pucher	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé
Dr Caroline Residori	Université du Luxembourg
Prof Dr Robin Samuel	Université du Luxembourg
Aurélié Ventujol, M.Sc	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT)
Raoul Wirion, M.A.	Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse

Remerciements

Initiée en 1982, l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) est menée tous les quatre ans afin de comprendre et de promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Actuellement, plus de 50 pays participent à cette étude internationale, dont le Luxembourg depuis 2006. En comparant les données sur plusieurs années et entre les pays, les décideurs politiques, les enseignants, les élèves, les parents ainsi que toute personne intéressée par la santé de la génération montante, peuvent prendre des décisions éclairées.

Ce rapport sur l'étude HBSC 2022 n'a pu être réalisé que grâce aux nombreuses personnes qui ont contribué à la collecte des données et à leur traitement. Nous souhaitons profiter de cette occasion pour les remercier.

HBSC est une étude internationale menée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe. Nous souhaitons remercier la coordinatrice internationale de l'étude 2021/22, Dr Joanna Inchley de l'Université de Glasgow. Nos remerciements s'adressent également à la gestionnaire de la banque de données, Professeure Oddrun Samdal de l'Université de Bergen, et à Joe Hancock du Centre de coordination international de Glasgow qui a mis au point le graphisme pour ce rapport.

La partie luxembourgeoise de l'étude HBSC est organisée par trois partenaires de projet depuis 2016 : l'Université du Luxembourg, le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé et le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à nos collaborateurs au sein des ministères (Dr Katharina Pucher, Dr Senad Karavdic, Aurélie Ventujol, Dr Josepha Nell et Raoul Wirion) ainsi qu'au Professeur Robert Harmsen, doyen de la Faculté des Sciences Humaines, des Sciences de l'Éducation et des Sciences Sociales, pour la bonne coopération et pour le soutien apporté à notre recherche.

La collecte des données HBSC 2022 a été soutenue par Andreas Heinz, Anouk Geraets, Claire van Duin, Patrick Kiffer, Katia Ziadi, Maria Michaela Scherschel, Alexandra Link, Marieke Sauder et Auriane Möck de l'Université de Luxembourg. Dr Andreas Heinz et Dr Bechara Ziade ont été les co-investigateurs principaux de l'étude HBSC au Luxembourg en 2022. Prof Helmut Willems a été le co-investigateur principal entre 2016 et 2020 et a continué à soutenir l'étude HBSC au Luxembourg par la suite. Tun Fischbach, Thierry Heck, Rachid Boualam et Rachel Wollschläger du *Luxembourg Centre for Educational Testing* ont fourni une assistance technique considérable pour la collecte des données et leur traitement. Aurélie Ventujol de la division du traitement de données sur la qualité de l'encadrement et de l'offre scolaire et éducative (SCRIPT) a prélevé l'échantillon. Jean Philippe Décieux et Alexandra Mergener ont retraduit les questionnaires vers l'anglais. Moritz Höpner, Simone Charles, Gilles Scheifer et Vyara Noncheva ont contribué au processus de relecture et de traduction des rapports.

Pour finir, nous souhaitons exprimer notre gratitude à tous les enfants et à tous les jeunes qui ont accepté de participer à l'étude HBSC Luxembourg au fil des ans ainsi qu'à leurs parents. De plus, nous souhaitons remercier tous les directeurs et enseignants des établissements scolaires dont la coopération a rendu cette étude possible.

Pour l'équipe HBSC Luxembourg :

Dr Carolina Catunda et Dr Maud Moinard (Co-Investigatrices Principales)

Résumé

À propos de ce rapport

Ce rapport présente les résultats de l'enquête HBSC 2022 (*Health Behaviour in School-aged Children*) sur les comportements liés à la santé au Luxembourg, qui a porté sur un total de 7 893 élèves âgés de 11 à 18 ans. Ce rapport analyse les comportements suivants : habitudes en matière de petit-déjeuner, soins dentaires, nutrition et activité physique, ainsi que certaines de leurs conséquences sur la santé telles que le statut pondéral et l'image corporelle. Il examine également le lien entre activité physique et état de santé.

Habitudes de consommation en matière de petit-déjeuner

Le petit-déjeuner est considéré comme le repas le plus important de la journée. Au Luxembourg, 45,6 % des adolescents déclarent prendre un petit-déjeuner pendant les jours d'école et 32,7 % ne jamais en prendre. Les filles sautent le petit-déjeuner plus souvent que les garçons. En outre, le pourcentage de filles qui prennent un petit-déjeuner les jours d'école baisse considérablement à l'âge de 13-14 ans, tandis que cette baisse considérable arrive plus tard chez les garçons, à l'âge de 15-16 ans. Par ailleurs, les adolescents dont le niveau d'aisance familiale est faible sont plus enclins à sauter le petit-déjeuner en jours d'école.

Habitudes en matière de soins dentaires

Le brossage des dents est un comportement essentiel pour le maintien de l'hygiène bucco-dentaire et il est recommandé de le faire deux fois par jour. Les filles sont davantage susceptibles que les garçons de se brosser les dents au moins deux fois par jour (77,8 % contre 64,1 %). De plus, la part des adolescents rapportant se brosser les dents au moins deux fois par jour était supérieure chez les adolescents issus de familles très aisées que chez ceux adolescents issus d'une famille moyennement ou peu aisée.

Nutrition

Des habitudes alimentaires saines sont associées à plusieurs effets positifs sur la santé au cours de l'adolescence. Au Luxembourg, 11,5 % des adolescents ont déclaré consommer des fruits et/ou des légumes au plus une fois par semaine, tandis que 24,5 % consomment ces deux aliments au moins une fois par jour. La consommation de fruits et de légumes ne varie pas en fonction du genre, mais est liée à l'âge. Les adolescents les plus jeunes ont déclaré plus fréquemment consommer ces aliments (34,0 % chez les 11-12 ans contre 22,9 % chez les 13-14 ans ; 20,2 % chez les 15-16 ans ; et 20,3 % chez les 17-18 ans). En outre, la consommation de fruits et légumes est fonction de l'aisance familiale : les enfants provenant de familles très aisées déclarent plus fréquemment consommer ces aliments au moins une fois par jour.

En ce qui concerne la consommation de sucreries, 27,7 % des adolescents au Luxembourg déclarent en consommer quotidiennement. Les filles sont plus susceptibles que les garçons de déclarer en consommer quotidiennement (31,1 % contre 24,5 %, respectivement). Les adolescents plus jeunes affichent une plus grande prévalence de la consommation quotidienne de ces sucreries (31,9 % chez les 11-12 ans contre 23,5 % chez les 17-18 ans). En matière de consommation quotidienne de boissons sucrées, les garçons déclarent plus souvent en boire que les filles (25,9 % contre 21,4 %, respectivement). Cette consommation prédomine par ailleurs davantage chez les garçons plus âgés, avec une nette augmentation entre l'âge de 11-12 ans (19,5 %) et l'âge de 13-14 ans (27,5 %). De plus, la consommation quotidienne

de boissons sucrées est inversement proportionnelle à l'aisance familiale : plus la famille est aisée et moins il est probable que les jeunes déclarent en consommer quotidiennement.

Activité physique

La pratique régulière d'une activité physique est un facteur de protection essentiel pour être en bonne santé. Ce rapport s'intéresse à deux types d'activité physique : l'activité physique d'intensité modérée à soutenue (APMS) et l'activité physique d'intensité soutenue (APS). Concernant l'APMS, 15,6 % des adolescents au Luxembourg se conforment aux recommandations de l'OMS préconisant une activité quotidienne. Toutefois, 5,5 % d'entre eux ont rapporté ne pas pratiquer d'APMS au quotidien. Les garçons sont deux fois plus susceptibles de pratiquer ce type d'activité physique tous les jours. Les adolescents âgés de 11 à 12 ans et ceux issus d'une famille très aisée sont plus nombreux à exercer une APMS que leurs pairs plus âgés et moins aisés. Concernant l'APS, 57,8 % des élèves ont déclaré en avoir pratiqué au moins trois fois par semaine. Les garçons sont plus susceptibles que les filles de pratiquer une APS au moins trois fois par semaine (69,6 % contre 45,7 %). En outre, les jeunes âgés de 11 à 12 ans sont plus nombreux à exercer une APS trois fois par semaine que les adolescents plus âgés, et la différence d'âge chez les filles est plus prononcée. La pratique d'une APS au moins 3 fois par semaine augmente en fonction de l'aisance familiale (famille peu aisée : 47,4 % ; famille moyennement aisée : 56,6 % ; famille très aisée : 68,9 %).

Statut pondéral et image corporelle

L'insuffisance pondérale ou le surpoids pendant l'enfance et l'adolescence ont des conséquences néfastes sur la santé tout au long de la vie. Au Luxembourg, 67,4 % des adolescents sont considérés comme ayant un poids normal, alors que 20,8 % sont considérés en surpoids ou obèse et 11,8 % sont considérés trop maigres. Le surpoids et l'obésité se retrouvent plus souvent chez les garçons et chez les adolescents issus de familles peu aisées, et leur prévalence augmente avec l'âge. L'obésité s'observe chez 5,7 % des adolescents. Quel que soit le genre, on observe une nette augmentation de l'obésité entre l'âge de 13-14 ans (4,2 %) et l'âge de 15-16 ans (6,9 %).

En ce qui concerne l'image corporelle, 45,9 % des adolescents au Luxembourg estiment que leur poids est normal, alors que 34,7 % pensent qu'ils sont trop gros. L'image corporelle est liée au genre et à l'âge. Les filles sont plus susceptibles de déclarer qu'elles se trouvent trop grosses (41,7 % des filles contre 27,9 % des garçons), contrairement aux garçons qui se trouvent plus souvent trop maigres (22,7 % des garçons contre 16,0 % des filles). Chez les plus jeunes adolescents, les garçons s'estiment moins souvent trop maigres, et les filles moins souvent trop grosses.

En ce qui concerne l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle, 21,9 % des adolescents au Luxembourg surestiment leur poids tandis que 16,7 % le sous-estiment. Les filles sont environ deux fois plus susceptibles que les garçons de surestimer leur poids (30,5 % contre 14,3 %), alors que les garçons le sous-estiment plus fréquemment (21,7 % contre 11,2 % des filles). La fréquence de la surestimation du poids diminue avec l'âge, en particulier chez les filles, tandis que la sous-estimation augmente avec l'âge mais uniquement chez les garçons. En outre, les adolescents issus de familles peu aisées surestiment moins souvent leur poids.

Activité physique et effets sur la santé

L'activité physique est essentielle pour la santé des adolescents et ne pas en pratiquer est souvent la cause d'une dégradation du bien-être et d'une augmentation du statut pondéral. Afin d'étudier cette association au Luxembourg, quatre niveaux d'activité physique ont été définis pour les questions sur l'activité physique : « Physiquement inactif », « Peu actif », « Actif » et « Très actif ». Ces niveaux ont été analysés à l'aune du bien-être et du statut pondéral des

adolescents. Les adolescents très actifs affichent les niveaux de bien-être les plus élevés dans tous les groupes d'âge. Par ailleurs, le bien-être des adolescents diminue lorsque le niveau d'activité physique décroît et ce, quel que soit l'âge. En matière de surcharge pondérale et d'obésité, le niveau d'activité physique est négativement associé au statut pondéral, après contrôle de l'apport alimentaire (consommation de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de sucreries). Moins un adolescent pratique une activité physique et plus il risque d'être en surcharge pondérale ou obèse.

Conclusions et perspectives

Les comportements liés à la santé, le statut pondéral et l'image corporelle des adolescents au Luxembourg en 2022 sont principalement liés au genre, à l'âge et à l'aisance familiale. Par exemple, les filles déclarent davantage se brosser les dents et moins consommer de boissons sucrées, alors que les garçons prennent plus régulièrement un petit-déjeuner, suivent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, et consomment moins souvent des sucreries. En termes de statut pondéral, les garçons sont beaucoup plus nombreux à être en surpoids ou obèses, ils se voient plus souvent trop maigres et sous-estiment leur statut pondéral. Les filles, quant à elles, sont plus nombreuses à être maigres, elles se perçoivent plus souvent comme trop grosses, et surestiment leur statut pondéral. Un schéma plus défini se dessine en fonction de l'âge et de l'aisance familiale. Les adolescents plus jeunes font état de comportements plus sains et d'un meilleur statut pondéral que leurs pairs plus âgés. Les adolescents issus de familles peu aisées sont davantage susceptibles de faire état de mauvaises habitudes alimentaires, de faibles niveaux d'activité physique, d'une prise de petit-déjeuner moins régulière, de surpoids ou d'obésité. Par ailleurs, l'activité physique est associée de manière exponentielle à un bien-être accru et à une diminution des risques de surpoids et d'obésité. Le Luxembourg a déjà mis en place différentes initiatives visant à encourager un mode de vie plus sain. À l'avenir, les stratégies devraient être axées sur le développement ou le renforcement des programmes ciblant les sous-groupes identifiés comme présentant une faible hygiène de vie.

Comportements liés à la santé

Comportements liés à la santé

L'inactivité physique, les risques alimentaires et l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) figuraient parmi les principaux facteurs de risque associés à la mortalité entre 1990 et 2019, toutes causes confondues, à l'échelle mondiale (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Le *World Obesity Atlas* prévoit que l'obésité chez les enfants et les adolescents de 5 à 19 ans augmentera de 8 points de pourcentage pour les garçons et de 6 points de pourcentage pour les filles d'ici à 2035 en Europe (World Obesity Federation, 2022). Au Luxembourg en particulier, l'obésité chez les enfants et les adolescents devrait augmenter de 2,4 % chaque année, entre 2020 et 2035, selon la même publication.

L'adoption de bonnes habitudes en matière de santé dès l'enfance est bénéfique à plusieurs égards, tels que la condition physique, la santé cardiométabolique, la santé osseuse, la santé mentale et cognitive ou la réduction de l'adiposité (Bull et al., 2020; World Health Organization, 2022). Toutefois, la prévalence d'une activité physique insuffisante a diminué chez les garçons et est restée stable chez les filles entre 2001 et 2016 (Guthold et al., 2020). Cette diminution à l'échelle mondiale s'observe également au Luxembourg, où, entre 2006 et 2018, le pourcentage de jeunes faisant de l'exercice au moins 4 fois par semaine a diminué (passant de 40 % à 35 %) tandis que le pourcentage d'adolescents en surpoids a augmenté (passant de 14 à 19 % ; Heinz, van Duin, et al., 2020).

Il convient de souligner également que les comportements en matière de santé peuvent avoir un impact sur les indicateurs économiques, tels que les coûts de santé liés aux maladies non transmissibles (Forster et al., 2011). Les bénéfices sont immédiats lorsqu'on investit dans la santé et le bien-être des adolescents, et il est fort probable que ces bénéfices perdurent à l'âge adulte (Patton et al., 2016).

En 2022, 9 432 élèves, répartis dans 688 classes et 152 écoles, ont répondu à un questionnaire anonyme sur papier pendant leurs heures de classe. Le présent rapport porte sur un total de 7 893 élèves âgés de 11 à 18 ans scolarisés dans les écoles publiques et privées du Luxembourg qui suivent le programme national¹. Il vise à présenter un aperçu des comportements liés à la santé et de certains de leurs effets sur la santé des adolescents au Luxembourg en 2022. Cette publication s'intéresse en particulier à l'activité physique, aux comportements alimentaires, aux soins dentaires, au statut pondéral et à l'image corporelle. Ce rapport s'inscrit dans une série de publications qui examine les résultats de l'enquête HBSC 2022 au Luxembourg. Les autres rapports sont dédiés à la santé mentale, la perception des effets de la pandémie de COVID-19, l'étude des tendances de 2006 et 2022, les comportements à risque et le contexte social. Cette série de rapports a pour objectif de présenter un aperçu de la santé et des comportements liés à la santé des adolescents au Luxembourg en 2022.

¹ Pour de plus amples renseignements concernant la population étudiée, cf. Catunda, Mendes et Lopes Ferreira (2023).

Habitudes en matière de petit-déjeuner

Le petit-déjeuner est considéré comme le repas le plus important de la journée (Rampersaud et al., 2005). La prise régulière d'un petit-déjeuner peut jouer favorablement sur l'IMC (Albertson et al., 2007), sur les résultats scolaires (Adolphus et al., 2016; Cohen et al., 2021), sur la qualité de l'alimentation (Nicklas et al., 2000; Rampersaud et al., 2005) et sur la santé mentale (Zahedi et al., 2022). De plus, les adolescents qui sautent le petit-déjeuner sont aussi plus susceptibles de présenter d'autres comportements néfastes pour la santé (Vereecken et al., 2009).

Les adolescents ont répondu à la question suivante : « Combien de jours par semaine prends-tu un petit-déjeuner (plus qu'un verre de lait ou de jus de fruits) » les jours d'école et le week-end, car les habitudes en matière de petit-déjeuner peuvent varier selon les jours de la semaine. Dans le Tableau 1, on peut observer que 45,6 % des élèves prennent un petit-déjeuner les cinq jours de la semaine et 32,7 % n'en prennent jamais en semaine. En outre, deux tiers des adolescents prennent un petit-déjeuner les deux jours du week-end et 16,4 % n'en prennent jamais pendant le week-end.

Au Luxembourg, le nombre d'adolescents qui prennent un petit-déjeuner pendant les jours d'école est moins élevé par rapport aux adolescents d'autres pays participant à l'enquête HBSC 2022. En Estonie et en Écosse ils sont plus de 50 %, et au Portugal plus de 60 % (Gaspar et al., 2022; Inchley et al., 2023; Paksööt et Oja, 2023). Bien que la tranche d'âge soit moins large dans ces pays (11 à 16 ans), le pourcentage d'adolescents au Luxembourg qui prennent un petit-déjeuner les jours d'école reste plus faible si l'on se limite à cette même tranche d'âge (47,3 %).

De plus, le pourcentage de ceux qui prennent un petit-déjeuner les jours d'école et le week-end a diminué par rapport à l'enquête HBSC 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020), et est en baisse depuis 2006 (Heinz, van Duin, et al., 2020). Ce recul, toutefois, n'est pas un phénomène propre au Luxembourg : il s'observe dans toute l'Europe (Lazzeri et al., 2023). Malheureusement, ce comportement peut persister à l'âge adulte (Pearson et al., 2009).

Tableau 1 : Répartition des réponses sur les habitudes en matière de petit-déjeuner

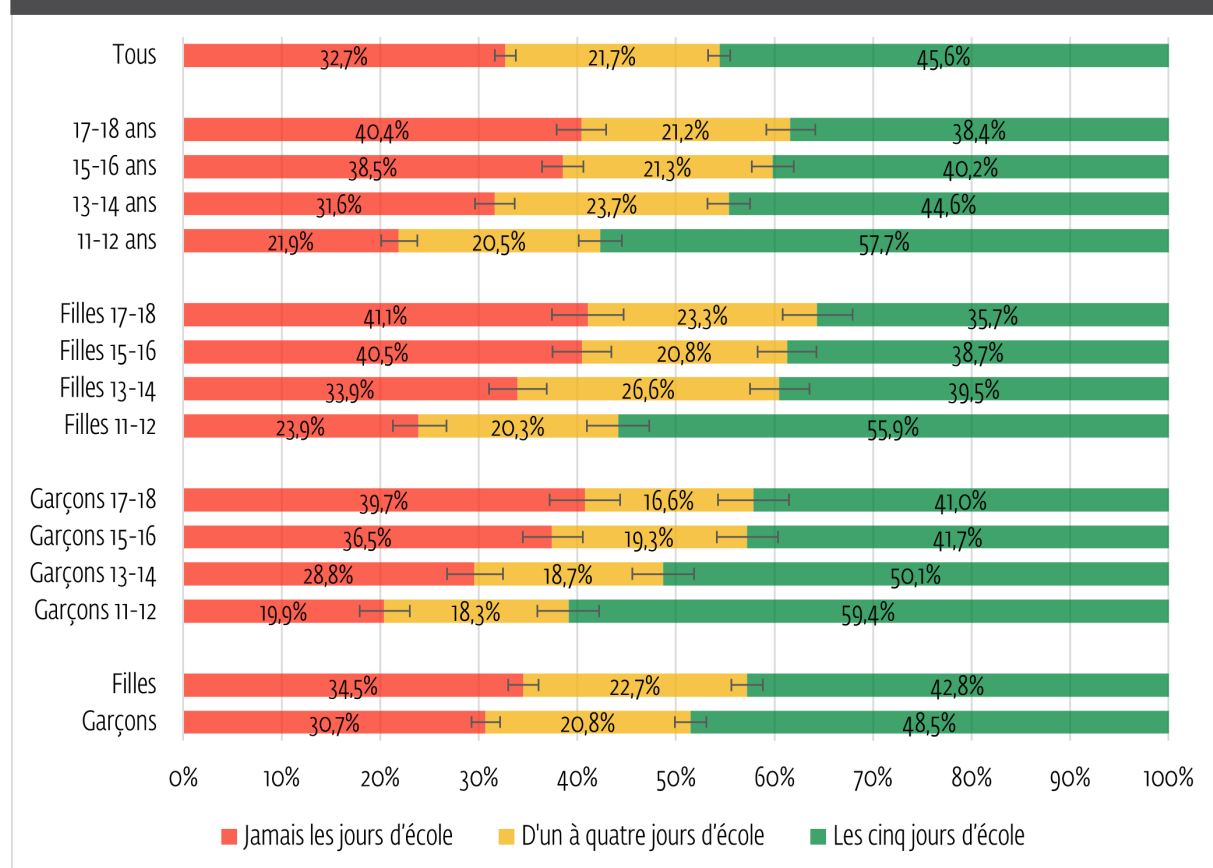
« Combien de jour par semaine prends-tu un petit-déjeuner... ? »			
Les jours d'école		Le week-end	
32,7 %	Je ne prends jamais de petit-déjeuner les jours d'école	16,4 %	Je ne prends jamais de petit-déjeuner le week-end
5,2 %	Un jour	17,1 %	Un seul jour du weekend
5,6 %	Deux jours	66,5 %	Les deux jours du weekend
6,2 %	Trois jours		
4,7 %	Quatre jours		
45,6 %	Cinq jours		

Dans ce qui suit, on s'intéresse uniquement aux habitudes en matière de petit-déjeuner pendant les jours d'école, car c'est l'indicateur qui reflète le mieux la régularité de la prise de petit-déjeuner par rapport au week-end. Les réponses, variant de 1 (« Je ne prends jamais de petit-déjeuner les jours d'école ») à 6 (« Cinq jours »), ont été classées en trois catégories : « Jamais les jours d'école », « D'un à quatre jours d'école » et « Les cinq jours d'école ».

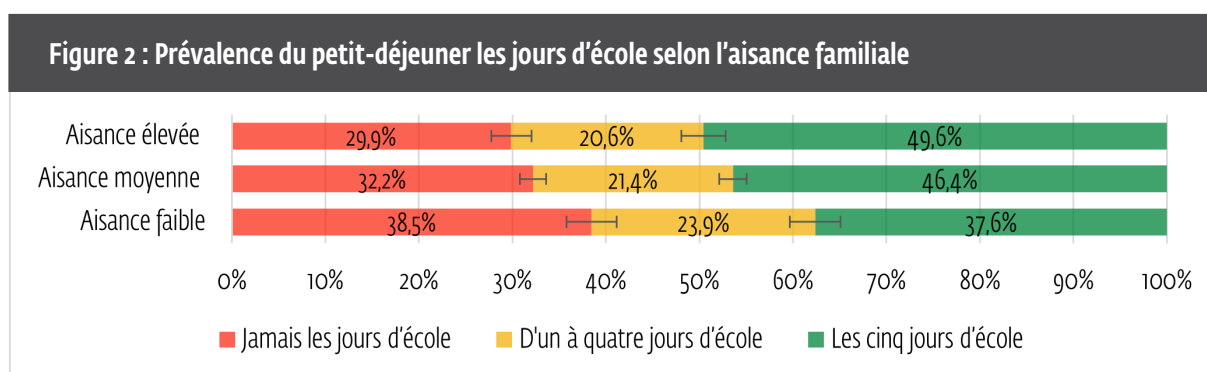
Les filles sautent le petit-déjeuner plus souvent que les garçons les jours d'école (57,2 % contre 51,5 %, respectivement ; cf. Figure 1). À l'échelle internationale, on observe la même tendance selon le genre en Écosse, au Portugal, en Autriche et en Italie (Felder-Puig et al., 2023; Gaspar et al., 2022; Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023; Inchley et al., 2023; Page et al., 2023).

De plus, alors que 57,7 % des adolescents âgés de 11 à 12 ans prennent un petit-déjeuner chaque jour d'école, ce pourcentage diminue à 44,6 % pour les 13-14 ans, 40,2 % pour les 15-16 ans et 38,4 % pour les 17-18 ans. Toutefois cette tendance selon l'âge est légèrement différente si l'on regarde la répartition selon le genre. Le pourcentage de garçons prenant un petit-déjeuner tous les jours d'école décroît de manière linéaire jusqu'à l'âge de 16 ans. Les filles connaissent une forte baisse entre l'âge de 11-12 ans et de 13-14 ans, puis le pourcentage de filles prenant un petit-déjeuner se stabilise en grandissant. Le Luxembourg suit une tendance similaire à celle de l'Écosse et de l'Italie (Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023; Inchley et al., 2023; Page et al., 2023), où les adolescents plus jeunes prennent un petit-déjeuner plus souvent les jours d'école, mais diffère de celle du Portugal où ce sont les élèves plus âgés qui prennent plus souvent un petit-déjeuner les jours d'école (Gaspar et al., 2022).

Figure 1 : Prévalence du petit-déjeuner les jours d'école selon l'âge et le genre



Les élèves issus de familles peu aisées déclarent prendre un petit-déjeuner moins souvent chaque jour de l'école que les adolescents issus de familles moyennement aisées ou très aisées. De plus, ils déclarent également plus souvent ne jamais prendre de petit-déjeuner (Figure 2). Cette association entre les habitudes en matière de petit-déjeuner et l'aisance familiale s'observe dans d'autres pays d'Europe (Lazzeri et al., 2023).



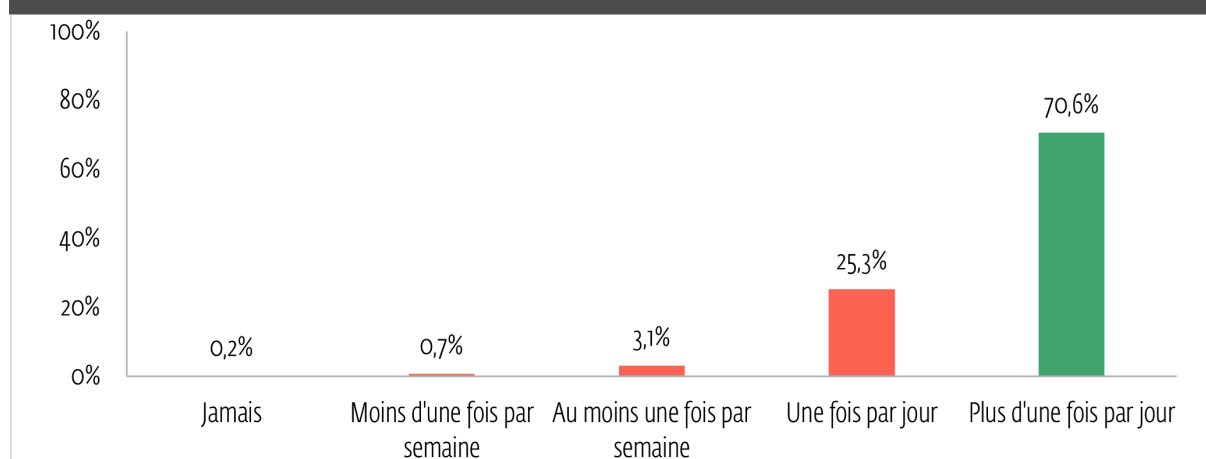
La prévalence du petit-déjeuner les jours d'école selon le statut migratoire, la structure familiale et l'ordre d'enseignement est présentée en annexe (cf. Figure 29 et Tableau 6). Les adolescents qui ne sont pas issus de l'immigration sont plus susceptibles de prendre un petit-déjeuner les jours d'école que les adolescents issus de l'immigration. En outre, ceux qui vivent avec leurs deux parents sont plus susceptibles de prendre un petit-déjeuner tous les jours d'école et moins susceptibles de ne jamais en prendre. Si l'on considère l'ordre d'enseignement, les adolescents scolarisés dans l'enseignement fondamentale (EF), dans l'enseignement secondaire classique (ESC) – classes inférieures et l'ESC – classes supérieures sont plus susceptibles de déclarer prendre un petit-déjeuner les jours de semaine et, par conséquent, ont moins tendance à déclarer qu'ils ne prennent jamais de petit-déjeuner en semaine. Ces résultats peuvent, toutefois, refléter l'hétérogénéité des ordres d'enseignement scolaires en termes d'âge et d'aisance familiale (Catunda, Mendes et Lopes Ferreira, 2023).

Habitudes en matière de soins dentaires

Le brossage des dents est un comportement essentiel pour le maintien de l'hygiène bucco-dentaire. Ce comportement prévient les maladies non transmissibles, les maladies parodontales et les caries (Løe, 2000; Oliveira et al., 2010), et peut contribuer à une meilleure qualité de vie (Locker et al., 2002). Ainsi, il est recommandé de se brosser les dents deux fois par jour (Kumar et al., 2016) pour maintenir une bonne hygiène dentaire.

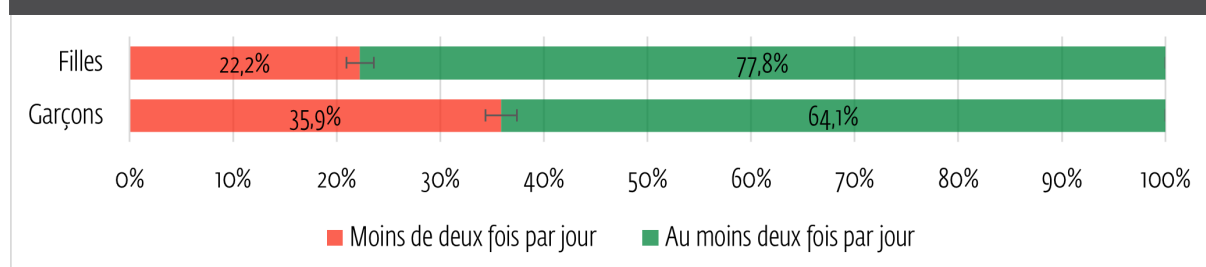
Dans l'enquête HBSC 2022, les adolescents ont répondu à la question « Combien de fois te brosses-tu les dents ? » sur une échelle allant de 1 (« Plus d'une fois par jour ») à 5 (« Jamais »). La Figure 3 montre que 70,6 % des adolescents au Luxembourg se brossent les dents « plus d'une fois par jour » et qu'un quart des participants ont déclaré le faire seulement une fois par jour.

Figure 3 : Répartition des réponses sur le brossage de dents

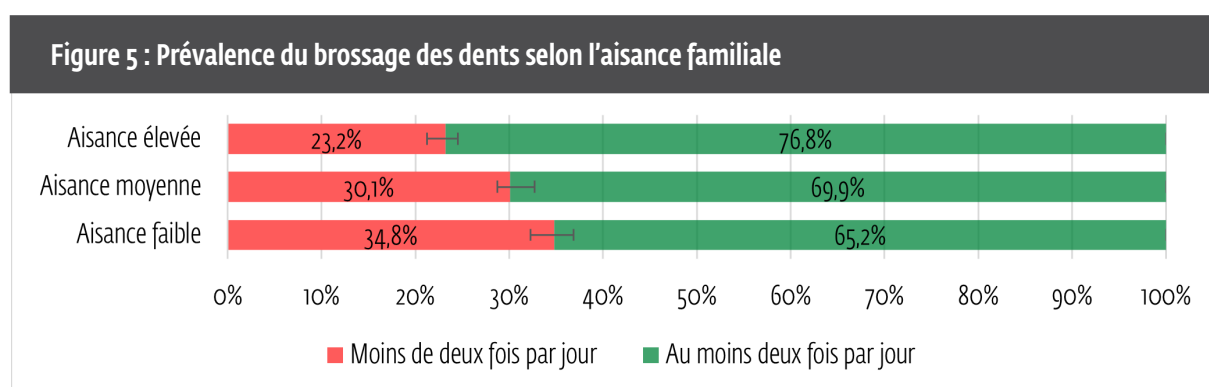


Pour une analyse plus approfondie, les réponses ont été divisées en deux groupes : « Au moins deux fois par jour » et « Moins de deux fois par jour ». La Figure 4 illustre la prévalence du brossage de dents selon le genre. Il en ressort que les filles sont davantage susceptibles que les garçons de se brosser les dents au moins deux fois par jour (77,8 % contre 64,1 %). Ces résultats sont similaires à ceux de l'enquête de 2018 : au total 70 % des adolescents se brossaient les dents au moins deux fois par jour, cette part étant de 78,0 % chez les filles et de 62,5 % chez les garçons (Heinz, Kern, et al., 2020). Cette même tendance s'observe en Écosse (Inchley et al., 2023).

Figure 4 : Prévalence du brossage des dents selon le genre



L'hygiène dentaire est associée à l'aisance familiale, comme le montre la Figure 5 : on peut distinguer d'une part le brossage des dents chez les adolescents issus de familles aisées (76,8 %) et, d'autre part, chez ceux issus de familles moyennement aisées (69,9 %) ou peu aisées (65,2 %). Cette association est similaire à celle observée en 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020).



L'âge est faiblement associé à la fréquence du brossage de dents chez les adolescents, et cette association ne s'observe que chez les garçons. Le pourcentage de garçons qui se brossent les dents au moins deux fois par jour diminue en grandissant. La structure familiale n'est que faiblement associée à ce comportement, et le statut migratoire ne présente aucune association significative avec ce comportement. La fréquence du brossage de dents varie en fonction de l'ordre d'enseignement suivant une distribution similaire à celle précédemment rapportée : les adolescents scolarisés en EF, ESC – classes inférieures et ESC – classes supérieures sont plus susceptibles de déclarer se brosser les dents au moins deux fois par jour (cf. Figure 30 et Tableau 7 en annexe), bien que cette tendance puisse être le reflet des résultats liés à l'aisance familiale et à l'âge (voir Catunda, Mendes et Lopes Ferreira, 2023).

Nutrition

Les comportements alimentaires sains sont associés à plusieurs effets positifs sur la santé des jeunes (Wang et al., 2014) et nécessitent une attention toute particulière, car les comportements adoptés à cette période de la vie ont tendance à perdurer à l'âge adulte (Craigie et al., 2011). Ainsi, les adolescents devraient augmenter leur consommation de fruits et légumes, et diminuer leur consommation de sucreries et de boissons sucrées (World Health Organization, 2015; World Health Organization et FAO of the United Nations, 2005). En conséquence, l'OMS préconise une consommation quotidienne de 400 grammes ou 5 portions de fruits et légumes (OMS et FAO, 2005). En ce qui concerne les sucreries et les boissons sucrées, l'OMS recommande vivement que l'apport énergétique en sucres libres ne dépasse pas 10 % de la ration énergétique quotidienne des enfants et des adolescents et, si possible, que cette quantité soit ramenée à moins de 5 % (World Health Organization, 2015). Toutefois, en 2018, près de la moitié des adolescents en Europe ne consommaient pas de fruits ou de légumes quotidiennement, et un sur six consommait des boissons sucrées au moins une fois par jour, selon le Rapport international HBSC, qui portait sur 45 pays et régions (Inchley et al., 2020).

L'enquête HBSC comporte des questions sur la consommation de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de sucreries. Pour chaque type de produit, il est demandé aux adolescents d'indiquer combien de fois ils consomment ces produits sur une échelle allant de 1 « Jamais » à 7 « Plus d'une fois par jour ». Au Luxembourg en 2022, 12,0 % des adolescents ne mangeaient pas de fruits ou de légumes hebdomadairement (catégories « Moins d'une fois par semaine et « Jamais » ; voir le Tableau 2). Ces résultats font écho à ceux de l'enquête HBSC de 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020), dans laquelle 11,7 % des adolescents déclaraient ne pas manger de fruits et 12,4 % déclaraient ne pas manger de légumes hebdomadairement.

Tableau 2 : Répartition des réponses sur les habitudes de consommation

Combien de fois par semaine manges-tu ou bois tu des ?	Jamais	Moins d'une fois par semaine	Une fois par semaine	2 à 4 jours par semaine	5 à 6 jours par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Fruits	3,0 %	9,0 %	12,0 %	28,0 %	13,0 %	18,0 %	17,0 %
Légumes	4,3 %	7,7 %	9,5 %	23,0 %	18,6 %	20,5 %	16,5 %
Sucreries	2,8 %	12,5 %	16,5 %	27,6 %	12,9 %	16,9 %	10,8 %
Boissons sucrées	9,8 %	18,6 %	15,2 %	21,9 %	10,8 %	12,3 %	11,4 %

En ce qui concerne la consommation de sucreries et de boissons sucrées, le pourcentage des adolescents qui n'en consomment jamais ou en consomment moins d'une fois par semaine a diminué par rapport à l'enquête HBSC précédente (Heinz, Kern, et al., 2020). Les adolescents sont 18,9 % en 2018 et 15,3 % en 2022 à consommer des sucreries moins d'une fois par semaine ou jamais. De même, le pourcentage d'adolescents consommant des boissons sucrées moins d'une fois par semaine ou jamais était de 31,6 % en 2018 et de 28,4 % en 2022 (Heinz, Kern, et al., 2020).

Fruits et légumes

Dans ce qui suit, les questions relatives à la consommation de fruits et de légumes ont été combinées en une seule variable comprenant trois catégories de réponse : « Au plus une fois par semaine », « Pas tous les jours » et « Au moins une fois par jour » (cf. Tableau 3). La catégorie « Au plus une fois par semaine » (surlignée en rouge) correspond aux adolescents qui consomment des fruits ou des légumes (ou les deux) au plus une fois par semaine. La catégorie « Pas tous les jours » (surlignée en jaune) comprend ceux qui consomment des fruits et légumes dans la semaine, mais pas tous les jours. Enfin, la catégorie « Au moins une fois par jour » (surlignée en vert) comprend les adolescents qui mangent des fruits et des légumes une fois par jour ou plus.

Le Tableau 3 illustre la répartition de la consommation de fruits et légumes. La majorité des adolescents (64,0 %) déclarent manger des fruits et des légumes dans la semaine, mais pas tous les jours. Ils sont 11,5 % à déclarer consommer des fruits et légumes au plus une fois par semaine. Par contraste, 24,4 % d'entre eux déclarent en consommer au moins une fois par jour. Ces pourcentages sont donc similaires à ceux observés en 2018 (63,3 %, 11,5 % et 25,5 %, respectivement ; Heinz, Kern, et al., 2020).

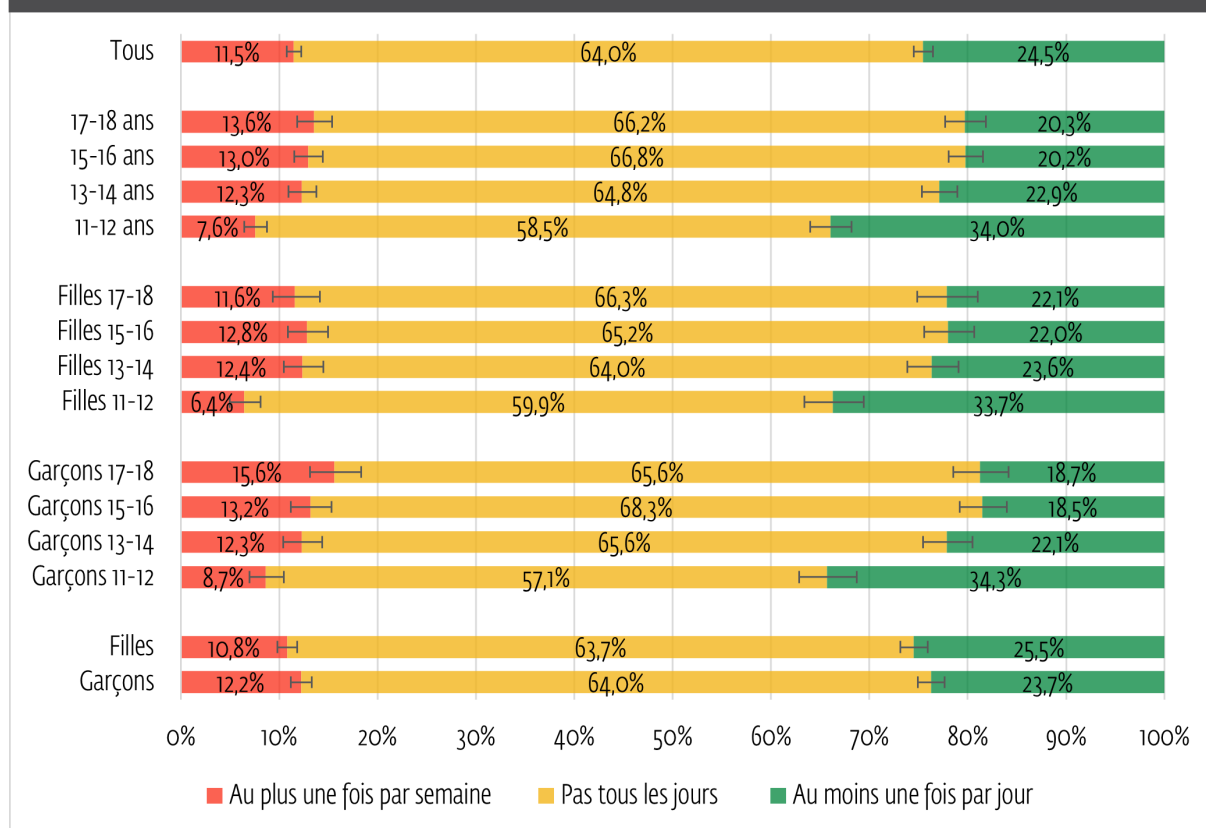
Tableau 3 : Répartition des réponses sur la consommation de fruits et légumes

		Fruits					
		Jamais	Moins d'une fois par semaine	Une fois par semaine	2 à 4 jours par semaine	5 à 6 jours par semaine	Une fois par jour
Légumes	Jamais	1,2 %	1,1 %	0,6 %	0,6 %	0,2 %	0,3 %
	Moins d'une fois par semaine	0,4 %	2,1 %	1,9 %	1,9 %	0,4 %	0,4 %
	Une fois par semaine	0,3 %	1,5 %	2,4 %	3,5 %	0,7 %	0,5 %
	2 à 4 jours par semaine	0,3 %	2,2 %	3,7 %	9,8 %	3,4 %	1,5 %
	5 à 6 jours par semaine	0,3 %	0,9 %	1,9 %	6,7 %	4,7 %	1,5 %
	Une fois par jour	0,2 %	0,7 %	1,1 %	3,4 %	2,8 %	8,1 %
	Plus d'une fois par jour	0,2 %	0,5 %	0,7 %	1,9 %	1,0 %	3,6 %

En général et contrairement à l'enquête de 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020), la consommation de fruits et légumes n'est pas liée au genre. En 2022, 10,8 % des filles déclaraient manger des fruits et légumes au plus une fois par semaine, contre 12,2 % des garçons. En raison de la légère augmentation chez les filles (10,2 % en 2018) et de la légère diminution chez les garçons (12,5 % en 2018), la différence entre les genres n'est plus significative.

Par ailleurs, les résultats montrent que cette consommation est fonction de l'âge : plus on est jeune, plus la consommation de fruits et de légumes est fréquente (34,0% chez les jeunes de 11-12 ans contre 22,9 % chez les 13-14 ans ; 20,2 % chez les 15-16 ans ; 20,3 % chez les 17-18 ans ; cf. Figure 6). En outre, le pourcentage de ceux qui ne consomment jamais de fruits et légumes, ou au plus une fois par semaine, double presque entre la tranche d'âge des 11-12 ans et les autres tranches d'âge, quel que soit le genre. Dans les autres pays participant à l'enquête HBSC, on observe un profil d'âge similaire dans la consommation de fruits et légumes, les plus jeunes adolescents déclarant une consommation plus élevée de ces aliments (Felder-Puig et al., 2023; Gaspar et al., 2022).

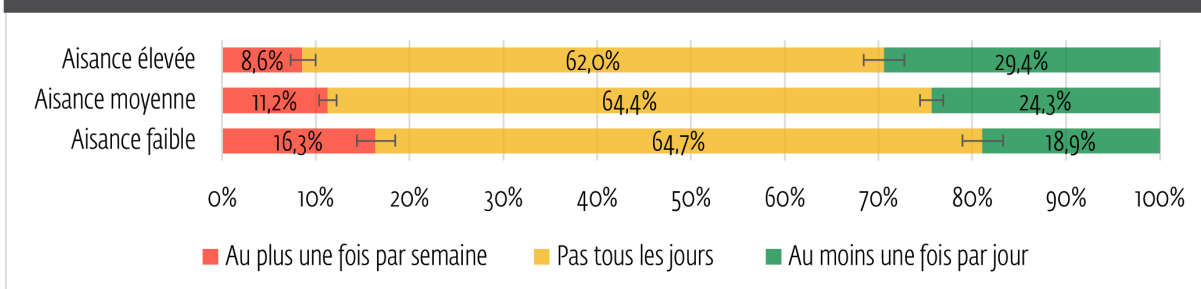
Figure 6 : Consommation combinée de fruits et légumes selon l'âge et le genre



Dans la Figure 7, les résultats montrent que la consommation de fruits et légumes est également associée à l'aisance familiale : plus la famille est aisée, plus la consommation de fruits et légumes est fréquente (familles peu aisées : 18,9 % ; familles moyennement aisées : 24,3 % ; familles très aisées : 29,4 %). On observe le même type de tendance en 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020), malgré une légère augmentation du nombre d'adolescents issus de familles peu aisées ayant déclaré ne jamais consommer de fruits et légumes ou en consommer au plus une fois par semaine (15,6 % en 2018 contre 16,3 % en 2022 ; Heinz, Kern, et al., 2020).

Comme on l'a constaté auparavant pour d'autres comportements liés à la santé, la structure familiale n'est que faiblement associée à la consommation de fruits et légumes, et le statut migratoire n'y est pas associé. De même, les élèves scolarisés en EF, ESC – classes inférieures et ESC – classes supérieures déclarent plus fréquemment manger des fruits et légumes au moins une fois par jour. En outre, les élèves en formation professionnelle figurent parmi ceux qui déclarent le moins consommer ces produits au moins une fois par semaine (cf. Figure 31 et Tableau 8 en annexe).

Figure 7 : Consommation combinée de fruits et légumes selon l'aisance familiale



Sucreries

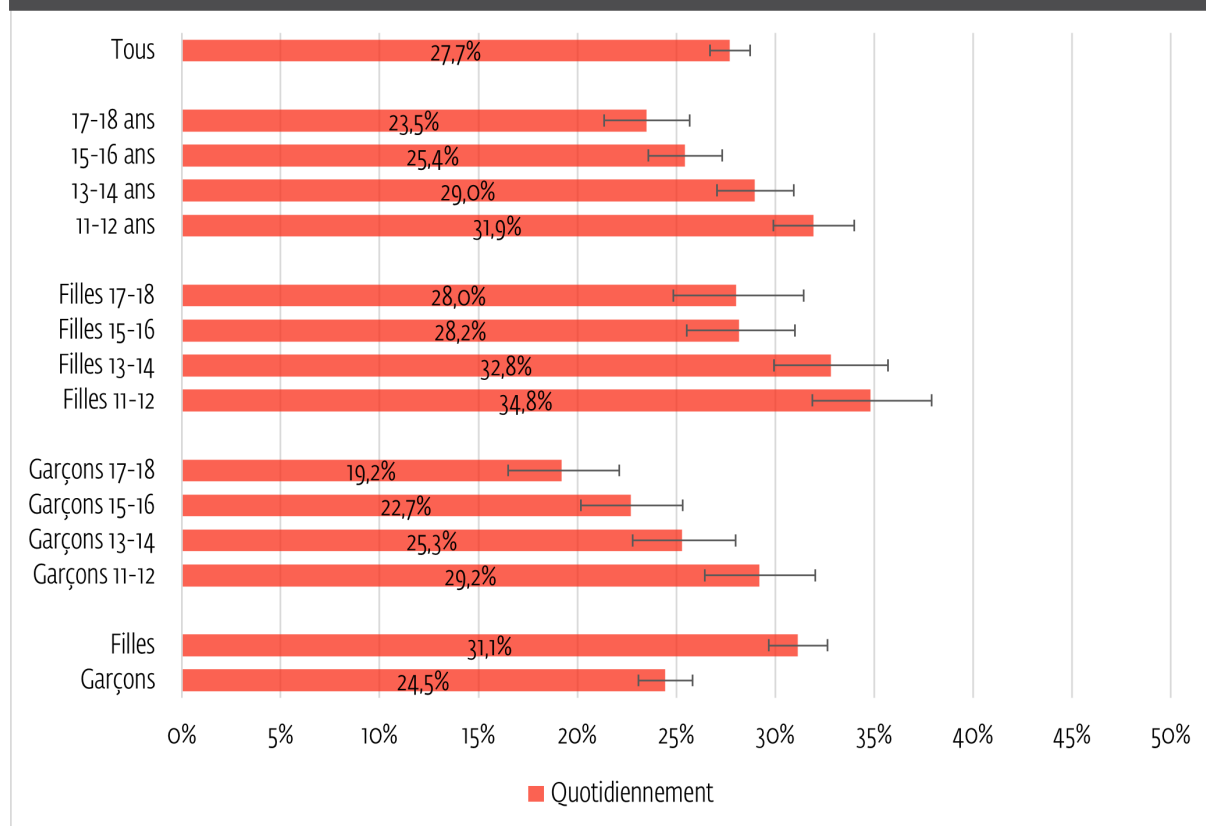
Dans ce qui suit, la consommation de sucreries a été examinée en fonction de trois catégories : « Quotidiennement », « D'un à six jours par semaine », « Moins d'une fois par semaine ». En général, 27,7 % des adolescents au Luxembourg déclarent manger des sucreries quotidiennement (Figure 8). Par rapport à l'enquête 2018, la part d'adolescents consommant des sucreries a augmenté de 2,6 points (27,7 % en 2022 contre 25,1 % en 2018).

Les filles consomment des sucreries tous les jours dans une plus grande mesure que les garçons (31,1 % contre 24,5 %, Figure 8). Cette association entre la consommation quotidienne de sucreries et le genre se retrouve dans d'autres pays participant à l'enquête HBSC (Felder-Puig et al., 2023; Gaspar et al., 2022; Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023), où les filles affichent une plus grande consommation de sucreries que les garçons. Par rapport à l'enquête de 2018, la consommation de sucreries a augmenté de 2 points chez les garçons et de 3 points chez les filles (en 2018 : 22 % des garçons contre 28 % des filles ; Heinz, Kern, et al., 2020). Ainsi, l'écart entre les genres était de 3 points en 2006 et 2014, puis s'est creusé pour atteindre 6 points en 2018 et 7 points en 2022 (Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study, 2023).

La consommation de sucreries est également associée à l'âge : les plus jeunes en mangent davantage que les plus âgés, quel que soit leur genre (31,9 % chez les 11-12 ans contre 23,5 % chez les 17-18 ans ; cf. Figure 8). Cette baisse de la consommation de sucreries en fonction de l'âge s'observe également en Autriche (Felder-Puig et al., 2023), mais diffère des habitudes des adolescents en Écosse, où aucune tendance liée à l'âge n'a été observée. Entre 2018 et 2022, l'augmentation du pourcentage d'élèves consommant des sucreries quotidiennement est plus marquée parmi les groupes plus jeunes. En 2018, 25 % de garçons et 28 % de filles âgés de 11 à 12 ans consommaient des sucreries quotidiennement, contre respectivement 29 % et 35 % en 2022 (Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study, 2023).

Les adolescents qui ne sont pas issus de l'immigration ont déclaré plus souvent consommer des sucreries tous les jours que ceux issus de l'immigration (32,7 % non issus de l'immigration, 25,4 % issus de la deuxième génération d'immigrés, 26,1 % issus de la première génération). L'aisance familiale est également associée à la consommation quotidienne de sucreries, alors que la structure familiale n'y est que faiblement associée. En termes d'ordre d'enseignement, la consommation quotidienne de sucreries est plus répandue en EF, ESG – voie de préparation, ESC – classes inférieures et ESC – classes supérieures (cf. Figure 32 et Tableau 9 en annexe), bien que les résultats reflètent un effet de l'âge.

Figure 8 : Consommation quotidienne de sucreries selon l'âge et le genre



Boissons sucrées

De même que la consommation de sucreries, la consommation de boissons sucrées a été examinée selon trois catégories : « Tous les jours », « D'un à six jours par semaine », « Moins d'une fois par semaine ». En 2022, 23,7 % des adolescents au Luxembourg déclaraient consommer des boissons sucrées quotidiennement (cf. Figure 9). Cette consommation est restée stable depuis 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020). La prévalence de la consommation de boissons sucrées chez les adolescents au Luxembourg (23,1 % des adolescents âgés de 11 à 16 ans) est plus élevée que celle de leurs pairs du même âge au Portugal (12,2 %) et en Écosse (21 % ; Gaspar et al., 2022; Inchley et al., 2023).

Ce comportement est plus répandu chez les garçons (25,9 %) que chez les filles (21,4 %), et les élèves plus jeunes sont moins susceptibles de consommer ces boissons (19,3 % chez les 11-12 ans contre 25,6 % chez les 13-14 ans ; 24,3 % chez les 15-16 ans et 26,0 % chez les 17-18 ans ; cf. Figure 9). On observe la même tendance dans d'autres pays, tels que le Portugal, l'Écosse, l'Italie et l'Autriche (Felder-Puig et al., 2023; Gaspar et al., 2022; Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023; Inchley et al., 2023; Page et al., 2023). Au Luxembourg, toutefois, cette augmentation en fonction de l'âge est plutôt spécifique aux garçons, car la consommation de boissons sucrées chez les filles est similaire dans toutes les tranches d'âge. La consommation quotidienne de boissons sucrées est associée à l'aisance familiale (cf. Figure 10). Les adolescents issus de familles peu aisées sont 28,6 % à déclarer boire de telles boissons au quotidien, contre 20,2 % des adolescents issus de familles très aisées. Ce même résultat s'observe également en Écosse en 2022 (Inchley et al., 2023; Page et al., 2023).

Figure 9 : Consommation quotidienne de boissons sucrées selon l'âge et le genre

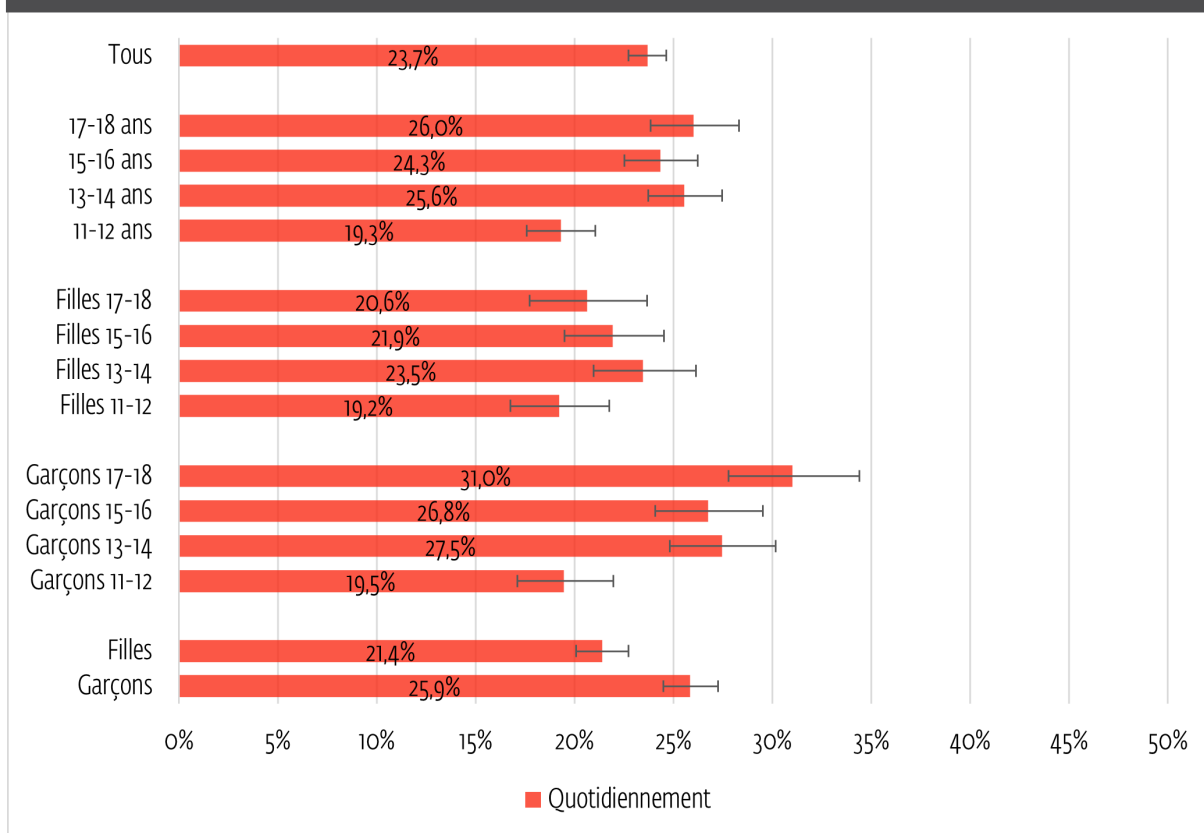
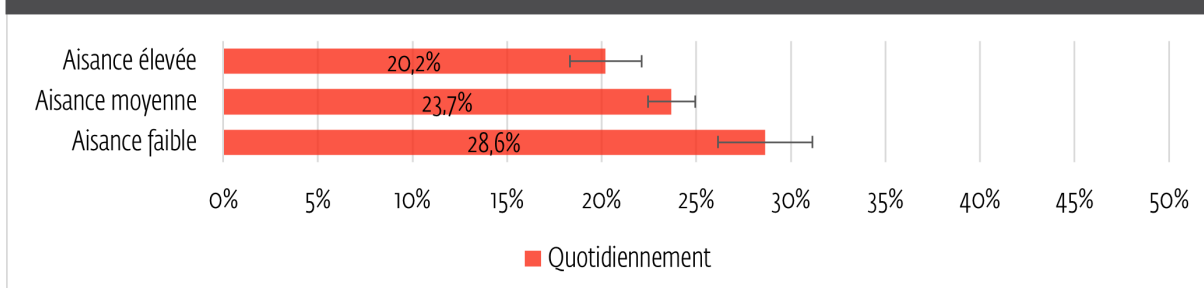


Figure 10 : Consommation quotidienne de boissons sucrées selon l'aisance familiale



Les adolescents vivant avec leurs deux parents et scolarisés en EF et ESC – classes supérieures sont moins nombreux à consommer des boissons sucrées moins d'une fois par semaine. En revanche, les élèves en ESC – voie de préparation et formation professionnelle sont ceux qui consomment le plus souvent des boissons sucrées au quotidien. Enfin, la consommation de boissons sucrées n'est pas liée au statut migratoire (cf. Figure 33 et Tableau 10 en annexe).

Activité physique

La pratique d'une activité physique régulière est un facteur de prévention essentiel en matière de bonne santé (World Health Organization, 2018). Les avantages de l'activité physique chez les enfants et les adolescents sont associés à une meilleure forme physique et à une plus grande vitalité, à une meilleure confiance en soi et à un risque réduit d'obésité et de maladies connexes (Bull et al., 2020). L'activité physique est aussi excellente pour la santé mentale, notamment dans la prévention des symptômes de dépression et d'anxiété, et elle améliore la réussite scolaire des enfants et adolescents (Ian Janssen et LeBlanc, 2010). C'est d'ailleurs à l'adolescence que se prennent les bonnes habitudes en matière d'activité physique, ce qui fait de cette période de la vie un moment crucial pour en encourager la pratique sportive.

L'OMS estime que promouvoir l'activité physique est une priorité de santé publique et a élaboré, en 2018, le *Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030* (GAPPA; World Health Organization, 2019). Ce plan vise à promouvoir la pratique d'une activité physique afin que la population physiquement active augmente de 15 points de pourcentage d'ici à 2030. L'OMS recommande que les adolescents (a) consacrent en moyenne au moins 60 minutes par jour à une activité physique d'intensité modérée à soutenue, principalement d'endurance, tout au long de la semaine et (b) pratiquent au moins 3 fois par semaine des activités d'endurance d'intensité soutenue qui renforcent le système musculaire et l'état osseux (Bull et al., 2020).

Dans l'enquête HBSC, il a été demandé aux élèves de répondre à deux questions à propos de l'activité physique. La première question portait sur toutes les activités physiques modérées à soutenue ; la seconde, sur les activités physiques soutenues effectuées durant leur temps libre.

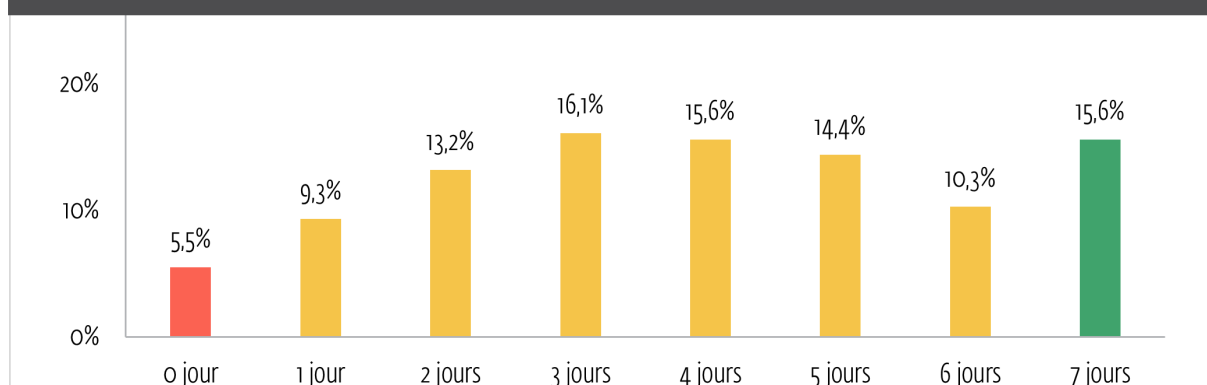
Activité physique modérée à soutenue

L'activité physique modérée à soutenue (APMS, *moderate to vigorous physical activity*) a été mesurée en fonction des items suivants : « Au cours des sept derniers jours, combien de jours as-tu fait une activité physique pendant au moins 60 minutes au total par jour ? ». Les modalités de réponse variaient de « 0 » à « 7 jours » et ont été ensuite catégorisées afin de différencier les adolescents ayant pratiqué une APMS (a) moins d'un jour par semaine, (b) d'un à six jours par semaine, et (c) quotidiennement (sept jours par semaine ; cf. Figure 11). Au total, 5,5 % des élèves ne pratiquent pas d'APMS en semaine et 15,6 % suivent les recommandations de l'OMS préconisant au moins 60 minutes d'APMS chaque jour. Si ce dernier résultat manifeste une augmentation par rapport aux 13 % enregistrés en 2018, le pourcentage affiché en 2022 est semblable à celui de 2006, puisque 15 % des adolescents pratiquaient alors une APMS chaque jour (Heinz, van Duin, et al., 2020). Comparé aux résultats émanant d'autres pays participant à l'enquête HBSC, le pourcentage d'adolescents du Luxembourg âgés de 11 à 15 ans et respectant la recommandation de l'OMS en matière d'APMS est inférieur à celui de l'Écosse (23 %), mais équivalent à celui de l'Estonie (16 % ; Inchley et al., 2023; Piskööt et Oja, 2023).

La pratique d'une APMS est clairement liée au genre (voir la Figure 12), puisqu'elle est deux fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (20,7 % contre 10,4 %). À l'inverse, le pourcentage d'adolescents pratiquant une telle activité moins d'un jour par semaine est près de deux fois supérieur chez les filles que chez les garçons (7,2 % contre 3,8 %). La littérature scientifique a mis en évidence cet écart entre les genres (Guthold et al., 2020), qui se retrouve dans d'autres pays participant à l'enquête HBSC 2022, tels que l'Écosse, l'Estonie et la Suède (Folkhälsomyndigheten, 2023;

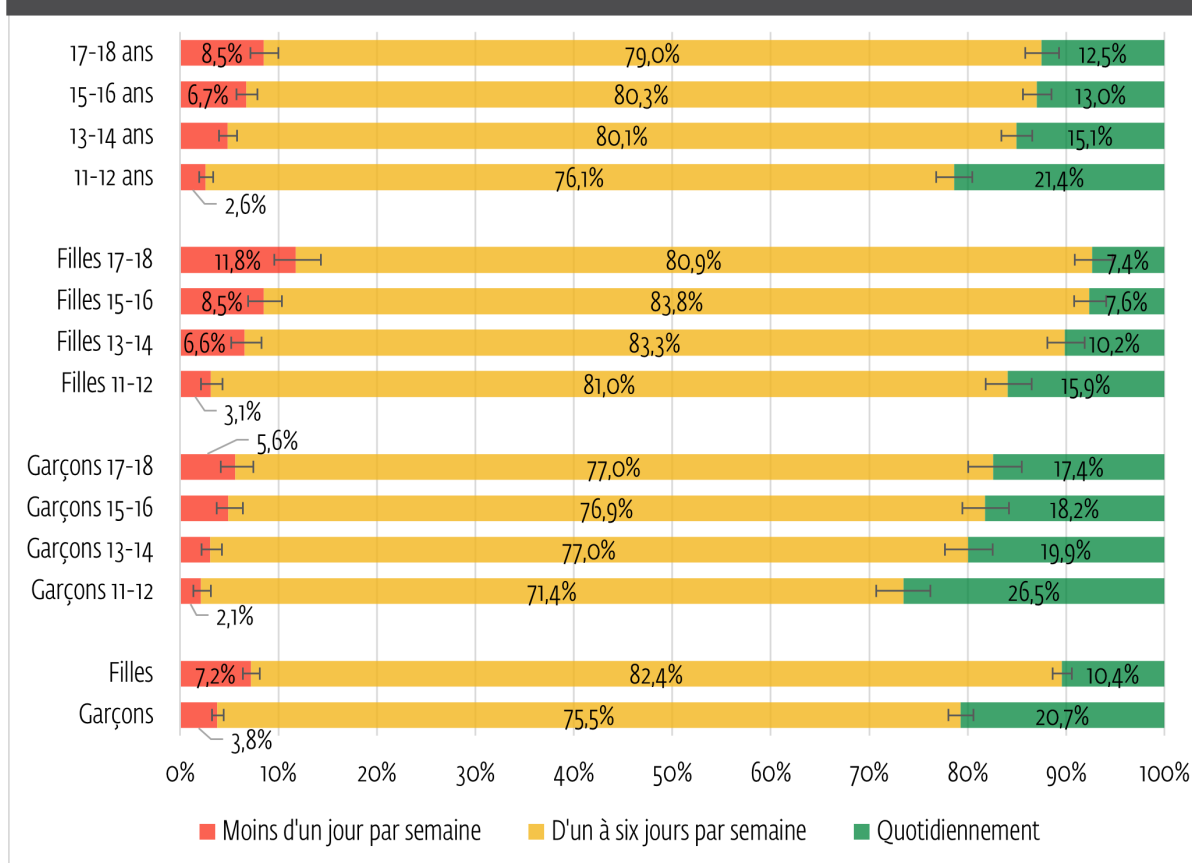
Inchley et al., 2023; Paksööt et Oja, 2023). En outre, une étude luxembourgeoise utilisant un accéléromètre a également mis en évidence cet écart, observant que 12,7 % des filles et 41,7 % des garçons respectaient les recommandations en matière d'APMS (Melanie Eckelt et al., 2020).

Figure 11 : Répartition des réponses en matière d'activité physique modérée à soutenue

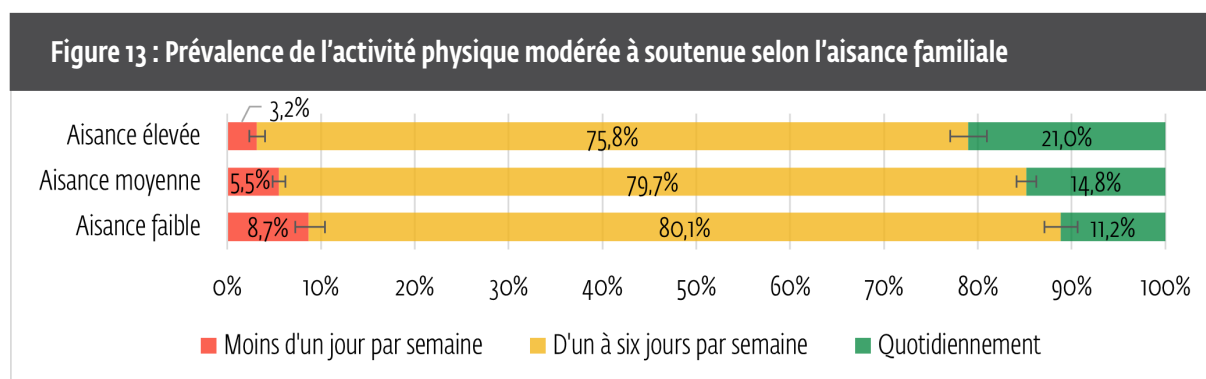


L'APMS est également associée à l'âge, les adolescents âgés de 11 à 12 ans pratiquant plus souvent ce type d'activité (21,4 %) que les plus âgés (15,1 % chez les 13-14 ans ; 13 % chez les 15-16 ans ; et 12,5 % chez les 17-18 ans). Le contraste est plus frappant chez les garçons que chez les filles (cf. Figure 12). Cette association entre activité physique, âge et genre s'observe partout dans le monde (Guthold et al., 2020).

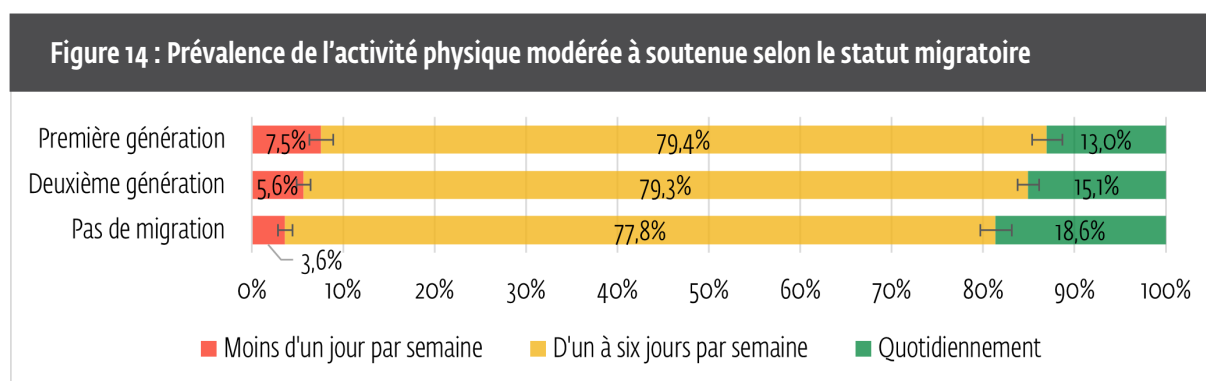
Figure 12 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon l'âge et le genre



Dans la Figure 13, l'APMS est également associée à l'aisance familiale : plus la famille est aisée et plus la pratique quotidienne d'une telle activité est répandue (famille peu aisée : 11,2 % ; moyennement aisée : 14,8 % ; très aisée : 21,0 %). Ce constat n'est pas nouveau et fut déjà observé à l'échelle internationale en 2018 (Inchley et al., 2020).



L'APMS est aussi liée au statut migratoire : si les adolescents immigrés ou enfants d'immigrés pratiquent une APMS dans des proportions similaires, on note des différences entre les adolescents non issus de l'immigration (18,6 %) et les autres (première génération : 15,1 %, deuxième génération : 13,0 % ; cf. Figure 14), mais ces différences pourraient aussi être liées à l'appartenance à une famille très aisée parmi les jeunes qui ne sont pas issus de l'immigration (Catunda, Mendes et Lopes Ferreira, 2023).



L'APMS est également associée à la structure familiale et à l'ordre d'enseignement, même si ce lien est particulièrement ténu (cf. Figure 34 et Tableau 11 en annexe). Les adolescents qui vivent avec leurs deux parents sont moins susceptibles de pratiquer une telle activité moins d'une fois par semaine. De plus, les élèves scolarisés en EF déclarent plus souvent pratiquer une APMS sept fois par semaine que les élèves du secondaire, bien que ce constat soit très probablement lié à l'âge.

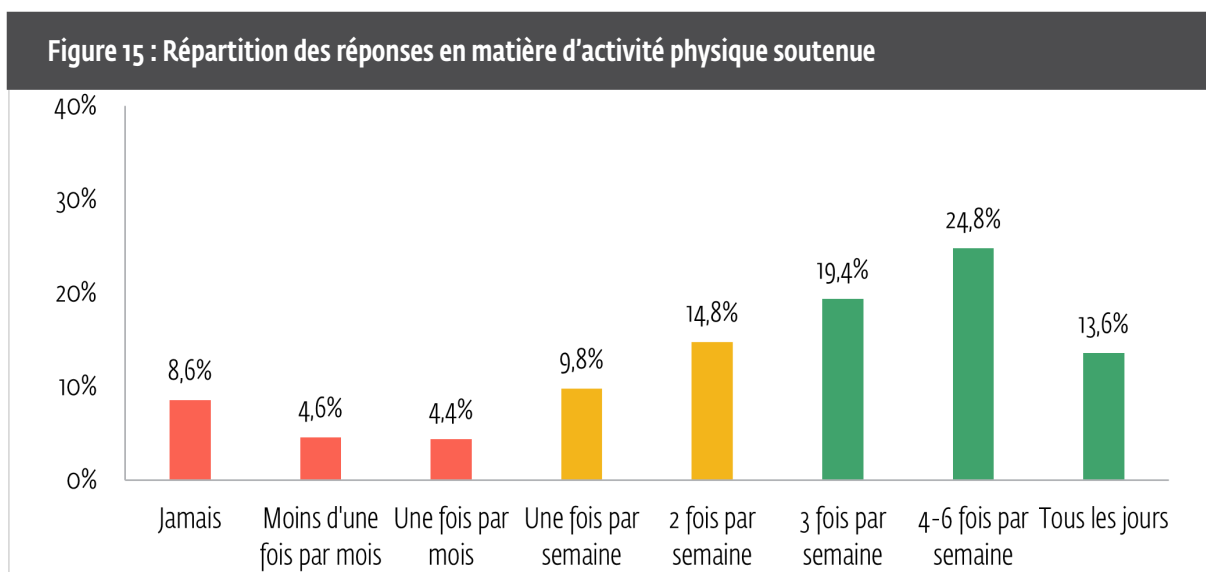
Activité physique soutenue

L'activité physique soutenue (APS, *vigorous physical activity*) a été mesurée à l'aide de la question suivante : « En dehors des heures de classe, combien de fois fais-tu habituellement du sport pendant ton temps libre au point de transpirer ou d'être essoufflé(e) ? ». Les modalités de réponse variaient entre 1 (« Tous les jours ») et 8 (« Jamais »). Trois

catégories ont été créées afin de différencier les adolescents pratiquant une APS (a) jamais à une fois par mois, (b) une ou deux fois par semaine, et (c) au moins trois fois par semaine.

Il convient de noter que, jusqu'en 2018, cet item était évalué sur une échelle allant de un à sept, et en 2022 de un à huit. Dans les deux cas, l'échelle va de « Tous les jours » à « Jamais », mais la version de 2022 a divisé la modalité de réponse « Deux à trois fois par semaine » en deux modalités de réponse distinctes (i.e. « Trois fois par semaine » et « Deux fois par semaine ») afin d'identifier ceux qui se conforment aux recommandations de l'OMS en matière d'APS (c'est-à-dire qui intègrent des activités d'endurance d'intensité soutenue au moins trois fois par semaine ; Bull et al., 2020).

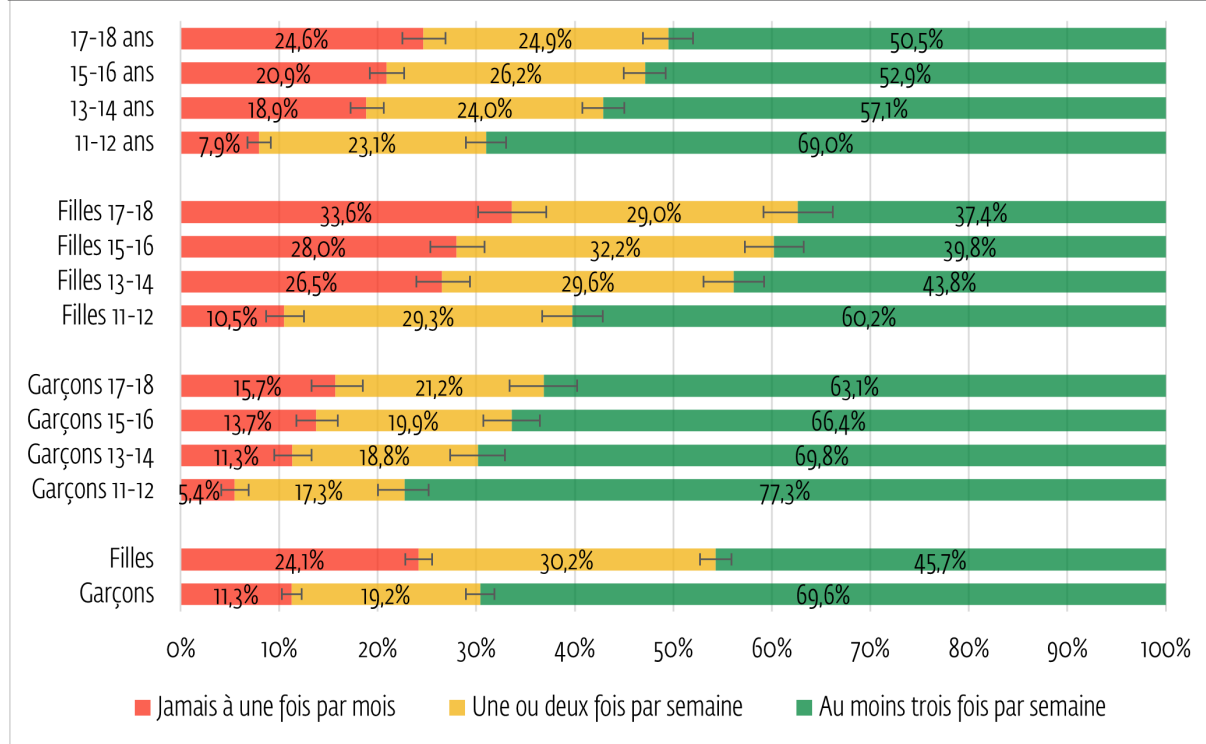
La Figure 15 illustre la répartition des réponses liées à l'APS. Les résultats montrent que 57,8 % des adolescents respectent les recommandations de l'OMS et pratiquent une APS trois fois par semaine ou plus. Par rapport à 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020), le nombre d'élèves pratiquant une telle activité au moins quatre fois par semaine est en hausse. En 2018, ils étaient 31,6 % à pratiquer une APS deux à trois fois par semaine (contre 34,2 % en 2022), 22,4 % à le faire quatre à six fois par semaine (contre 24,8 % en 2022) et 12,8 % à le faire quotidiennement (contre 13,6 % en 2022). Par ailleurs, 17,6 % des adolescents ne pratiquent pas d'APS régulièrement (catégories « Jamais » à « Une fois par mois »), ce qui représente une légère baisse par rapport à 2018 (18,1 % ; Heinz, Kern, et al., 2020).



Comme pour l'AMPS, les garçons pratiquent une APS dans une bien plus large mesure que les filles (cf. Figure 16). Les garçons sont 69,6 % à avoir pratiqué une APS au moins trois fois par semaine, contre 45,7 % des filles. Cette association entre APS et genre s'observe dans d'autres pays participant à l'enquête HBSC, comme l'Écosse et l'Italie (Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023; Inchley et al., 2023).

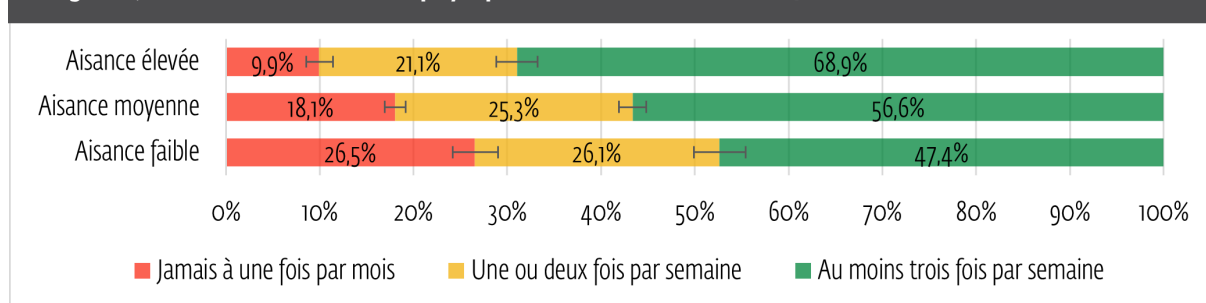
L'APS est également associée avec l'âge : les adolescents âgés de 11 à 12 ans sont plus nombreux à déclarer pratiquer ce type d'activité au moins trois fois par semaine que leurs homologues plus âgés (cf. Figure 16). Cette tendance s'observe en Italie et en Écosse (Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023; Inchley et al., 2023). Au Luxembourg, ces écarts d'âge sont plus marqués chez les filles que chez les garçons.

Figure 16 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon l'âge et le genre



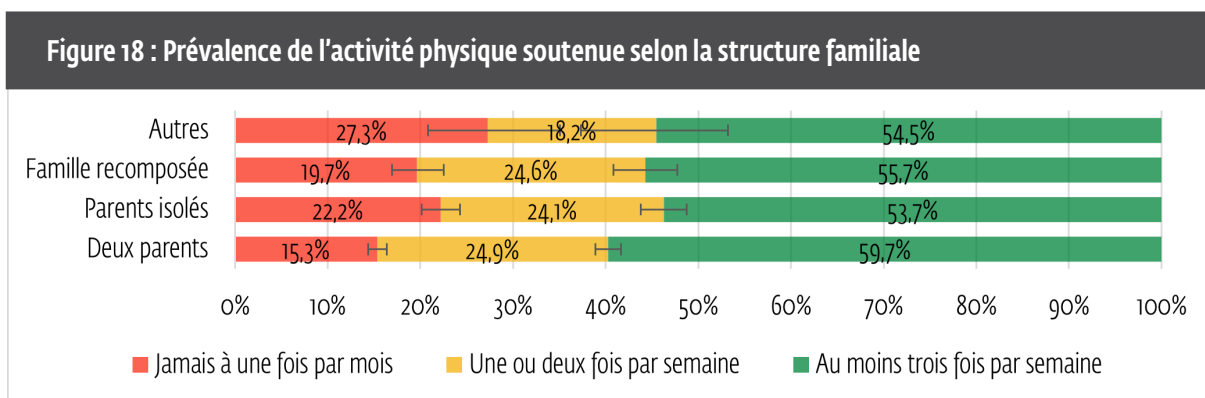
L'aisance familiale joue également un rôle prépondérant dans la pratique d'une APS : plus sa famille est aisée, plus un adolescent pratique une telle activité au moins trois fois par semaine (famille peu aisée : 47,4 % ; moyennement aisée : 56,6 % ; très aisée : 68,9 %). La tendance s'inverse en ce qui concerne le pourcentage d'adolescents ayant déclaré pratiquer une APS jamais ou une fois par mois seulement (cf. Figure 17).

Figure 17 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon l'aisance familiale



L'APS dépend aussi du statut migratoire. Par exemple, 23,1 % des adolescents immigrés déclarent ne jamais pratiquer une activité physique soutenue ou le faire une fois par mois seulement, contre 11,3 % des adolescents qui ne sont pas issus de l'immigration (cf. Figure 35 et Tableau 12 en annexe). Cette tendance peut, toutefois, refléter le lien entre APS et aisance familiale (voir Catunda, Mendes et Lopes Ferreira, 2023).

La structure familiale joue également un rôle dans la pratique d'une APS. Les résultats montrent que le fait de vivre avec ses deux parents est associé à la pratique plus fréquente de ce type d'activité par comparaison avec les autres formes de structure familiale. Le fait de vivre dans une famille monoparentale ou une famille recomposée n'est pas lié à la périodicité de l'APS (voir le Figure 18).



De même, la pratique d'une APS varie suivant l'ordre d'enseignement (cf. Figure 35 et Tableau 12 en annexe). De nouveau, les élèves scolarisés en EF, ESC – classes inférieures et ESC – classes supérieures ont déclaré plus souvent pratiquer une APS au moins trois fois par semaine et, inversement, ils étaient moins nombreux à sélectionner les réponses allant de « jamais à une fois par mois ». Ces résultats pourraient cependant refléter l'influence de l'âge ou de l'aisance familiale.

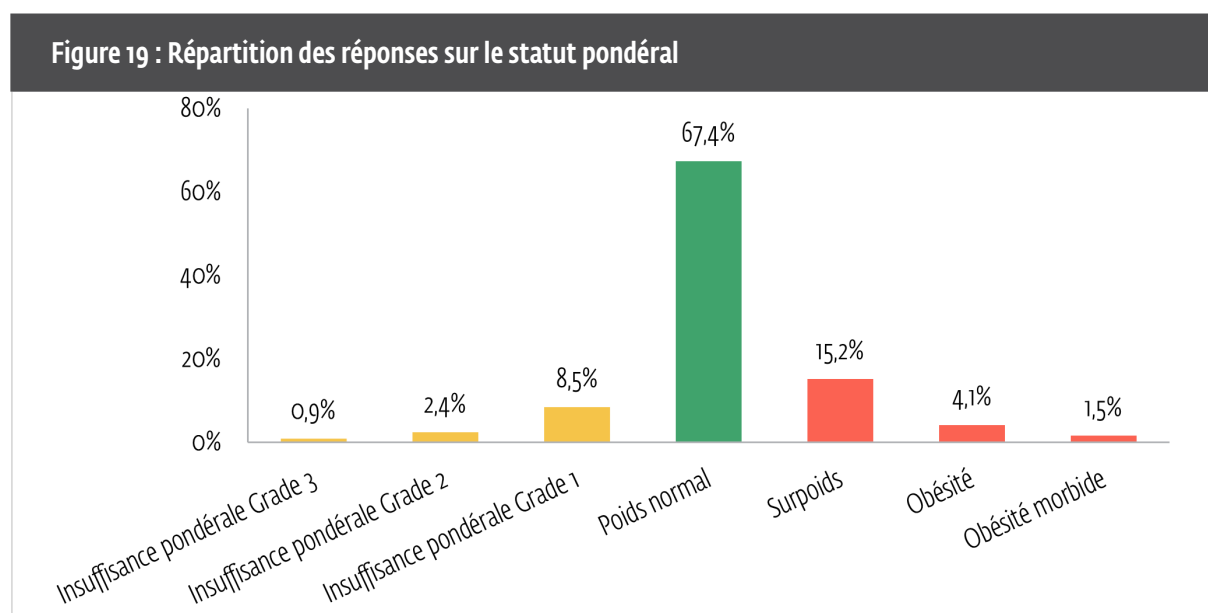
Statut pondéral et image corporelle

Chez les enfants et les adolescents, un statut pondéral inadéquat, tel qu'une situation d'insuffisance pondérale, de surpoids ou d'obésité, peut avoir des conséquences néfastes sur la santé tout au long de la vie (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; World Health Organization, 2023). L'obésité constitue un problème de santé publique mondiale de plus en plus important (Abarca-Gómez et al., 2017; World Health Organization, 2022, 2023) qui touche tout autant les pays à faibles revenus, à revenus intermédiaires ou élevés (Ayala-Marín et al., 2020, 2020; World Obesity Federation, 2022). Au Luxembourg, 37 % des adultes pourraient être obèses en 2035, avec une hausse annuelle de 2,4 % de l'obésité chez les enfants et adolescents entre 2020 et 2035. Toutefois, le pays est relativement bien classé en termes de préparation à la lutte contre l'obésité, puisqu'il se situe à la 23^e place au niveau mondial (World Obesity Federation, 2022).

L'image corporelle est la manière dont les individus perçoivent et pensent leur corps. La perception de la masse corporelle peut expliquer l'association entre le bien-être mental et le surpoids ou l'obésité (Fisman et al., 2022). L'adolescence représentant une période de transition cruciale de la vie, l'image corporelle peut être associée à l'obésité, aux troubles alimentaires et à l'activité physique (Fisman et al., 2022; Gaddad et al., 2018).

Statut pondéral

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de déterminer le statut pondéral des adolescents. Afin d'évaluer leur IMC, il a été demandé aux élèves de répondre aux deux questions suivantes : « Quel est ton poids (sans vêtements) ? » et « Quelle est ta taille (sans chaussures) ? ». L'IMC a été calculé à l'aide de ces réponses, puis divisé en sept catégories (insuffisance pondérale de stade 3 ; insuffisance pondérale de stade 2 ; insuffisance pondérale de stade 1 ; poids normal ; surpoids ; obésité et obésité morbide). Ces catégories s'appuient sur les valeurs seuils de l'*International Obesity Task Force* (IOTF), lesquelles tiennent compte du genre et de l'âge (Cole et Lobstein, 2012).

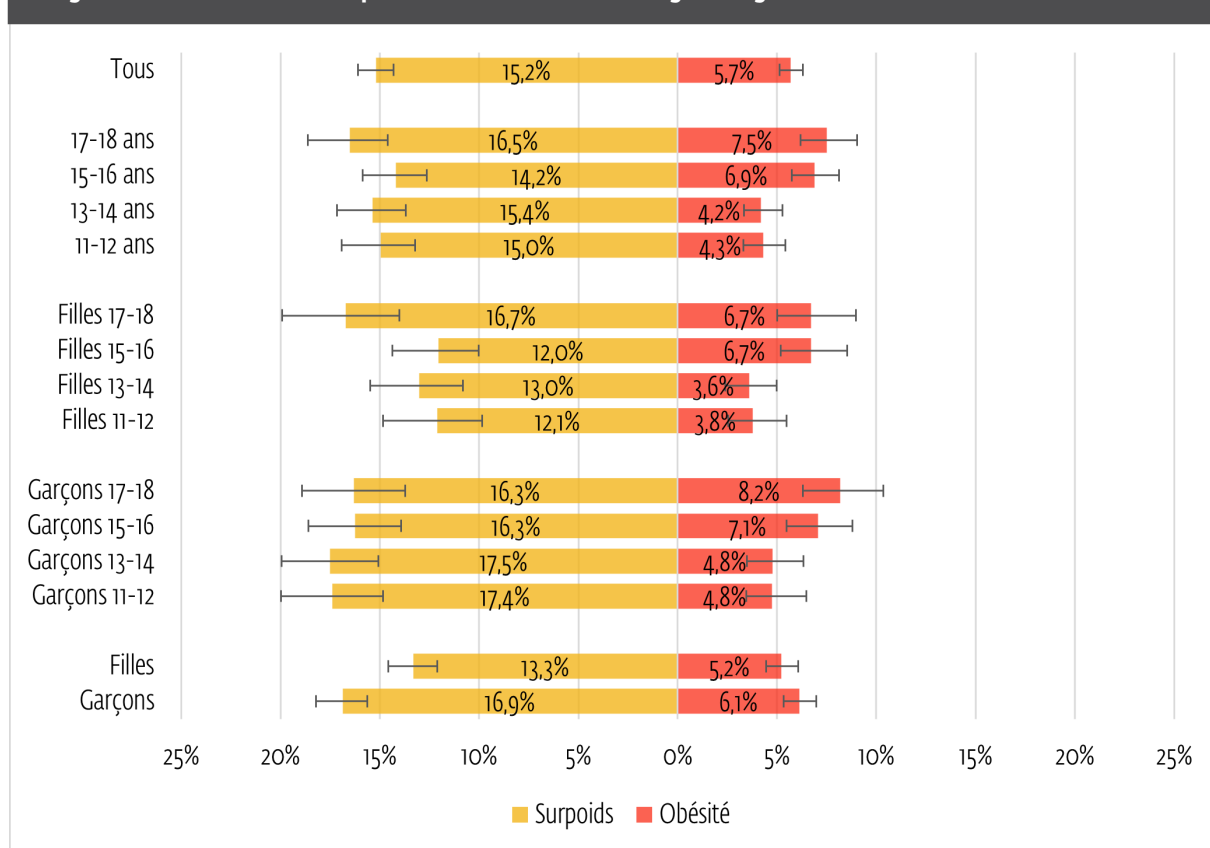


La Figure 19 illustre la prévalence du statut pondéral au Luxembourg. La plupart des adolescents (67,4 %) ont un poids normal, tandis que 20,8 % sont en surpoids, obèses ou en obésité morbide et que 11,8 % sont considérés comme maigres (niveaux 1, 2 ou 3). En 2018, ils étaient 69 % à avoir un poids normal (Heinz, Kern, et al., 2020). Par ailleurs, le pourcentage d'adolescents en surpoids (14,8 % en 2018 contre 15,2 % en 2022), obèses (3,4 % en 2018 et 4,1 % en 2022) et en situation d'obésité morbide (0,7 % en 2018 contre 1,5 % en 2022) a augmenté, une tendance que l'on observe dans d'autres pays à travers le globe (World Obesity Federation, 2022).

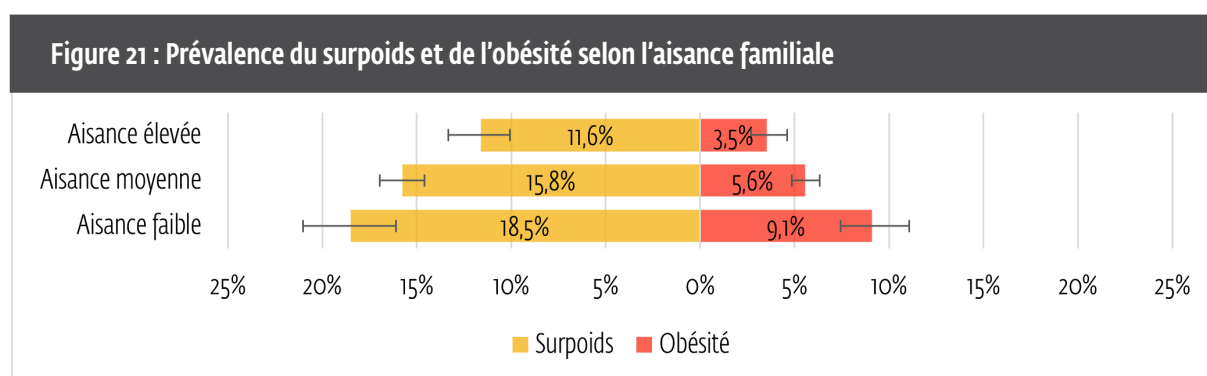
Dans les analyses sociodémographiques qui suivent, les adolescents ont été classés en trois groupes : « insuffisance pondérale » (de niveau 1 à 3), « poids normal » et « surpoids/obésité » (surpoids, obésité et obésité morbide confondus).

La Figure 20 montre que la prévalence du surpoids ou de l'obésité est plus élevée chez les garçons (23,0 %) que chez les filles (18,5 %). En ce qui concerne l'âge et le genre, la prévalence de l'insuffisance pondérale décroît avec l'âge aussi bien chez les filles que chez les garçons, avec une nette diminution entre l'âge de 11-12 ans et celui de 13-14 ans, surtout chez les filles (19,5 % parmi les filles âgées de 11-12 ans ; 12,1 % parmi celles entre 13-14 ans ; cf. Figure 36 en annexe). En revanche, on remarque une forte hausse du surpoids et de l'obésité chez les filles après 13-14 ans (16,6 % contre 18,7 % chez les 15-16 ans et 23,4 % chez les 17-18 ans ; cf. Figure 37 en annexe). Dans l'ensemble, ces résultats corroborent ceux de l'antenne italienne du réseau HBSC (Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023).

Figure 20 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge et le genre



Le surpoids et l'obésité sont associés à l'aisance familiale (cf. Figure 21). Les adolescents issus de familles peu aisées ont presque deux fois plus de chances d'être en surpoids ou obèses (27,6 %) que ceux issus de familles aisées (15,1 %). Cette différence en fonction de l'aisance familiale existait déjà en 2018, mais elle s'est creusée de 3 points depuis lors (9,2 % contre 12,5 %, respectivement ; Heinz, Kern, et al., 2020), en raison d'une augmentation du pourcentage d'adolescents en surpoids ou obèses issus de familles peu aisées (24,3 % en 2018, contre 27,6 % en 2022). Ce lien entre aisance familiale et surpoids ou obésité s'observait également dans d'autres pays participant à l'enquête HBSC en 2018 (Inchley et al., 2020).



Le statut pondéral varie suivant l'ordre d'enseignement dans lequel les adolescents sont scolarisés, au statut migratoire et à la structure familiale (cf. Figure 36 et Tableau 13 en annexe). Ces résultats peuvent cependant être le reflet de l'influence d'autres facteurs sociodémographiques, tels que l'âge ou l'aisance familiale (voir Catunda, Mendes et Lopes Ferreira, 2023).

Image corporelle

Dans l'enquête HBSC 2022, les adolescents ont été interrogés à propos de leur image corporelle avec la question suivante : « Penses-tu que tu es... ? ». Les catégories de réponse étaient : « Beaucoup trop maigre », « Un peu trop maigre », « À peu près au bon poids », « Un peu trop gros(se) » et « Beaucoup trop gros(se) ». La Figure 22 montre que 45,9 % des adolescents pensent qu'ils ont à peu près le bon poids, 34,7 %, qu'ils sont trop gros et 19,4 %, trop maigres. La prévalence de ceux qui s'estiment « Un peu trop maigre » et « Beaucoup trop gros » a augmenté en 2022 par rapport à 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020), respectivement 13,2 % et 5,1 % en 2018, contre 15,6 % et 6,8 % en 2022.

La Figure 23 illustre la prévalence de l'image corporelle selon l'âge et le genre, en fonction de trois catégories « Trop maigre » (englobant « Beaucoup trop maigre » et « Un peu trop maigre »), « Poids idéal » (« À peu près au bon poids »), « Trop gros(se) » (englobant « Un peu trop gros(se) » et « Beaucoup trop gros(se) »).

L'image corporelle est liée au genre. Les filles sont plus susceptibles de se trouver trop grosses (41,7 % contre 27,9 % des garçons), alors que les garçons se trouvent plus souvent trop maigres (22,7 % contre 16,0 % des filles, cf. Figure 23). En outre, les résultats montrent qu'en grandissant, les filles sont plus nombreuses à se trouver trop grosses (36,0 % chez les 11-12 ans contre 41,4 % chez les 17-18 ans), alors que la hausse observée chez les garçons concerne le fait d'être trop maigre (18,9 % chez les 11-12 ans ; 27,6 % chez les 17-18 ans). Toutefois, autant chez les filles que chez les

garçons âgés de 17 à 18 ans, le pourcentage de ceux qui se trouvent trop maigres est supérieur à celui enregistré en 2018 (20,6 % des garçons et 9,8 % des filles en 2018 ; Heinz, Kern, et al., 2020).

Figure 22 : Répartition des réponses sur l'image corporelle

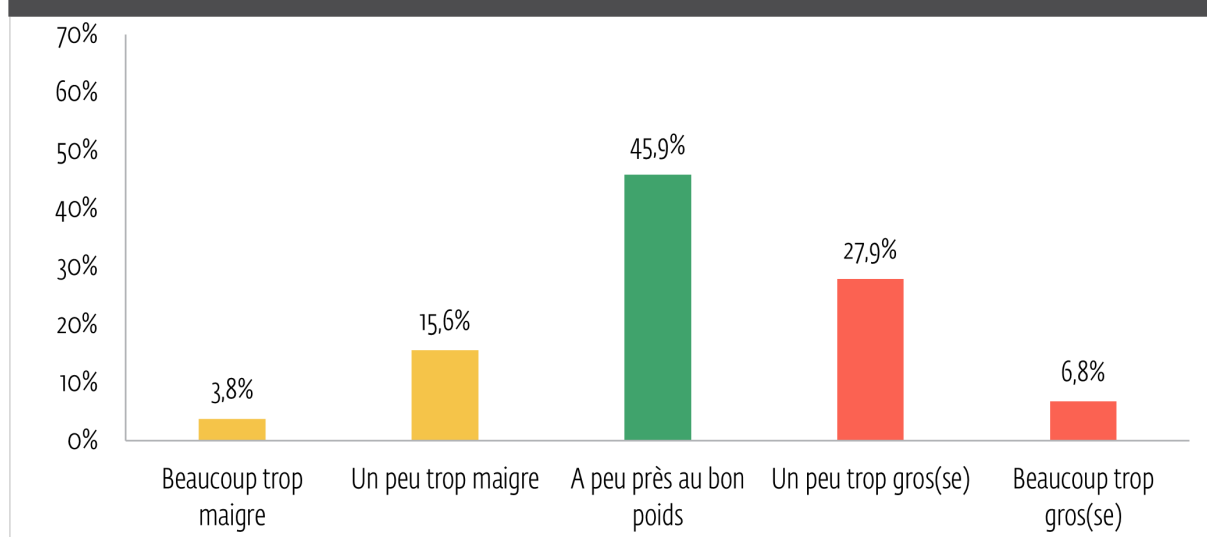
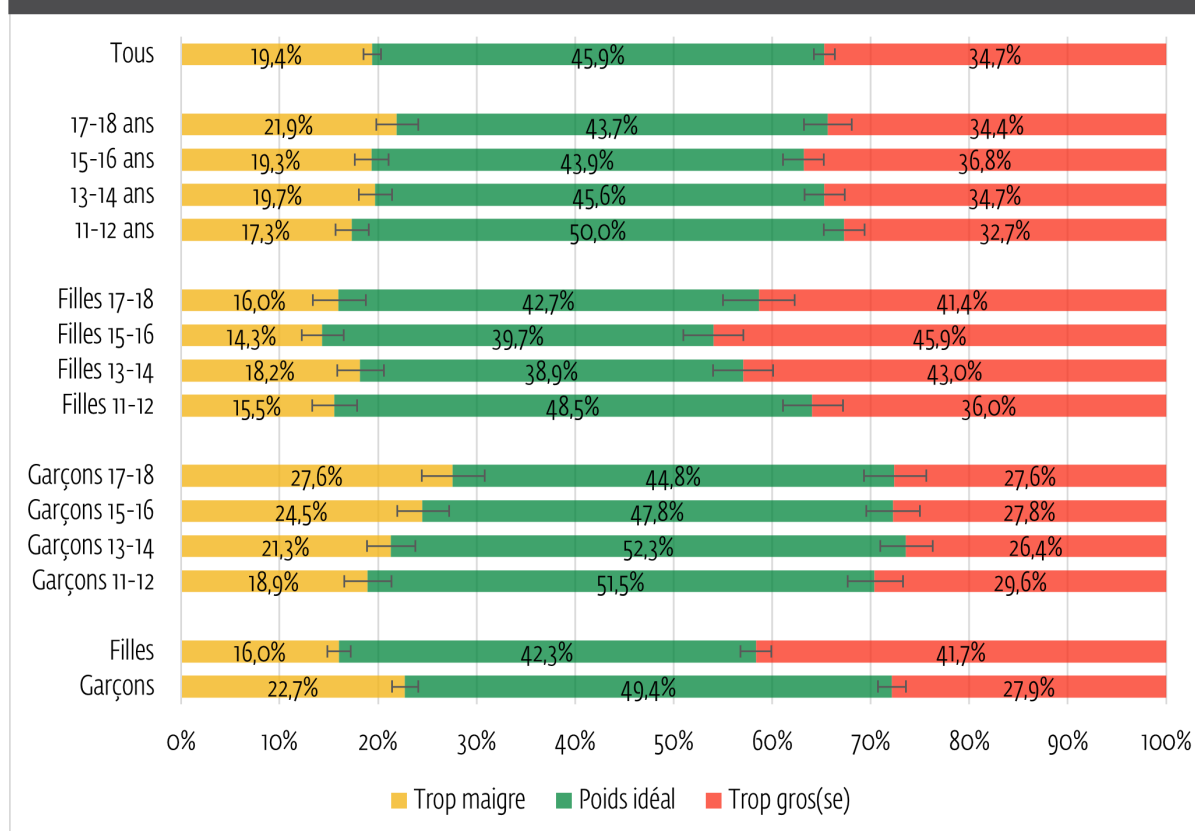
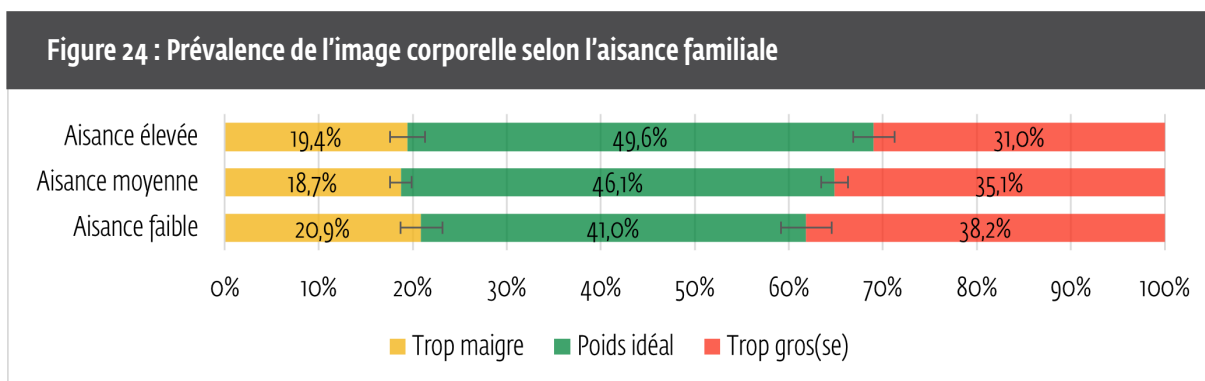


Figure 23 : Prévalence de l'image corporelle selon l'âge et le genre



Les résultats mettent également en évidence une association entre l'image corporelle et l'aisance familiale (cf. Figure 24). Les adolescents issus de familles peu aisées sont davantage susceptibles de se trouver trop gros par rapport à leurs pairs issus de familles aisées (38,2 % contre 31,0 %). En 2018, il n'y avait pas d'association entre l'aisance familiale et l'image corporelle (Heinz, Kern, et al., 2020).



De même, l'image corporelle est liée à l'ordre d'enseignement fréquenté par les adolescents, au statut migratoire et à la structure familiale (cf. Figure 38 et Tableau 14 en annexe). Les adolescents immigrés se trouvent plus souvent trop maigres, alors que les enfants d'immigrés sont plus susceptibles de se trouver trop gros. Compte tenu de la structure familiale et l'ordre d'enseignement, les résultats peuvent être la conséquence d'autres facteurs sociodémographiques, tels que l'âge et l'aisance familiale.

Adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle

Les résultats suivants reflètent l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle, en fonction de trois catégories : « sous-estimé », « estimé correctement » et « surestimé » du statut pondéral. Dans la catégorie « sous-estimé », on place les adolescents qui se trouvent plus minces que leur poids réel ; dans la catégorie « estimé correctement », ceux qui ont correctement estimé leur poids ; et dans la catégorie « surestimé », ceux qui se trouvent plus gros que leur poids réel (cf. Tableau 4). La plupart des adolescents au Luxembourg ont bien estimé leur statut pondéral (61,3 %), alors que 21,9 % l'ont surestimé et 16,7 % l'ont sous-estimé. Le pourcentage d'adolescents sous-estimant leur poids est en hausse depuis 2018, passant de 13,9 % à 16,7 %. Le pourcentage d'adolescents estimant correctement leur poids a quant à lui diminué, passant de 63,6 % à 61,3 % sur la même période. Il en va de même pour le pourcentage d'adolescents ayant surestimé leur poids, qui est passé de 22,5 % en 2018 à 21,9 % en 2022 (Heinz, Kern, et al., 2020). Ces résultats reflètent des tendances observées entre 2002 et 2018 dans 41 pays d'Europe (Geraets et al., 2023), qui ont observé la même augmentation en termes de sous-estimation du poids et la même baisse quant à la surestimation.

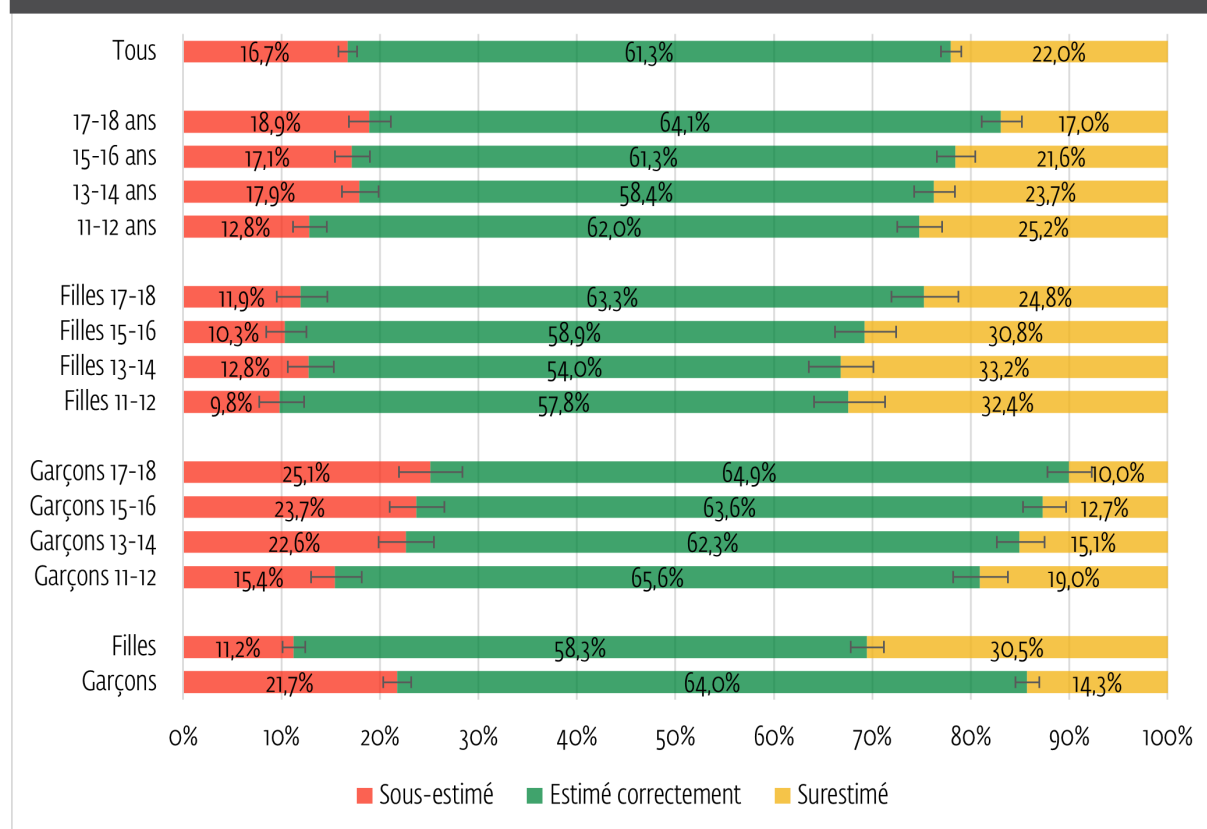
La Figure 25 illustre la prévalence du statut pondéral et de l'image corporelle selon l'âge et le genre. Les filles sont deux fois plus susceptibles que les garçons de surestimer leur poids (30,5 % contre 14,3 %). Les garçons, en revanche, sous-estiment plus souvent leur statut pondéral (21,7 % contre 11,2 % chez les filles). Cette évaluation dépend aussi de l'âge. La fréquence de la surestimation du poids diminue avec l'âge tant chez les garçons que chez les filles (par exemple, 32,4 % des adolescents surestiment leur poids chez les 11-12 ans contre 24,8 % chez les 17-18 ans).

Cependant, les garçons ont davantage tendance à sous-estimer leur poids en grandissant (15,4 % chez les 11-12 ans contre 25,1 % chez les 17-18 ans). Ces résultats sont, en général, similaires à ceux de 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020).

Tableau 4 : Adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle (pourcentage total)

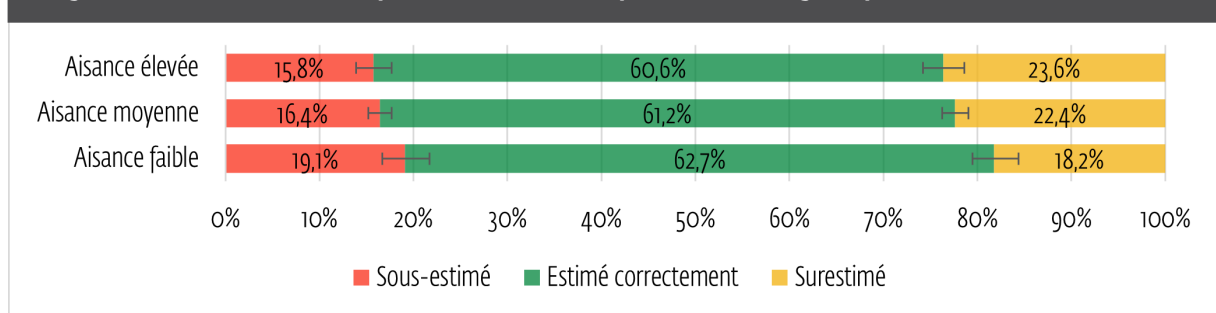
		Statut pondéral actuel selon la classification IMC		
		Surpoids	Poids normal	Poids insuffisant
Image corporelle	Trop maigre	0,2 %	12,2 %	6,9 %
	Poids idéal	4,3 %	38,0 %	4,2 %
	Trop gros(se)	16,4 %	17,1 %	0,6 %

Figure 25 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon l'âge et le genre



La Figure 26 présente l'association entre l'aisance familiale et l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle. Les adolescents issus de familles peu aisées surestiment moins leur poids que leurs pairs (18,2 % issus de familles peu aisées contre 23,6 % issus de familles aisées). En 2018, on a observé une association similaire entre aisance familiale et adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle dans de nombreux pays européens (Inchley et al., 2020).

Figure 26 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon l'aisance familiale



L'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle est aussi associée au statut migratoire. Les adolescents non issus de l'immigration ont plus souvent surestimé leur statut pondéral, alors que l'inverse a été plus fréquemment observé parmi les adolescents issus de l'immigration. Par ailleurs, l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle varie suivant l'ordre d'enseignement. Ces résultats peuvent cependant refléter l'influence de l'âge ou de l'aisance familiale. Enfin, aucune tendance significative n'a été observée en relation avec la structure familiale (cf. Figure 39 et Tableau 15 en annexe).

Activité physique et effets sur la santé

Introduction

Pratiquer une activité physique est un comportement essentiel pour la santé des jeunes (World Health Organization, 2019) et le manque d'activité physique est plus susceptible d'être associé à d'autres comportements néfastes pour la santé (Uddin et al., 2020). L'inclusion dans son mode de vie d'une activité physique régulière dès l'adolescence est la clé d'une bonne santé et du bien-être tout au long de la vie (van Sluijs et al., 2021).

Toutefois, la prévalence de l'obésité (World Health Organization, 2022) et les problèmes de santé mentale (Castelpietra et al., 2022) chez les jeunes ne cessent de s'accroître. Couplés à l'inactivité physique, ils ont un impact accru sur la morbidité et la mortalité (van Sluijs et al., 2021). À cela s'ajoutent les disparités sociodémographiques dont le rôle est important (Castelpietra et al., 2022; World Health Organization, 2022), et qui, à ce titre, nécessitent des analyses ventilées par sous-groupe afin d'améliorer les interventions auprès de la population cible.

Dans cette section, nous analysons la relation entre l'activité physique et les conséquences sur la santé chez les adolescents au Luxembourg. Plus précisément, nous cherchons à (a) comparer le niveau de bien-être moyen en fonction des niveaux d'activité physique et des groupes d'âge et (b) mieux comprendre la relation entre les niveaux d'activité physique et le surpoids ou l'obésité, en tenant compte de l'apport alimentaire.

Méthode

Variables dépendantes

Bien-être. L'instrument *WHO-5 Well-Being Index* est une mesure en cinq items du bien-être subjectif. Chaque item repose sur une échelle de 0 à 5. Dans le cas présent, nous utilisons un score total allant de 0 à 25.

Statut pondéral. Les individus en surpoids et obèses ont été identifiés en fonction des seuils définis par l'*International Obesity Task Force* (Cole et Lobstein, 2012).

Variables indépendantes

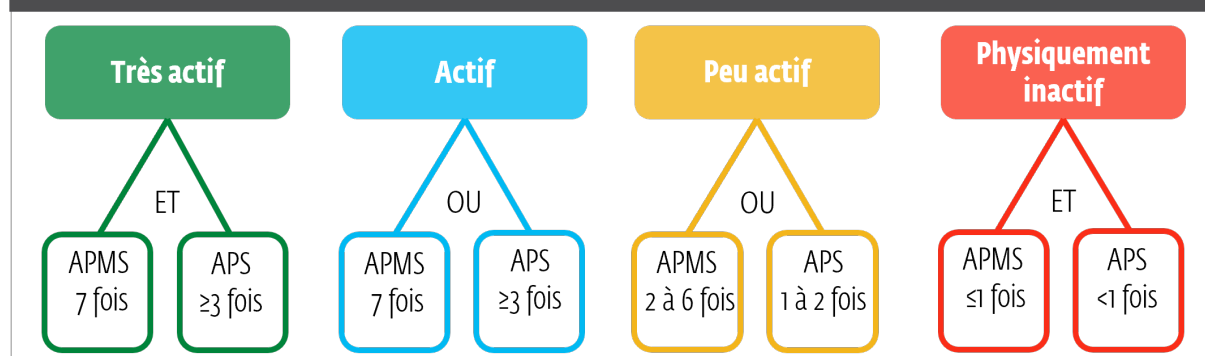
Âge. Quatre groupes d'âge ont été définis : 11-12 ans, 13-14 ans, 15-16 ans, et 17-18 ans.

Activité physique. Quatre niveaux d'activité physique ont été créés à partir de deux items mesurant l'activité physique modérée à soutenue et l'activité physique soutenue. Comme l'illustre la Figure 27 :

- la catégorie « physiquement inactif » comprend les adolescents pratiquant (a) une activité physique modérée à soutenue moins de deux jours par semaine et (b) une activité physique soutenue moins d'une fois par semaine ;

- la catégorie « peu actif » comprend les adolescents pratiquant (a) une activité physique modérée à soutenue entre deux à six jours par semaine et (b) une activité physique soutenue une ou deux fois par semaine ;
- la catégorie « actif » comprend les adolescents pratiquant (a) une activité physique modérée à soutenue tous les jours ou (b) une activité physique soutenue au moins trois fois par semaine ; et
- la catégorie « très actif » comprend les adolescents pratiquant (a) une activité physique modérée à soutenue tous les jours et (b) une activité physique soutenue au moins trois fois par semaine.

Figure 27 : Niveaux d'activité physique selon qu'ils soient modérés à soutenus ou soutenus



La catégorie « très actif », qui comprend les deux types d'activité physique, est celle qui se rapproche le plus de la recommandation de l'OMS en matière d'activité physique des jeunes, qui préconise à la fois (a) en moyenne 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue tout au long de la semaine et (b) des activités d'endurance d'intensité soutenue au moins 3 fois par semaine (Bull et al., 2020).

La consommation de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de sucreries a servi de variable de contrôle, puisque la prise de poids est associée à un régime énergétique déséquilibré (Jebeile et al., 2022). Pour chaque variable, nous avons distingué les adolescents consommant les produits en question moins d'une fois par jour (codé 0) et au moins une fois par jour (codé 1).

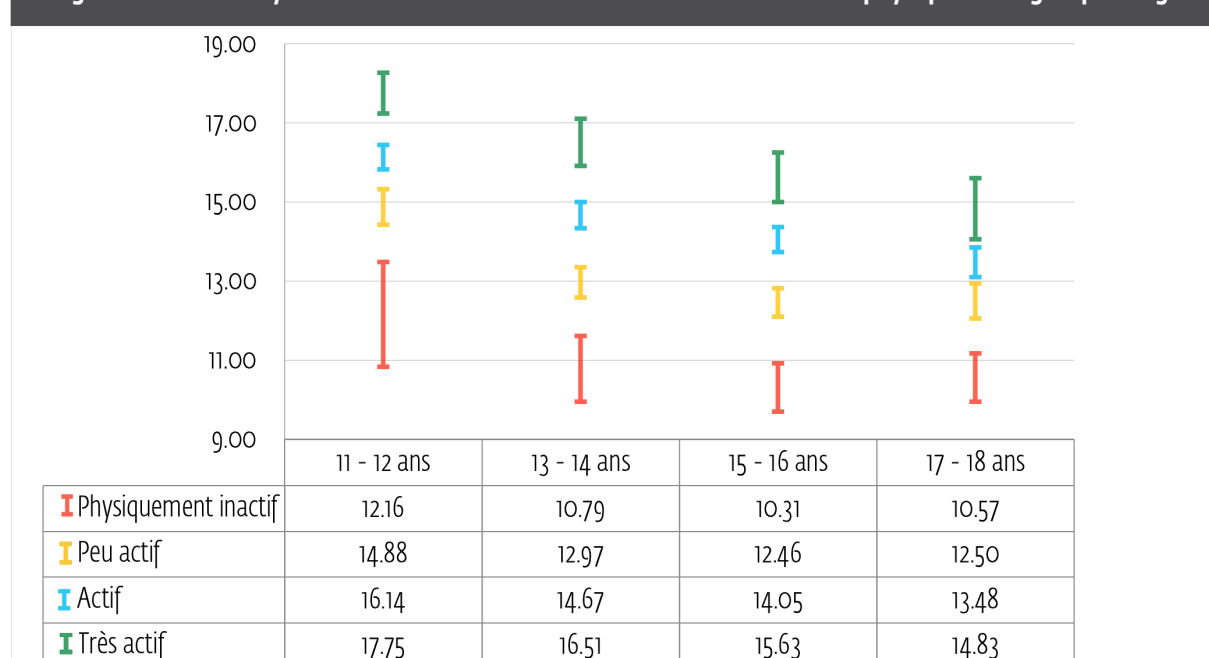
Analyses statistiques

Une analyse de variance à deux facteurs (ANOVA) avec comparaison par paires a été réalisée afin d'évaluer les différences entre les valeurs moyennes de bien-être selon les niveaux d'activité physique et les groupes d'âge. Des régressions logistiques binaires ont été effectuées pour estimer le pouvoir prédictif de l'activité physique sur les surpoids et l'obésité en fonction de la consommation quotidienne de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de sucreries. Le niveau de signification statistique pour tous les tests était de 0,05.

Résultats et analyse

La Figure 28 présente les moyennes et les intervalles de confiance du bien-être par niveau d'activité physique et par groupe d'âge. Plus le niveau d'activité physique est élevé et plus le niveau de bien-être est élevé, et ce, quel que soit l'âge ($p \leq 0,05$). Les adolescents très actifs présentent les plus hauts niveaux de bien-être ($M_{11-12\text{ans}} = 17,75$, 95 % IC [17,24 - 18,27] ; $M_{13-14\text{ans}} = 16,51$, 95 % [15,92 - 17,10] ; $M_{15-16\text{ans}} = 15,63$, 95 % [15,00 - 16,25] ; $M_{17-18\text{ans}} = 14,83$, 95 % [14,06 - 15,60] ; cf. Tableau 16 en annexe). Viennent ensuite les adolescents actifs, puis ceux considérés comme peu actifs et enfin les adolescents physiquement inactifs. Bien que le niveau de bien-être diminue avec l'âge (voir Catunda, Mendes et Lopes Ferreira, 2023), il convient de noter que les adolescents âgés de 17 à 18 ans qui sont très actifs éprouvent davantage de bien-être que leurs pairs de 11-12 ans qui sont physiquement inactifs.

Figure 28 : Score moyen du niveau de bien-être selon les niveaux d'activité physique et les groupes d'âge



La littérature a clairement identifié les conséquences positives de l'activité physique sur le maintien d'une bonne santé et d'un bon niveau de bien-être chez les adolescents (van Sluijs et al., 2021). Les avantages de l'activité physique sur la santé sont probablement attribuables à l'amélioration des aspects métaboliques (c'est-à-dire la forme physique, un poids adapté) et au développement (c'est-à-dire la coordination et la maîtrise des mouvements ; van Sluijs et al., 2021). Nos résultats corroborent la littérature, et mettent en lumière l'importance de la pratique d'une activité physique à tous les âges.

Par ailleurs, on commence à appréhender l'activité physique dans une perspective holistique. L'acte volontaire de bouger, qui se produit dans un espace et un contexte spécifiques, est influencé par la culture locale et reflète les intérêts, les émotions et les relations de l'individu (Piggin, 2020). Dans cette perspective, et à la lumière de nos résultats, il est important de pratiquer une activité physique, indépendamment du temps qu'on y consacre. Le fait d'être dans un environnement sain, où d'autres personnes pratiquent de telles activités, peut naturellement motiver les individus à augmenter progressivement leur niveau d'activité physique (Bull et al., 2020).

En plus de comparer les niveaux de bien-être en fonction des niveaux d'activité physique, nous avons cherché à mieux comprendre la relation entre les niveaux d'activité physique et le surpoids ou l'obésité, après contrôle de l'apport alimentaire. Comme l'illustre le Tableau 5, un adolescent qui ne pratique pas souvent une activité physique risque davantage d'être en surcharge pondérale ou obèse. Par rapport aux adolescents physiquement très actifs, les adolescents inactifs ont 2,2 fois plus de risque d'être en surpoids et 6,8 fois plus de risque d'être obèse.

Tableau 5 : Associations entre les niveaux d'activité physique et le statut pondéral (surpoids et obésité), après contrôle de l'apport alimentaire

	Surpoids		Obésité	
	RC (95 % IC)	<i>p</i>	RC (95 % IC)	<i>p</i>
Niveau d'activité physique				
Actif	1,51 (1,21 - 1,89)	< 0,001	2,73 (1,55 - 4,81)	< 0,001
Peu active	2,07 (1,64 - 2,61)	< 0,001	5,19 (2,95 - 9,16)	< 0,001
Physiquement inactif	2,19 (1,64 - 2,93)	< 0,001	6,81 (3,68 - 12,59)	< 0,001

Remarques : les résultats rapportés sont ajustés en fonction de la consommation (quotidienne) de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de sucreries². « Très actif » était le groupe de référence, « RC » signifie « rapport de cotes ».

Cette association entre activité physique et statut pondéral a déjà été observée en Europe (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016) et dans des pays du monde ayant des classifications de revenu différentes (Mahumud et al., 2021). Les résultats de ce rapport sont essentiels pour déterminer l'importance du lien entre activité physique et surpoids ou obésité au Luxembourg.

À l'instar d'une étude longitudinale couvrant six ans révélant une association entre le statut pondéral et les niveaux d'activité physique modérée à soutenue dans plusieurs pays européens (Sprengeler et al., 2021), la présente étude montre que plus le niveau d'activité physique pratiquée est faible, plus le risque d'être en surpoids ou obèse est élevé. En fait, l'obésité est favorisée par de mauvaises habitudes en matière de santé, dont l'inactivité physique (World Health Organization, 2022), et dépend de la persistance de ces habitudes. En outre, l'obésité n'est pas uniquement liée aux comportements alimentaires et à l'activité physique, mais également à d'autres facteurs, tels que les facteurs génétiques, la sédentarité, le contexte social et l'environnement physique (World Health Organization, 2022). Pour mieux comprendre ce problème, il faudrait par conséquent encourager des recherches plus approfondies dans le pays.

² Le Tableau 17 (cf. annexe) fournit des informations détaillées sur les apports alimentaires. Toutefois, la prudence est de mise dans l'interprétation de l'association entre apport alimentaire et surpoids ou obésité, car les individus en surpoids peuvent moins bien déclarer leur consommation d'aliments néfastes pour la santé, en particulier la consommation de sucreries (Garaulet et al., 2000; Janssen et al., 2005). Cette association négative entre la consommation quotidienne de sucreries et le surpoids ou l'obésité s'observe dans des études antérieures menées au Luxembourg (Residori, 2019), dans d'autres pays européens et au Canada (Janssen et al., 2005).

Conclusions et perspectives

Ce rapport sur l'enquête HBSC 2022 au Luxembourg a présenté un aperçu des comportements des adolescents et de leurs conséquences sur la santé. Ce document a examiné les habitudes en matière de petit-déjeuner, de soins bucco-dentaires, d'activité physique, de statut pondéral et d'image corporelle. Plus précisément, nous avons examiné l'association entre chaque comportement lié à la santé et les caractéristiques sociodémographiques. En outre, nous avons analysé la relation entre l'activité physique et le bien-être ainsi que l'obésité et le surpoids.

En général, les comportements liés à la santé varient en fonction de l'aisance familiale, de l'âge et du genre. Tous les comportements liés à la santé sont associés à l'aisance familiale, les adolescents issus de familles aisées affichant davantage de comportements plus sains. Les adolescents issus de milieux peu aisés présentent une prévalence plus faible de comportements alimentaires sains, tels que la consommation quotidienne d'un petit-déjeuner, de fruits et de légumes, en plus d'une plus grande consommation de boissons sucrées et d'une inactivité physique plus fréquente. Le surpoids et l'obésité sont également plus fréquents chez les adolescents issus de familles peu aisées. En revanche, les adolescents issus de familles aisées consomment davantage de sucreries. En ce qui concerne l'âge, les données indiquent que les adolescents plus jeunes déclarent des comportements plus sains, sauf en matière de consommation quotidienne de sucreries – une tendance qui diminue en grandissant.

Les comportements sains sont liés au genre, mais la relation entre les deux n'est pas systématique et ne va pas toujours dans le même sens. Les filles présentent des comportements plus sains en matière de soins bucco-dentaires et de consommation de boissons sucrées. Par contraste, les garçons prennent plus souvent un petit-déjeuner, pratiquent plus souvent des activités physiques et sont moins enclins à consommer des sucreries. Les filles ont également déclaré plus fréquemment se brosser les dents au moins deux fois par jour et sont moins souvent en surpoids ou obèses. Malgré cela, les filles sont plus susceptibles que les garçons de se considérer en surpoids, ce qui révèle une tendance liée au genre en matière d'image corporelle, les filles se trouvant souvent trop grosses alors que les garçons ont tendance à se considérer trop maigres.

On considère qu'un adolescent sur cinq au Luxembourg a un poids inadéquat, et ce problème s'accroît depuis 2018 (Heinz, Kern, et al., 2020). L'obésité est un problème de santé publique dans le monde entier (World Health Organization, 2023), et est liée à une interaction complexe entre des facteurs individuels, sociaux et environnementaux (World Health Organization, 2022).

L'activité physique a une incidence sur le bien-être, l'obésité et le surpoids. Au Luxembourg, les adolescents qui ont déclaré un certain niveau d'activité physique font état d'un meilleur bien-être et risquent moins de devenir obèses ou en surpoids que ceux qui sont physiquement inactifs. Plus les jeunes pratiquent une activité physique, plus leur niveau de bien-être est élevé et moins ils risquent de devenir en surpoids ou obèses. Ces résultats confirment qu'un certain niveau d'activité physique est préférable à l'absence d'activité et que les bénéfices que l'on peut en retirer s'amplifient en fonction du temps, de la fréquence et de l'intensité de ce type d'activité. Ainsi, les adolescents qui ne pratiquent aucune activité physique gagneraient à intégrer graduellement une activité physique dans leur emploi du temps.

Afin de réduire le niveau d'inactivité physique et de modifier les comportements sédentaires, le plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 (GAPPA, OMS, 2019) suggère aux pays de proposer une combinaison de mesures en faveur de l'activité physique en s'appuyant sur :

- Des sociétés actives (sensibiliser aux avantages sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux que présente une activité physique régulière ; promouvoir des événements de masse dans les espaces publics afin d'offrir des expériences d'activités physiques susceptibles de toucher les groupes vulnérables).
- Des environnements actifs (encourager la marche, le vélo et d'autres formes de mobilité, y compris les sports à roulettes, et fournir les endroits sûrs et adaptés à leur pratique).
- Des personnes actives (renforcer l'éducation physique de qualité dans tous les environnements éducatifs afin de proposer des expériences plus positives en matière d'activité physique ; encourager les activités physiques extrascolaires dans différents contextes, en pleine nature, dans des centres communautaires, des infrastructures de loisirs et des centres sportifs).
- Des systèmes actifs (un engagement et un leadership multisectoriels pour soutenir la mise en œuvre de l'activité physique ; un suivi des politiques et programmes à l'aide de données nationales et de rapports sur la mise en œuvre des politiques ; davantage de financements pour la recherche nationale et institutionnelle sur l'élaboration de solutions politiques efficaces ; l'élaboration de mécanismes de financement innovants).

Plus récemment, afin de diminuer le taux d'obésité dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé a élaboré le plan d'accélération de l'OMS pour mettre fin à l'obésité (Organisation mondiale de la santé, 2023). Il s'agit d'un document visant à orienter et à élaborer des actions à l'échelle des pays pour faire baisser le taux d'obésité dans le monde, qui s'appuie sur cinq axes de travail : des actions efficaces fondées sur des données probantes ; des interventions qui ont un réel impact ; des plaidoyers au niveau mondial ; l'engagement des partenaires ; et la reddition de compte.

Au Luxembourg, certaines initiatives visant à réduire les niveaux d'inactivité physique des adolescents, à encourager de meilleurs comportements alimentaires et à diminuer l'obésité sont déjà en place.

Lors du [Splillfest](#), organisé par le Comité olympique et sportif luxembourgeois (COSL), les enfants et adolescents ont l'occasion de tester une grande variété de sports.

La [Nuit du Sport](#), organisée par le Service national de la jeunesse et le Ministère des Sports, a pour objectif de promouvoir la pratique de nouveaux sports ainsi que d'encourager des comportements plus sains chez les enfants et les adolescents au sein de leurs communautés.

La stratégie [Gesond iessen, Méi beweegen](#) existe depuis 2006. Ce programme pionnier vise à promouvoir une activité physique régulière et une alimentation équilibrée en vue de réduire le taux d'obésité et de changer le mode de vie sédentaire au Luxembourg, en particulier chez les enfants et les adolescents. En 2018, les Ministères des Sports, de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, ainsi que de la Santé ont reconduit ce programme jusqu'en 2025.

Dans cette perspective, nos résultats apportent des informations qui pourraient guider les actions futures, en particulier pour développer ou renforcer des programmes ciblant les sous-groupes dont le mode de vie implique une faible hygiène de vie.

Par exemple, les programmes en place qui favorisent la consommation équilibrée d'aliments devraient être renforcés afin de cibler les adolescents issus de milieux moins aisés, qui présentent systématiquement des comportements moins sains. L'évaluation des programmes existants, et plus particulièrement de l'efficacité des actions à l'égard des groupes défavorisés, devrait être une priorité. De telles évaluations permettraient non seulement de renforcer les programmes qui ont atteint leurs objectifs, mais aussi de comprendre leurs points faibles et leurs forces afin de mieux orienter les interventions futures (Pettman et al., 2012).

En outre, en plus des programmes qui encouragent l'activité physique, il serait également bénéfique de développer des interventions visant à réduire spécifiquement l'inactivité physique. Les filles, plus souvent que les garçons, ont déclaré ne jamais pratiquer d'activité physique. Elles font également état d'une santé mentale et d'un bien-être systématiquement moins bons que ceux des garçons (voir Catunda, Mendes, Lopes Ferreira et Residori, 2023). Comme nous l'avons vu dans ce rapport, l'inactivité physique est associée à des conséquences néfastes, telles que le surpoids, l'obésité et un moindre bien-être. Les interventions visant à réduire en particulier l'inactivité physique pourraient donc aussi avoir un impact positif sur l'amélioration de la santé mentale. Par exemple, le programme *Physical Activity 4 Everyone (PA4E1)*, mis en place et testé dans dix écoles secondaires australiennes, comprenait, entre autres, un volet ciblant l'engagement des élèves ayant un faible niveau d'activité physique en modifiant les politiques scolaires (van Sluijs et al., 2021). Deux ans après sa mise en place dans les établissements participant à ce programme très complet d'activités physiques en milieu scolaire, les élèves continuaient à faire 7 minutes d'activité physique supplémentaires par jour, ce qui montre l'efficacité du programme sur le changement des comportements et le maintien de bonnes habitudes. Outre la modification des politiques scolaires, ce programme a également mis en place des stratégies pour renforcer notamment les cours d'éducation physique, les programmes sportifs et de remise en forme des collectivités locales après la classe ainsi que l'engagement des parents.

En ce qui concerne les garçons, nos résultats montrent que, bien qu'ils déclarent plus souvent pratiquer une activité physique et avoir un comportement alimentaire à peu près similaire à celui des filles, ils sont également plus souvent en surpoids ou obèses. Malheureusement, l'enquête HBSC 2022 n'a pas mesuré les comportements sédentaires, lesquels pourraient expliquer en partie ce phénomène. Il convient de noter que l'activité physique et les comportements sédentaires ne s'excluent pas mutuellement (Thivel et al., 2018). Il est possible d'atteindre les niveaux d'activité physique recommandés et de consacrer un temps conséquent à des activités sédentaires. Une revue systématique de la littérature a montré que l'équilibre entre l'activité physique, la qualité du sommeil et le temps de sédentarité est fondamental pour la santé physique et mentale des adolescents (Ekelund et al., 2016; Sampasa-Kanyinga et al., 2020). Plus précisément, des niveaux élevés d'activité physique ne font qu'atténuer le risque accru de symptômes dépressifs et d'autres problèmes de santé mentale liés aux comportements sédentaires. Par conséquent, outre la stimulation de l'activité physique, la lutte contre les comportements sédentaires semble tout aussi importante pour améliorer la santé des adolescents.

En résumé, afin d'améliorer les comportements liés à la santé durant l'adolescence, l'engagement des individus concernés, de leur environnement social, des collectivités et des responsables politiques est nécessaire. Cet

engagement permettra aux adolescents d'adopter des comportements plus sains et, par conséquent, de devenir des adultes en bonne santé.

Annexe

Habitudes de consommation en matière de petit-déjeuner

Figure 29 : Prévalence des habitudes en matière de petit-déjeuner selon les groupes sociodémographiques

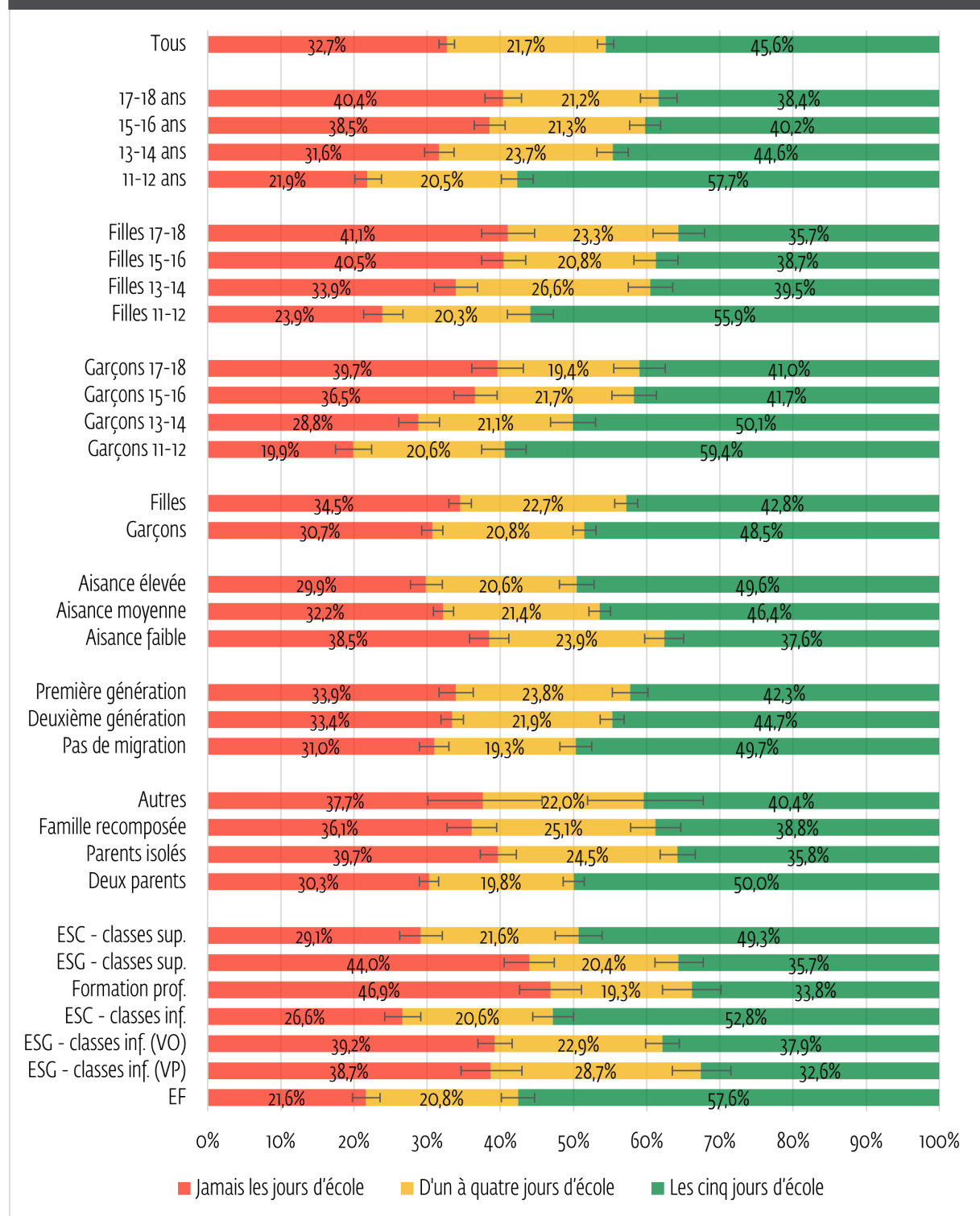


Tableau 6 : Prévalence des habitudes en matière de petit-déjeuner selon les groupes sociodémographiques

	Jamais les jours d'école (1)	D'un à quatre jours d'école (2-5)	Les cinq jours d'école (6)	Test Khi-carré
Tous				N = 7 533
	32,7 (31,6 - 33,8)	21,7 (20,8 - 22,7)	45,6 (44,5 - 46,7)	
Âge				N = 7 533
11-12 ans	21,9 (20,1 - 23,7)	20,5 (18,7 - 22,3)	57,7 (55,5 - 59,9)	
13-14 ans	31,6 (29,6 - 33,7)	23,7 (21,9 - 25,6)	44,6 (42,5 - 46,8)	$p < 0,001$
15-16 ans	38,5 (36,4 - 40,6)	21,3 (19,6 - 23,1)	40,2 (38,1 - 42,3)	$\chi^2 = -0,199$
17-18 ans	40,4 (37,9 - 42,9)	21,2 (19,2 - 23,4)	38,4 (35,9 - 40,9)	
Âge x genre				N = 3 684
Filles 11-12	23,9 (21,3 - 26,7)	20,3 (17,8 - 22,9)	55,9 (52,7 - 59,0)	
Filles 13-14	33,9 (31,0 - 36,9)	26,6 (23,9 - 29,4)	39,5 (36,5 - 42,6)	$p < 0,001$
Filles 15-16	40,5 (37,5 - 43,5)	20,8 (18,4 - 23,4)	38,7 (35,7 - 41,7)	$\chi^2 = -0,190$
Filles 17-18	41,1 (37,4 - 44,7)	23,3 (20,3 - 26,6)	35,7 (32,2 - 39,2)	
				N = 3 799
Garçons 11-12	19,9 (17,5 - 22,4)	20,6 (18,3 - 23,3)	59,4 (56,4 - 62,5)	
Garçons 13-14	28,8 (26,1 - 31,7)	21,1 (18,7 - 23,7)	50,1 (47,1 - 53,2)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	36,5 (33,7 - 39,6)	21,7 (19,3 - 24,4)	41,7 (38,8 - 44,8)	$\chi^2 = -0,209$
Garçons 17-18	39,7 (36,1 - 43,1)	19,4 (16,6 - 22,3)	41,0 (37,5 - 44,5)	
Genre				N = 7 483
Filles	34,5 (33,0 - 36,0)	22,7 (21,4 - 24,1)	42,8 (41,2 - 44,4)	$p < 0,001$
Garçons	30,7 (29,2 - 32,2)	20,8 (19,5 - 22,1)	48,5 (46,9 - 50,1)	Cramér's V. = 0,057
Aisance familiale				N = 7 336
Élevée	29,9 (27,7 - 32,1)	20,6 (18,7 - 22,5)	49,6 (47,2 - 52,0)	$p < 0,001$
Moyenne	32,2 (30,8 - 33,6)	21,4 (20,2 - 22,6)	46,4 (44,9 - 47,9)	$\chi^2 = 0,107$
Faible	38,5 (35,8 - 41,2)	23,9 (21,6 - 26,3)	37,6 (34,9 - 40,3)	
Profil migratoire				N = 7 264
Première génération	33,9 (31,6 - 36,3)	23,8 (21,7 - 25,9)	42,3 (39,9 - 44,7)	$p < 0,001$
Deuxième génération	33,4 (31,9 - 35,0)	21,9 (20,5 - 23,2)	44,7 (43,1 - 46,3)	Cramér's V. = 0,040
Pas de migration	31,0 (29,0 - 33,0)	19,3 (17,7 - 21,1)	49,7 (47,5 - 51,9)	
Structure familiale				N = 7 109
Autres	37,7 (30,1 - 45,7)	22,0 (15,8 - 29,1)	40,4 (32,7 - 48,5)	
Famille recomposée	36,1 (32,7 - 39,5)	25,1 (22,1 - 28,2)	38,8 (35,4 - 42,2)	$p < 0,001$
Parents isolés	39,7 (37,3 - 42,2)	24,5 (22,4 - 26,7)	35,8 (33,5 - 38,3)	Cramér's V. = 0,089
Deux parents	30,3 (29,0 - 31,6)	19,8 (18,7 - 20,9)	50,0 (48,5 - 51,4)	
Ordre d'enseignement				N = 7 533
ESC-classes sup.	29,1 (26,3 - 32,1)	21,6 (19,0 - 24,3)	49,3 (46,1 - 52,5)	
ESG-classes sup.	44,0 (40,5 - 47,4)	20,4 (17,7 - 23,2)	35,7 (32,5 - 39,0)	
Formation prof.	46,9 (42,7 - 51,1)	19,3 (16,1 - 22,7)	33,8 (29,8 - 37,8)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	26,6 (24,2 - 29,1)	20,6 (18,4 - 22,9)	52,8 (50,0 - 55,6)	Cramér's V. = 0,151
ESG-classes inf. (VO)	39,2 (36,9 - 41,6)	22,9 (20,9 - 24,9)	37,9 (35,6 - 40,2)	
ESG-classes inf. (VP)	38,7 (34,6 - 43,0)	28,7 (25,1 - 32,8)	32,6 (28,7 - 36,7)	
EF	21,6 (19,8 - 23,6)	20,8 (19,0 - 22,7)	57,6 (55,3 - 59,9)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de fois ils prennent habituellement un petit-déjeuner durant la semaine scolaire sur une échelle allant de 1 (« Je ne prends jamais de petit-déjeuner les jours d'école ») à 6 (« Cinq jours »). Les habitudes de prise de petit-déjeuner sont classées en : « Jamais les jours d'école » (catégorie 1), « D'un à quatre jours d'école » (catégories 2 à 5) et « Les cinq jours d'école » (catégorie 6). Les résultats sont exprimés en pourcentage (intervalle de confiance de 95 %).

Habitudes en matière de soins dentaires

Figure 30 : Prévalence du brossage des dents selon les groupes sociodémographiques

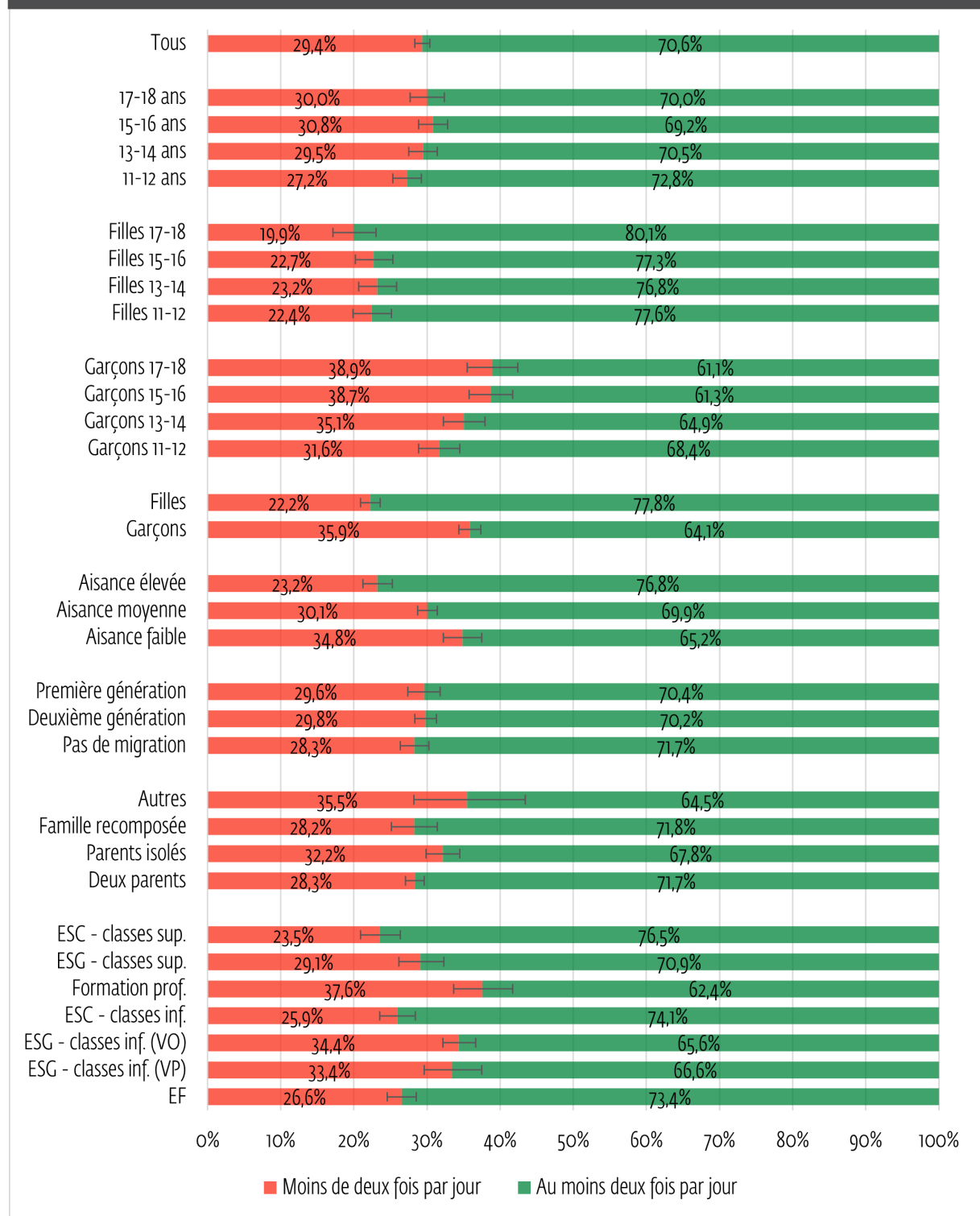


Tableau 7 : Prévalence du brossage des dents selon les groupes sociodémographiques

	Moins de deux fois par jour (2-5)	Au moins deux fois par jour (1)	Test Khi-carré
Tous			N = 7 696
	29,4 (28,4 - 30,4)	70,6 (69,6 - 71,6)	
Âge			N = 7 696
11-12 ans	27,2 (25,3 - 29,2)	72,8 (70,8 - 74,7)	
13-14 ans	29,5 (27,5 - 31,4)	70,5 (68,6 - 72,5)	$p = 0,026$
15-16 ans	30,8 (28,9 - 32,8)	69,2 (67,2 - 71,1)	$\chi^2 = -0,042$
17-18 ans	30,0 (27,7 - 32,4)	70,0 (67,6 - 72,2)	
Âge x genre			N = 3 751
Filles 11-12	22,4 (19,9 - 25,2)	77,6 (75,0 - 80,2)	
Filles 13-14	23,2 (20,7 - 25,8)	76,8 (74,2 - 79,3)	$p = 0,282$
Filles 15-16	22,7 (20,2 - 25,3)	77,3 (74,7 - 79,8)	$\chi^2 = 0,031$
Filles 17-18	19,9 (17,2 - 23,0)	80,1 (77,1 - 83,0)	
			N = 3 893
Garçons 11-12	31,6 (28,8 - 34,5)	68,4 (65,5 - 71,2)	
Garçons 13-14	35,1 (32,2 - 37,9)	64,9 (62,1 - 67,8)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	38,7 (35,8 - 41,7)	61,3 (58,3 - 64,2)	$\chi^2 = -0,093$
Garçons 17-18	38,9 (35,5 - 42,4)	61,1 (57,6 - 64,5)	
Genre			N = 7 644
Filles	22,2 (20,9 - 23,6)	77,8 (76,4 - 79,1)	$p < 0,001$
Garçons	35,9 (34,4 - 37,4)	64,1 (62,6 - 65,6)	Cramér's V. = 0,150
Aisance familiale			N = 7 473
Élevée	23,2 (21,2 - 25,2)	76,8 (74,8 - 78,8)	
Moyenne	30,1 (28,7 - 31,4)	69,9 (68,5 - 71,2)	$p < 0,001$
Faible	34,8 (32,3 - 37,5)	65,2 (62,5 - 67,7)	$\chi^2 = 0,163$
Profil migratoire			N = 7 415
Première génération	29,6 (27,4 - 31,8)	70,4 (68,2 - 72,6)	
Deuxième génération	29,8 (28,3 - 31,3)	70,2 (68,7 - 71,7)	$p = 0,464$
Pas de migration	28,3 (26,4 - 30,3)	71,7 (69,7 - 73,6)	Cramér's V. = 0,014
Structure familiale			N = 7 256
Autres	35,5 (28,2 - 43,5)	64,5 (56,5 - 71,8)	
Famille recomposée	28,2 (25,2 - 31,4)	71,8 (68,6 - 74,8)	$p = 0,010$
Parents isolés	32,2 (29,9 - 34,5)	67,8 (65,5 - 70,1)	Cramér's V. = 0,040
Deux parents	28,3 (27,1 - 29,6)	71,7 (70,4 - 72,9)	
Ordre d'enseignement			N = 7 696
ESC-classes sup.	23,5 (20,9 - 26,3)	76,5 (73,7 - 79,1)	
ESG-classes sup.	29,1 (26,1 - 32,3)	70,9 (67,8 - 74,0)	
Formation prof.	37,6 (33,6 - 41,7)	62,4 (58,3 - 66,4)	
ESC-classes inf.	25,9 (23,5 - 28,4)	74,1 (71,5 - 76,4)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	34,4 (32,2 - 36,7)	65,6 (63,4 - 67,9)	Cramér's V. = 0,097
ESG-classes inf. (VP)	33,4 (29,6 - 37,5)	66,6 (62,5 - 70,4)	
EF	26,6 (24,6 - 28,6)	73,4 (71,4 - 75,4)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de fois ils se brossent les dents sur une échelle allant de 1 (« Plus d'une fois par jour ») à 5 (« Jamais »). Le brossage des dents était classé en : « Moins de deux fois par jour » (catégories 2 à 5) et « Au moins deux fois par jour » (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Consommation de fruits et légumes

Figure 31: Prévalence de la consommation combinée de fruits et de légumes selon les groupes sociodémographiques

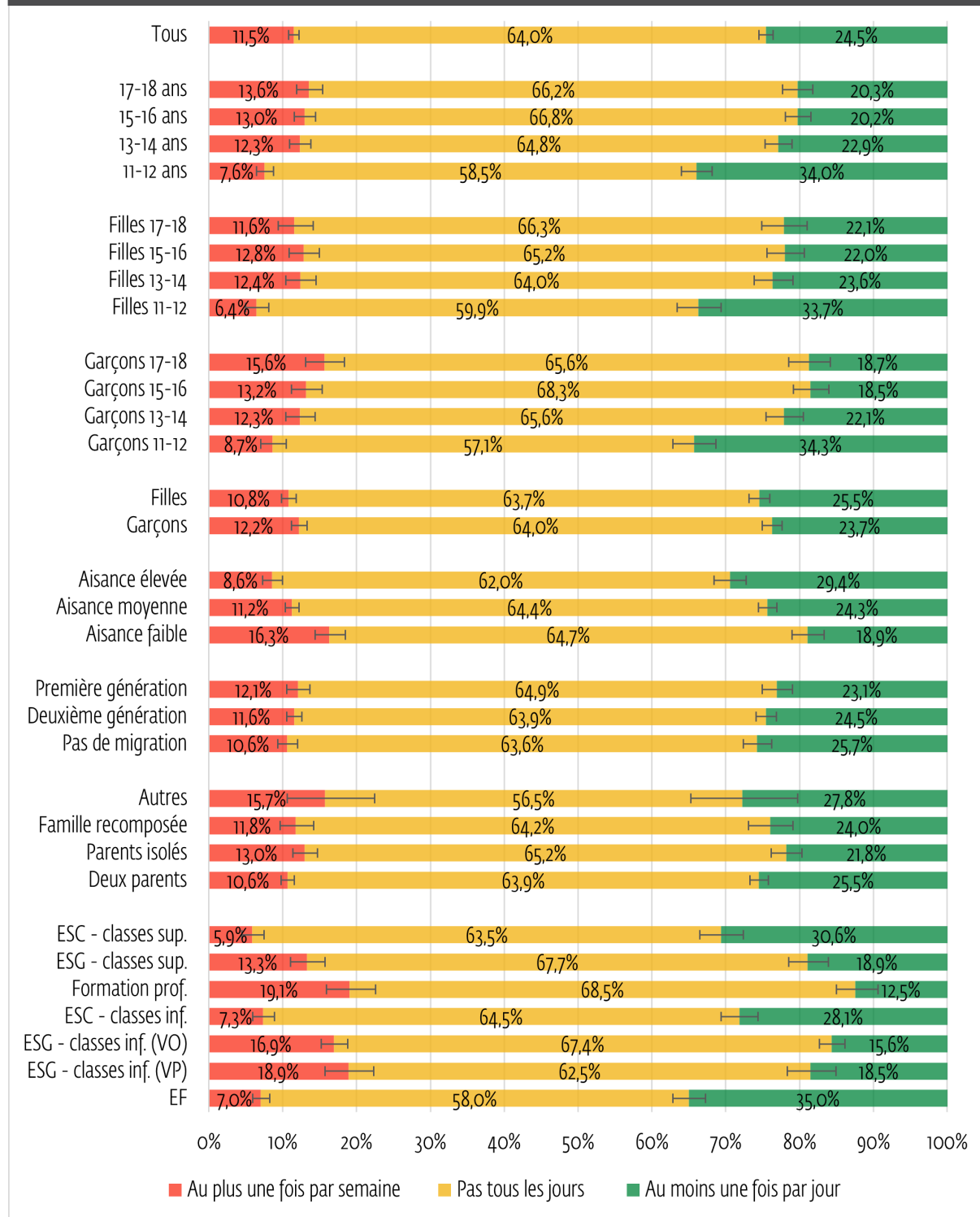


Tableau 8 : Prévalence de la consommation combinée de fruits et de légumes selon les groupes sociodémographiques

	Au plus une fois par semaine	Pas tous les jours	Au moins une fois par jour	Test Khi-carré
Tous				N = 7 551
	11,5 (10,8 - 12,2)	64,0 (62,9 - 65,0)	24,5 (23,6 - 25,5)	
Âge				N = 7 551
11-12 ans	7,6 (6,4 - 8,8)	58,5 (56,3 - 60,6)	34,0 (31,9 - 36,1)	
13-14 ans	12,3 (11,0 - 13,8)	64,8 (62,7 - 66,8)	22,9 (21,1 - 24,7)	$p < 0,001$
15-16 ans	13,0 (11,6 - 14,5)	66,8 (64,7 - 68,8)	20,2 (18,6 - 22,0)	$\chi^2 = -0,173$
17-18 ans	13,6 (11,9 - 15,4)	66,2 (63,7 - 68,5)	20,3 (18,2 - 22,4)	
Âge x genre				N = 3 687
Filles 11-12	6,4 (5,0 - 8,1)	59,9 (56,7 - 62,9)	33,7 (30,8 - 36,8)	
Filles 13-14	12,4 (10,5 - 14,5)	64,0 (61,0 - 66,9)	23,6 (21,1 - 26,4)	$p < 0,001$
Filles 15-16	12,8 (10,9 - 15,0)	65,2 (62,2 - 68,0)	22,0 (19,6 - 24,6)	$\chi^2 = -0,147$
Filles 17-18	11,6 (9,4 - 14,1)	66,3 (62,8 - 69,8)	22,1 (19,1 - 25,3)	
				N = 3 812
Garçons 11-12	8,7 (7,0 - 10,5)	57,1 (54,0 - 60,1)	34,3 (31,4 - 37,3)	
Garçons 13-14	12,3 (10,4 - 14,4)	65,6 (62,6 - 68,4)	22,1 (19,7 - 24,7)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	13,2 (11,2 - 15,3)	68,3 (65,4 - 71,1)	18,5 (16,3 - 21,1)	$\chi^2 = -0,198$
Garçons 17-18	15,6 (13,1 - 18,4)	65,6 (62,1 - 68,9)	18,7 (16,0 - 21,6)	
Genre				N = 7 498
Filles	10,8 (9,8 - 11,9)	63,7 (62,1 - 65,2)	25,5 (24,1 - 26,9)	$p = 0,063$
Garçons	12,2 (11,2 - 13,3)	64,0 (62,5 - 65,5)	23,7 (22,4 - 25,1)	Cramér's V. = 0,027
Aisance familiale				N = 7 350
Élevée	8,6 (7,3 - 10,0)	62,0 (59,7 - 64,3)	29,4 (27,3 - 31,6)	$p < 0,001$
Moyenne	11,2 (10,3 - 12,2)	64,4 (63,0 - 65,8)	24,3 (23,1 - 25,6)	$\chi^2 = 0,163$
Faible	16,3 (14,4 - 18,5)	64,7 (62,0 - 67,4)	18,9 (16,8 - 21,2)	
Profil migratoire				N = 7 286
Première génération	12,1 (10,5 - 13,7)	64,9 (62,5 - 67,2)	23,1 (21,1 - 25,2)	$p = 0,336$
Deuxième génération	11,6 (10,6 - 12,6)	63,9 (62,3 - 65,4)	24,5 (23,1 - 25,9)	Cramér's V. = 0,018
Pas de migration	10,6 (9,3 - 12,0)	63,6 (61,5 - 65,7)	25,7 (23,9 - 27,7)	
Structure familiale				N = 7 124
Autres	15,7 (10,6 - 22,5)	56,5 (48,4 - 64,4)	27,8 (20,8 - 35,3)	
Famille recomposée	11,8 (9,7 - 14,2)	64,2 (60,8 - 67,5)	24,0 (21,1 - 27,1)	$p = 0,010$
Parents isolés	13,0 (11,4 - 14,7)	65,2 (62,9 - 67,6)	21,8 (19,8 - 23,9)	Cramér's V. = 0,034
Deux parents	10,6 (9,8 - 11,5)	63,9 (62,5 - 65,2)	25,5 (24,2 - 26,7)	
Ordre d'enseignement				N = 7 551
ESC-classes sup.	5,9 (4,5 - 7,5)	63,5 (60,4 - 66,6)	30,6 (27,7 - 33,6)	
ESG-classes sup.	13,3 (11,1 - 15,8)	67,7 (64,5 - 70,9)	18,9 (16,4 - 21,8)	
Formation prof.	19,1 (15,9 - 22,6)	68,5 (64,5 - 72,4)	12,5 (9,9 - 15,6)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	7,3 (6,0 - 8,9)	64,5 (61,8 - 67,2)	28,1 (25,6 - 30,6)	Cramér's V. = 0,162
ESG-classes inf. (VO)	16,9 (15,2 - 18,8)	67,4 (65,2 - 69,7)	15,6 (13,9 - 17,4)	
ESG-classes inf. (VP)	18,9 (15,7 - 22,4)	62,5 (58,3 - 66,5)	18,5 (15,4 - 22,0)	
EF	7,0 (5,9 - 8,3)	58,0 (55,7 - 60,2)	35,0 (32,8 - 37,2)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de fois ils consomment de fruits et des légumes sur une échelle allant de 1 (« Jamais ») à 7 (« Plus d'une fois par jour »). La consommation de fruits et de légumes a été combinée en une variable et divisée en trois catégories : « Au plus une fois par semaine », « Pas tous les jours » et « Au moins tous les jours ». La catégorie « Au plus une fois par semaine » correspond aux adolescents qui consomment des fruits et légumes au plus une fois par semaine (catégories 1 à 3) ; « Pas tous les jours » correspond aux adolescents qui consomment des fruits et légumes durant la semaine, mais n'en mangent pas tous les jours (catégories 4 et 5) ; et « Au moins une fois par jour » correspond aux adolescents qui mangent à la fois des fruits et des légumes une fois (ou plus) par jour (catégories 6 et 7). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Consommation de sucreries

Figure 32 : Prévalence de la consommation de sucreries selon les groupes sociodémographiques

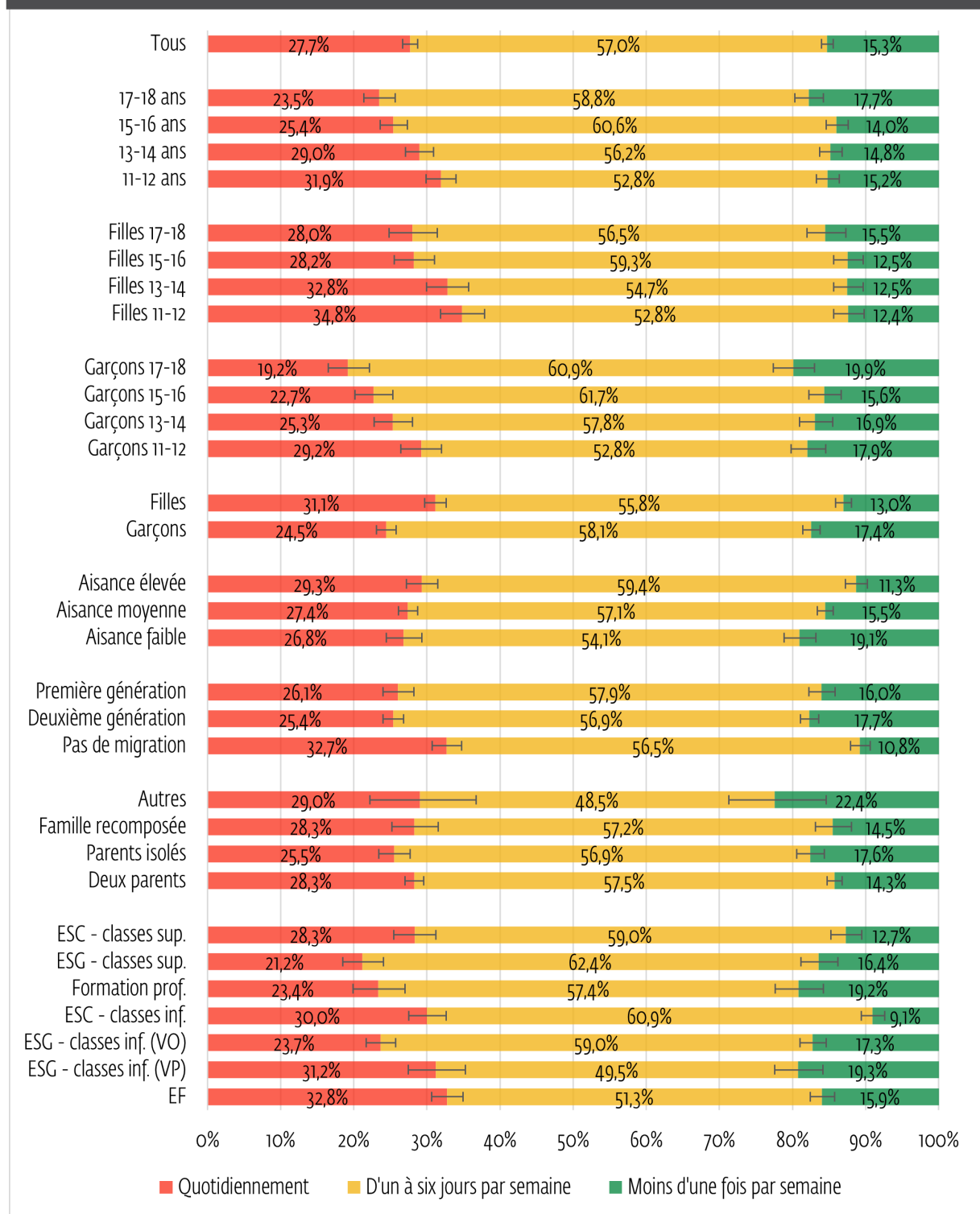


Tableau 9 : Prévalence de la consommation de sucreries selon les groupes sociodémographiques

	Quotidiennement (6-7)	D'un à six jours par semaine (3-5)	Moins d'une fois par semaine (1-2)	Test Khi-carré
Tous				N = 7 636
	27,7 (26,7 - 28,7)	57,0 (55,9 - 58,1)	15,3 (14,5 - 16,1)	
Âge				N = 7 636
11-12 ans	31,9 (29,9 - 34,0)	52,8 (50,6 - 55,0)	15,2 (13,7 - 16,9)	
13-14 ans	29,0 (27,1 - 30,9)	56,2 (54,1 - 58,3)	14,8 (13,3 - 16,4)	$p < 0,001$
15-16 ans	25,4 (23,6 - 27,3)	60,6 (58,5 - 62,7)	14,0 (12,5 - 15,5)	$\chi^2 = 0,080$
17-18 ans	23,5 (21,4 - 25,7)	58,8 (56,2 - 61,2)	17,7 (15,8 - 19,7)	
Âge x genre				N = 3 728
Filles 11-12	34,8 (31,9 - 37,9)	52,8 (49,6 - 55,9)	12,4 (10,4 - 14,6)	
Filles 13-14	32,8 (29,9 - 35,7)	54,7 (51,6 - 57,7)	12,5 (10,6 - 14,7)	$p < 0,001$
Filles 15-16	28,2 (25,5 - 31,0)	59,3 (56,3 - 62,3)	12,5 (10,6 - 14,6)	$\chi^2 = 0,079$
Filles 17-18	28,0 (24,8 - 31,4)	56,5 (52,7 - 60,0)	15,5 (13,0 - 18,4)	
				N = 3 858
Garçons 11-12	29,2 (26,4 - 32,0)	52,8 (49,8 - 55,9)	17,9 (15,7 - 20,4)	
Garçons 13-14	25,3 (22,8 - 28,0)	57,8 (54,8 - 60,8)	16,9 (14,8 - 19,3)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	22,7 (20,2 - 25,3)	61,7 (58,7 - 64,6)	15,6 (13,5 - 18,0)	$\chi^2 = 0,081$
Garçons 17-18	19,2 (16,5 - 22,1)	60,9 (57,4 - 64,4)	19,9 (17,1 - 22,8)	
Genre				N = 7 586
Filles	31,1 (29,7 - 32,6)	55,8 (54,2 - 57,4)	13,0 (12,0 - 14,1)	$p < 0,001$
Garçons	24,5 (23,1 - 25,8)	58,1 (56,6 - 59,7)	17,4 (16,2 - 18,6)	Cramér's V. = 0,086
Aisance familiale				N = 7 432
Élevée	29,3 (27,2 - 31,5)	59,4 (57,0 - 61,7)	11,3 (9,8 - 12,8)	$p < 0,001$
Moyenne	27,4 (26,1 - 28,7)	57,1 (55,6 - 58,5)	15,5 (14,5 - 16,6)	$\chi^2 = -0,079$
Faible	26,8 (24,5 - 29,3)	54,1 (51,4 - 56,9)	19,1 (17,0 - 21,3)	
Profil migratoire				N = 7 362
Première génération	26,1 (24,0 - 28,3)	57,9 (55,5 - 60,3)	16,0 (14,3 - 17,8)	$p < 0,001$
Deuxième génération	25,4 (24,0 - 26,8)	56,9 (55,3 - 58,5)	17,7 (16,5 - 18,9)	Cramér's V. = 0,068
Pas de migration	32,7 (30,7 - 34,8)	56,5 (54,3 - 58,6)	10,8 (9,5 - 12,2)	
Structure familiale				N = 7 208
Autres	29,0 (22,2 - 36,7)	48,5 (40,7 - 56,7)	22,4 (16,2 - 29,5)	
Famille recomposée	28,3 (25,2 - 31,5)	57,2 (53,7 - 60,6)	14,5 (12,2 - 17,1)	$p = 0,004$
Parents isolés	25,5 (23,4 - 27,7)	56,9 (54,4 - 59,3)	17,6 (15,8 - 19,5)	Cramér's V. = 0,037
Deux parents	28,3 (27,0 - 29,6)	57,5 (56,1 - 58,9)	14,3 (13,3 - 15,3)	
Ordre d'enseignement				N = 7 636
ESC-classes sup.	28,3 (25,5 - 31,2)	59,0 (55,8 - 62,1)	12,7 (10,7 - 15,0)	
ESG-classes sup.	21,2 (18,5 - 24,1)	62,4 (59,0 - 65,6)	16,4 (14,0 - 19,1)	
Formation prof.	23,4 (19,9 - 27,0)	57,4 (53,2 - 61,5)	19,2 (16,0 - 22,6)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	30,0 (27,5 - 32,6)	60,9 (58,2 - 63,6)	9,1 (7,6 - 10,8)	Cramér's V. = 0,091
ESG-classes inf. (VO)	23,7 (21,7 - 25,7)	59,0 (56,7 - 61,4)	17,3 (15,6 - 19,2)	
ESG-classes inf. (VP)	31,2 (27,4 - 35,2)	49,5 (45,3 - 53,7)	19,3 (16,1 - 22,7)	
EF	32,8 (30,6 - 34,9)	51,3 (49,0 - 53,6)	15,9 (14,3 - 17,7)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de fois ils consomment des sucreries sur une échelle allant de 1 (« Jamais ») à 7 (« Plus d'une fois par jour »). La consommation de sucreries a été divisée en : « Quotidiennement » (catégories 6 et 7), « D'un à six jours par semaine » (catégories 3 à 5), et « Moins d'une fois par semaine » (catégories 1 et 2). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Consommation de boissons sucrées

Figure 33 : Prévalence de la consommation de boissons sucrées selon les groupes sociodémographiques

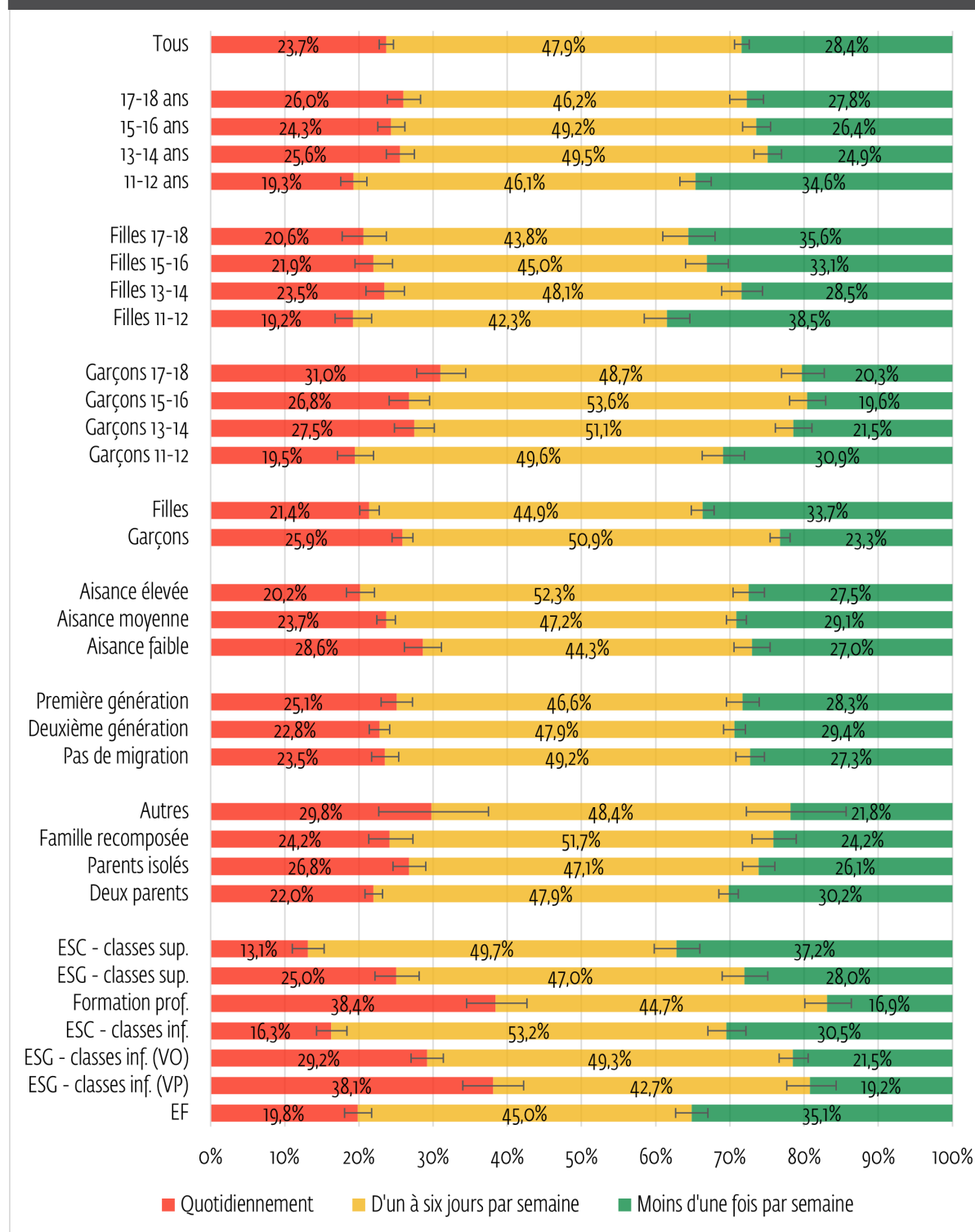


Tableau 10 : Prévalence de la consommation de boissons sucrées selon les groupes sociodémographiques

	Quotidiennement (6-7)	D'un à six jours par semaine (3-5)	Moins d'une fois par semaine (1-2)	Test Khi-carré
Tous				N = 7 621
	23,7 (22,7 - 24,6)	47,9 (46,8 - 49,0)	28,4 (27,4 - 29,4)	
Âge				N = 7 621
11-12 ans	19,3 (17,6 - 21,1)	46,1 (43,9 - 48,3)	34,6 (32,5 - 36,7)	
13-14 ans	25,6 (23,7 - 27,5)	49,5 (47,4 - 51,7)	24,9 (23,1 - 26,8)	$p < 0,001$
15-16 ans	24,3 (22,5 - 26,2)	49,2 (47,1 - 51,4)	26,4 (24,6 - 28,4)	$\chi^2 = -0,077$
17-18 ans	26,0 (23,8 - 28,3)	46,2 (43,7 - 48,8)	27,8 (25,5 - 30,1)	
Âge x genre				N = 3 721
Filles 11-12	19,2 (16,8 - 21,7)	42,3 (39,2 - 45,4)	38,5 (35,4 - 41,5)	
Filles 13-14	23,5 (21,0 - 26,2)	48,1 (45,0 - 51,1)	28,5 (25,8 - 31,3)	$p = 0,358$
Filles 15-16	21,9 (19,5 - 24,5)	45,0 (41,9 - 48,0)	33,1 (30,2 - 36,0)	$\chi^2 = -0,019$
Filles 17-18	20,6 (17,7 - 23,7)	43,8 (40,1 - 47,4)	35,6 (32,1 - 39,1)	
				N = 3 851
Garçons 11-12	19,5 (17,1 - 22,0)	49,6 (46,5 - 52,7)	30,9 (28,2 - 33,8)	
Garçons 13-14	27,5 (24,8 - 30,2)	51,1 (48,1 - 54,1)	21,5 (19,1 - 24,0)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	26,8 (24,1 - 29,5)	53,6 (50,6 - 56,7)	19,6 (17,2 - 22,1)	$\chi^2 = -0,138$
Garçons 17-18	31,0 (27,8 - 34,4)	48,7 (45,0 - 52,2)	20,3 (17,6 - 23,4)	
Genre				N = 7 572
Filles	21,4 (20,1 - 22,7)	44,9 (43,3 - 46,5)	33,7 (32,2 - 35,2)	$p < 0,001$
Garçons	25,9 (24,5 - 27,3)	50,9 (49,3 - 52,5)	23,3 (22,0 - 24,6)	Cramér's V. = 0,116
Aisance familiale				N = 7 410
Élevée	20,2 (18,3 - 22,1)	52,3 (50,0 - 54,7)	27,5 (25,4 - 29,6)	
Moyenne	23,7 (22,4 - 24,9)	47,2 (45,7 - 48,7)	29,1 (27,8 - 30,5)	$p = 0,002$
Faible	28,6 (26,2 - 31,1)	44,3 (41,6 - 47,1)	27,0 (24,6 - 29,5)	$\chi^2 = 0,053$
Profil migratoire				N = 7 352
Première génération	25,1 (23,0 - 27,2)	46,6 (44,2 - 49,0)	28,3 (26,2 - 30,6)	
Deuxième génération	22,8 (21,4 - 24,1)	47,9 (46,2 - 49,5)	29,4 (27,9 - 30,8)	$p = 0,204$
Pas de migration	23,5 (21,7 - 25,4)	49,2 (47,1 - 51,4)	27,3 (25,4 - 29,2)	Cramér's V. = 0,020
Structure familiale				N = 7 196
Autres	29,8 (22,7 - 37,4)	48,4 (40,2 - 56,4)	21,8 (15,9 - 29,3)	
Famille recomposée	24,2 (21,3 - 27,3)	51,7 (48,2 - 55,2)	24,2 (21,3 - 27,3)	$p < 0,001$
Parents isolés	26,8 (24,6 - 29,0)	47,1 (44,6 - 49,5)	26,1 (24,0 - 28,3)	Cramér's V. = 0,047
Deux parents	22,0 (20,8 - 23,2)	47,9 (46,4 - 49,3)	30,2 (28,9 - 31,5)	
Ordre d'enseignement				N = 7 621
ESC-classes sup.	13,1 (11,0 - 15,3)	49,7 (46,5 - 52,9)	37,2 (34,1 - 40,3)	
ESG-classes sup.	25,0 (22,2 - 28,1)	47,0 (43,5 - 50,4)	28,0 (25,0 - 31,1)	
Formation prof.	38,4 (34,5 - 42,7)	44,7 (40,6 - 49,0)	16,9 (13,9 - 20,2)	
ESC-classes inf.	16,3 (14,3 - 18,4)	53,2 (50,4 - 56,0)	30,5 (28,0 - 33,1)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	29,2 (27,1 - 31,4)	49,3 (46,9 - 51,7)	21,5 (19,6 - 23,5)	Cramér's V. = 0,151
ESG-classes inf. (VP)	38,1 (34,0 - 42,2)	42,7 (38,6 - 46,9)	19,2 (16,1 - 22,7)	
EF	19,8 (18,1 - 21,7)	45,0 (42,7 - 47,3)	35,1 (33,0 - 37,3)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de fois ils consomment des boissons sucrées sur une échelle allant de 1 (« Jamais ») à 7 (« Plus d'une fois par jour »). La consommation de boissons sucrées a été divisée en : « Quotidiennement » (catégories 6 et 7), « D'un à six jours par semaine » (catégories 3 à 5), et « Moins d'une fois par semaine » (catégories 1 et 2). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Activité physique modérée à soutenue

Figure 34 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon les groupes sociodémographiques

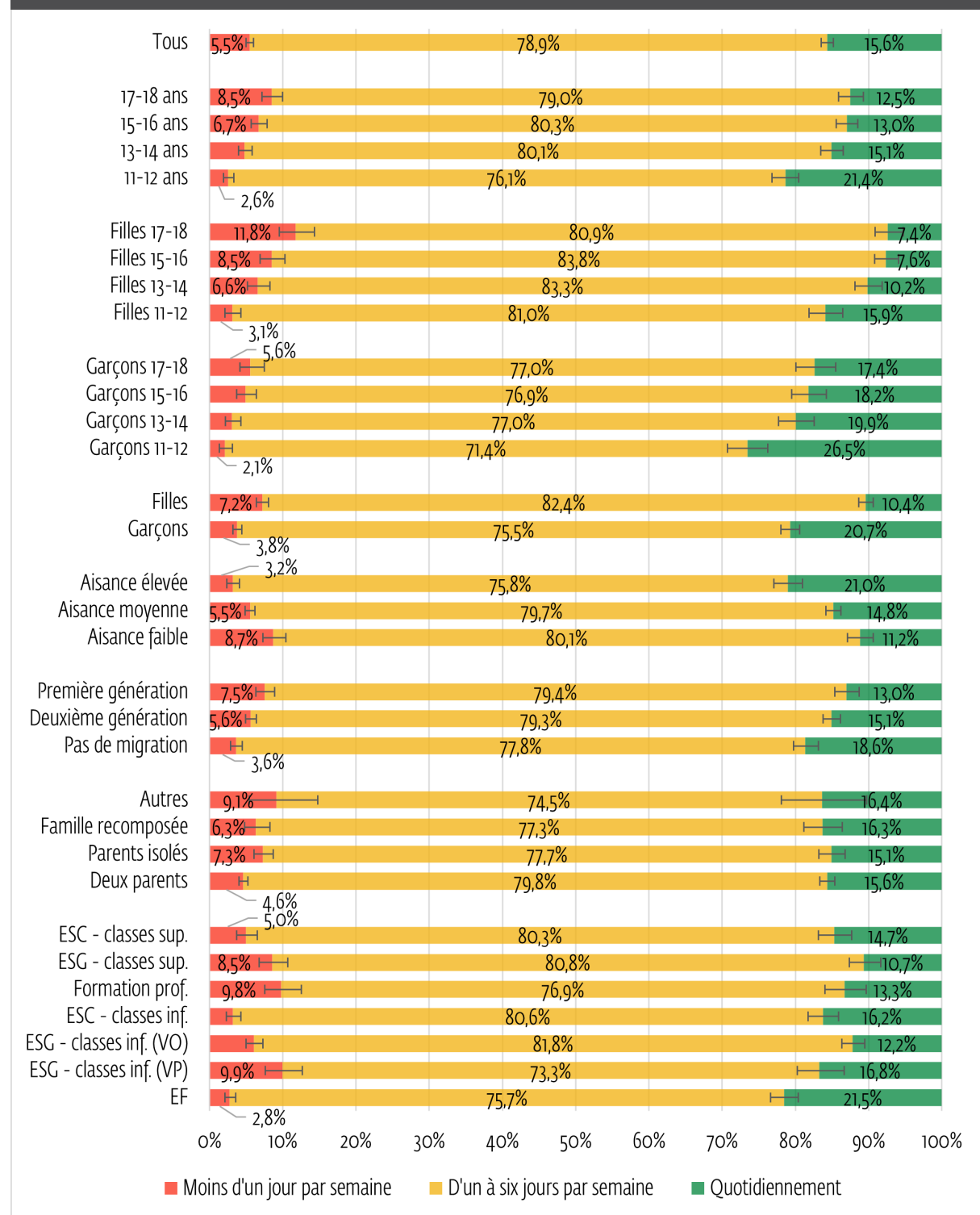


Tableau 11 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon les groupes sociodémographiques

	Moins d'un jour par semaine (0)	D'un à six jours par semaine (1-6)	Quotidiennement (7)	Test Khi-carré
Tous				N = 7 506
	5,5 (5,0 - 6,0)	78,9 (77,9 - 79,8)	15,6 (14,8 - 16,5)	
Âge				N = 7 506
11-12 ans	2,6 (1,9 - 3,3)	76,1 (74,1 - 77,9)	21,4 (19,6 - 23,2)	
13-14 ans	4,8 (4,0 - 5,8)	80,1 (78,3 - 81,8)	15,1 (13,6 - 16,7)	$p < 0,001$
15-16 ans	6,7 (5,7 - 7,9)	80,3 (78,5 - 81,9)	13,0 (11,6 - 14,5)	$\chi^2 = -0,207$
17-18 ans	8,5 (7,1 - 10,0)	79,0 (76,8 - 81,0)	12,5 (10,8 - 14,2)	
Âge x genre				N = 3 663
Filles 11-12	3,1 (2,1 - 4,3)	81,0 (78,3 - 83,3)	15,9 (13,7 - 18,3)	
Filles 13-14	6,6 (5,2 - 8,3)	83,3 (80,9 - 85,5)	10,2 (8,4 - 12,2)	$p < 0,001$
Filles 15-16	8,5 (6,9 - 10,3)	83,8 (81,4 - 86,0)	7,6 (6,1 - 9,4)	$\chi^2 = -0,275$
Filles 17-18	11,8 (9,6 - 14,3)	80,9 (77,8 - 83,6)	7,4 (5,6 - 9,5)	
				N = 3 793
Garçons 11-12	2,1 (1,4 - 3,2)	71,4 (68,4 - 74,0)	26,5 (23,8 - 29,3)	
Garçons 13-14	3,1 (2,2 - 4,3)	77,0 (74,3 - 79,5)	19,9 (17,6 - 22,5)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	4,9 (3,7 - 6,4)	76,9 (74,2 - 79,4)	18,2 (15,9 - 20,7)	$\chi^2 = -0,164$
Garçons 17-18	5,6 (4,2 - 7,5)	77,0 (73,9 - 80,0)	17,4 (14,9 - 20,3)	
Genre				N = 7 456
Filles	7,2 (6,4 - 8,1)	82,4 (81,1 - 83,6)	10,4 (9,5 - 11,4)	$p < 0,001$
Garçons	3,8 (3,2 - 4,4)	75,5 (74,1 - 76,9)	20,7 (19,4 - 22,0)	Cramér's V. = 0,154
Aisance familiale				N = 7 305
Élevée	3,2 (2,4 - 4,1)	75,8 (73,7 - 77,8)	21,0 (19,1 - 23,0)	
Moyenne	5,5 (4,9 - 6,2)	79,7 (78,4 - 80,8)	14,8 (13,8 - 15,9)	$p < 0,001$
Faible	8,7 (7,3 - 10,4)	80,1 (77,8 - 82,2)	11,2 (9,5 - 13,0)	$\chi^2 = 0,227$
Profil migratoire				N = 7 229
Première génération	7,5 (6,3 - 8,9)	79,4 (77,4 - 81,4)	13,0 (11,4 - 14,7)	
Deuxième génération	5,6 (4,9 - 6,4)	79,3 (77,9 - 80,6)	15,1 (14,0 - 16,3)	$p < 0,001$
Pas de migration	3,6 (2,9 - 4,5)	77,8 (75,9 - 79,5)	18,6 (17,0 - 20,4)	Cramér's V. = 0,056
Structure familiale				N = 7 089
Autres	9,1 (5,5 - 14,8)	74,5 (66,6 - 80,5)	16,4 (10,8 - 22,5)	
Famille recomposée	6,3 (4,8 - 8,3)	77,3 (74,3 - 80,2)	16,3 (13,8 - 19,0)	$p = 0,001$
Parents isolés	7,3 (6,1 - 8,7)	77,7 (75,5 - 79,7)	15,1 (13,4 - 17,0)	Cramér's V. = 0,040
Deux parents	4,6 (4,0 - 5,2)	79,8 (78,6 - 80,9)	15,6 (14,6 - 16,7)	
Ordre d'enseignement				N = 7 506
ESC-classes sup.	5,0 (3,7 - 6,5)	80,3 (77,7 - 82,8)	14,7 (12,5 - 17,1)	
ESG-classes sup.	8,5 (6,8 - 10,7)	80,8 (78,0 - 83,5)	10,7 (8,7 - 13,0)	
Formation prof.	9,8 (7,5 - 12,5)	76,9 (73,3 - 80,3)	13,3 (10,6 - 16,3)	
ESC-classes inf.	3,2 (2,3 - 4,3)	80,6 (78,3 - 82,7)	16,2 (14,2 - 18,4)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	6,0 (5,0 - 7,3)	81,8 (79,9 - 83,6)	12,2 (10,7 - 13,8)	Cramér's V. = 0,105
ESG-classes inf. (VP)	9,9 (7,6 - 12,7)	73,3 (69,4 - 76,9)	16,8 (13,8 - 20,2)	
EF	2,8 (2,1 - 3,6)	75,7 (73,7 - 77,7)	21,5 (19,6 - 23,4)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de jours ils ont été actifs physiquement pendant un total de 60 minutes minimum par jour, dans les 7 derniers jours. Les options de réponses variaient de 0 (« 0 jour ») à 7 (« 7 jours »). L'activité physique modérée à soutenue a été divisée en : « Moins d'un jour par semaine » (catégorie 0), « D'un à six jours par semaine » (catégories 1 à 6), et « Quotidiennement » (catégorie 7). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Activité physique soutenue

Figure 35 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon les groupes sociodémographiques

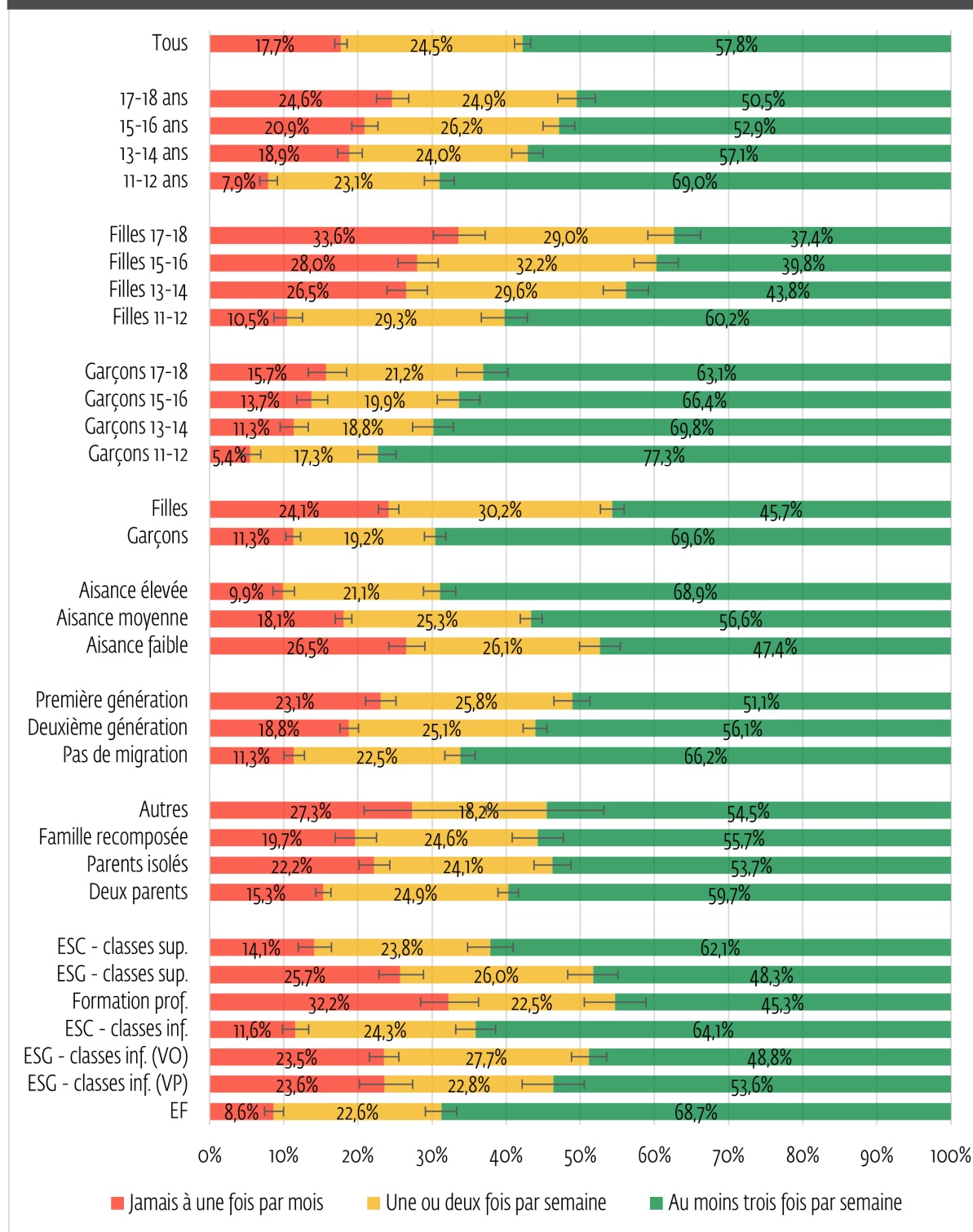


Tableau 12 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon les groupes sociodémographiques

	Jamais à une fois par mois (6-8)	Une ou deux fois par semaine (4-5)	Au moins trois fois par semaine (1-3)	Test Khi-carré
Tous				N = 7 641
	17,7 (16,9 - 18,6)	24,5 (23,6 - 25,5)	57,8 (56,6 - 58,9)	
Âge				N = 7 641
11-12 ans	7,9 (6,8 - 9,2)	23,1 (21,2 - 25,0)	69,0 (67,0 - 71,0)	
13-14 ans	18,9 (17,2 - 20,6)	24,0 (22,2 - 25,9)	57,1 (55,0 - 59,2)	$p < 0,001$
15-16 ans	20,9 (19,2 - 22,7)	26,2 (24,3 - 28,1)	52,9 (50,7 - 55)	$\chi^2 = 0,204$
17-18 ans	24,6 (22,5 - 26,9)	24,9 (22,7 - 27,1)	50,5 (47,9 - 53)	
Âge x genre				N = 3 720
Filles 11-12	10,5 (8,7 - 12,5)	29,3 (26,5 - 32,2)	60,2 (57,1 - 63,3)	
Filles 13-14	26,5 (23,9 - 29,4)	29,6 (26,9 - 32,5)	43,8 (40,8 - 46,9)	$p < 0,001$
Filles 15-16	28 (25,4 - 30,8)	32,2 (29,4 - 35,1)	39,8 (36,8 - 42,8)	$\chi^2 = 0,240$
Filles 17-18	33,6 (30,2 - 37,1)	29,0 (25,8 - 32,4)	37,4 (33,9 - 41,0)	
				N = 3 871
Garçons 11-12	5,4 (4,1 - 6,9)	17,3 (15,0 - 19,7)	77,3 (74,6 - 79,7)	
Garçons 13-14	11,3 (9,5 - 13,3)	18,8 (16,6 - 21,3)	69,8 (67,1 - 72,6)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	13,7 (11,7 - 15,9)	19,9 (17,5 - 22,4)	66,4 (63,5 - 69,2)	$\chi^2 = 0,178$
Garçons 17-18	15,7 (13,3 - 18,5)	21,2 (18,4 - 24,2)	63,1 (59,6 - 66,5)	
Genre				N = 7 591
Filles	24,1 (22,8 - 25,5)	30,2 (28,7 - 31,7)	45,7 (44,1 - 47,3)	$p < 0,001$
Garçons	11,3 (10,3 - 12,3)	19,2 (17,9 - 20,4)	69,6 (68,1 - 71,0)	Cramér's V. = 0,246
Aisance familiale				N = 7 435
Élevée	9,9 (8,6 - 11,4)	21,1 (19,3 - 23,2)	68,9 (66,7 - 71,1)	$p < 0,001$
Moyenne	18,1 (16,9 - 19,2)	25,3 (24,1 - 26,6)	56,6 (55,2 - 58,1)	$\chi^2 = -0,249$
Faible	26,5 (24,2 - 29)	26,1 (23,7 - 28,6)	47,4 (44,6 - 50,1)	
Profil migratoire				N = 7 359
Première génération	23,1 (21,0 - 25,1)	25,8 (23,7 - 28,0)	51,1 (48,6 - 53,5)	$p < 0,001$
Deuxième génération	18,8 (17,6 - 20,1)	25,1 (23,7 - 26,5)	56,1 (54,5 - 57,7)	Cramér's V. = 0,091
Pas de migration	11,3 (10,0 - 12,8)	22,5 (20,7 - 24,3)	66,2 (64,1 - 68,2)	
Structure familiale				N = 7 211
Autres	27,3 (20,8 - 35,1)	18,2 (12,6 - 24,9)	54,5 (46,3 - 62,2)	
Famille recomposée	19,7 (17,0 - 22,5)	24,6 (21,7 - 27,7)	55,7 (52,3 - 59,2)	$p < 0,001$
Parents isolés	22,2 (20,2 - 24,3)	24,1 (22,0 - 26,3)	53,7 (51,2 - 56,2)	Cramér's V. = 0,061
Deux parents	15,3 (14,3 - 16,4)	24,9 (23,7 - 26,2)	59,7 (58,3 - 61,1)	
Ordre d'enseignement				N = 7 641
ESC-classes sup.	14,1 (12,0 - 16,4)	23,8 (21,1 - 26,5)	62,1 (59,1 - 65,2)	
ESG-classes sup.	25,7 (22,9 - 28,8)	26,0 (23,1 - 29,1)	48,3 (44,8 - 51,7)	
Formation prof.	32,2 (28,5 - 36,3)	22,5 (19,1 - 26,1)	45,3 (41,1 - 49,4)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	11,6 (9,8 - 13,4)	24,3 (22,0 - 26,8)	64,1 (61,4 - 66,8)	Cramér's V. = 0,156
ESG-classes inf. (VO)	23,5 (21,5 - 25,5)	27,7 (25,6 - 29,9)	48,8 (46,4 - 51,2)	
ESG-classes inf. (VP)	23,6 (20,2 - 27,4)	22,8 (19,4 - 26,4)	53,6 (49,4 - 57,8)	
EF	8,6 (7,4 - 10,0)	22,6 (20,8 - 24,6)	68,7 (66,6 - 70,8)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer combien de fois ils faisaient de l'exercice pendant leur temps libre (en dehors de l'école) au point de transpirer ou d'être essouffé(e). Les options de réponses variaient entre 1 (« Tous les jours ») et 8 (« Jamais »). L'activité physique soutenue était classée en : « Jamais à une fois par mois » (catégories 6 à 8), « Une ou deux fois par semaine » (catégories 4 et 5) et « Au moins trois fois par semaine » (catégories 1 à 3). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Statut pondéral

Figure 36 : Prévalence du statut pondéral selon les groupes sociodémographiques

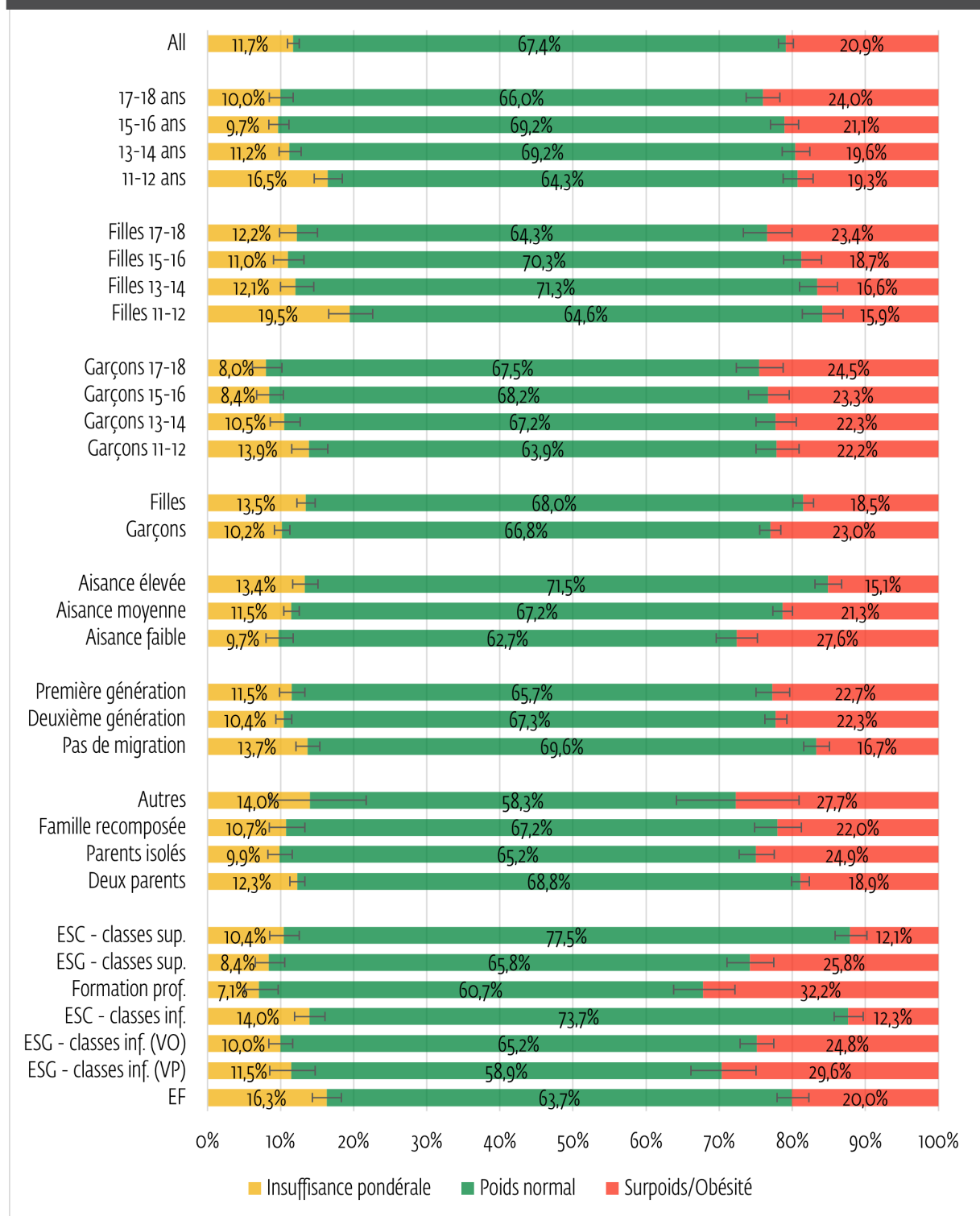


Tableau 13 : Prévalence du statut pondéral selon les groupes sociodémographiques

	Insuffisance pondérale	Poids normal	Surpoids/ Obésité	Test Khi-carré
Tous				N = 6 163
	11,7 (11,0 - 12,6)	67,4 (66,2 - 68,5)	20,9 (19,9 - 21,9)	
Âge				N = 6 163
11-12 ans	16,5 (14,6 - 18,4)	64,3 (61,7 - 66,7)	19,3 (17,3 - 21,4)	
13-14 ans	11,2 (9,8 - 12,8)	69,2 (67,0 - 71,4)	19,6 (17,7 - 21,6)	$p < 0,001$
15-16 ans	9,7 (8,4 - 11,2)	69,2 (67,1 - 71,4)	21,1 (19,2 - 23,0)	$\chi^2 = 0,100$
17-18 ans	10,0 (8,5 - 11,7)	66,0 (63,4 - 68,5)	24,0 (21,7 - 26,3)	
Âge x genre				N = 2 930
Filles 11-12	19,5 (16,6 - 22,6)	64,6 (61,0 - 68,3)	15,9 (13,2 - 18,8)	
Filles 13-14	12,1 (10,0 - 14,5)	71,3 (68,1 - 74,4)	16,6 (14,2 - 19,4)	$p < 0,001$
Filles 15-16	11,0 (9,1 - 13,2)	70,3 (67,2 - 73,3)	18,7 (16,3 - 21,5)	$\chi^2 = 0,130$
Filles 17-18	12,2 (9,9 - 15,0)	64,3 (60,5 - 68,0)	23,4 (20,2 - 26,9)	
				N = 3 233
Garçons 11-12	13,9 (11,6 - 16,5)	63,9 (60,5 - 67,3)	22,2 (19,4 - 25,2)	
Garçons 13-14	10,5 (8,6 - 12,7)	67,2 (64,0 - 70,3)	22,3 (19,6 - 25,1)	$p = 0,004$
Garçons 15-16	8,4 (6,8 - 10,4)	68,2 (65,1 - 71,2)	23,3 (20,7 - 26,2)	$\chi^2 = 0,074$
Garçons 17-18	8,0 (6,2 - 10,2)	67,5 (64,0 - 70,9)	24,5 (21,4 - 27,8)	
Genre				N = 6163
Filles	13,5 (12,2 - 14,7)	68,0 (66,3 - 69,7)	18,5 (17,2 - 20,0)	$p < 0,001$
Garçons	10,2 (9,2 - 11,3)	66,8 (65,1 - 68,4)	23,0 (21,6 - 24,5)	Cramér's V. = 0,069
Aisance familiale				N = 6 017
Élevée	13,4 (11,7 - 15,1)	71,5 (69,2 - 73,8)	15,1 (13,3 - 17,0)	$p < 0,001$
Moyenne	11,5 (10,5 - 12,6)	67,2 (65,6 - 68,7)	21,3 (20,0 - 22,7)	$\chi^2 = -0,162$
Faible	9,7 (8,0 - 11,8)	62,7 (59,5 - 65,7)	27,6 (24,8 - 30,5)	
Profil migratoire				N = 5 967
Première génération	11,5 (9,9 - 13,4)	65,7 (63,1 - 68,3)	22,7 (20,5 - 25,1)	$p < 0,001$
Deuxième génération	10,4 (9,4 - 11,6)	67,3 (65,6 - 69,0)	22,3 (20,8 - 23,8)	Cramér's V. = 0,051
Pas de migration	13,7 (12,1 - 15,4)	69,6 (67,4 - 71,7)	16,7 (15,0 - 18,5)	
Structure familiale				N = 5 856
Autres	14 (8,5 - 21,7)	58,3 (49,0 - 67,5)	27,7 (19,6 - 36,4)	
Famille recomposée	10,7 (8,5 - 13,3)	67,2 (63,5 - 70,8)	22,0 (18,8 - 25,3)	$p < 0,001$
Parents isolés	9,9 (8,3 - 11,6)	65,2 (62,5 - 67,8)	24,9 (22,6 - 27,4)	Cramér's V. = 0,050
Deux parents	12,3 (11,3 - 13,4)	68,8 (67,3 - 70,2)	18,9 (17,7 - 20,2)	
Ordre d'enseignement				N = 6 163
ESC-classes sup.	10,4 (8,5 - 12,6)	77,5 (74,6 - 80,1)	12,1 (10,1 - 14,4)	
ESG-classes sup.	8,4 (6,6 - 10,6)	65,8 (62,3 - 69,2)	25,8 (22,7 - 29,1)	
Formation prof.	7,1 (5,1 - 9,7)	60,7 (56,4 - 65,1)	32,2 (28,2 - 36,6)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	14,0 (11,9 - 16,1)	73,7 (70,9 - 76,2)	12,3 (10,4 - 14,4)	Cramér's V. = 0,131
ESG-classes inf. (VO)	10,0 (8,4 - 11,7)	65,2 (62,6 - 67,7)	24,8 (22,5 - 27,2)	
ESG-classes inf. (VP)	11,5 (8,6 - 14,8)	58,9 (54,1 - 63,6)	29,6 (25,4 - 34,3)	
EF	16,3 (14,3 - 18,3)	63,7 (61,1 - 66,3)	20,0 (17,9 - 22,3)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer leur taille et leur poids. À partir de ces informations, nous avons calculé leur IMC (indice de masse corporelle). Selon les seuils de l'International Obesity Task Force (Cole et Lobstein, 2012), le statut pondéral se classe en : insuffisance pondérale, poids normal, et surpoids ou obésité. Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 37 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon les groupes sociodémographiques

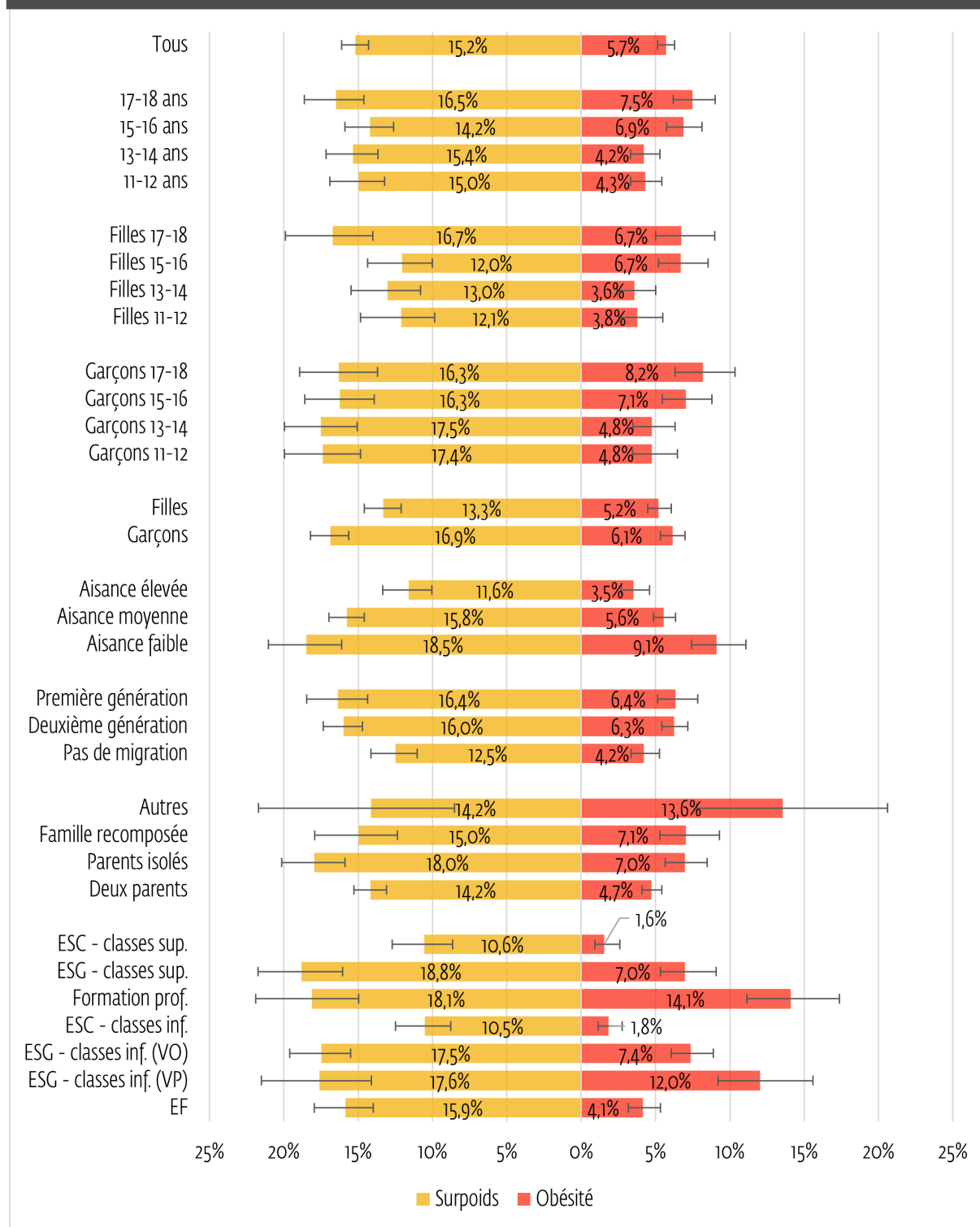


Image corporelle

Figure 38 : Prévalence de l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques

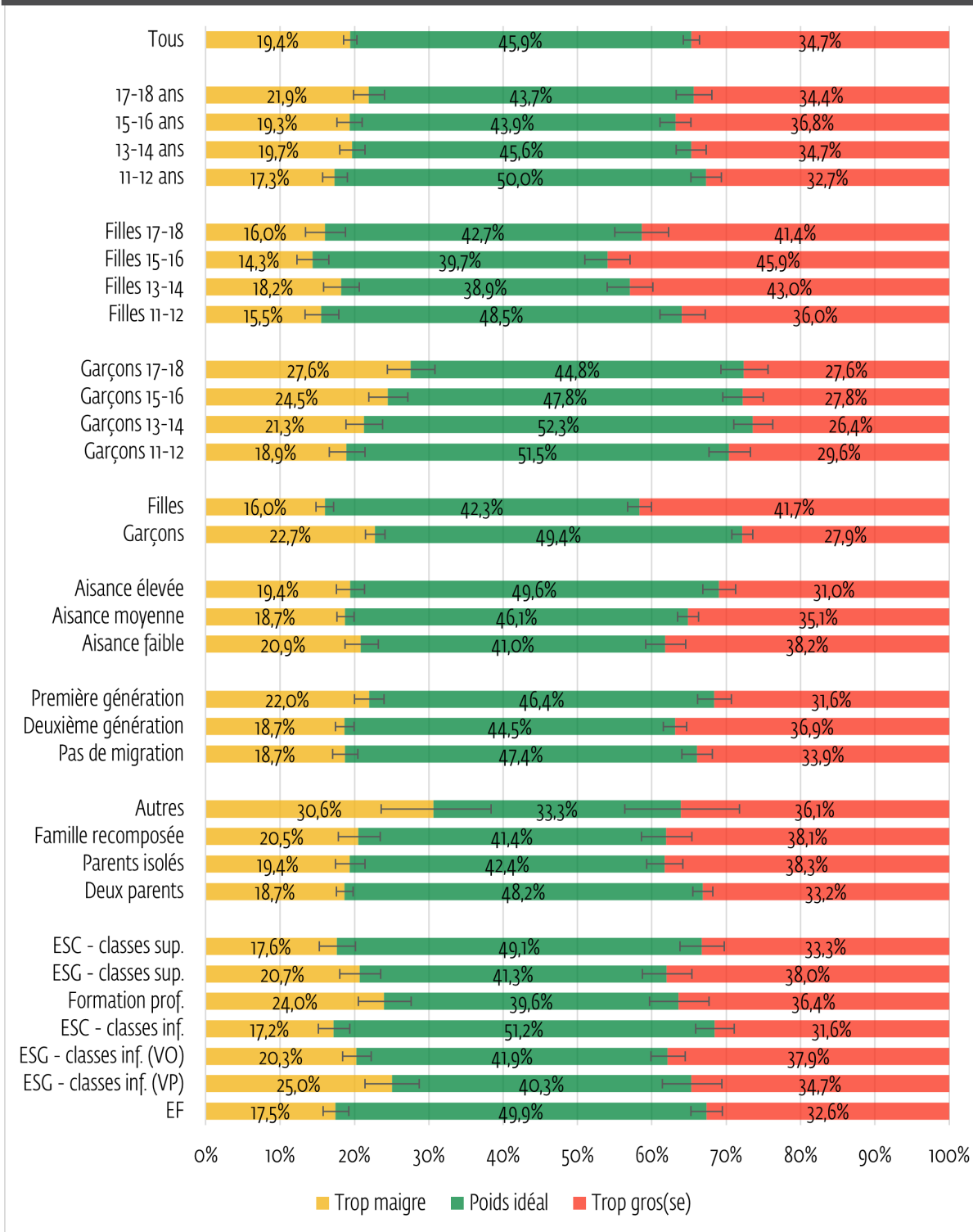


Tableau 14 : Prévalence de l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques

	Trop maigre (1-2)	Poids idéal (3)	Trop gros(se) (4-5)	Test Khi-carré
Tous				N = 7 633
	19,4 (18,5 - 20,3)	45,9 (44,8 - 47,0)	34,7 (33,6 - 35,8)	
Âge				N = 7 633
11-12 ans	17,3 (15,7 - 19,0)	50,0 (47,7 - 52,1)	32,7 (30,7 - 34,8)	
13-14 ans	19,7 (18,0 - 21,4)	45,6 (43,5 - 47,7)	34,7 (32,7 - 36,8)	$p = 0,829$
15-16 ans	19,3 (17,7 - 21,1)	43,9 (41,7 - 46,0)	36,8 (34,7 - 38,9)	$\chi^2 = -0,003$
17-18 ans	21,9 (19,9 - 24,1)	43,7 (41,2 - 46,3)	34,4 (32,0 - 36,9)	
Âge x genre				N = 3 707
Filles 11-12	15,5 (13,3 - 17,9)	48,5 (45,3 - 51,7)	36,0 (33,0 - 39,1)	
Filles 13-14	18,2 (15,9 - 20,6)	38,9 (35,9 - 41,9)	43,0 (39,9 - 46,0)	$p = 0,008$
Filles 15-16	14,3 (12,3 - 16,5)	39,7 (36,8 - 42,8)	45,9 (42,9 - 49,0)	$\chi^2 = 0,054$
Filles 17-18	16,0 (13,4 - 18,8)	42,7 (39,0 - 46,3)	41,4 (37,7 - 45,0)	
				N = 3 877
Garçons 11-12	18,9 (16,6 - 21,4)	51,5 (48,4 - 54,5)	29,6 (26,9 - 32,5)	
Garçons 13-14	21,3 (18,9 - 23,8)	52,3 (49,2 - 55,2)	26,4 (23,8 - 29,1)	$p = 0,002$
Garçons 15-16	24,5 (21,9 - 27,2)	47,8 (44,8 - 50,9)	27,8 (25,0 - 30,5)	$\chi^2 = -0,064$
Garçons 17-18	27,6 (24,4 - 30,8)	44,8 (41,3 - 48,3)	27,6 (24,6 - 30,9)	
Genre				N = 7 584
Filles	16,0 (14,8 - 17,2)	42,3 (40,7 - 43,9)	41,7 (40,1 - 43,2)	$p < 0,001$
Garçons	22,7 (21,5 - 24,1)	49,4 (47,8 - 51,0)	27,9 (26,5 - 29,3)	Cramér's V. = 0,149
Aisance familiale				N = 7 420
Élevée	19,4 (17,6 - 21,3)	49,6 (47,2 - 52,0)	31,0 (28,8 - 33,2)	$p = 0,009$
Moyenne	18,7 (17,6 - 19,9)	46,1 (44,7 - 47,6)	35,1 (33,7 - 36,5)	$\chi^2 = -0,047$
Faible	20,9 (18,7 - 23,2)	41,0 (38,3 - 43,7)	38,2 (35,6 - 40,9)	
Profil migratoire				N = 7 346
Première génération	22,0 (20,0 - 24,0)	46,4 (44,0 - 48,8)	31,6 (29,4 - 33,9)	$p < 0,001$
Deuxième génération	18,7 (17,4 - 20,0)	44,5 (42,9 - 46,1)	36,9 (35,3 - 38,4)	Cramér's V. = 0,036
Pas de migration	18,7 (17,1 - 20,5)	47,4 (45,2 - 49,5)	33,9 (31,9 - 36,0)	
Structure familiale				N = 7 193
Autres	30,6 (23,6 - 38,4)	33,3 (26,1 - 41,2)	36,1 (28,6 - 44,0)	
Famille recomposée	20,5 (17,8 - 23,5)	41,4 (38,0 - 44,9)	38,1 (34,8 - 41,6)	$p < 0,001$
Parents isolés	19,4 (17,5 - 21,4)	42,4 (39,9 - 44,8)	38,3 (35,9 - 40,7)	Cramér's V. = 0,053
Deux parents	18,7 (17,6 - 19,8)	48,2 (46,7 - 49,6)	33,2 (31,8 - 34,5)	
Ordre d'enseignement				N = 7 633
ESC-classes sup.	17,6 (15,3 - 20,2)	49,1 (46,0 - 52,3)	33,3 (30,3 - 36,3)	
ESG-classes sup.	20,7 (18,0 - 23,5)	41,3 (38,0 - 44,7)	38,0 (34,7 - 41,4)	
Formation prof.	24,0 (20,5 - 27,7)	39,6 (35,5 - 43,7)	36,4 (32,5 - 40,6)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	17,2 (15,1 - 19,3)	51,2 (48,4 - 54,0)	31,6 (29,0 - 34,2)	Cramér's V. = 0,069
ESG-classes inf. (VO)	20,3 (18,4 - 22,2)	41,9 (39,5 - 44,2)	37,9 (35,6 - 40,2)	
ESG-classes inf. (VP)	25,0 (21,4 - 28,7)	40,3 (36,2 - 44,5)	34,7 (30,8 - 38,8)	
EF	17,5 (15,8 - 19,2)	49,9 (47,6 - 52,2)	32,6 (30,5 - 34,8)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer comment ils percevaient leur corps, en complétant la phrase suivante : « Penses-tu que tu es ... ». Les réponses allaient de 1 (« Beaucoup trop maigre ») à 5 (« Beaucoup trop gros(se) »). L'image corporelle est classée en : « Trop maigre » (catégories 1 et 2), « Poids idéal » (catégorie 3) et « Trop gros(se) » (catégories 4 et 5). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Adéquation entre le statut pondéral et l'image corporel

Figure 39 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques

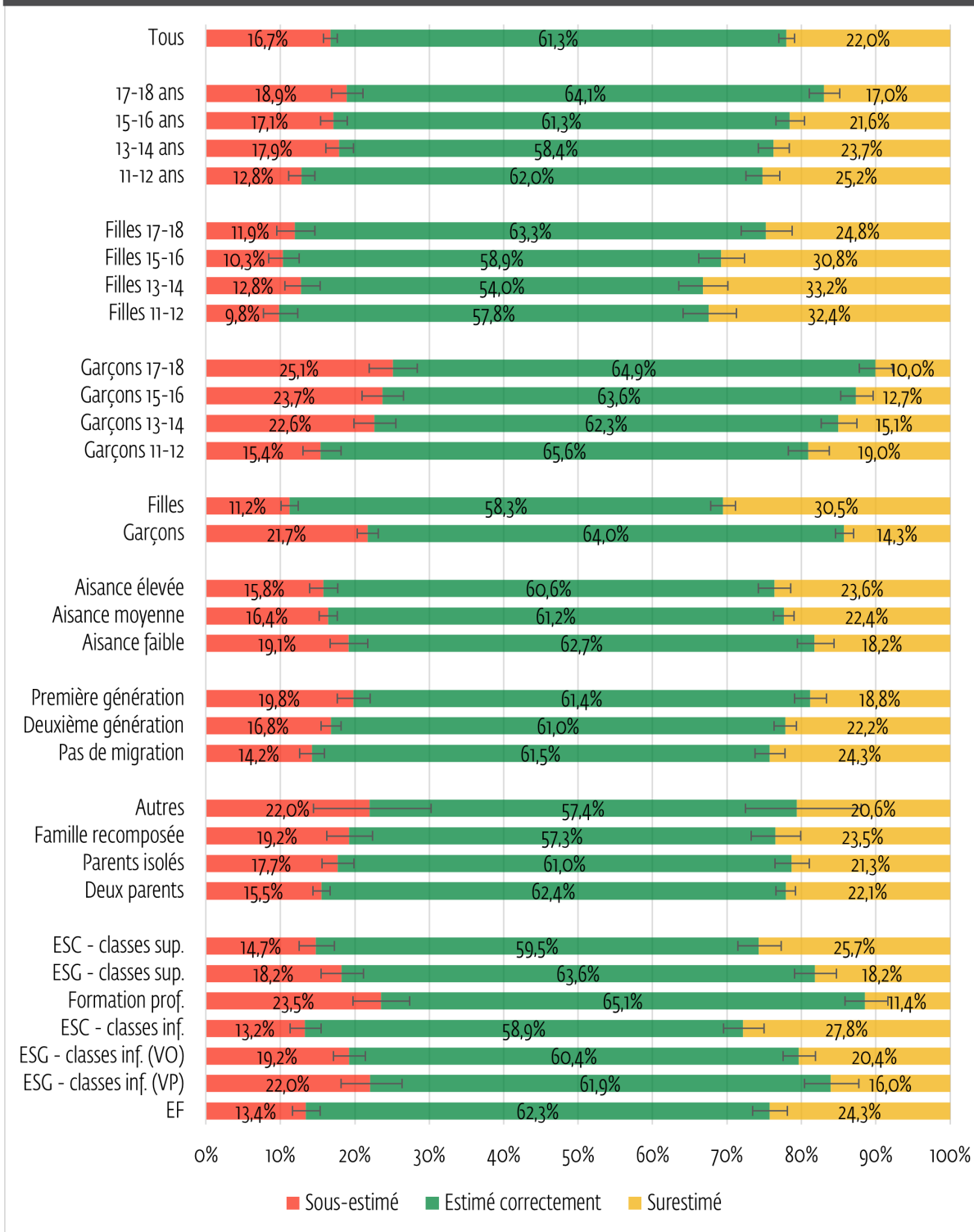


Tableau 15 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques

	Sous-estimé	Estimé correctement	Surestimé	Test Khi-carré
Tous				N = 6 088
	16,7 (15,8 - 17,7)	61,3 (60,1 - 62,5)	22,0 (21,0 - 23,1)	
Âge				N = 6 088
11-12 ans	12,8 (11,1 - 14,6)	62,0 (59,4 - 64,5)	25,2 (23,0 - 27,5)	
13-14 ans	17,9 (16,1 - 19,8)	58,4 (56,0 - 60,8)	23,7 (21,7 - 25,9)	$p < 0,001$
15-16 ans	17,1 (15,4 - 19,0)	61,3 (59,0 - 63,5)	21,6 (19,7 - 23,6)	$\chi^2 = -0,103$
17-18 ans	18,9 (16,9 - 21,1)	64,1 (61,5 - 66,7)	17,0 (15,0 - 19,1)	
Âge x genre				N = 2 895
Filles 11-12	9,8 (7,7 - 12,3)	57,8 (54,0 - 61,6)	32,4 (28,9 - 36,1)	
Filles 13-14	12,8 (10,6 - 15,3)	54,0 (50,6 - 57,6)	33,2 (30,0 - 36,6)	$p = 0,005$
Filles 15-16	10,3 (8,4 - 12,5)	58,9 (55,6 - 62,2)	30,8 (27,8 - 34,0)	$\chi^2 = -0,069$
Filles 17-18	11,9 (9,5 - 14,6)	63,3 (59,5 - 67,1)	24,8 (21,5 - 28,3)	
				N = 3 193
Garçons 11-12	15,4 (13,0 - 18,1)	65,6 (62,2 - 68,9)	19,0 (16,3 - 21,9)	
Garçons 13-14	22,6 (19,9 - 25,5)	62,3 (59,1 - 65,6)	15,1 (12,8 - 17,6)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	23,7 (21,0 - 26,6)	63,6 (60,5 - 66,8)	12,7 (10,7 - 15,1)	$\chi^2 = -0,150$
Garçons 17-18	25,1 (21,9 - 28,4)	64,9 (61,2 - 68,3)	10,0 (7,9 - 12,4)	
Genre				N = 6 088
Filles	11,2 (10,1 - 12,4)	58,3 (56,5 - 60,1)	30,5 (28,9 - 32,2)	$p < 0,001$
Garçons	21,7 (20,3 - 23,2)	64,0 (62,3 - 65,7)	14,3 (13,1 - 15,5)	Cramér's V. = 0,219
Aisance familiale				N = 5 952
Élevée	15,8 (13,9 - 17,7)	60,6 (58,0 - 63,1)	23,6 (21,5 - 25,9)	$p = 0,002$
Moyenne	16,4 (15,2 - 17,7)	61,2 (59,6 - 62,8)	22,4 (21,0 - 23,7)	$\chi^2 = 0,068$
Faible	19,1 (16,7 - 21,7)	62,7 (59,5 - 65,7)	18,2 (15,9 - 20,8)	
Profil migratoire				N = 5 895
Première génération	19,8 (17,6 - 2,02)	61,4 (58,6 - 64,0)	18,8 (16,7 - 21,0)	$p < 0,001$
Deuxième génération	16,8 (15,5 - 18,2)	61,0 (59,3 - 62,8)	22,2 (20,7 - 23,7)	Cramér's V. = 0,044
Pas de migration	14,2 (12,6 - 15,9)	61,5 (59,2 - 63,8)	24,3 (22,3 - 26,3)	
Structure familiale				N = 5 790
Autres	22,0 (14,4 - 30,3)	57,4 (48,2 - 67,1)	20,6 (13,6 - 29,2)	
Famille recomposée	19,2 (16,2 - 22,4)	57,3 (53,4 - 61,2)	23,5 (20,3 - 26,9)	$p = 0,074$
Parents isolés	17,7 (15,6 - 19,9)	61,0 (58,3 - 63,7)	21,3 (19,1 - 23,7)	Cramér's V. = 0,032
Deux parents	15,5 (14,4 - 16,7)	62,4 (60,8 - 63,9)	22,1 (20,8 - 23,4)	
Ordre d'enseignement				N = 6 088
ESC-classes sup.	14,7 (12,5 - 17,3)	59,5 (56,3 - 62,8)	25,7 (22,9 - 28,7)	
ESG-classes sup.	18,2 (15,5 - 21,1)	63,6 (60,1 - 67,1)	18,2 (15,5 - 21,1)	
Formation prof.	23,5 (19,8 - 27,4)	65,1 (60,8 - 69,4)	11,4 (8,8 - 14,5)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	13,2 (11,3 - 15,4)	58,9 (56,0 - 61,9)	27,8 (25,2 - 30,6)	Cramér's V. = 0,094
ESG-classes inf. (VO)	19,2 (17,1 - 21,4)	60,4 (57,8 - 63,1)	20,4 (18,2 - 22,6)	
ESG-classes inf. (VP)	22,0 (18,2 - 26,4)	61,9 (56,9 - 66,5)	16,0 (12,5 - 19,8)	
EF	13,4 (11,6 - 15,4)	62,3 (59,7 - 64,9)	24,3 (22,0 - 26,7)	

À partir du statut pondéral et de l'image corporelle, nous avons calculé l'adéquation entre ces deux variables. L'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle a été classée selon qu'elle était sous-estimée, estimée correctement et surestimée. Dans la catégorie « sous-estimée » se classent les adolescents qui se trouvent plus maigres que leur poids réel, dans celle « estimée correctement », les adolescents qui se trouvent au poids correct et dans celle « surestimée », les adolescents qui se voient plus gros que leur poids réel. Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Tableau 16 : Score moyen de l'indice OMS-5 selon les niveaux d'activité physique et les groupes d'âge

		Physiquement inactif	Peu actif	Actif	Très actif
Âge	11-12 ans	12,16 (10,84 - 13,49)	14,88 (14,43 - 15,33)	16,14 (15,83 - 16,45)	17,75 (17,24 - 18,27)
	13-14 ans	10,79 (9,96 - 11,61)	12,97 (12,59 - 13,36)	14,67 (14,34 - 15,00)	16,51 (15,92 - 17,10)
	15-16 ans	10,31 (9,70 - 10,92)	12,46 (12,10 - 12,83)	14,05 (13,73 - 14,38)	15,63 (15,00 - 16,25)
	17-18 ans	10,57 (9,95 - 11,18)	12,5 (12,07 - 12,94)	13,48 (13,11 - 13,85)	14,83 (14,06 - 15,60)

Tableau 17 : Associations entre les niveaux d'activité physique et le statut pondéral (surpoids et obésité), après contrôle de l'apport alimentaire

	Surpoids		Obésité	
	RC (95 % IC)	p	RC (95 % IC)	p
Niveau d'activité physique				
Actif	1,51 (1,21 - 1,89)	< 0,001	2,73 (1,55 - 4,81)	< 0,001
Peu physique	2,07 (1,64 - 2,61)	< 0,001	5,19 (2,95 - 9,16)	< 0,001
Physiquement inactif	2,19 (1,64 - 2,93)	< 0,001	6,81 (3,68 - 12,59)	< 0,001
Consommation de fruits	0,96 (0,81 - 1,13)	0,608	1,08 (0,81 - 1,44)	0,598
Consommation de légumes	0,92 (0,78 - 1,07)	0,279	0,78 (0,59 - 1,04)	0,088
Consommation de boissons sucrées	1,22 (1,04 - 1,43)	0,014	1,37 (1,05 - 1,77)	0,019
Consommation de sucreries	0,60 (0,51 - 0,70)	< 0,001	0,55 (0,41 - 0,74)	< 0,001

Remarques : « Très actif physiquement » était le groupe de référence. « RC » signifie « rapport de cotes ». Les résultats rapportés sont ajustés en fonction de la consommation de fruits, de légumes, de boissons sucrées et de sucreries.

Bibliographie

- Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, N. M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., Adams, R. J., Aekplakorn, W., Afsana, K., Aguilar-Salinas, C. A., Agyemang, C., Ahmadvand, A., Ahrens, W., Ajlouni, K., Akhtaeva, N., Al-Hazzaa, H. M., Al-Othman, A. R., Al-Raddadi, R., Al Buhairan, F., . . . Ezzati, M. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet (London, England)*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
- Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. et Dye, L. (2016). The Effects of Breakfast and Breakfast Composition on Cognition in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Advances in Nutrition*, 7(3), 590S–612S. <https://doi.org/10.3945/an.115.010256>
- Albertson, A. M., Franko, D. L., Thompson, D., Eldridge, A. L., Holschuh, N., Affenito, S. G., Bauserman, R. et Striegel-Moore, R. H. (2007). Longitudinal patterns of breakfast eating in black and white adolescent girls. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(9), 2282–2292. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.271>
- Ayala-Marín, A. M., Iguacel, I., Miguel-Etayo, P. de et Moreno, L. A. (2020). Consideration of Social Disadvantages for Understanding and Preventing Obesity in Children. *Frontiers in Public Health*, 8, 423. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00423>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T [Peter T.], . . . Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Castelpietra, G., Knudsen, A. K. S., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Iburg, K. M., Logroscino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F., . . . Monasta, L. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health. Europe*, 16, 100341. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>
- Catunda, C., Mendes, F. G., & Lopes Ferreira, J. (2023). *HBSC Study Luxembourg Methods - Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022*. University of Luxembourg. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/58979>
- Catunda, C., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., & Residori, C. (2023). *Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022*. Université du Luxembourg. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/59002>
- Cohen, J. F. W., Hecht, A. A., McLoughlin, G. M., Turner, L. et Schwartz, M. B. (2021). Universal School Meals and Associations with Student Participation, Attendance, Academic Performance, Diet Quality, Food Security, and Body Mass Index: A Systematic Review. *Nutrients*, 13(3), 911. <https://doi.org/10.3390/nu13030911>
- Cole, T. J. et Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4), 284–294. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x>

- Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J. et Mathers, J. C. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*, 70(3), 266–284. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.005>
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A. et Lee, I.-M. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet (London, England)*, 388(10051), 1302–1310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1)
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., & Winkler, R. (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/%C3%96sterr.%20Lehrlingsgesundheitsbericht%202023.pdf>
- Fismen, A.-S., Galler, M., Klepp, K.-I., Chatelan, A., Residori, C., Ojala, K., Dzielska, A., Kelly, C., Melkumova, M., Musić Milanović, S., Nardone, P., Štefanová, E., Flodgren, G., Bakke, T., Ercan, O., Samdal, O. et Helleve, A. (2022). Weight Status and Mental Well-Being Among Adolescents: The Mediating Role of Self-Perceived Body Weight. A Cross-National Survey. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(2), 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.02.010>
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22 : Nationella resultat*.
- Forster, M., Veerman, J. L., Barendregt, J. J. et Vos, T. (2011). Cost-effectiveness of diet and exercise interventions to reduce overweight and obesity. *International Journal of Obesity*, 35(8), 1071–1078. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.246>
- Gaddad, P., Pemde, H. K., Basu, S., Dhankar, M. et Rajendran, S. (2018). Relationship of physical activity with body image, self esteem sedentary lifestyle, body mass index and eating attitude in adolescents: A cross-sectional observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 775–779. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_114_18
- Garaulet, M., Martínez, A., Victoria, F., Pérez-Llamas, F., Ortega, R. M. et Zamora, S. (2000). Difference in dietary intake and activity level between normal-weight and overweight or obese adolescents. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 30(3), 253–258. <https://doi.org/10.1097/00005176-200003000-00008>
- Gaspar, T., Botelho Guedes, F., Cerqueira, A., Gaspar de Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia – Dados nacionais do estudo HBSC 2022*. https://aventurasocial.com/dt_portfolios/a-saude-dos-adolescentes-portugueses-em-contexto-de-pandemia-dados-nacionais-2022/
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Geraets, A. F. J., Cosma, A., Fismen, A.-S., Ojala, K., Pierannunzio, D., Kelly, C., Melkumova, M., Vassallo, C., Gudelj Rakic, J. et Heinz, A. (2023). Cross-national time trends in adolescent body weight perception and the explanatory role of overweight/obesity prevalence. *Child and Adolescent Obesity*, 6(1), Article 2218148, 2218148. <https://doi.org/10.1080/2574254X.2023.2218148>
- Gruppo HBSC-Italia 2022. (2023). *HBSC 2022 Principali risultati*. <https://hbsc.org/network/countries/italy/>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. et Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4(1), 23–35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)

- Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study. (2023). *Data visualization of the findings from Luxembourg HBSC surveys*. <https://hbsc.uni.lu/en/dashboard/>
- Heinz, A., Kern, M. R., van Duin, C., Catunda, C., & Willems, H. (2020). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg - Bericht zur luxemburgischen HBSC-Studie 2018*.
- Heinz, A., van Duin, C., Kern, M. R., Catunda, C. et Willems, H. (2020). *Trends from 2006 - 2018 in Health Behaviour, Health Outcomes and Social Context of Adolescents in Luxembourg*. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/42571>
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A. et (Eds.). (2020). *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. Volume 1. Key findings*. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332091?search-result=true&query=HBSC&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc&page=2
- Inchley, J., Mabelis, J., Brown, J., Willis, M., & Currie, D. (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2022 Survey in Scotland: National Report*. https://www.gla.ac.uk/media/Media_979651_smxx.pdf
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., Currie, C. et Pickett, W. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 6(2), 123–132. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00176.x>
- Janssen, I. et LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G. et Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: Epidemiology, causes, assessment, and management. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 10(5), 351–365. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)
- Kumar, S., Tadakamadla, J. et Johnson, N. W. (2016). Effect of Toothbrushing Frequency on Incidence and Increment of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Dental Research*, 95(11), 1230–1236. <https://doi.org/10.1177/0022034516655315>
- Lazzeri, G., Ciardullo, S., Spinelli, A., Pierannunzio, D., Dzielska, A., Kelly, C., Thorsteinsson, E. B., Qirjako, G., Geraets, A., Ojala, K., Rouche, M. et Nardone, P. (2023). The Correlation between Adolescent Daily Breakfast Consumption and Socio-Demographic: Trends in 23 European Countries Participating in the Health Behaviour in School-Aged Children Study (2002-2018). *Nutrients*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/nu15112453>
- Locker, D., Matear, D., Stephens, M. et Jokovic, A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, 19(2), 90–97.
- Löe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*, 50(3), 129–139. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2000.tb00553.x>
- Mahumud, R. A., Sahle, B. W., Owusu-Addo, E., Chen, W., Morton, R. L. et Renzaho, A. M. N. (2021). Association of dietary intake, physical activity, and sedentary behaviours with overweight and obesity among 282,213 adolescents in 89 low and middle income to high-income countries. *International Journal of Obesity*, 45(11), 2404–2418. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00908-0>

- Melanie Eckelt, Djenna Hutmacher, Georges Steffgen et Andreas Bund (2020). Physical Activity Behavior of Children and Adolescents in Luxembourg - An Accelerometer-based Study. *Journal of Physical Activity Research*, 5(1), 23–28. <https://doi.org/10.12691/jpar-5-1-5>
- Nicklas, T. A., Reger, C., Myers, L. et O'Neil, C. (2000). Breakfast consumption with and without vitamin-mineral supplement use favorably impacts daily nutrient intake of ninth-grade students. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 314–321. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00113-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00113-0)
- Oliveira, C. de, Watt, R. et Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: Results from Scottish Health Survey. *BMJ*, 340, c2451. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2451>
- Page, N., Angel, L., Ogada, E., Young, H. et Murphy, S. (2023). *Student Health and Wellbeing in Wales: Report of the 2021/22 Health Behaviour in School-aged Children Survey and School Health Research Network Student Health and Wellbeing Survey*. Cardiff University. <https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/158974/1/SHRN-2021-22-National-Indicators-Report-FINAL-en.pdf>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., . . . Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet (London, England)*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pearson, N., Biddle, S. J. H. et Gorely, T. (2009). Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite*, 52(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.08.006>
- Pettman, T. L., Armstrong, R., Doyle, J., Burford, B., Anderson, L. M., Hillgrove, T., Honey, N. et Waters, E. (2012). Strengthening evaluation to capture the breadth of public health practice: Ideal vs. Real. *Journal of Public Health*, 34(1), 151–155. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds014>
- Piggin, J. (2020). What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2, 72. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>
- Piksööt, J. et Oja, L. (2023). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022. õppeaasta tabelid*. Tervise Arengu Instituut.
- Rampersaud, G. C., Pereira, M. A., Girard, B. L., Adams, J. et Metzl, J. D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 743–60; quiz 761–2. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.02.007>
- Residori, C. (2019). *The influence of socio-economic status on the risk of being overweight or underweight in adolescents in Luxembourg* [Doctoral thesis]. University of Luxembourg, Esch-Alzette. <http://hdl.handle.net/10993/44588>
- Sampasa-Kanyinga, H., Colman, I., Goldfield, G. S., Janssen, I., Wang, J., Podinic, I., Tremblay, M. S., Saunders, T. J., Sampson, M. et Chaput, J.-P. (2020). Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00976-x>
- Sprengeler, O., Pohlabein, H., Bammann, K., Buck, C., Lauria, F., Verbestel, V., Eiben, G., Konstabel, K., Molnár, D., Moreno, L. A., Pitsiladis, Y., Page, A., Reisch, L., Tornaritis, M. et Ahrens, W. (2021). Trajectories of objectively measured physical activity and childhood overweight: Longitudinal analysis of the IDEFICS/I.Family cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01171-2>

- Thivel, D., Tremblay, A., Genin, P. M., Panahi, S., Rivière, D. et Duclos, M. (2018). Physical Activity, Inactivity, and Sedentary Behaviors: Definitions and Implications in Occupational Health. *Frontiers in Public Health*, 6, 288. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00288>
- Uddin, R., Lee, E.-Y., Khan, S. R., Tremblay, M. S. et Khan, A. (2020). Clustering of lifestyle risk factors for non-communicable diseases in 304,779 adolescents from 89 countries: A global perspective. *Preventive Medicine*, 131, 105955. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105955>
- van Sluijs, E. M. F., Ekelund, U., Crochemore-Silva, I., Guthold, R., Ha, A., Lubans, D., Oyeyemi, A. L., Ding, D. et Katzmarzyk, P. T. (2021). Physical activity behaviours in adolescence: Current evidence and opportunities for intervention. *Lancet (London, England)*, 398(10298), 429–442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01259-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01259-9)
- Vereecken, C., Dupuy, M., Rasmussen, M., Kelly, C., Nansel, T. R., Al Sabbah, H., Baldassari, D., Jordan, M. D., Maes, L., Niclasen, B. V.-L. et Ahluwalia, N. (2009). Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 54 Suppl 2(Suppl 2), 180–190. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5409-5>
- Wang, X., Ouyang, Y., Liu, J., Zhu, M., Zhao, G., Bao, W. et Hu, F. B. (2014). Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*, 349, g4490. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4490>
- World Health Organization. (2015). *Guideline: sugars intake for adults and children*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world: at-a-glance*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272721>
- World Health Organization. (2019). *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : More Active People for a Healthier World*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>
- World Health Organization. (2022). *Who European Regional Obesity Report 2022*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>
- World Health Organization. (2023). *WHO acceleration plan to stop obesity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>
- World Health Organization et FAO of the United Nations. (2005). *Fruit and vegetables for health : Report of a joint FAO/WHO workshop*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43143>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Obesity Federation. (2022). *World Obesity Atlas 2022*. https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf
- Zahedi, H., Djalalinia, S., Sadeghi, O., Zare Garizi, F., Asayesh, H., Payab, M., Zarei, M. et Qorbani, M. (2022). Breakfast consumption and mental health: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutritional Neuroscience*, 25(6), 1250–1264. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2020.1853411>

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence du petit-déjeuner les jours d'école selon l'âge et le genre.....	5
Figure 2 : Prévalence du petit-déjeuner les jours d'école selon l'aisance familiale.....	6
Figure 3 : Répartition des réponses sur le brossage de dents	7
Figure 4 : Prévalence du brossage des dents selon le genre	7
Figure 5 : Prévalence du brossage des dents selon l'aisance familiale.....	8
Figure 6 : Consommation combinée de fruits et légumes selon l'âge et le genre.....	11
Figure 7 : Consommation combinée de fruits et légumes selon l'aisance familiale	12
Figure 8 : Consommation quotidienne de sucreries selon l'âge et le genre	13
Figure 9 : Consommation quotidienne de boissons sucrées selon l'âge et le genre.....	14
Figure 10 : Consommation quotidienne de boissons sucrées selon l'aisance familiale.....	14
Figure 11 : Répartition des réponses en matière d'activité physique modérée à soutenue	16
Figure 12 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon l'âge et le genre.....	16
Figure 13 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon l'aisance familiale.....	17
Figure 14 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon le statut migratoire.....	17
Figure 15 : Répartition des réponses en matière d'activité physique soutenue.....	18
Figure 16 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon l'âge et le genre.....	19
Figure 17 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon l'aisance familiale	19
Figure 18 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon la structure familiale.....	20
Figure 19 : Répartition des réponses sur le statut pondéral.....	21
Figure 20 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge et le genre	22
Figure 21 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'aisance familiale	23
Figure 22 : Répartition des réponses sur l'image corporelle.....	24
Figure 23 : Prévalence de l'image corporelle selon l'âge et le genre	24
Figure 24 : Prévalence de l'image corporelle selon l'aisance familiale	25
Figure 25 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon l'âge et le genre.....	26
Figure 26 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon l'aisance familiale.....	27
Figure 27 : Niveaux d'activité physique selon qu'ils soient modérés à soutenus ou soutenus	29
Figure 28 : Score moyen du niveau de bien-être selon les niveaux d'activité physique et les groupes d'âge.....	30
Figure 29 : Prévalence des habitudes en matière de petit-déjeuner selon les groupes sociodémographiques	39
Figure 30 : Prévalence du brossage des dents selon les groupes sociodémographiques.....	41
Figure 31 : Prévalence de la consommation combinée de fruits et de légumes selon les groupes sociodémographiques.....	43
Figure 32 : Prévalence de la consommation de sucreries selon les groupes sociodémographiques.....	45
Figure 33 : Prévalence de la consommation de boissons sucrées selon les groupes sociodémographiques.....	47
Figure 34 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon les groupes sociodémographiques	49
Figure 35 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon les groupes sociodémographiques.....	51

Figure 36 : Prévalence du statut pondéral selon les groupes sociodémographiques.....	53
Figure 37 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon les groupes sociodémographiques.....	55
Figure 38 : Prévalence de l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques.....	56
Figure 39 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques.....	58

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des réponses sur les habitudes en matière de petit-déjeuner.....	4
Tableau 2 : Répartition des réponses sur les habitudes de consommation.....	9
Tableau 3 : Répartition des réponses sur la consommation de fruits et légumes.....	10
Tableau 4 : Adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle (pourcentage total)	26
Tableau 5 : Associations entre les niveaux d'activité physique et le statut pondéral (surpoids et obésité), après contrôle de l'apport alimentaire	31
Tableau 6 : Prévalence des habitudes en matière de petit-déjeuner selon les groupes sociodémographiques.....	40
Tableau 7 : Prévalence du brossage des dents selon les groupes sociodémographiques	42
Tableau 8 : Prévalence de la consommation combinée de fruits et de légumes selon les groupes sociodémographiques.....	44
Tableau 9 : Prévalence de la consommation de sucreries selon les groupes sociodémographiques.....	46
Tableau 10 : Prévalence de la consommation de boissons sucrées selon les groupes sociodémographiques.....	48
Tableau 11 : Prévalence de l'activité physique modérée à soutenue selon les groupes sociodémographiques	50
Tableau 12 : Prévalence de l'activité physique soutenue selon les groupes sociodémographiques.....	52
Tableau 13 : Prévalence du statut pondéral selon les groupes sociodémographiques	54
Tableau 14 : Prévalence de l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques.....	57
Tableau 15 : Prévalence de l'adéquation entre le statut pondéral et l'image corporelle selon les groupes sociodémographiques.....	59
Tableau 16 : Score moyen de l'indice OMS-5 selon les niveaux d'activité physique et les groupes d'âge	60
Tableau 17 : Associations entre les niveaux d'activité physique et le statut pondéral (surpoids et obésité), après contrôle de l'apport alimentaire	60

Abréviations

APMS	Activité physique modérée à soutenue (<i>Moderate to Vigorous Physical Activity</i>)
APS	Activité physique soutenue (<i>Vigorous Physical Activity</i>)
COVID-19	Coronavirus 2019
FAS	<i>Family Affluence Scale</i>
EF	Enseignement Fondamental
ESC	Enseignement Secondaire Classique
ESG	Enseignement Secondaire Général
FP	Formation Professionnelle
GAPPA	<i>Global Action Plan on Physical Activity</i>
HBSC	(Étude / enquête) <i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
IMC	Indice de masse corporelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
SCRIPT	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques
VO	Voie d'orientation
VP	Voie de préparation

Rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

Ce rapport fait partie d'une série de 5 rapports thématiques basés sur l'enquête HBSC 2022 :

- Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Contexte social des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Impact de la COVID-19 et tendances 2006-2022 de la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg

Les rapports sont disponibles en anglais, français et allemand et peuvent être téléchargés à partir du site web www.hbsc.lu. Un rapport méthodologique et une visualisation interactive des données entre 2006 et 2022 sont également disponibles sur le site.



Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Ce rapport fournit des informations sur les comportements et leurs conséquences sur la santé des adolescents âgés de 11 à 18 ans scolarisés dans les écoles publiques et privées du Luxembourg dont l'enseignement s'appuie sur le programme national de 2022.

L'aisance familiale présente une association avec tous les comportements liés à la santé. Les adolescents issus de familles peu aisées ont déclaré moins souvent : prendre un petit-déjeuner chaque jour d'école, brosser leurs dents au moins deux fois par jour, manger des fruits et légumes quotidiennement et pratiquer une activité physique. En outre, ils ont déclaré plus souvent consommer des boissons sucrées quotidiennement et on observe une plus forte prévalence de l'obésité ou du surpoids, par rapport à leurs homologues issus de familles plus aisées. L'âge et le genre présentent également des associations avec des comportements sains, mais la relation n'est pas systématique et ne va pas toujours dans le même sens.

De plus, ce rapport analyse la relation entre l'activité physique d'une part, et l'obésité ou le surpoids ainsi que le bien-être d'autre part. Quelle que soit la consommation de fruits, légumes, boissons sucrées et sucreries, plus la fréquence de l'activité physique est élevée et moins il y a de risque d'être en surpoids ou de devenir obèse. En outre, de hauts niveaux d'activité physique sont associés à de hauts niveaux de bien-être.

Université du Luxembourg

Campus Belval

Maison de Sciences Humaines

11, Porte des Sciences

L-4366 Esch-sur-Alzette

www.hbsc.lu