

ÉTAT DE SANTÉ & BIEN-ÊTRE

COMPORTEMENTS, SANTÉ ET
BIEN-ÊTRE DES ÉLÈVES EN 2018
ENQUÊTE HBSC EN BELGIQUE FRANCOPHONE





ÉTAT DE SANTÉ & BIEN-ÊTRE

COMPORTEMENTS, SANTÉ ET
BIEN-ÊTRE DES ÉLÈVES EN 2018
ENQUÊTE HBSC EN BELGIQUE FRANCOPHONE



Auteurs

Véronique Desnouck
Thérèse Lebacq
Camille Pedroni
Emma Holmberg
Nathalie Moreau
Maud Dujeu
Katia Castetbon

Remerciements

Aux élèves ayant répondu aux questionnaires.

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

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

À Estelle Méroc pour sa contribution à la préparation et à la mise en œuvre de l'enquête.

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

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

Citation recommandée

Desnouck V., Lebacq T., Pedroni C., Holmberg E., Moreau N., Dujeu M., Castetbon K. État de santé & bien-être. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. 52 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be/>

Mise en page

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

Impression

evmprint

Service d'Information, Promotion, Éducation Santé – SIPES

Université libre de Bruxelles
École de Santé Publique
Route de Lennik 808, CP 598
1070 Bruxelles

T 02 555 40 81

F 02 555 40 49

M sipes@ulb.ac.be

W <http://sipes.ulb.ac.be/>

Télécharger la brochure :

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

Dépôt légal : D/2020/10.134/3
Mars 2020

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	5
2	Méthodologie de l'enquête	7
3	État de santé	11
4	Bien-être	27
5	Analyse approfondie.	37
	Pourquoi les Symptômes Multiples Fréquents (SMF) sont-ils plus fréquents chez les filles que chez les garçons ? Identification de facteurs médiateurs psychosociaux	
6	Références	45
7	Annexes	51

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **la santé** est un concept global qui intègre des dimensions physique, mentale et sociale et ne se limite pas à l'absence de maladie [1]. D'un point de vue systémique, la santé est plus que la somme de ses éléments constitutifs, elle reflète également la façon dont ils interagissent [2]. Les déterminants influençant la santé sont en outre multidimensionnels et complexes, et peuvent agir seuls ou en association entre eux [1, 3]. L'état de santé des populations peut être étudié à l'aide d'indicateurs objectifs ou subjectifs. La perception de l'état de santé (ou **santé subjective**) est un indicateur reconnu comme prédictif de la santé physique et mentale future [4, 5]. Un état de santé perçu comme défavorable à l'adolescence a, en effet, été reconnu comme pouvant prédire la mortalité toutes causes confondues chez les adultes [6].

Parmi les indicateurs objectifs de l'état de santé, le **surpoids** et l'**obésité** continuent à concerner une proportion élevée d'enfants et d'adolescents, bien qu'une tendance à la stabilisation ait été observée en Europe occidentale [7]. Ils résultent d'interactions complexes entre de nombreux déterminants d'ordre génétique, comportemental et environnemental [8]. Le surpoids et l'obésité à ces âges peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé physique et mentale, à court comme à long terme [9, 10]. D'une part, les enfants en situation d'obésité sont plus enclins à présenter des troubles métaboliques, cardiovasculaires, pulmonaires, gastro-intestinaux, musculaires et psychosociaux [8]. D'autre part, le surpoids et l'obésité développés pendant l'enfance et l'adolescence ont tendance à perdurer à l'âge adulte, entraînant un risque accru de mortalité précoce et de morbidité [10, 11].

À l'autre extrême, la **minceur** peut également s'avérer problématique pour la santé des adolescents si elle est aigue et a pour causes des facteurs externes (tels qu'une maladie, une diminution drastique des apports...). Dans ce cas, une distinction entre l'état de maigreur en tant que telle et la minceur constitutive doit être faite. Certains adolescents sont en effet minces mais n'ont pas de problème de santé en particulier. Le fait d'être maigre durant l'enfance et l'adolescence peut quant à lui être associé entre autres, à un risque plus élevé de maladies infectieuses, à un retard dans le développement physique et intellectuel, ou à un risque accru de troubles métaboliques [12]. De manière similaire au surpoids et à l'obésité, les causes de la minceur sont une combinaison de facteurs génétiques et externes [13, 14]. Le sentiment d'insatisfaction à l'égard

de son corps, fréquent à l'adolescence, et parfois associé à la pratique de comportements alimentaires inadéquats, pourrait également contribuer à la survenue de la minceur [15].

Chez les filles, la survenue des premières règles sert souvent d'indicateur-clé du **développement pubertaire**, sans toutefois préciser le début exact de la puberté [16]. Concernant les garçons, le développement pubertaire n'a pas été évalué dans cette étude en raison de la difficulté de récolter par questionnaire un indicateur valide équivalent à celui des filles. Au cours des dernières décennies, plusieurs études ont fait état d'un avancement de l'âge moyen de la puberté, ainsi que d'une augmentation des cas de puberté précoce (début de la puberté avant l'âge de 8 ans chez les filles, et de 9 ans chez les garçons) [17]. Les causes de la puberté précoce peuvent être d'origine centrale (liée à l'activation prématurée des mécanismes neurologiques et hormonaux centraux qui gèrent les fonctions sexuelles) ou périphérique (liée par exemple chez les filles, à l'hyperactivité ovarienne) [18, 19]. L'avancement de l'âge de la puberté serait pour sa part, associé à l'obésité, à l'exposition à certains polluants et au stress [20, 21]. La puberté précoce est un indicateur important en termes de santé publique car elle peut avoir d'importantes répercussions sur la santé tant physique que psychologique des adolescents [19, 22–24]. D'un point de vue physique, elle serait associée chez les filles, à une taille adulte réduite et à un risque accru d'obésité, de diabète, d'hypertension et de cancer du sein à l'âge adulte [20, 22, 23]. Du point de vue psychologique, celles dont la puberté démarre trop tôt seraient plus à risque de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement alimentaire [25]. Cette plus grande vulnérabilité découlerait notamment du fait que les capacités d'ajustement des adolescents aux changements de leur corps peuvent dépendre du rythme auquel ces changements surviennent chez les autres adolescents de leur entourage.

Le bien-être quant à lui, peut être défini comme «un état de vie favorable, souhaitable» [26]. Il est évalué selon une **approche objective** grâce à des indicateurs de condition de vie comme les ressources matérielles et le statut social (qui fait référence à la position sociale d'un individu dans la société selon l'âge, le sexe, l'ethnicité, le niveau d'études...). L'**approche subjective** peut comporter au moins trois aspects distincts mais liés entre eux : la satisfaction par rapport à la vie, et des affects positifs (sentiment de confiance, intérêt, espoir et joie) ou négatifs (colère, culpabilité, tristesse) [27].

La prépondérance des affects positifs sur ceux négatifs et une satisfaction élevée par rapport à la vie, correspondent à un niveau élevé de bien-être subjectif [28]. Celui-ci a été identifié à travers un grand nombre d'études comme étant étroitement lié à la santé physique et à la longévité [29]. En outre, lors d'événements stressants au cours de la vie, un niveau élevé de **satisfaction de la vie** jouerait un rôle protecteur [30]. En effet, il a été associé à une diminution des comportements violents [31], des comportements sexuels à risque [32] et de l'abus d'alcool et d'autres drogues [33]. De la même manière, le fait d'être plus enclin à ressentir des affects positifs (tels que le bonheur), que des affects négatifs durant l'enfance et l'adolescence, a été reconnu comme ayant des effets bénéfiques pouvant se poursuivre à l'âge adulte [34, 35].

L'adolescence constitue une période de transition au niveau physique : les adolescents se préoccupent davantage de l'**image de leur corps** et de leur poids. Il s'agit d'une période particulièrement propice au développement d'une image négative du corps, qui peut constituer un facteur de risque de dépression, de troubles du comportement alimentaire, de stress émotionnel et de faible estime de soi [36].

Enfin, la plupart des troubles mentaux se manifestent généralement au cours de l'adolescence [37], et concernent jusqu'à un adolescent sur cinq dans le monde [38]. La **dépression** constitue la principale cause de morbidité chez les élèves de 10 à 24 ans [39], mais elle est vraisemblablement largement sous-diagnostiquée dans cette tranche d'âge [40]. Cette enquête s'est intéressée aux élèves rapportant des symptômes associés à la dépression, afin d'identifier ceux présentant des difficultés émotionnelles.

Cette brochure est destinée aux acteurs de promotion de la santé en leur fournissant des informations sur l'état de santé et le bien-être des adolescents en Belgique francophone. Ces données sont, en effet, utiles pour orienter les interventions de prévention et promotion de la santé menées auprès des adolescents dans ces domaines. La deuxième partie de cette brochure a consisté à étudier les facteurs pouvant expliquer que les symptômes multiples psychosomatiques fréquents soient davantage observés chez les filles que chez les garçons.

2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

2.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'enquête «Comportements, bien-être et santé des élèves» est menée tous les quatre ans, depuis 1986, auprès des élèves scolarisés de la 5^e primaire à la fin du secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Cette enquête est le versant francophone belge de l'étude internationale «*Health Behaviour in School-aged Children*» (HBSC) à laquelle participent près de 50 pays ou régions, sous le patronage du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe. En Belgique francophone, cette étude est réalisée par le Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES¹) de l'École de Santé Publique à l'Université libre de Bruxelles (ULB).

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

2.2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTE

L'enquête HBSC est une enquête transversale menée en milieu scolaire, collectant des données au moyen de questionnaires complétés par écrit par les élèves lorsqu'ils sont en classe. La méthode suivant laquelle l'enquête a été menée, notamment le questionnaire utilisé, se base sur le protocole HBSC international². Ce protocole propose une série de modules thématiques composés de questions pour la plupart validées au niveau international ou national. Certains de ces modules sont obligatoires et repris par l'ensemble des pays participant à l'enquête, tandis que d'autres sont optionnels et laissés au choix des pays en fonction de leurs sujets de recherche prioritaires. Chaque pays est, en outre, libre d'ajouter au questionnaire d'autres questions ne se trouvant pas dans le protocole international. Trois versions de questionnaires ont été développées et utilisées en FWB, respectivement pour les élèves de 5^e-6^e primaire, 1^{re}-2^e secondaire (1^{er} degré) et 3^e-7^e secondaire (2^e-3^e degré). L'enquête HBSC menée en 2018 en FWB a bénéficié de l'avis favorable du comité d'éthique de la Faculté de Psychologie de l'ULB (2017), ainsi que de l'accord des fédérations de pouvoirs organisateurs et du Département enseignement de la FWB.

1 <http://sipes.ulb.ac.be/>

2 Des informations détaillées concernant la méthodologie utilisée se trouvent dans une version abrégée du protocole international, accessible sur demande sur le site : www.hbsc.org/methods

2.3. ÉCHANTILLONNAGE

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

Dans un second temps, une classe de chaque niveau scolaire de la 5^e primaire à la 6^e (ou 7^e) secondaire a été sélectionnée aléatoirement au sein de chacune des écoles participantes. Tous les élèves des classes sélectionnées étaient invités à participer à l'enquête. Des lettres d'information concernant l'enquête ont été adressées aux élèves des classes sélectionnées et à leurs parents préalablement à la passation de l'enquête. Les parents des élèves avaient la possibilité, par retour de courrier, de refuser que leur enfant participe à l'enquête³. Les élèves eux-mêmes étaient libres, le jour de la passation, de refuser de participer à l'enquête⁴.

L'objectif global de cette procédure d'échantillonnage était d'obtenir des estimations représentatives des élèves scolarisés dans l'enseignement ordinaire de plein exercice de la FWB, tout en respectant l'échantillon minimum requis au niveau international (à savoir 1500 élèves de 11 ans, 13 ans et 15 ans) [29].

2.4. RECUEIL DES DONNÉES

En 2018, une première phase de collecte des données a été réalisée entre avril et juin au sein des écoles primaires et secondaires. Le nombre d'écoles secondaires participantes étant insuffisant, une seconde période de collecte a été menée entre octobre et décembre 2018 dans des écoles secondaires du même échantillon initial mais n'ayant pas pu participer lors de la première phase de collecte.

Les questionnaires ont été remplis par les élèves lorsqu'ils étaient en classe, sous la surveillance d'un membre du personnel scolaire. Afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des données collectées, une procédure standardisée a été utilisée : les questionnaires anonymes ont été distribués aux élèves et accompagnés d'une enveloppe. Une fois le questionnaire complété, cette enveloppe était scellée par l'élève, remise au membre du personnel scolaire et déposée dans une grande enveloppe prévue à cet effet dans la classe.

³ Dans 90 % des classes (pour lesquelles l'information était disponible, c'est-à-dire environ 80 % des classes), maximum deux parents d'élèves ont refusé que leur enfant participe à l'enquête.

⁴ Dans 90 % des classes (pour lesquelles l'information est disponible, c'est-à-dire environ 80 % des classes), maximum un élève a refusé de participer le jour de la passation de l'enquête.

2.5. PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

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

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

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

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

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

* Population de référence : population scolaire 2015-2016 (<http://www.etic.be>)

** Pourcentages pondérés.

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

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

* Population de référence : population scolaire 2015-2016 (<http://www.etic.be>)

** Pourcentages pondérés.

2.6. PONDÉRATION ET ANALYSES STATISTIQUES

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

En plus de la prise en compte des coefficients de pondération individuels, les analyses statistiques ont été réalisées en prenant en compte le plan de sondage (stratification et échantillonnage en deux étapes). La significativité statistique des différences observées entre groupes (par exemple, entre garçons et filles) a été testée au moyen du test du χ^2 de Pearson corrigé pour le plan d'échantillonnage (correction de Rao et Scott [30]) ; seules les différences caractérisées par une P-valeur inférieure à 0,05 ont été décrites dans la présentation des résultats.

2.7. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les indicateurs collectés dans le cadre de cette enquête ont été présentés selon une structure commune.

- Un court encadré méthodologique présente, tout d'abord, l'outil d'évaluation mobilisé dans le questionnaire, et la façon dont l'indicateur d'intérêt a été créé.
- La variable initiale, et ses différentes catégories de réponse, sont décrites pour la population dans son ensemble puis par degré scolaire, c'est-à-dire séparément pour les élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire (1^{re} et 2^e secondaires), et du 2^e-3^e degré du secondaire (de la 3^e à la 7^e secondaire), sous forme de graphiques.
- La variable initiale est généralement catégorisée en deux groupes et le groupe d'intérêt est ensuite présenté sous forme graphique par genre et par niveau scolaire (en regroupant 6^e et 7^e secondaire, du fait du faible nombre d'élèves en 7^e secondaire). L'indicateur d'intérêt est également décrit par orientation scolaire pour les élèves des 2^e et 3^e degrés du secondaire (en regroupant enseignement général et enseignement technique de transition, du fait du faible nombre d'élèves dans l'enseignement technique de transition et de la proximité des profils d'enseignement).

3. ÉTAT DE SANTÉ

3.1. SANTÉ PERÇUE

L'état de santé perçue des adolescents scolarisés en FWB a été évalué à l'aide de la question : «Dirais-tu que ta santé est...» [43]. Quatre catégories de réponse étaient proposées : «excellente», «bonne», «plutôt bonne» et «pas très bonne». Les élèves ayant évalué leur santé comme «plutôt bonne» ou «pas très bonne» ont été considérés comme ayant une perception plutôt négative de leur santé. Bien que cette question ainsi que les modalités de réponse n'aient pas fait l'objet d'études de validation, les résultats de plusieurs études en soutiennent la validité [5, 44].

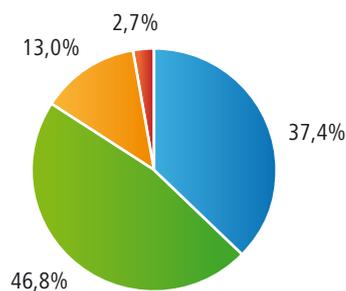
3.1.1. DISTRIBUTION SELON L'ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

En 2018, près d'un tiers des élèves (30,4 %) percevaient leur santé comme «excellente», un élève sur deux (49,3 %) la considérait comme «bonne», 16,8 % comme «plutôt bonne» et 3,5 % comme n'étant «pas très bonne». Les proportions d'élèves percevant leur santé comme «plutôt bonne» ou «pas très bonne» étaient comparables en 5^e-6^e primaire et dans le 1^{er} degré du secondaire mais elles étaient plus élevées dans le 2^e-3^e degré du secondaire (Figure 1). Les proportions d'élèves ayant rapporté une santé «excellente» étaient, quant à elles, plus élevées en fin de primaire et début du secondaire que dans le 2^e-3^e degré du secondaire (Figure 1).

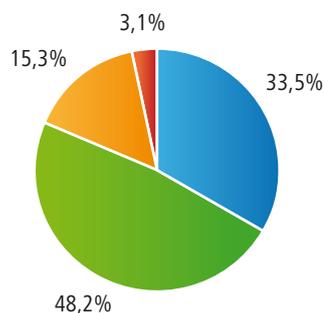
F1

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction de leur santé perçue

5^e-6^e primaire (n=4099)

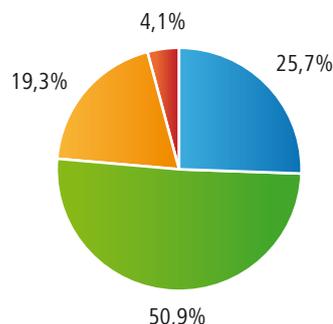


1^{er} degré secondaire (n=3342)



- Excellente
- Bonne
- Plutôt bonne
- Pas très bonne

2^e-3^e degré secondaire (n=6904)

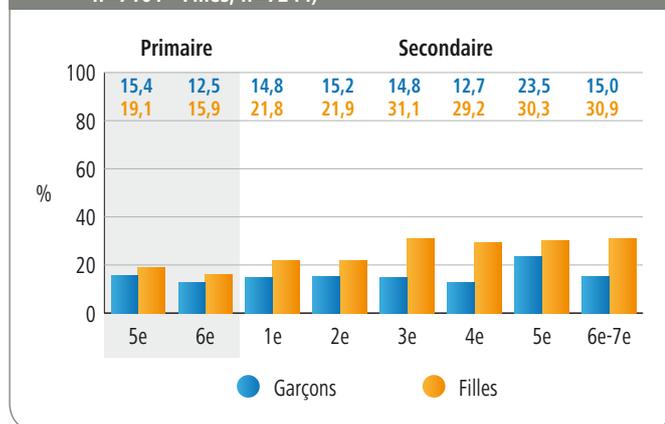


3.1.2. PERCEPTION DE LA SANTÉ PLUTÔT NÉGATIVE

Globalement, 20,3 % des élèves avaient une perception plutôt négative de leur santé. Les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à percevoir plutôt négativement leur santé (25,3 % vs 15,5 %) et ce, pour tous les niveaux scolaires à l'exception de la 6^e primaire (Figure 2). Parmi les filles, la proportion d'adolescentes percevant leur santé de façon plutôt négative augmentait entre la 2^e et 3^e secondaire pour se stabiliser ensuite dans les niveaux supérieurs. Parmi les garçons, cette proportion restait stable dans les différents niveaux scolaires, hormis en 5^e secondaire où elle était plus élevée que dans les autres niveaux (Figure 2).

F2

Proportions d'élèves percevant plutôt négativement leur santé, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=7101 - Filles, n=7244)



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, un gradient a été observé selon les filières d'enseignement : la proportion d'adolescents ayant une perception négative de leur santé était la plus faible (18,5 %) chez les élèves de l'enseignement général et technique de transition, intermédiaire (25,3 %) chez ceux de l'enseignement technique de qualification, et la plus élevée (33,5 %) chez ceux de l'enseignement professionnel.

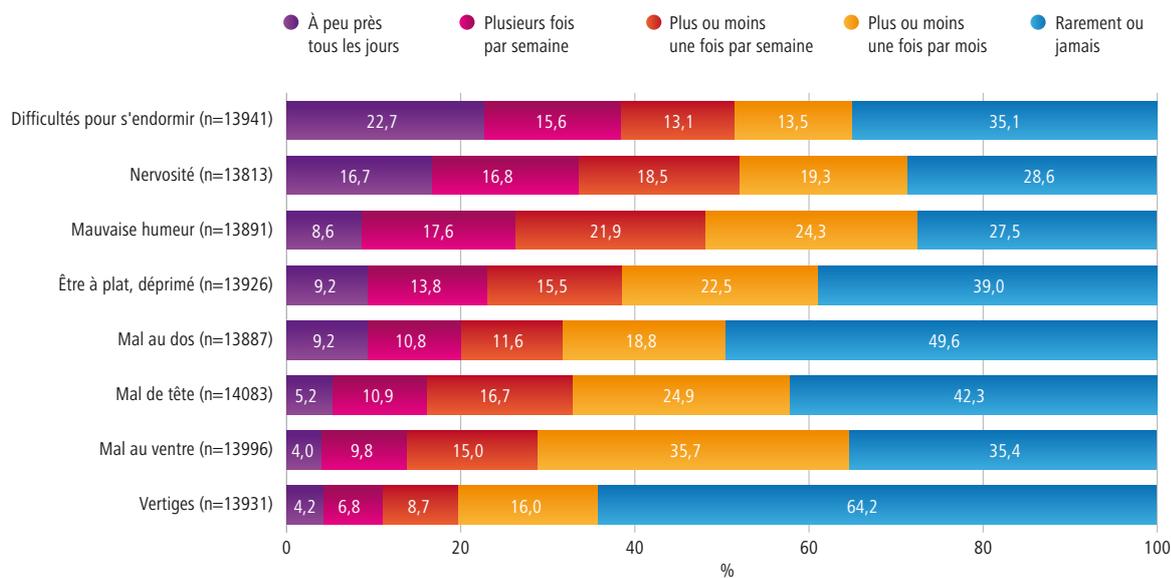
3.2. SYMPTÔMES PSYCHOSOMATIQUES

La présence de symptômes psychosomatiques a été évaluée à l'aide de l'outil «*HBSC-symptom checklist (HBSC-SCL)*» [45], dont la validité a été étayée par des études transnationales et des entretiens qualitatifs auprès d'adolescents [46, 47]. Cet outil comporte une liste de huit symptômes, pour lesquels il est demandé aux élèves de rapporter la fréquence avec laquelle ils les ont ressentis au cours des six derniers mois. Cinq catégories de fréquence, allant de «à peu près tous les jours» à «rarement ou jamais», étaient proposées. Pour chaque symptôme, les différentes catégories de réponse ont été regroupées selon les recommandations du protocole international HBSC [48], pour distinguer les élèves rapportant ce symptôme «au maximum une fois par semaine» de ceux le rapportant «plus d'une fois par semaine». Un indicateur a ensuite été construit sur base du nombre de symptômes pour lesquels l'élève avait rapporté une fréquence supérieure à une fois par semaine : cet indicateur identifie les élèves ayant des «symptômes multiples fréquents», c'est-à-dire ayant rapporté ressentir au moins deux symptômes, parmi les huit proposés, plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédant l'enquête.

3.2.1. DISTRIBUTION SELON LA FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES PSYCHOSOMATIQUES

Pour l'ensemble des élèves, les symptômes les plus fréquemment rapportés tous les jours ou plus d'une fois par semaine étaient les difficultés pour s'endormir et la nervosité (Figure 3). À l'inverse, les vertiges, le mal de tête et le mal de ventre étaient les symptômes les moins fréquemment rapportés (Figure 3).

F3

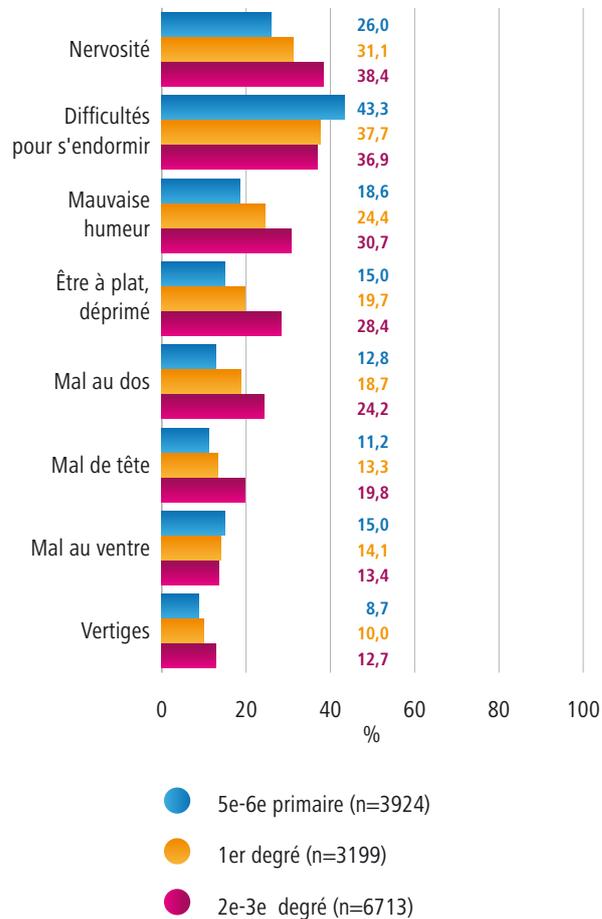
Distribution des élèves de la 5^e primaire à la 6^e-7^e secondaire selon la fréquence de symptômes psychosomatiques

En 2018, 38,6 % des élèves déclaraient avoir ressenti des difficultés pour s'endormir au moins plusieurs fois par semaine au cours des six derniers mois, 33,7 % de la nervosité, 26,4 % de la mauvaise humeur et 20,2 % des maux de dos. Avoir mal à la tête, au ventre ou avoir des vertiges plusieurs fois par semaine étaient les symptômes les moins fréquemment rapportés par les élèves (respectivement 16,2 %, 13,9 % et 11,1 %).

Les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire étaient proportionnellement plus nombreux que ceux de 5^e-6^e primaire et du 1^{er} degré du secondaire à déclarer ressentir plusieurs fois par semaine de la nervosité, de la mauvaise humeur, de la déprime, des maux de dos, des maux de tête ou des vertiges (Figure 4). Le fait d'avoir des difficultés pour s'endormir plusieurs fois par semaine était, en revanche, davantage rapporté par les élèves de 5^e-6^e primaire que par ceux du secondaire. Enfin, la proportion d'élèves rapportant avoir mal au ventre plusieurs fois par semaine ne variait pas selon le degré d'enseignement (Figure 4).

F4

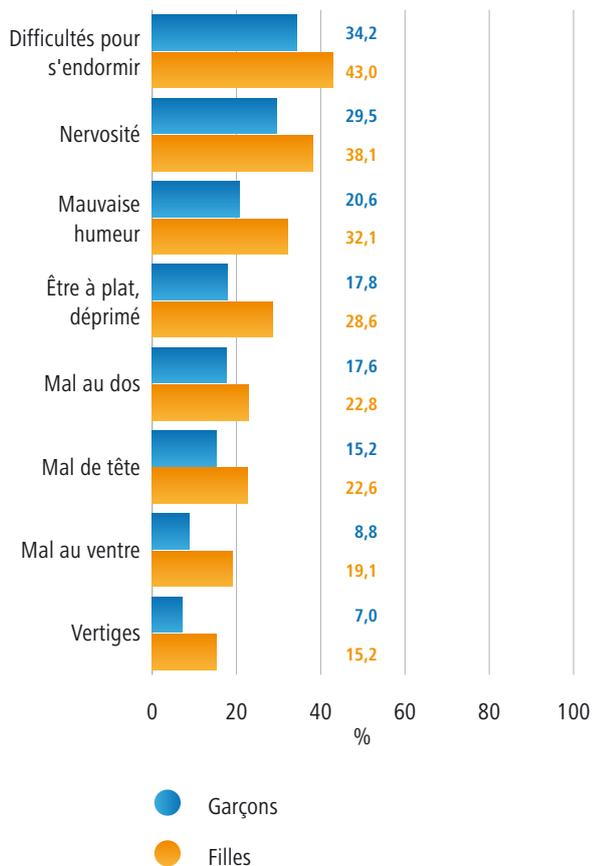
Proportions d'élèves rapportant avoir eu des symptômes psychosomatiques plusieurs fois par semaine au cours des six derniers mois, selon le degré scolaire



Tous niveaux scolaires confondus, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à rapporter chaque type de symptôme plusieurs fois par semaine. Par ailleurs, l'ordre des fréquences avec lequel les symptômes étaient rapportés restait le même chez les garçons et les filles. (Figure 5).

F5

Proportions d'élèves rapportant avoir eu des symptômes psychosomatiques plusieurs fois par semaine au cours des six derniers mois, selon le genre (Garçons, n= 6380 - Filles, n= 6658)



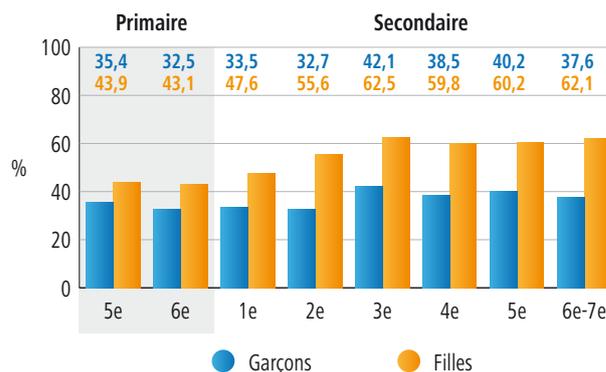
3.2.2. SYMPTÔMES MULTIPLES FRÉQUENTS

En 2018, 45,8 % des adolescents scolarisés en FWB rapportaient des symptômes multiples fréquents, c'est-à-dire au moins deux symptômes plusieurs fois par semaine. Cette proportion était plus élevée chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire (50,5 %) que chez ceux de 5^e-6^e primaire (38,8 %) et du 1^{er} degré du secondaire (42,3 %).

Les symptômes multiples fréquents étaient davantage rapportés par les filles (54,9 %) que par les garçons (36,8 %) et ce, pour tous les niveaux scolaires (Figure 6). Parmi les garçons, la proportion d'élèves qui rapportaient des symptômes multiples fréquents augmentait entre la 2^e et 3^e secondaire pour se stabiliser ensuite aux alentours de 40 % (Figure 6). Chez les filles, cette proportion augmentait progressivement jusqu'en 3^e secondaire, puis se stabilisait aux alentours de 60 % (Figure 6).

F6

Proportions d'élèves ayant des symptômes multiples fréquents, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n= 6380 - Filles, n= 6658)



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, les élèves de l'enseignement professionnel (56,4 %) et l'enseignement technique de qualification (55,3 %) étaient proportionnellement plus nombreux à rapporter des symptômes multiples fréquents, en comparaison de ceux de l'enseignement général et technique de transition (47,0 %).

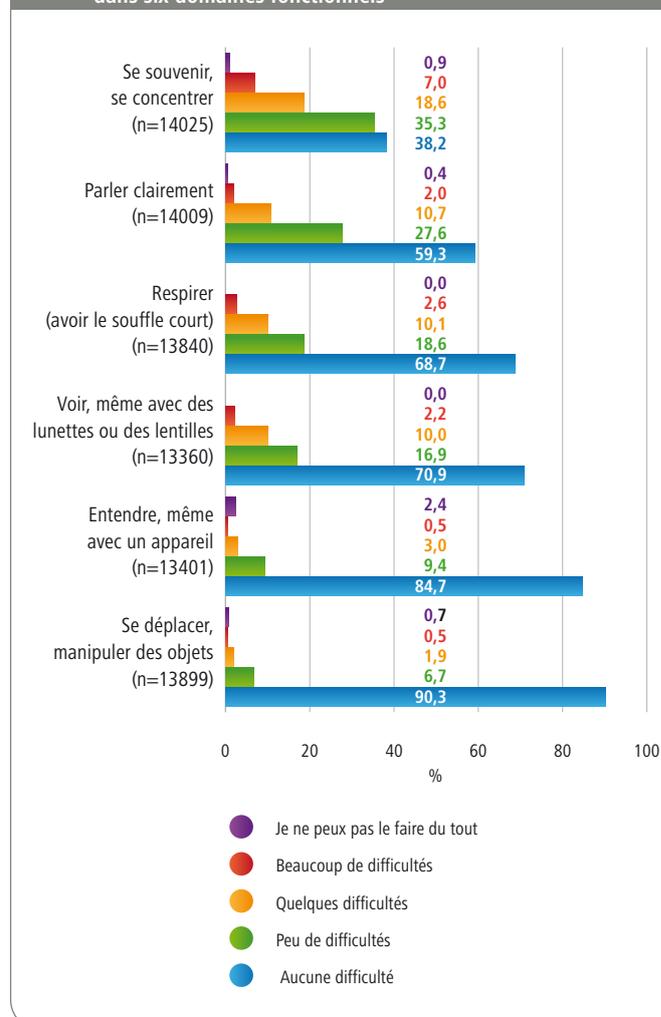
3.3. DIFFICULTÉS FONCTIONNELLES

En 2018, pour la première fois, les élèves ont été interrogés sur leurs difficultés dans plusieurs domaines fonctionnels de base. La question relative à cette thématique est issue du «*Child Functioning Module*» [49] ; elle abordait six domaines fonctionnels : voir, entendre, parler clairement, se déplacer ou manipuler des objets, respirer, se souvenir ou se concentrer, pour lesquels il était demandé aux élèves d'indiquer s'ils avaient des difficultés. Les cinq modalités de réponses étaient les suivantes : «aucune difficulté», «peu de difficultés», «quelques difficultés», «beaucoup de difficultés» et «je ne peux pas le faire du tout». Pour chaque domaine, les catégories de réponse ont été regroupées pour distinguer les élèves ayant peu ou pas de difficultés de ceux ayant au moins quelques difficultés. Un indicateur composite a ensuite été créé afin d'identifier les élèves ayant des difficultés fonctionnelles multiples, c'est-à-dire ayant rapporté avoir au moins quelques difficultés dans deux domaines ou plus.

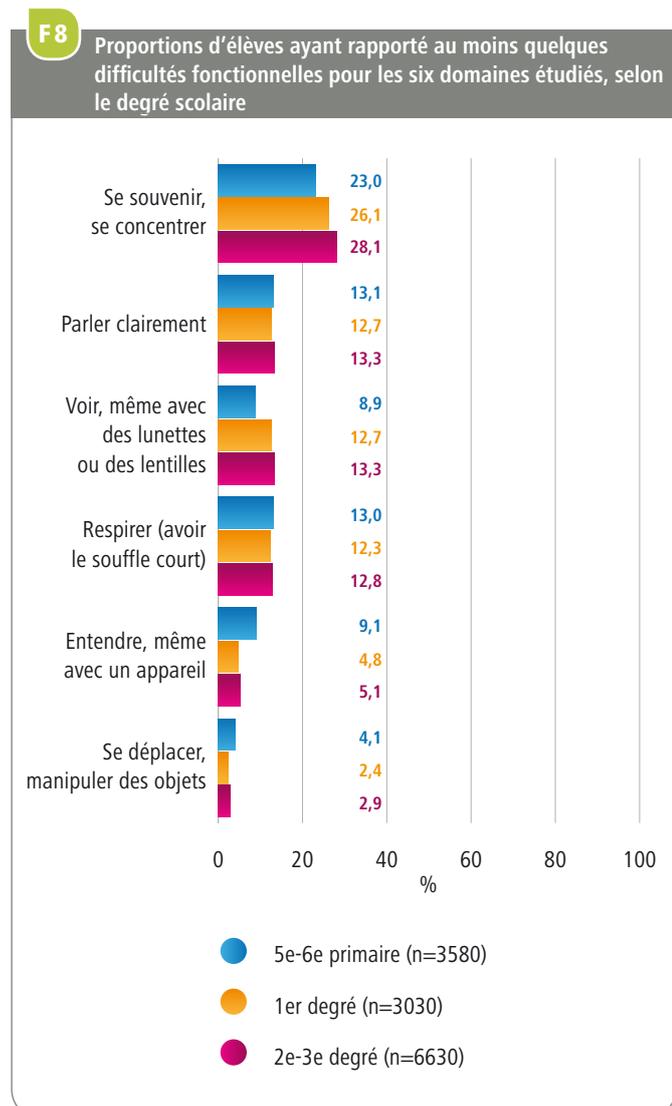
3.3.1. DISTRIBUTION SELON LA FRÉQUENCE DES DIFFICULTÉS FONCTIONNELLES

En 2018, le fait d'avoir des difficultés à se souvenir ou se concentrer était la difficulté fonctionnelle la plus fréquemment rapportée, 26,5 % des adolescents ayant rapporté avoir au minimum quelques difficultés en la matière (Figure 7). Plus d'un élève sur quatre (26,5 %) rapportait au moins quelques difficultés pour se souvenir, se concentrer. Plus d'un élève sur dix rapportait au moins quelques difficultés pour voir, parler clairement ou respirer (respectivement 12,2 %, 13,1 % et 12,8 %), tandis que de faibles proportions d'élèves rapportaient avoir au moins quelques difficultés pour entendre (5,9 %) ou pour se déplacer et manipuler des objets (3,0 %) (Figure 7).

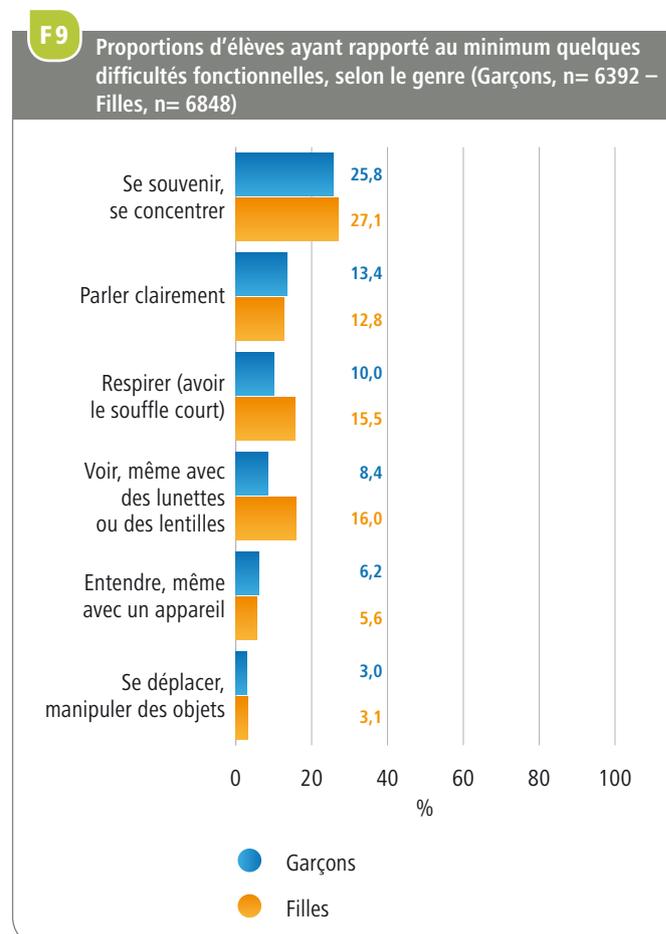
F7 Distribution des élèves selon la fréquence de leurs difficultés dans six domaines fonctionnels



L'analyse selon les degrés d'enseignement a montré que les élèves du secondaire étaient plus nombreux à rapporter au moins quelques difficultés pour voir, en comparaison des élèves du primaire (Figure 8). Les difficultés à entendre et à se déplacer ou manipuler des objets ont été, à l'inverse, plus souvent rapportées en fin de primaire qu'en secondaire. Les proportions d'élèves ayant rapporté des difficultés à se souvenir, se concentrer ne variaient pas selon les niveaux d'enseignement (Figure 8).



Tous niveaux scolaires confondus, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à rapporter au moins quelques difficultés pour voir ou pour respirer (Figure 9). Les proportions relatives aux autres difficultés étaient, quant à elles, comparables entre filles et garçons (Figure 9).



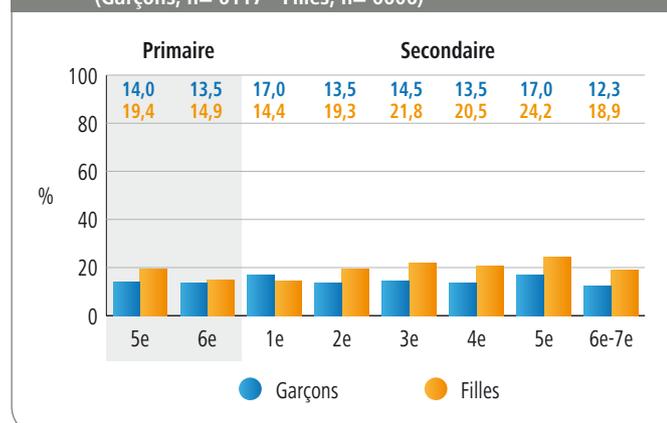
3.3.2. DIFFICULTÉS FONCTIONNELLES MULTIPLES

En 2018, 16,9 % des adolescents scolarisés en Belgique francophone rapportaient des difficultés fonctionnelles multiples, c'est-à-dire au moins quelques difficultés pour au moins deux domaines fonctionnels. Cette proportion était comparable quel que soit le degré d'enseignement (respectivement 15,5 % en fin de primaire, 16,0 % dans le 1^{er} degré et 17,9 % dans le 2^e-3^e degré du secondaire).

Les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à rapporter avoir au moins quelques difficultés dans deux domaines ou plus (19,3 % vs 14,4 %). Ces disparités entre genres s'observaient dans tous les niveaux scolaires, sauf en 6^e primaire et en 1^{re} secondaire (Figure 10). Chez les garçons, cette proportion restait stable dans tous les niveaux scolaires, sauf en 1^{re} et 5^e secondaires où elle était plus élevée. Parmi les filles, cette proportion fluctuait selon les niveaux et était la plus élevée entre la 3^e et la 5^e secondaire (Figure 10).

F 10

Proportions d'élèves ayant des difficultés fonctionnelles multiples, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n= 6117 - Filles, n= 6606)



Parmi les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire, les proportions d'adolescents ayant des difficultés fonctionnelles multiples étaient similaires qu'ils soient scolarisés dans l'enseignement général et technique de transition (17,7 %), dans l'enseignement technique de qualification (17,9 %) ou dans l'enseignement professionnel (18,2 %).

3.4. CORPULENCE

La corpulence a été déterminée sur base de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé à partir des poids et tailles auto-rapportés par les élèves (IMC = poids en kg / (taille en m)²). Des valeurs-seuils pour l'IMC spécifiques au sexe et à l'âge, fournies par la «*World Obesity Federation*» [50, 51], ont été utilisées afin de définir sept catégories de corpulence : la minceur de grades 3, 2 et 1, la corpulence normale, le surpoids, l'obésité et l'obésité morbide. Ces références ont été établies de manière à correspondre à celles définies par l'OMS pour les adultes à partir de l'âge de 18 ans [50, 52]. La minceur se décline en trois degrés, le grade 1 correspondant au degré de minceur le moins fort et le grade 3 au degré de minceur le plus important [51]. Chez les enfants et les adolescents, il est recommandé de regrouper les catégories de minceur de grades 2 et 3 pour estimer la prévalence de la minceur [51]. Par ailleurs, en raison d'effectifs restreints, l'obésité et l'obésité morbide ont été regroupées dans les analyses. Pour les élèves âgés de 18 à 20 ans, les valeurs-seuils définies par l'OMS pour les adultes ont été utilisées [52].

L'utilisation de données de poids et taille auto-rapportées, plutôt que mesurées, peut être à la source de biais. Un premier biais de déclaration est lié à une possible méconnaissance ou connaissance incorrecte, surtout chez les plus jeunes, de la taille et du poids. Certaines études suggèrent, en outre, que les adolescents ont tendance à sous-estimer leur poids et surestimer leur taille, ceci menant à une sous-estimation de leur IMC et de la prévalence de surpoids au niveau de la population [53, 54]. Bien que les données mesurées soient plus fiables, leur collecte s'avère toutefois complexe d'un point de vue logistique, particulièrement dans le cadre d'enquêtes de grande envergure comme celle-ci. Plusieurs études ont montré que les données auto-rapportées constituent dès lors une alternative pratique et valide, en absence de données mesurées, pour estimer la prévalence de surpoids et d'obésité dans le cadre d'études épidémiologiques [53, 55–57].

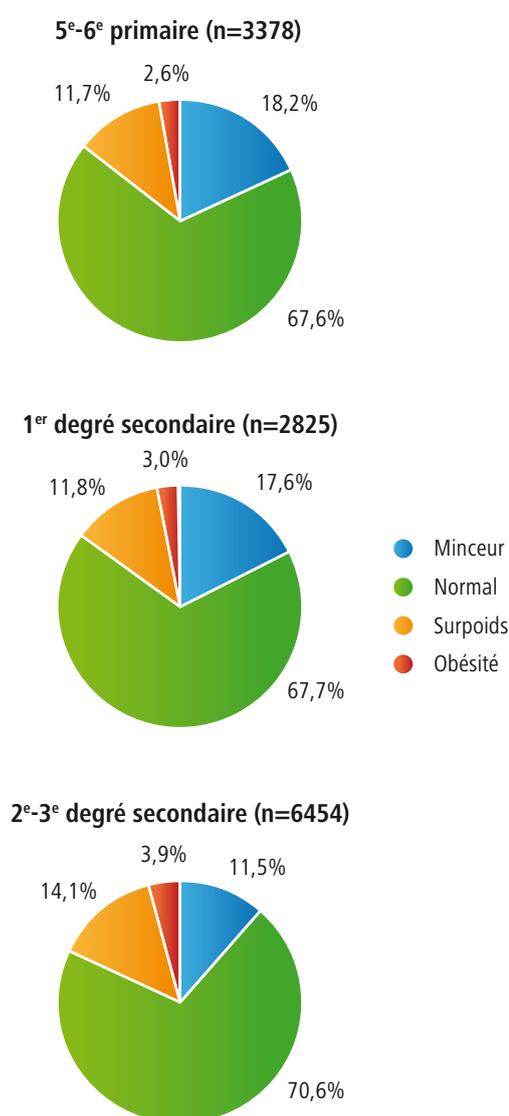
3.4.1. DISTRIBUTION SELON LA CATÉGORIE DE CORPULENCE

En 2018, 69,2 % des adolescents scolarisés en FWB avaient une corpulence considérée comme normale. Par ailleurs, 10,6 % des adolescents étaient en situation de minceur de grade 1, 2,6 % de minceur de grade 2 et 1,3 % de minceur de grade 3. À l'opposé, 13,0 % des adolescents étaient en surpoids, 2,8 % obèses et 0,6 % en situation d'obésité morbide.

Cette distribution variait selon le degré scolaire (Figure 11). D'une part, le pourcentage d'adolescents en surpoids était plus élevé dans le 2^e-3^e degré du secondaire que dans les degrés inférieurs. D'autre part, le pourcentage d'adolescents en situation de minceur était plus faible dans le 2^e-3^e degré du secondaire que dans les degrés inférieurs. De plus, la proportion d'élèves obèses était plus élevée parmi les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire que parmi ceux de fin de primaire (Figure 11).

F 11

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire selon la catégorie de corpulence

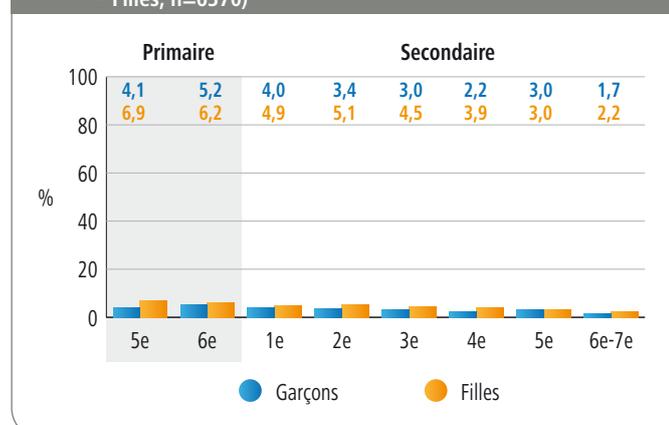


3.4.2. MINCEUR (GRADES 2 ET 3)

En 2018, 3,9 % des adolescents scolarisés en FWB se trouvaient en situation de minceur (grades 2 et 3). Globalement, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à être en situation de minceur (4,5 % vs 3,3 %). Cette différence entre genres n'était statistiquement significative qu'en 5^e primaire (Figure 12). Par ailleurs, le pourcentage d'adolescents en situation de minceur diminuait en fin de secondaire, chez les garçons comme chez les filles (Figure 12).

F 12

Proportions d'élèves en situation de minceur (grades 2 et 3), en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6287 – Filles, n=6370)



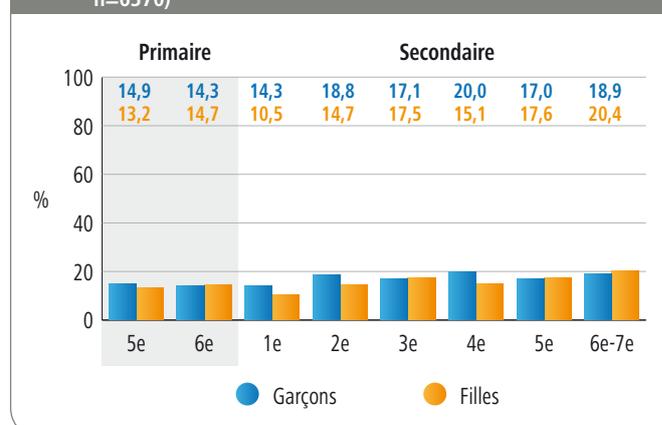
Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, le pourcentage d'élèves en situation de minceur ne variait pas selon l'orientation scolaire. Il était de 3,3 % dans l'enseignement général et technique de transition, 2,9 % dans l'enseignement technique de qualification, et 2,0 % dans l'enseignement professionnel.

3.4.3. SURPOIDS ET OBÉSITÉ

En 2018, 16,4 % des élèves étaient en situation de surpoids ou d'obésité. Ce pourcentage ne variait pas selon le genre (17,1 % chez les garçons et 15,6 % chez les filles). Cette absence de différence entre genres était observée quel que soit le niveau scolaire (Figure 13). Chez les garçons, le pourcentage d'adolescents en surpoids ou obèses ne variait pas selon le niveau scolaire. Chez les filles, des variations étaient observées, avec un pourcentage plus faible en 1^{re} secondaire et plus élevé en 6^e-7^e secondaire (Figure 13).

F 13

Proportions d'élèves en surpoids ou obèses, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6287 – Filles, n=6370)



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, un gradient était observé selon l'orientation scolaire. Le pourcentage d'élèves en surpoids ou obèses était le plus élevé dans l'enseignement professionnel (27,8 %), intermédiaire dans l'enseignement technique de qualification (20,9 %), et le plus faible dans l'enseignement général et technique de transition (13,0 %).

3.5. BROSSAGE DES DENTS

La fréquence avec laquelle les adolescents se brossaient les dents a été évaluée à l'aide de la question : «En général, combien de fois te brosses-tu les dents ?», avec cinq possibilités de réponse : «plus d'une fois par jour», «une fois par jour», «pas chaque jour mais au moins une fois par semaine», «moins d'une fois par semaine» ou «jamais». Les analyses présentées ci-après portent sur les adolescents qui déclaraient se brosser les dents plus d'une fois par jour, comme il est recommandé en matière d'hygiène bucco-dentaire [58]. La fiabilité et la validité de cette question se sont révélées satisfaisantes [59, 60].

3.5.1. DISTRIBUTION SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE DES DENTS

En 2018, 63,7 % des adolescents scolarisés en FWB ont déclaré se brosser les dents plusieurs fois par jour, 31,0 % une fois par jour, 3,9 % au moins une fois par semaine, 0,8 % moins d'une fois par semaine et 0,7 % jamais. Cette distribution était similaire quel que soit le degré d'enseignement (Figure 14).

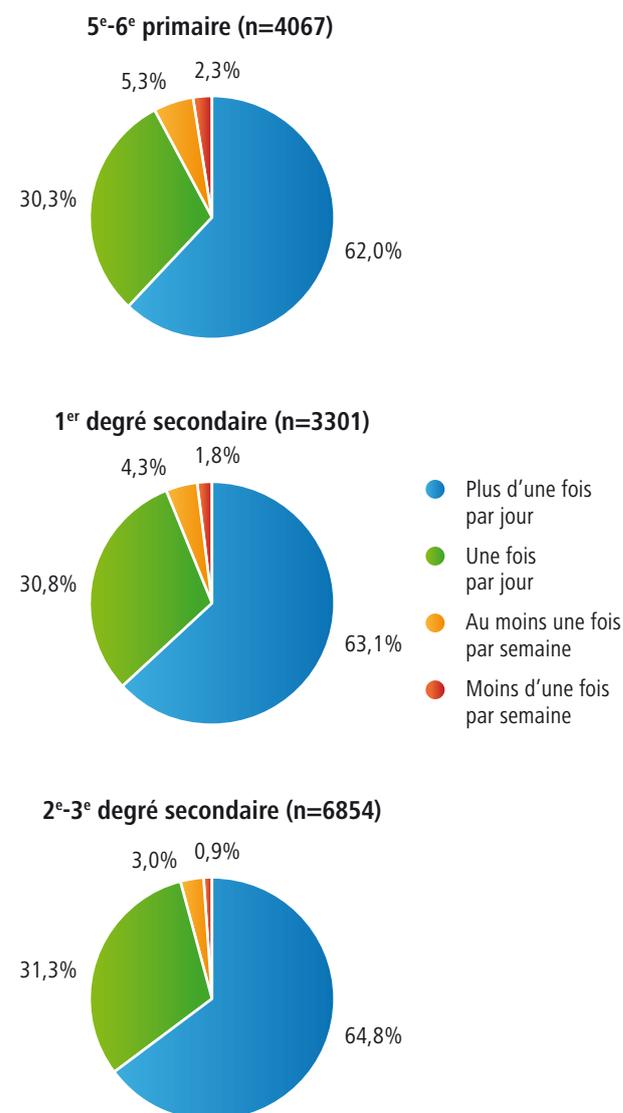
3.5.2. SE BROSSER LES DENTS PLUS D'UNE FOIS PAR JOUR

Les filles étaient proportionnellement plus nombreuses (72,0 %) que les garçons (55,5 %) à se brosser les dents plus d'une fois par jour et ce, quel que soit le niveau scolaire (Figure 15). Chez les filles, cette proportion était plus élevée en secondaire qu'en fin de primaire, alors que chez les garçons, cette proportion ne variait pas avec le niveau scolaire (Figure 15).

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves se brossant les dents plus d'une fois par jour était plus élevée dans l'enseignement général et technique de transition (67,4 %) que dans l'enseignement technique de qualification (61,5 %) ou professionnel (61,9 %).

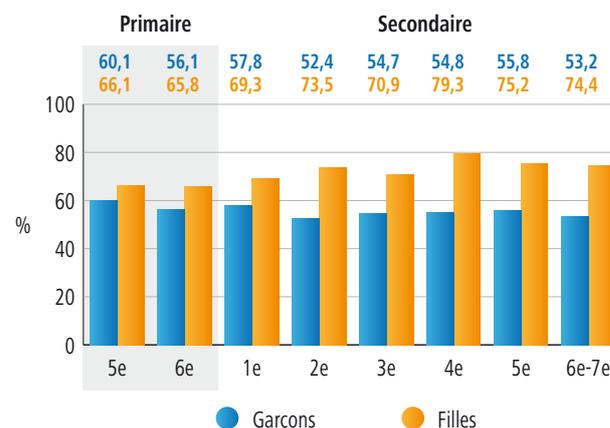
F 14

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire selon la fréquence du brossage des dents



F 15

Proportions d'élèves se brossant les dents plus d'une fois par jour, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6992 – Filles, n=7230)



3.6. VISITE CHEZ LE DENTISTE

Les questions «as-tu déjà été chez le dentiste ?» et «si oui, à quand remonte ta dernière visite ?» ont été posées aux adolescents. Pour la seconde question, trois modalités de réponse leur ont été proposées : «moins de 6 mois», «entre 6 mois et un an» ou «plus d'un an». Les deux premières catégories de réponse ont été regroupées pour identifier les adolescents ayant consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête.

3.6.1. DISTRIBUTION SELON LA FRÉQUENCE DES VISITES CHEZ LE DENTISTE

La quasi-totalité des élèves scolarisés en FWB étaient déjà allés chez le dentiste au moins une fois au cours de leur vie (96,4 %). La dernière consultation avait eu lieu dans les six mois précédant l'enquête pour 54,1 % des adolescents, entre six mois et un an pour 26,5 %, et depuis plus d'un an pour 15,8 % des élèves. La proportion d'élèves ayant consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête ne variait pas selon le degré d'enseignement (Figure 16). Cette proportion était de 81,6 % en primaire, 80,8 % dans le 1^{er} degré du secondaire, et 79,9 % dans le 2^e-3^e degrés du secondaire.

3.6.2. VISITE CHEZ LE DENTISTE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

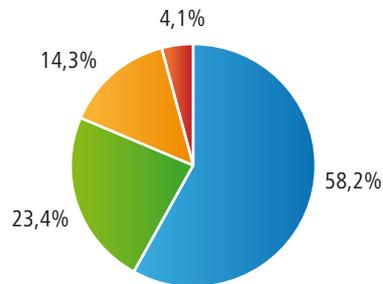
En 2018, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses (83,6 %) que les garçons (77,5 %) à avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête. Cette différence de genre n'était pas significative pour les élèves de 6^e primaire ni de 3^e secondaire (Figure 17). La proportion d'élèves ayant consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête ne variait pas avec le niveau scolaire chez les garçons. Chez les filles, des proportions plus faibles étaient observées en 3^e et 6^e-7^e secondaires (Figure 17).

Dans le 2^e-3^e degré de l'enseignement secondaire, la proportion d'élèves ayant consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête, était plus élevée dans l'enseignement général et technique de transition (84,5 %) que dans l'enseignement technique de qualification (77,7 %) et dans l'enseignement professionnel (70,5 %). Les proportions dans l'enseignement technique de qualification et professionnel étaient quant à elles statistiquement comparables.

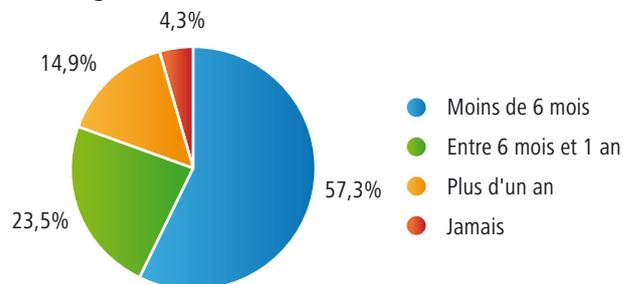
F 16

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire selon le temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste

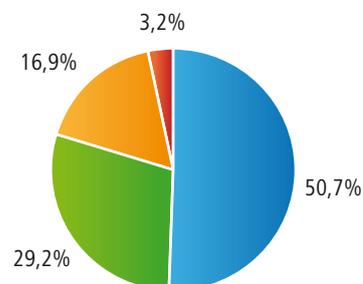
5^e-6^e primaire (n=4006)



1^{er} degré secondaire (n=3266)

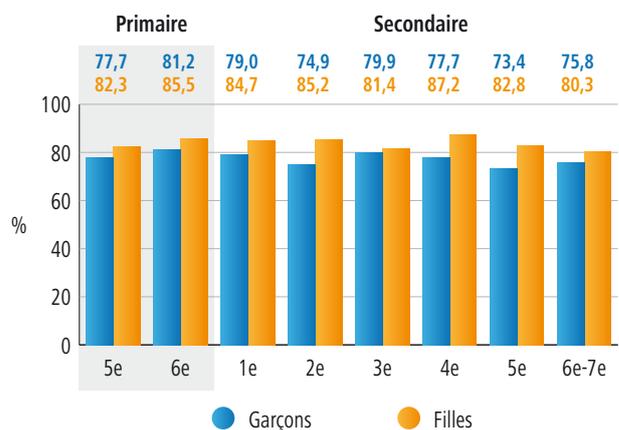


2^e-3^e degré secondaire (n=6830)



F 17

Proportions d'élèves ayant consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6942 – Filles, n=7160)



3.7. CARIES

Pour la première fois en 2018, le fait d'avoir déjà eu des caries a été évalué à l'aide de la question : «As-tu déjà eu une carie ?», à laquelle les élèves pouvaient répondre «oui», «non» ou «je ne sais pas». Cette question n'est cependant pas validée et il existe certainement une sous-estimation de la prévalence de caries. Les recherches bibliographiques effectuées ont montré que la présence de caries actuelles ou passées semble être principalement évaluée au travers d'examens réalisés par le dentiste [61]. Les analyses portent ensuite sur les adolescents déclarant avoir déjà eu une carie. Les élèves ayant répondu «je ne sais pas» à cette question n'ont pas été pris en compte dans le dénominateur de cette proportion.

3.7.1. DISTRIBUTION SELON LA FRÉQUENCE DES CARIES

En 2018, 61,6 % des adolescents scolarisés en FWB déclaraient avoir déjà eu une carie. Cette prévalence variait selon le degré scolaire (Figure 18). La proportion de ceux répondant «je ne sais pas» diminuait avec le degré scolaire.

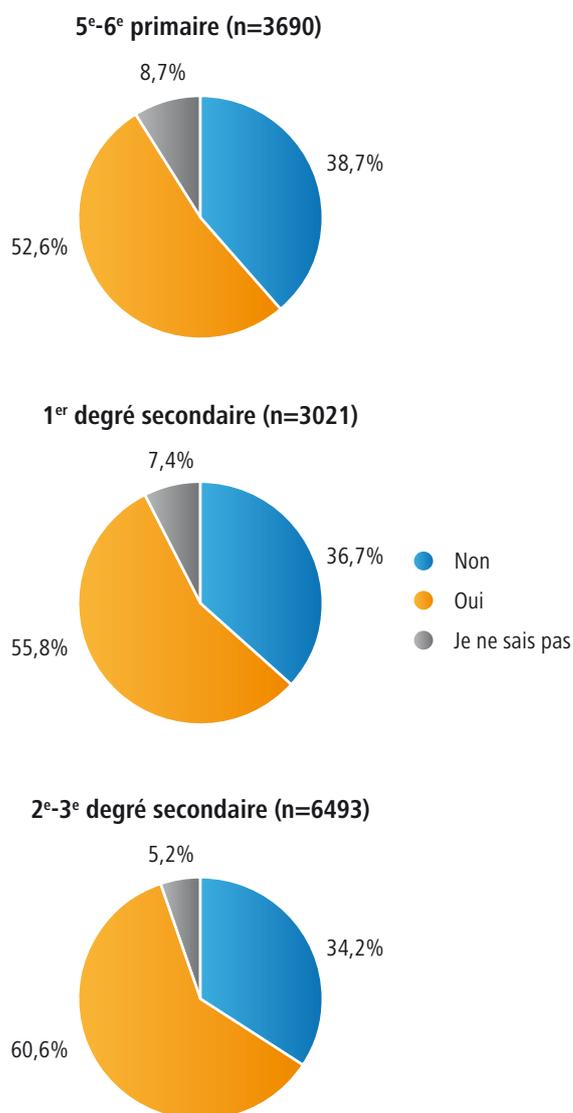
3.7.2. AVOIR DÉJÀ EU UNE CARIE

En 2018, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir déjà eu une carie (64,1 % vs 59,1 %). Cette différence entre genres était significative en 2^e, 5^e et 6^e-7^e secondaires (Figure 19). Chez les garçons comme chez les filles, cette proportion augmentait avec le niveau scolaire.

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, les élèves scolarisés dans l'enseignement général et technique de transition étaient proportionnellement moins nombreux (59,9 %) à avoir déjà eu une carie, en comparaison de ceux de l'enseignement technique de qualification (65,6 %) ou professionnel (72,6 %), aucune différence n'ayant été observée entre ces deux dernières filières.

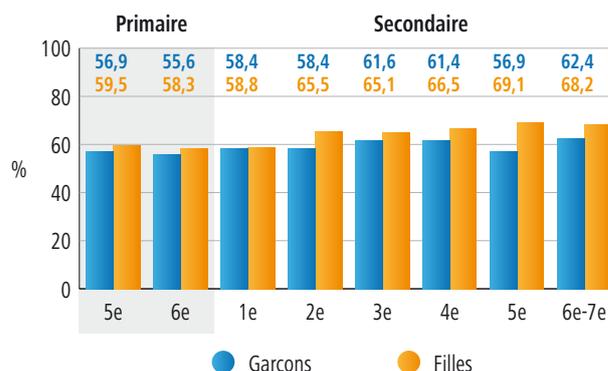
F 18

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire selon la présence de caries



F 19

Proportions d'élèves ayant déjà eu une carie, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6444 – Filles, n=6760)



3.8. BLESSURES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

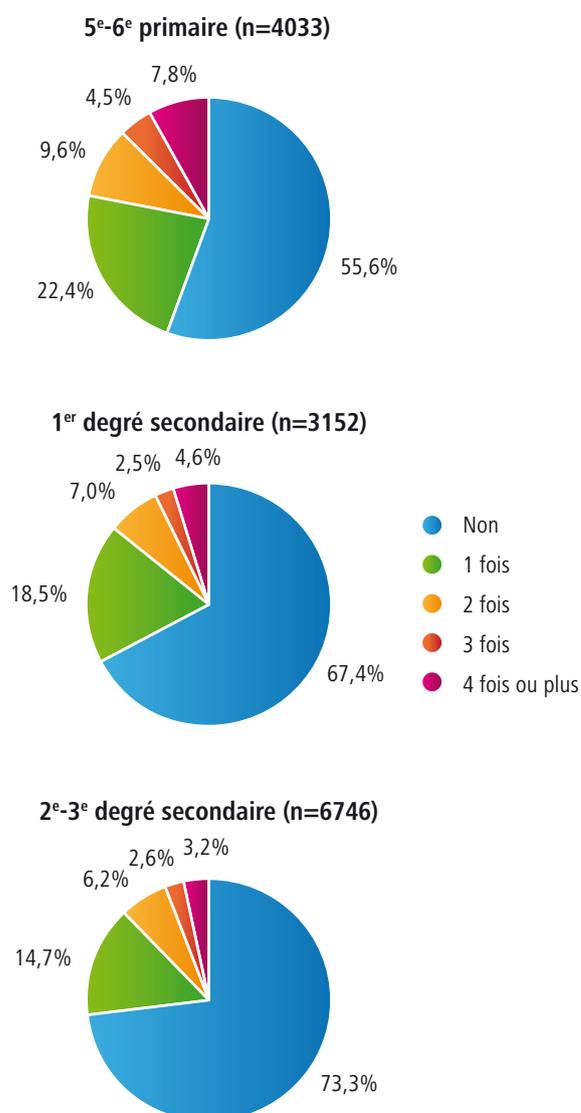
La signification du terme «blessures» a été précisée à l'aide d'un court texte explicatif : «Beaucoup de jeunes se font mal ou se blessent dans différents endroits tels que la rue ou la maison, pendant les activités comme le sport ou quand ils se battent avec d'autres personnes. Parmi les blessures, on trouve également les empoisonnements ou les brûlures. Les maladies (rougeole, grippe, appendicite...) ne sont pas des blessures.» Les élèves ont ensuite été questionnés sur la fréquence à laquelle ils avaient été blessés et soignés par un médecin ou une infirmière pendant les 12 mois précédant l'enquête. Les cinq modalités de réponse allaient de «Je n'ai pas eu de blessure durant les 12 derniers mois» à «4 fois ou plus». Les catégories de réponse allant de «1 fois» à «4 fois ou plus» ont été regroupées pour identifier les élèves ayant eu au moins une blessure au cours des 12 derniers mois.

3.8.1. DISTRIBUTION SELON LA FRÉQUENCE DES BLESSURES

En 2018, 67,7 % des élèves ont indiqué ne pas avoir eu de blessure nécessitant des soins médicaux au cours des 12 mois précédant l'enquête, 17,4 % ont indiqué s'être blessés une fois, 7,2 % deux fois, 3,0 % trois fois et 4,6 % quatre fois ou plus. Des différences ont été observées selon le degré d'enseignement (Figure 20). Les élèves rapportant s'être blessés quatre fois ou plus au cours des 12 derniers mois étaient proportionnellement plus nombreux en fin de primaire que dans le 1^{er} degré et le 2^e-3^e degré du secondaire. À l'inverse, l'absence de blessure au cours des 12 derniers mois était plus fréquemment rapportée parmi les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire que parmi ceux du 1^{er} degré du secondaire et de fin de primaire (Figure 20).

F 20

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction de la fréquence des blessures ayant nécessité des soins médicaux au cours des 12 derniers mois

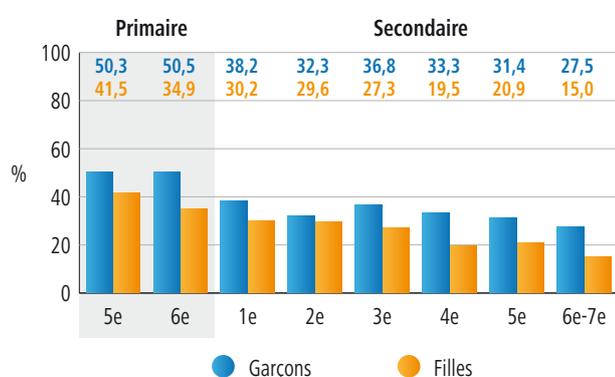


3.8.2. AVOIR EU AU MOINS UNE BLESSURE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Globalement, 32,3 % des adolescents scolarisés en FWB rapportaient avoir eu au moins une blessure ayant nécessité des soins médicaux au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était plus élevée parmi les garçons (37,4 %) que parmi les filles (27,1 %). Cette différence entre genres était observée dans tous les niveaux scolaires, sauf en 2^e secondaire (Figure 21). Quel que soit le genre, cette proportion diminuait progressivement selon le niveau scolaire (Figure 21).

F21

Proportions d'élèves ayant eu au moins une blessure ayant nécessité des soins médicaux au cours des 12 derniers mois, selon le genre et le niveau scolaire (Garçons, n=6848 - Filles, n=7083)



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'adolescents ayant eu au moins une blessure au cours des 12 derniers mois était comparable dans les différentes filières : 25,3 % dans l'enseignement général et technique de transition, 27,3 % dans l'enseignement technique de qualification, et 29,5 % dans l'enseignement professionnel.

3.9. ÂGE DES PREMIÈRES RÈGLES CHEZ LES FILLES

La survenue des premières règles chez les filles a été investiguée à l'aide de la question : «Si tu es une fille, as-tu déjà eu tes règles ?». Deux modalités de réponse étaient proposées : «Non, pas encore» et «Oui, elles ont commencé quand j'avais [] ans et [] mois».

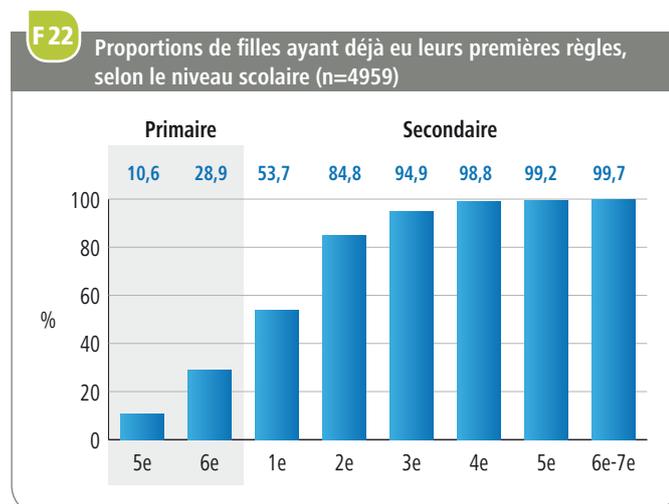
Étant donnée l'absence, dans la littérature scientifique, de consensus sur l'âge en dessous duquel l'apparition des premières règles est considérée comme précoce, nous avons choisi de présenter dans ce rapport, les proportions de filles dont les règles sont survenues avant l'âge de 11 ans. Dans ce cas, en effet, les premières transformations liées à la puberté pourraient avoir débuté avant l'âge de 8 ans, ce qui indiquerait une puberté considérée comme précoce [19, 22–24].

3.9.1. ÂGE DES PREMIÈRES RÈGLES

En 2018, 73,0 % des filles scolarisées en FWB entre la 5^e primaire et la 6^e-7^e secondaire indiquaient avoir déjà eu leurs premières règles. L'âge moyen et l'âge médian de début des règles étaient de respectivement de 12 ans et trois mois et 12 ans et quatre mois ; l'âge minimum déclaré était de 8 ans et l'âge maximum était de 18 ans et trois mois. Près d'une fille sur dix (9,3 %) rapportait avoir eu ses premières règles avant l'âge de 11 ans.

3.9.2. DISTRIBUTION EN FONCTION DU FAIT D'AVOIR DÉJÀ EU SES PREMIÈRES RÈGLES

En fin de primaire, une fille sur cinq avait déjà eu ses premières règles. Cette proportion augmentait entre la 5^e primaire et la 2^e secondaire (Figure 22). En 3^e secondaire, 94,9 % des filles avaient déjà été réglées, et le pourcentage approchait 100 % à partir de la 4^e secondaire.



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion de filles ayant déjà eu leurs premières règles était identique dans l'enseignement technique de qualification et l'enseignement professionnel (99,4 %), mais elle était plus faible dans l'enseignement général et technique de transition (97,0 %).

À RETENIR

- En 2018, huit adolescents sur dix percevaient leur santé comme excellente ou bonne.
- Le surpoids (obésité comprise) concernait 16,4 % des adolescents, tandis que 3,9 % étaient en situation de minceur.
- 3,6 % des élèves ont indiqué n'être jamais allés chez le dentiste au cours de leur vie.
- Près de 10 % des filles avaient eu leurs premières règles avant l'âge de 11 ans.
- Les filles étaient plus nombreuses que les garçons à percevoir leur santé de façon négative, à déclarer avoir plusieurs symptômes plusieurs fois par semaine, ainsi que des difficultés fonctionnelles multiples.
- Le surpoids et l'obésité, ainsi que la plupart des symptômes psychosomatiques, étaient plus fréquents dans le 2^e-3^e degré du secondaire, que dans les degrés inférieurs. En revanche, les difficultés pour s'endormir étaient davantage rapportées par les élèves de fin de primaire que par ceux du secondaire.
- Dans le secondaire, les élèves scolarisés dans l'enseignement général et technique de transition étaient proportionnellement moins nombreux que ceux de l'enseignement technique de qualification ou de l'enseignement professionnel, à être en surpoids ou obèses, à percevoir leur santé de façon négative et à déclarer des symptômes multiples fréquents.

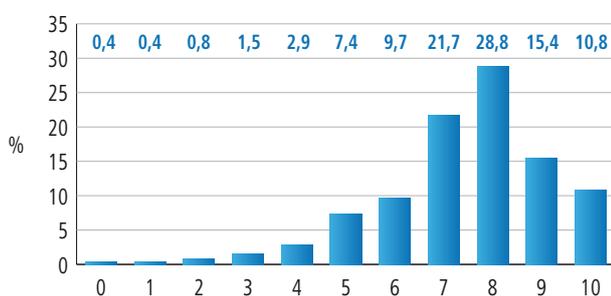
4. BIEN-ÊTRE

4.1. SATISFACTION PAR RAPPORT À LA VIE

Le niveau de satisfaction des élèves par rapport à leur vie a été mesuré à l'aide de l'échelle de Cantril [62], dont la fiabilité a été vérifiée chez des élèves âgés de 11 à 15 ans [63]. Il s'agit d'une échelle sur laquelle il est demandé aux élèves de se situer : «de façon générale, pour l'instant, où te situes-tu sur l'échelle ?». Elle est graduée de 0 à 10, avec la valeur 10 représentant «la meilleure vie possible» et la valeur 0, «la pire vie possible». Suivant le protocole international de l'étude HBSC [48], les élèves ayant un niveau compris entre 6 et 10 ont été considérés comme ayant une satisfaction moyenne à élevée de leur vie.

La Figure 23 présente la distribution des élèves selon les valeurs qu'ils ont attribuées à leur satisfaction de la vie. La valeur moyenne (erreur standard) était 7,4 (0,01), et la médiane (P25-P75)⁵ était 8 (7-9).

F 23 Distribution des valeurs attribuées à la satisfaction à l'égard de la vie sur l'échelle de Cantril (n=14254)



⁵ La médiane correspond à la valeur de l'indicateur qui partage la distribution en deux groupes d'effectifs égaux. La moitié des sujets présentent ainsi une valeur inférieure à la médiane et l'autre moitié, une valeur supérieure.

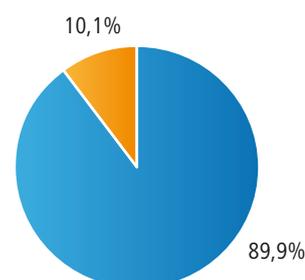
Le percentile 25 (P25) correspond à la valeur de l'indicateur en dessous de laquelle se trouve un quart de la population. Le percentile 75 (P75) correspond à la valeur de l'indicateur en dessous de laquelle se trouvent les trois-quarts de la population.

4.1.1. DISTRIBUTION SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION PAR RAPPORT À LA VIE

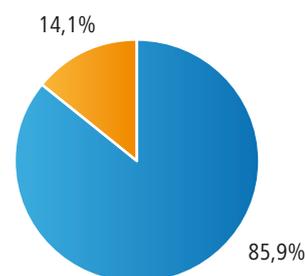
En 2018, 86,3 % des élèves ont été considérés comme ayant un niveau moyen à élevé de satisfaction par rapport à leur vie. Cette proportion était plus élevée parmi les élèves de 5^e-6^e primaire que parmi ceux scolarisés en secondaire (Figure 24).

F 24 Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction du niveau de satisfaction à l'égard de leur vie

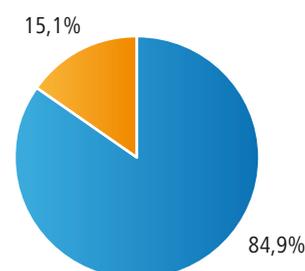
5^e-6^e primaire (n=4067)



1^{er} degré secondaire (n=3318)



2^e-3^e degré secondaire (n=6869)



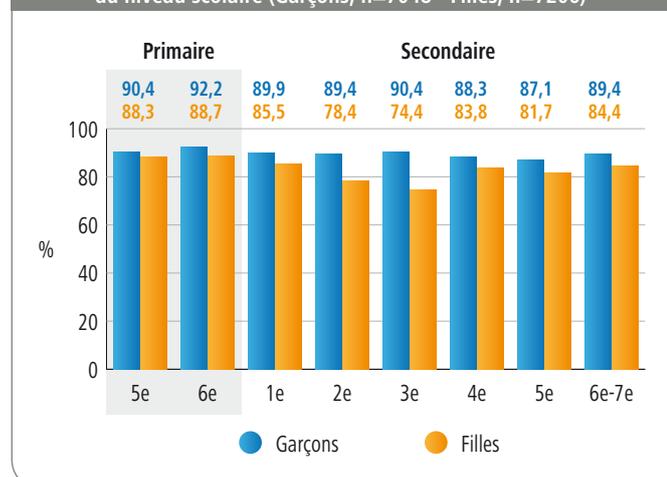
● Satisfaction moyenne à élevée
● Satisfaction peu élevée

4.1.2. SATISFACTION MOYENNE À ÉLEVÉE À L'ÉGARD DE LA VIE

Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux (89,6 %) que les filles (82,9 %) à présenter un niveau de satisfaction moyen à élevé à l'égard de leur vie. Cette différence entre genres était significative à tous les niveaux scolaires, sauf en 5^e primaire (Figure 25). Chez les garçons, la proportion d'élèves ayant un niveau de satisfaction moyen à élevé vis-à-vis de leur vie ne variait pas selon le niveau scolaire. Chez les filles, elle diminuait entre la 1^{re} et la 3^e secondaire, puis augmentait de nouveau en 4^e secondaire pour atteindre un niveau similaire à celui observé en 1^{re} secondaire (Figure 25).

F 25

Proportions d'élèves présentant un niveau de satisfaction moyen à élevé par rapport à leur vie, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=7048 - Filles, n=7206)



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves ayant un niveau de satisfaction moyen à élevé à l'égard de leur vie, était supérieure dans l'enseignement général et technique de transition (88,0 %) que dans l'enseignement technique de qualification (82,0 %) ou dans l'enseignement professionnel (80,4 %).

4.2. SENTIMENT DE BONHEUR

Le sentiment de bonheur des élèves scolarisés en FWB a été abordé à l'aide de la question : «En général, comment te sens-tu pour le moment ?». Quatre catégories de réponses étaient proposées : «je me sens très heureux/heureuse», «je me sens heureux/heureuse», «je ne me sens pas très heureux/heureuse» et «je ne me sens pas heureux/heureuse du tout». Un indicateur dichotomique a été construit afin d'identifier les élèves se sentant heureux ou très heureux. Cette question est spécifique à l'enquête HBSC en Belgique francophone depuis 1986.

4.2.1. DISTRIBUTION SELON LE SENTIMENT DE BONHEUR

En 2018, 19,7 % des élèves rapportaient se sentir très heureux, 59,5 % heureux, 17,7 % pas très heureux et 3,0 % pas heureux du tout. Des différences ont été observées entre les degrés d'enseignement (Figure 26). Ainsi, la proportion d'élèves déclarant se sentir très heureux diminuait avec le degré d'enseignement, tandis que la proportion d'élèves rapportant se sentir heureux augmentait avec le degré d'enseignement.

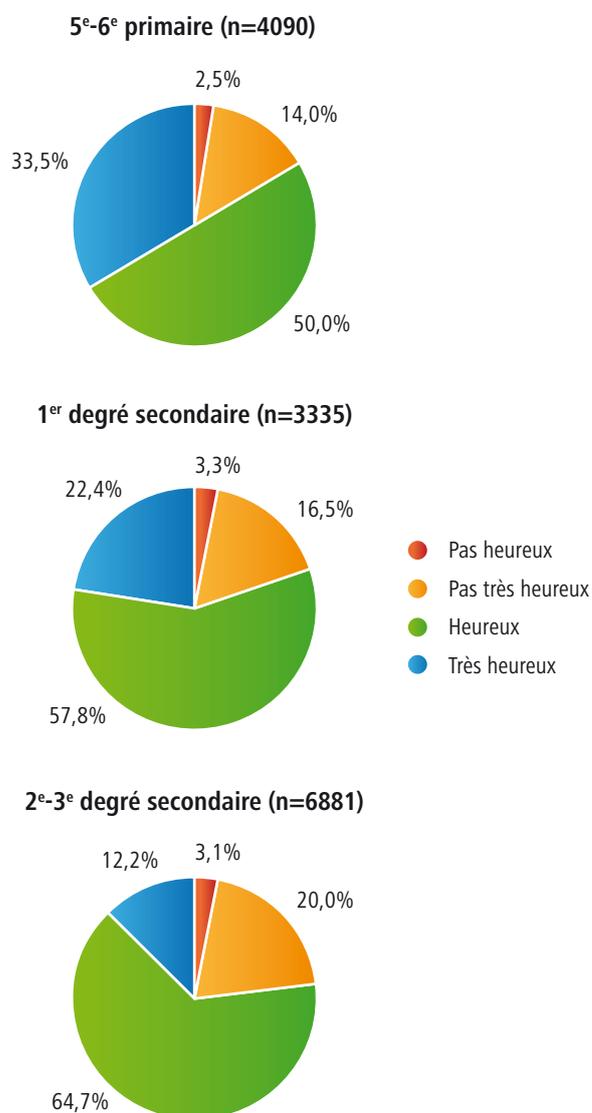
4.2.2. SE SENTIR HEUREUX OU TRÈS HEUREUX

Près de huit élèves sur dix (79,3 %) ont indiqué se sentir heureux ou très heureux. Globalement, cette proportion était plus élevée parmi les garçons (84,2 %) que les filles (74,2 %). Cette différence entre genres s'observait entre la 6^e primaire et la 3^e secondaire, ainsi qu'en 6^e-7^e secondaire (Figure 27). Parmi les filles, la proportion d'élèves rapportant se sentir heureuses ou très heureuses diminuait entre la fin du primaire et la 3^e secondaire, puis augmentait en 4^e et restait stable ensuite. Chez les garçons, cette proportion était comparable dans tous les niveaux scolaires (Figure 27).

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves ayant rapporté se sentir heureux ou très heureux ne différait pas selon l'orientation scolaire : elle était de 79,2 % dans l'enseignement général ou technique de transition, 74,3 % dans l'enseignement technique de qualification, et 74,1 % dans l'enseignement professionnel.

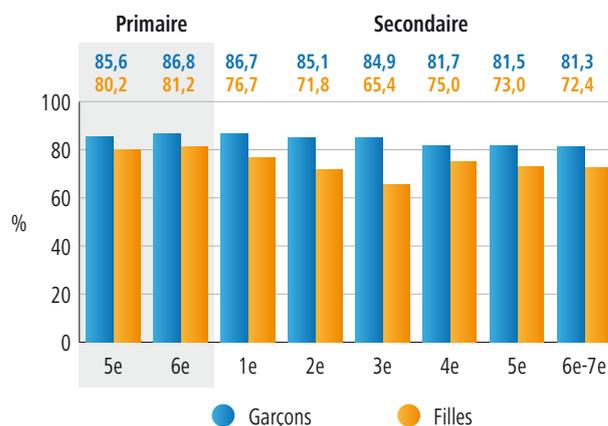
F 26

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction du sentiment de bonheur



F 27

Proportions d'élèves déclarant se sentir heureux ou très heureux en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=7070 - Filles, n=7236)



4.3. CONFIANCE EN SOI

Le sentiment de confiance en soi des élèves scolarisés en FWB a été abordé par la question : «Généralement, as-tu confiance en toi ?». Cinq catégories de réponses étaient proposées : «toujours», «rarement», «parfois», «souvent» et «jamais». Un indicateur dichotomique a été créé afin de distinguer les élèves ayant indiqué avoir souvent ou toujours confiance en eux, des autres. Cette question, posée depuis 1994, fait partie des questions spécifiques à la Belgique francophone.

4.3.1. DISTRIBUTION SELON LE NIVEAU DE CONFIANCE EN SOI

En 2018, 17,1 % des élèves rapportaient avoir toujours confiance en eux, 36,5 % avoir souvent confiance en eux, 13,9 % rarement, et 5,2 % déclaraient n'avoir jamais confiance en eux. La proportion d'élèves indiquant avoir toujours confiance en eux était plus élevée parmi les élèves de fin de primaire que parmi ceux du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire (Figure 28). Par ailleurs, la proportion d'élèves ayant rapporté n'avoir jamais confiance en eux était plus faible en 5^e-6^e primaire que dans le secondaire (Figure 28).

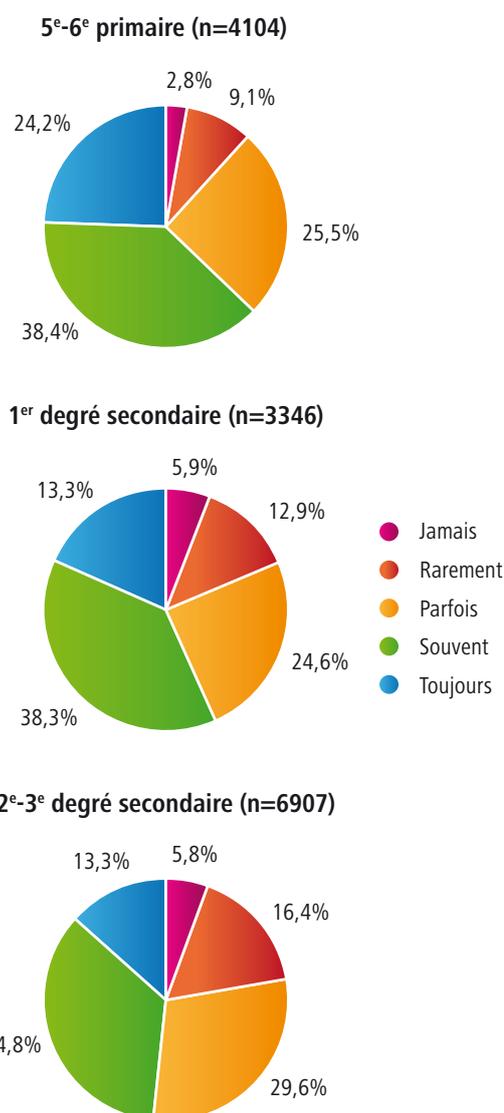
4.3.2. AVOIR SOUVENT OU TOUJOURS CONFIANCE EN SOI

En 2018, 56,1 % des élèves déclaraient avoir souvent ou toujours confiance en eux. Les garçons étaient quasiment deux fois plus nombreux que les filles (68,1 % vs 38,8 %) à déclarer avoir souvent ou toujours confiance en eux. La différence entre genres a été observée dans tous les niveaux scolaires (Figure 29). Parmi les garçons, cette proportion était stable jusqu'en 2^e secondaire, diminuait en 3^e secondaire puis était de nouveau stable jusqu'en fin de secondaire. Chez les filles, cette proportion diminuait à partir de l'entrée en secondaire jusqu'en 3^e secondaire, puis était stable jusqu'en fin de secondaire (Figure 29).

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, aucune différence n'était observée selon les filières d'enseignement. La proportion d'élèves ayant indiqué avoir souvent ou toujours confiance en eux était 48,0 % dans l'enseignement général et technique de transition, 48,6 % dans l'enseignement technique de qualification et 47,7 % dans l'enseignement professionnel.

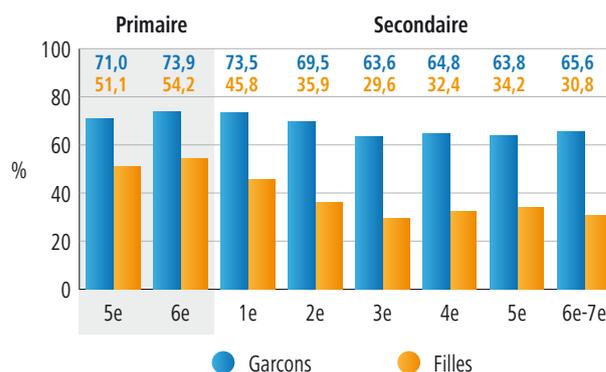
F 28

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction du niveau de confiance en soi



F 29

Proportion d'élèves déclarant avoir souvent ou toujours confiance en eux, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=7101 - Filles, n=7256)



4.4. CAPACITÉ À S'EN SORTIR FACE À UN PROBLÈME

En 2018, les élèves scolarisés en FWB ont été invités à indiquer leur capacité à s'en sortir lorsqu'ils se trouvaient confrontés à une difficulté : «En général, quand tu as un problème, te sens-tu capable de t'en sortir ?». Les cinq catégories de réponses proposées étaient les suivantes : «toujours», «rarement», «parfois», «souvent» et «jamais». Un indicateur dichotomique a été créé pour identifier les élèves ayant indiqué se sentir souvent ou toujours capables de s'en sortir face à une difficulté. Cette question, posée depuis 2006, fait partie des questions spécifiques à la Belgique francophone.

4.4.1. DISTRIBUTION SELON LA CAPACITÉ DE S'EN SORTIR FACE À UN PROBLÈME

En 2018, 20,6 % des élèves ont indiqué se sentir toujours capables de s'en sortir face à un problème, 43,1 % se sentir souvent capables de s'en sortir, 7,0 % rarement et 2,0 % jamais. Les élèves ayant déclaré ne jamais ou rarement se sentir capables de s'en sortir étaient proportionnellement moins nombreux dans le 2^e-3^e degré du secondaire que dans les degrés inférieurs (Figure 30).

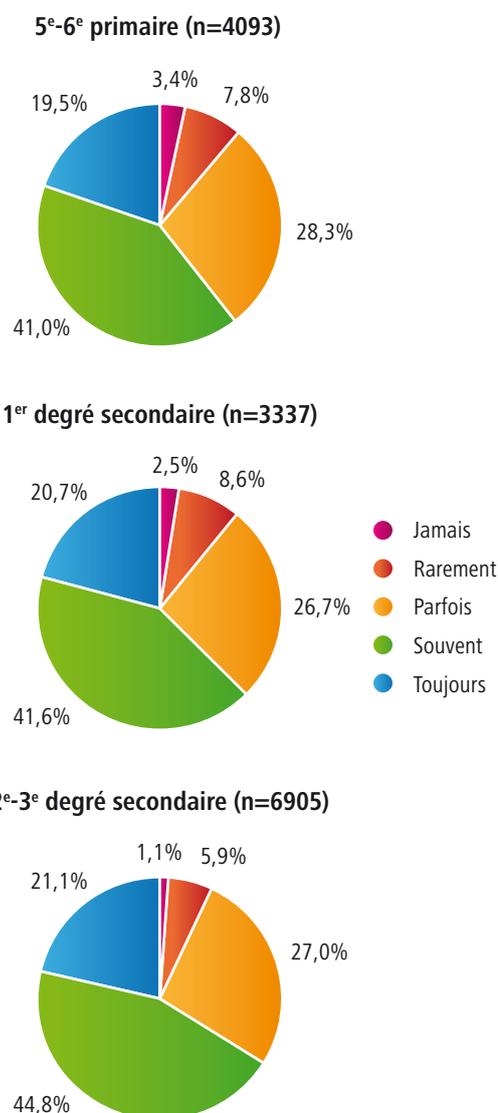
4.4.2. SE SENTIR SOUVENT OU TOUJOURS CAPABLE DE S'EN SORTIR FACE À UN PROBLÈME

Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux (72,2 %) que les filles (55,1 %) à se sentir souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème et ce, quel que soit le niveau scolaire (Figure 31). Chez les garçons, cette proportion était plus élevée en fin de secondaire (4^e-7^e) que dans les niveaux inférieurs. Chez les filles, cette proportion augmentait entre la 5^e primaire et la 1^{re} secondaire, diminuait entre la 1^{re} et la 3^e secondaire, puis augmentait à nouveau à partir de la 4^e secondaire (Figure 31).

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, les élèves scolarisés dans l'enseignement général et technique de transition étaient proportionnellement plus nombreux (67,2 %) à se sentir souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème, que ceux fréquentant l'enseignement technique qualification (64,4 %) ou l'enseignement professionnel (64,6 %).

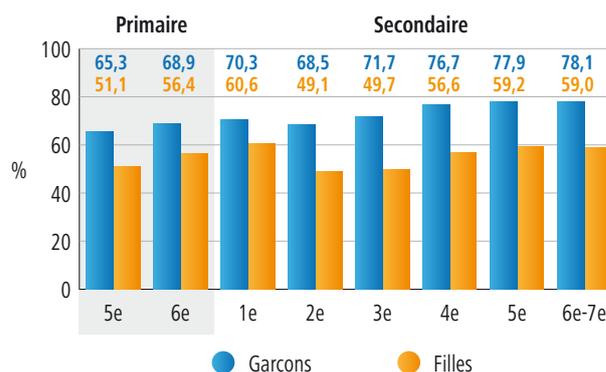
F30

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction de leur capacité de s'en sortir face à un problème.



F31

Proportions d'élèves déclarant se sentir souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=7086 - Filles, n=7249)



4.5. CORPULENCE PERÇUE

La perception qu'avaient les adolescents de leur corpulence a été évaluée à l'aide de la question : «Penses-tu que ton corps est...». Cinq modalités de réponses étaient proposées : «beaucoup trop mince/maigre», «un peu trop mince/maigre», «juste comme il faut», «un peu trop gros» et «beaucoup trop gros». Deux indicateurs dichotomiques ont été créés : un premier identifiait les élèves percevant leur corps comme un peu ou beaucoup trop gros, et un second distinguait les élèves se percevant comme un peu ou beaucoup trop minces des autres. Cette question n'a pas fait l'objet d'étude de validation. Cependant, sa fiabilité a été jugée acceptable [64].

4.5.1. Distribution selon la corpulence perçue

En 2018, 3,8% des élèves se percevaient comme beaucoup trop gros, 29,6% un peu trop gros, 49,5% «juste comme il faut», 14,6% un peu trop minces et 2,5% beaucoup trop minces. Concernant le fait de percevoir sa corpulence «juste comme il faut», une diminution était observée selon le degré d'enseignement (Figure 32). Par ailleurs, les adolescents se percevant un peu trop gros étaient proportionnellement plus nombreux parmi les élèves du secondaire que parmi ceux de 5^e-6^e primaire (Figure 32).

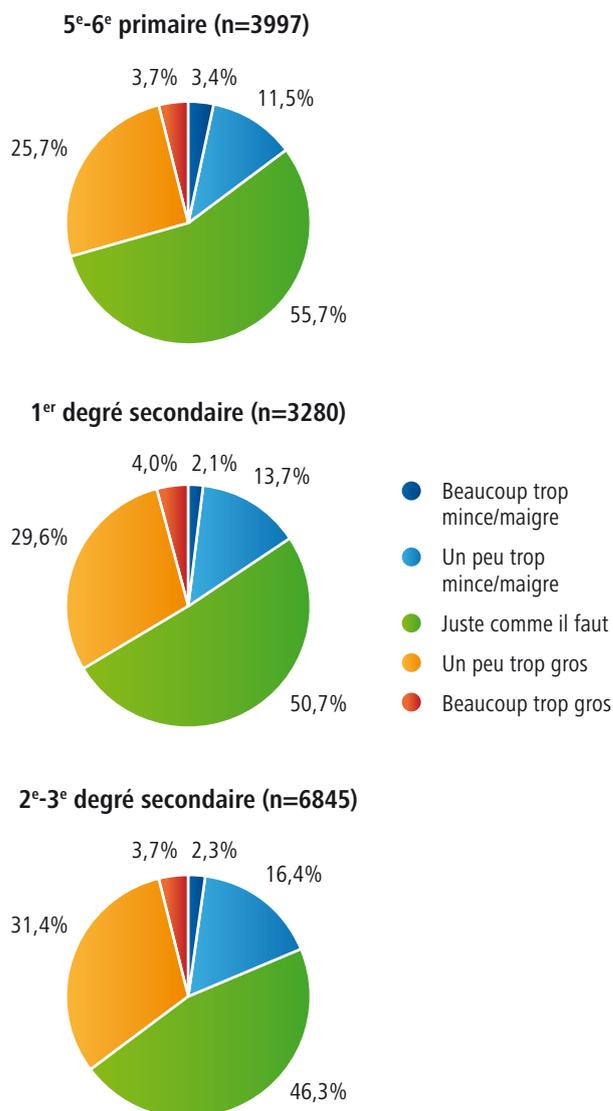
4.5.2. Se percevoir un peu ou beaucoup trop gros

Près d'un tiers des adolescents se percevaient comme étant un peu ou beaucoup trop gros (30,7%). Cette proportion était plus élevée chez les filles (40,4%) que chez les garçons (26,5%). Cette différence entre les genres s'observait dans tous les niveaux scolaires, de façon plus marquée en fin de secondaire (Figure 33). Chez les garçons, cette proportion ne variait pas avec le niveau scolaire, tandis que chez les filles, elle augmentait avec le niveau scolaire pour atteindre près de 50% en 6^e-7^e secondaire (Figure 33).

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, les proportions d'élèves s'estimant un peu ou beaucoup trop gros étaient comparables dans les différentes filières d'enseignement : 33,8% dans l'enseignement général et technique de transition, 36,9% dans l'enseignement technique de qualification, et 36,2% dans l'enseignement professionnel.

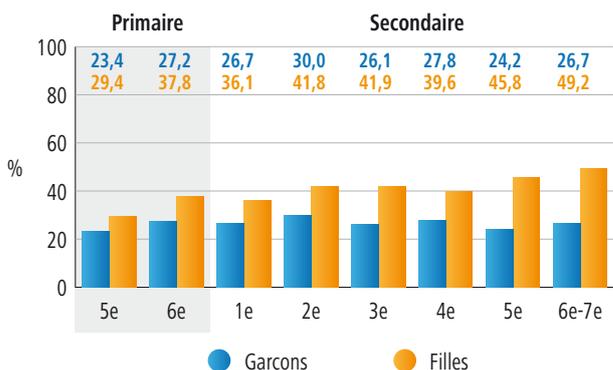
F 32

Distribution des élèves de 5^e-6^e primaire, du 1^{er} degré du secondaire et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction de la corpulence perçue



F 33

Proportions d'élèves se percevant comme un peu ou beaucoup trop gros, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6977 - Filles, n=7145)

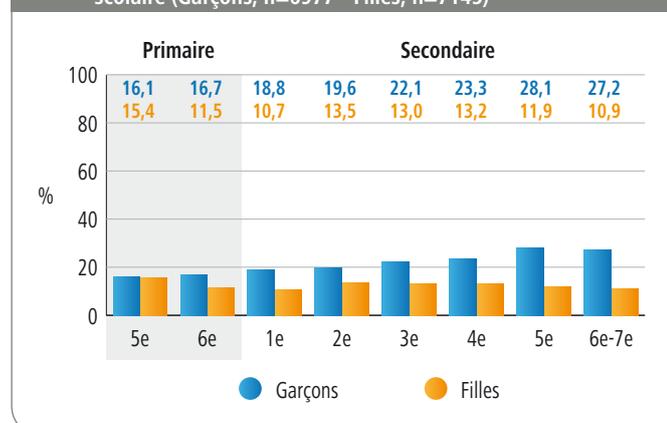


4.5.3. Se percevoir un peu ou beaucoup trop mince

Se percevoir comme un peu ou beaucoup trop mince a été rapporté par 17,1 % des élèves scolarisés en 2018. Globalement, cette proportion était plus élevée chez les garçons (21,5 %) que chez filles (12,5 %). Cette différence entre genres était présente dans tous les niveaux scolaires, sauf en 5^e primaire (Figure 34). Chez les filles, les proportions d'élèves se percevant comme un peu trop minces étaient stables, tandis que chez les garçons, cette proportion augmentait avec le niveau scolaire (Figure 34).

F 34

Proportions d'élèves se percevant comme un peu ou beaucoup trop minces, en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=6977 - Filles, n=7145)



Parmi les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves se percevant comme un peu ou beaucoup trop minces ne variait pas selon les filières d'enseignement : elle était de 18,6 % dans l'enseignement général et technique de transition, 20,5 % dans l'enseignement technique de qualification, et 19,8 % dans l'enseignement professionnel.

4.6. SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

La présence de symptômes dépressifs a été mesurée uniquement chez les élèves de secondaire, à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version de 10 items. L'échelle originale, comprenant 20 items, est couramment utilisée afin de détecter la présence de symptômes dépressifs dans la population générale [65]. La validité et fiabilité de sa version courte a été reconnue comme aussi performante que l'originale [66, 67], notamment auprès de la population adolescente [68, 69].

L'échelle CES-D-10 consiste en 10 affirmations pour chacune desquelles il était demandé aux élèves d'indiquer la fréquence à laquelle ils s'étaient sentis de cette façon au cours de la semaine précédant l'enquête : «rarement ou jamais (moins d'1 jour)», «parfois (1-2 jours)», «occasionnellement (3-4 jours)», «tout le temps (5-7 jours)». Les 10 affirmations sont les suivantes :

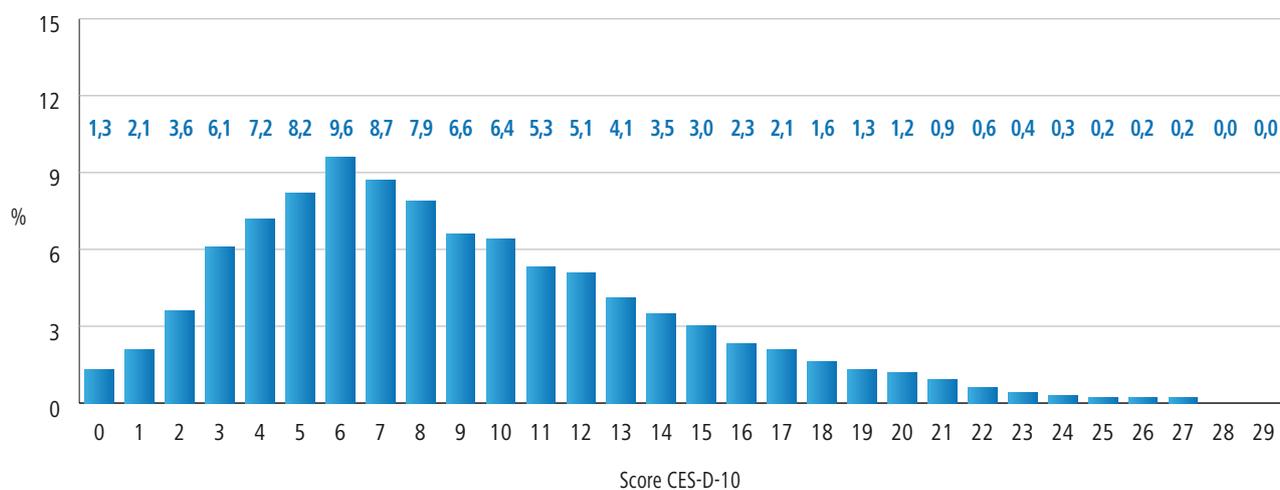
- J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas ;
- J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais ;
- Je me suis senti(e) déprimé(e) ;
- J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort ;
- J'ai été confiant(e) en l'avenir ;
- Je me suis senti(e) craintif(ve) ;
- Mon sommeil n'a pas été bon ;
- J'ai été heureux(se) ;
- Je me suis senti(e) seul(e) ;
- J'ai manqué d'entrain, d'énergie.

Le calcul du score global implique, dans un premier temps, d'attribuer un score aux fréquences rapportées pour chacune des 10 affirmations de l'échelle (rarement ou jamais = 3 ; parfois = 2 ; occasionnellement = 1, tout le temps = 0). Les deux affirmations positives de l'échelle («j'ai été confiant(e) en l'avenir» et «j'ai été heureux(se)») ont quant à elles été codées de manière inverse.

Pour chaque individu, les scores obtenus ont ensuite été sommés. Une somme égale ou supérieure à 10 sur un total maximum de 30, est associée à la présence présumée de symptômes de dépression [68, 70]. L'interprétation du score obtenu doit cependant être nuancée : la comparaison du CES-D-10 à d'autres outils a en effet montré que la pertinence du seuil de 10 variait selon la nationalité, l'âge ou le genre des répondants, et que son utilisation pouvait conduire à une surestimation du pourcentage de personnes présentant des symptômes dépressifs [71, 72]. Ce seuil surestime probablement la part d'adolescents présentant des symptômes dépressifs, et ne constitue nullement un diagnostic clinique de dépression.

F 35

Distribution des élèves selon les scores issus de l'outil de dépistage de symptômes dépressifs CES-D-10 (n=9907)

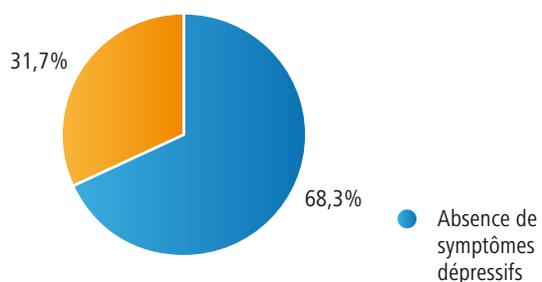
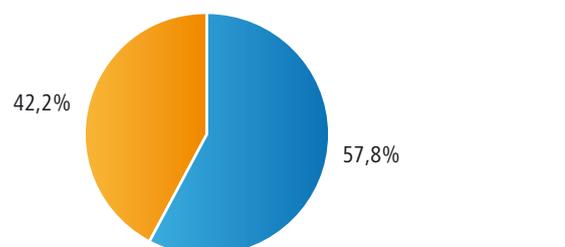


La Figure 35 montre la distribution des élèves selon les sommes obtenues par l'outil CES-D-10. La somme moyenne (erreur standard) était 8,9 (0,05), et la médiane (P25-P75) était 8 (5-12).

4.6.1. Distribution selon la présence de symptômes dépressifs

En 2018, 38,8 % des élèves scolarisés en FWB ont obtenu un score suggérant la présence de symptômes dépressifs. Cette proportion était plus faible parmi les élèves du 1^{er} degré du secondaire que parmi ceux du 2^e-3^e degré du secondaire (Figure 36).

F 36

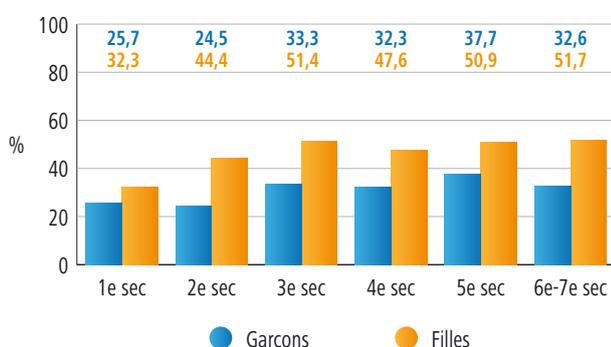
Distribution des élèves du 1^{er} degré et du 2^e-3^e degré du secondaire en fonction de la présence de symptômes dépressifs1^{er} degré secondaire (n=3173)2^e-3^e degré secondaire (n=6734)

4.6.2. Présence de symptômes dépressifs

Les filles étaient proportionnellement plus nombreuses (46,6 %) que les garçons (31,0 %) à obtenir un score supérieur à 10, indiquant la présence de symptômes dépressifs ce, quel que soit le niveau scolaire (Figure 37). Tant parmi les filles que parmi les garçons, la proportion d'élèves présentant des symptômes dépressifs augmentait jusqu'en 3^e secondaire puis se stabilisait dans les niveaux supérieurs (Figure 37).

F 37

Proportion d'élèves présentant des symptômes dépressifs en fonction du genre et du niveau scolaire (Garçons, n=4863 - Filles, n=5044)



Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, les élèves ayant des symptômes dépressifs étaient proportionnellement moins nombreux parmi les élèves scolarisés dans l'enseignement général et technique de transition (40,4 %), que parmi ceux des autres filières. Ils étaient 43,9 % dans l'enseignement technique de qualification et 45,0 % dans l'enseignement professionnel.

À RETENIR

- En 2018, la majorité des élèves (86 %) déclarait un niveau moyen à élevé de satisfaction par rapport à leur vie, et huit adolescents sur dix se sentaient heureux, voire très heureux. En revanche, un élève sur deux déclarait être insatisfait de son image corporelle, se percevant comme étant trop mince ou trop gros.
- Comparés aux filles, les garçons étaient proportionnellement plus nombreux à rapporter un niveau élevé de satisfaction par rapport à leur vie, à se sentir heureux, voire très heureux, à avoir souvent ou toujours confiance en eux, et à être souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème. Ils étaient, en outre, moins nombreux à percevoir leur corps comme étant un peu ou beaucoup trop gros et à rapporter des symptômes dépressifs.
- En secondaire, les élèves fréquentant l'enseignement général et technique de transition étaient plus souvent satisfaits de leur vie et rapportaient plus fréquemment se sentir souvent ou toujours capables de s'en sortir face à un problème, en comparaison des élèves des autres filières. En outre, ils étaient proportionnellement moins nombreux à rapporter des symptômes dépressifs, en comparaison de ceux de l'enseignement technique de qualification ou professionnel.

5. ANALYSE APPROFONDIE

POURQUOI LES SYMPTÔMES MULTIPLES FRÉQUENTS (SMF) SONT-ILS PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES FILLES QUE CHEZ LES GARÇONS ? IDENTIFICATION DE FACTEURS MÉDIATEURS PSYCHOSOCIAUX

5.1. INTRODUCTION

Les symptômes psychosomatiques sont fréquents dans la population générale, notamment chez les adolescents [73]. Par définition, ces symptômes ne sont pas attribués à un diagnostic médical ou psychologique, et sont généralement considérés comme transitoires [74]. Ils sont exprimés de façon subjective, selon deux dimensions qualitativement différentes : les symptômes psychologiques d'une part (nervosité, mauvaise humeur, déprime), et somatiques d'autre part (maux de tête, de dos, vertiges...). Rechercher une distinction entre ces deux dimensions est considéré comme peu pertinent [75], puisque la présence concomitante de symptômes physiques et psychologiques peut être liée à une même cause sous-jacente. Les symptômes psychosomatiques sont de ce fait étudiés comme un ensemble, sans distinction de ces deux dimensions [73, 76].

Étudier la persistance d'un ensemble de symptômes est reconnu comme étant plus pertinent que de les considérer séparément [77]. La présence fréquente de plusieurs symptômes, appelés aussi «Symptômes Multiples Fréquents» (SMF), chez les enfants et adolescents a en effet un impact défavorable sur leur santé actuelle et future [78–81]. Lorsqu'ils sont ressentis fréquemment à l'adolescence, les symptômes psychosomatiques tels que les difficultés pour dormir, l'anxiété, le

sentiment de déprime, ou encore les douleurs, ont tendance à persister au début de la vie adulte [79, 80, 82]. Les SMF ont par ailleurs été reconnus comme des indicateurs importants de la santé mentale chez les adolescents [83], car ils sont associés à des risques plus élevés d'anxiété et de symptômes dépressifs [84, 85]. En outre, les adolescents éprouvant fréquemment des symptômes multiples sont davantage susceptibles de rencontrer des limitations importantes dans leurs activités quotidiennes, ce qui favorise notamment l'absentéisme scolaire [86]. La persistance de ces symptômes peut également engendrer une utilisation fréquente des soins de santé, et mener à des évaluations diagnostiques et à des interventions thérapeutiques inutiles [87].

La prévalence des SMF a tendance à augmenter au cours de l'adolescence, en particulier chez les filles, selon plusieurs études nationales et internationales [83, 88, 89]. Les conclusions de l'enquête HBSC 2018 en Belgique francophone vont également dans ce sens : la prévalence des SMF augmente avec le niveau d'étude et, globalement, plus de la moitié des filles (54,9 %) rapportent des SMF, alors que cette proportion est d'environ un tiers chez les garçons (36,8 %). Cependant, les mécanismes qui sous-tendent ces différences entre genres sont encore peu compris.

D'après une revue méthodologique au sujet de ces disparités de genre [90], la relation entre le genre et les problèmes de santé pourrait être expliquée par un ou plusieurs facteurs médiateurs. D'un point de vue méthodologique, plusieurs critères sont à vérifier afin d'identifier ces facteurs médiateurs : premièrement, le médiateur potentiel doit être lié au genre (c'est-à-dire que les niveaux d'exposition au médiateur sont différents selon le genre) ; ensuite, le médiateur potentiel ainsi que le genre doivent être liés à l'indicateur de santé (en l'occurrence ici, la présence de SMF) ; finalement, l'association entre le genre et l'indicateur de santé sera réduite, voire éliminée, par l'inclusion du facteur modérateur dans le modèle.

Parmi les mécanismes psychosociaux identifiés à ce jour comme pouvant expliquer la présence plus importante de SMF chez les filles, figurent la faible estime de soi, le stress perçu par rapport au travail scolaire, et la crainte de prendre du poids [91, 92]. Le soutien social apporté par la famille et les amis pourrait également jouer un rôle, étant donnée sa relation étroite avec la santé et le bien-être [93]. Un faible

support social, approché via la perception d'avoir la possibilité de parler à quelqu'un sur différents sujets, a en effet été associé à une plus grande prévalence de plaintes psychosomatiques [94].

Dans une perspective de santé publique, les études visant à expliquer pourquoi la répartition des symptômes est distribuée de façon différenciée entre les genres aideraient à identifier des freins et des leviers à considérer dans le cadre de la prévention des SMF, et à contribuer ainsi à la réduction des inégalités de genre en matière de santé [90]. Ainsi, cette étude vise à décrire les disparités de genre dans la prévalence des SMF et à estimer la contribution de différents médiateurs potentiels dans ces disparités, avec l'hypothèse qu'un faible niveau d'estime de soi et de bien-être et un environnement social défavorable peuvent expliquer en partie ces différences.

5.2. MÉTHODES

5.2.1. ÉCHANTILLON D'ÉTUDE

Les données utilisées dans cette analyse sont issues de l'échantillon de 14407 adolescents âgés de 10 à 20 ans inclus dans l'enquête HBSC 2018 en FWB (cf. Section 2.3). Pour cette analyse, seuls les élèves du secondaire âgés de 12 à 19 ans révolus et pour lesquels toutes les données étaient disponibles ont été retenus (n=7230). Ainsi, parmi les élèves éligibles pour l'âge (n=9979), 880 d'entre eux avaient des données manquantes pour la variable relative aux SMF, et 1869 avaient des données manquantes pour au moins une des covariables utilisées.

5.2.2. MESURES UTILISÉES

Plusieurs variables ont été mobilisées pour cette analyse, dont le **genre** en tant que prédicteur, et celle relative aux **symptômes multiples fréquents** (SMF), en tant que variable à expliquer. Les SMF concernent les élèves rapportant au moins deux symptômes plus d'une fois par semaine, parmi les huit proposés (cf. Section 3.2).

Parmi les variables étudiées en tant que **médiateurs potentiels** de l'association entre le genre et les SMF figurent des indicateurs d'estime de soi (confiance en soi, capacité de s'en sortir), de bien-être (satisfaction par rapport à la vie, bonheur, présence de symptômes dépressifs et image corporelle), et d'environnement scolaire et familial (stress lié au travail scolaire, avoir été victime de harcèlement, niveau de support de la famille et des amis).

- La **confiance en soi** a été mesurée par la question : «Généralement, as-tu confiance en toi ?». Les élèves y ayant répondu «toujours» ou «souvent» ont été regroupés.

- La **capacité à s'en sortir** face à une difficulté a été approchée à l'aide de la question : «En général, quand tu as un problème, te sens-tu capable de t'en sortir ?». De même, les catégories «toujours» et «souvent» ont été regroupées.
- Le niveau de **satisfaction des élèves par rapport à leur vie** a été appréhendée à l'aide de l'échelle de Cantril [62]. Il s'agit d'une échelle graduée de 0 à 10, dont la valeur 10 représente «la meilleure vie possible», et la valeur 0, «la pire vie possible». Les élèves ayant choisi une valeur entre 6 et 10 sont considérés comme ayant un niveau de satisfaction moyen à élevé par rapport à leur vie.
- Le sentiment général de **bonheur** des élèves a été mesuré à l'aide de la question : «En général, comment te sens-tu pour le moment ?». Quatre catégories de réponses étaient proposées : «je me sens très heureux/heureuse», «je me sens heureux/heureuse», «je ne me sens pas très heureux/heureuse» et «Je ne me sens pas heureux/heureuse du tout». Les deux premières catégories d'une part et les deux dernières d'autre part ont été regroupées pour les analyses présentées ici.
- La présence de **symptômes dépressifs** a été identifiée à l'aide de l'échelle «*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*» (CES-D-10) dans sa version comprenant 10 affirmations (voir liste détaillée section 4.6) [26, 27]. Selon la fréquence à laquelle l'élève s'est senti de la façon décrite dans chacune des affirmations au cours de la semaine précédant l'enquête, des points ont été attribués puis sommés (voir section 4.6). Ce score total, lorsqu'il est égal ou supérieur à 10 (sur un maximum de 30 possible), renvoie aux adolescents présentant des symptômes de dépression [68, 70].
- La **corpulence perçue** a été évaluée à l'aide de la question : «Penses-tu que ton corps est...». Les deux premières catégories de réponse («beaucoup trop mince/maigre» et «un peu trop mince/maigre») ont été regroupées d'une part, et les deux dernières catégories («un peu trop gros» et «beaucoup trop gros»), d'autre part.
- Le **stress lié au travail scolaire** a été mesuré à l'aide de la question «Jusqu'à quel point te sens-tu stressé(e) par le travail scolaire ?». Les quatre propositions de réponse ont été regroupées en deux catégories : «pas du tout/un peu», et «assez/beaucoup».
- Le **harcèlement subi à l'école** a été étudié à l'aide d'une question issue de l'outil «*Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*» [95] : «Combien de fois as-tu été harcelé(e) par un autre élève à l'école durant les deux derniers mois ?». Les élèves déclarant avoir été harcelés au moins deux fois par mois sur cette période sont considérés comme ayant été victimes de harcèlement.

- Le **support de la famille** ainsi que le **support des amis** ont été étudiés à l'aide de l'outil «*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS)» [96]. Différentes affirmations relatives à la famille («Ma famille essaie vraiment de m'aider»; «Je trouve le réconfort et le soutien dont j'ai besoin auprès de ma famille»; «Je peux parler de mes problèmes avec ma famille»; et «Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions») et aux relations avec les amis («Mes amis essaient vraiment de m'aider»; «Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal»; «J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines»; et «Je peux parler de mes problèmes avec mes amis») ont été proposées. Les modalités de réponses allaient de «pas du tout d'accord» à «tout à fait d'accord»; un score de 1 à 7 a été attribué sur base des réponses à chaque affirmation. Pour chaque élève, la moyenne des scores des quatre affirmations a été calculée et catégorisée sur base des recommandations de Zimet [97]: un score total moyen inférieur à 3 renvoie à un faible support; un score de 3 à 5, à un support moyen; et un score supérieur à 5, à un support élevé.

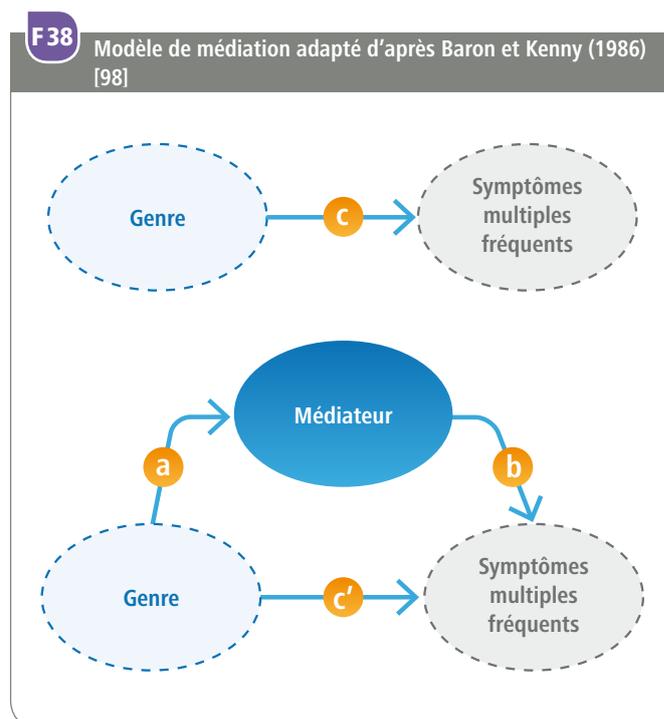
Les analyses ont été ajustées en fonction de facteurs socio-démographiques, tels que l'âge, la structure familiale, le niveau d'aisance familiale (FAS) et la perception de l'aisance financière familiale. La **structure familiale** a été déterminée en demandant aux élèves d'indiquer les adultes avec lesquels ils vivent à la maison (ou le plus souvent en cas de garde partagée). Elle comporte trois catégories: (1) les élèves vivant avec leurs deux parents, (2) ceux dans une famille recomposée, ou (3) ceux dans une famille monoparentale. Le **niveau d'aisance familiale** (*Family Affluence Scale*), en trois catégories (élevé, moyen ou faible), permet d'approcher le statut socioéconomique de la famille de l'élève, à travers ses ressources matérielles (voiture, chambre à soi, ordinateur et tablette, salle de bains, lave-vaisselle, et vacances à l'étranger) [98, 99]. Enfin, la **perception de l'aisance financière familiale** est une mesure subjective du statut socioéconomique, reconnue comme un indicateur sensible de l'état de santé des adolescents [100]. Cet indicateur comporte trois catégories: «très à l'aise/à l'aise», «moyennement à l'aise», et «pas très à l'aise/pas à l'aise du tout».

5.2.3. ANALYSES STATISTIQUES

Dans un premier temps, l'échantillon a été décrit pour les caractéristiques sociodémographiques et les médiateurs potentiels étudiés, de manière séparée selon le genre. Des tests du Chi-2 ont été utilisés pour identifier les caractéristiques distribuées différemment selon le genre. Les élèves inclus dans les analyses ont également été comparés aux élèves exclus, avec des tests du Chi-2 (Annexe 1).

Les analyses de médiation ont suivi les différentes étapes suggérées par Baron et Kenny [101] et sont résumées dans la Figure 38. Dans un premier temps, elles visent à estimer

l'association entre le genre et la présence de SMF (c). L'étape suivante consiste à estimer dans quelle mesure l'association entre le prédicteur (genre) et la variable à expliquer (présence de SMF) est réduite voire annulée, lorsque le médiateur potentiel (caractéristique psychosociale) est inclus dans le modèle (a, b, et c'). Pour ce faire, des régressions logistiques multiples ont été utilisées et les mesures d'association obtenues ont été rapportées sous forme d'Odds Ratio (OR) accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %).



Le pourcentage de l'effet médié est défini comme le rapport entre l'effet dû au médiateur et l'effet total, et a été calculé selon la formule suivante [102]:

$$\text{Effet médié (\%)} = 1 - \frac{\ln(OR_{c'})}{\ln(OR_c)}$$

L'existence d'un effet médiateur a été considérée lorsque la mesure d'association obtenue suite à l'inclusion d'un médiateur potentiel dans le modèle diminuait d'au moins 10 % (effet médié). Lorsque cet effet était inférieur à 10 %, les résultats d'analyse de médiation pour le médiateur correspondant ne sont pas présentés. La syntaxe «paramed» [103] (Stata® V.14) a été utilisée pour obtenir des coefficients normalisés permettant de comparer les mesures d'association obtenues avant et après ajustement pour les différents médiateurs. Par ailleurs, l'absence d'interaction entre le genre et l'âge a été vérifiée.

Toutes les analyses ont été réalisées en tenant compte des variables sociodémographiques ayant potentiellement un effet de confusion (FAS, perception de la situation financière familiale, structure familiale et âge). L'adéquation des

modèles de régression aux données a été vérifiée à l'aide du test de Hosmer & Lemeshow, et l'absence de colinéarité entre les prédicteurs, à l'aide du calcul du facteur d'inflation de variance. Toutes les analyses ont été effectuées sur le logiciel Stata® V.14 en considérant la valeur de 5 % comme seuil de significativité statistique. Le plan de sondage et les pondérations n'ont pas été pris en compte, cette étude ayant une visée explicative et non descriptive.

5.3. RÉSULTATS

L'échantillon d'étude était composé pour moitié de filles (Tableau 3). Elles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à déclarer plus de deux symptômes plus d'une fois par semaine (58,5 % vs 37,6 %), et à se situer dans les catégories les moins favorables pour la plupart des médiateurs étudiés (Tableau 3). Néanmoins, les filles étaient

moins nombreuses que les garçons à se trouver un peu ou beaucoup trop minces, et à rapporter un faible soutien de leurs amis (Tableau 3). Les indicateurs démographiques et socioéconomiques (âge, niveau d'aisance familiale, perception de la situation financière familiale et structure familiale) ne différaient pas selon le genre (Tableau 3).

Le Tableau 4 présente les mesures d'association entre le genre et la présence de SMF issues des différents modèles de régression logistique, pour identifier les médiateurs potentiels de cette relation grâce aux mesures d'effet et aux pourcentages médiés. La comparaison entre la mesure d'association issue du modèle de régression initial, avec celles obtenues en incluant chaque médiateur potentiel, montre que la satisfaction de la vie, la corpulence perçue, le fait d'être victime de harcèlement et le support de la famille et des amis n'étaient pas des médiateurs de la relation entre le genre et la présence de SMF (Tableau 4). La confiance en soi, la capacité à s'en sortir, le bonheur perçu, la présence de symptômes dépressifs et le stress scolaire peuvent, en revanche, être considérés comme des médiateurs dans la relation entre genre et SMF (diminution des OR respectifs de plus de 10 %).

T3 Description de l'échantillon des élèves inclus dans l'analyse (n= 7230)

	Garçons % (n=3 409)	Filles % (n=3 821)	p-valeur		Garçons % (n=3 409)	Filles % (n=3 821)	p-valeur
Symptômes multiples fréquents			<0,001	Support des amis			<0,001
≥ 2 symptômes	37,6	58,5		Faible	9,0	7,5	
Estime de soi				Modéré	24,7	19,7	
Confiance en soi			<0,001	Élevé	66,3	72,8	
Jamais/rarement/parfois	33,9	65,4		Caractéristiques socio-démographiques			
Capacité à s'en sortir			<0,001	Âge			0,40
Jamais/rarement/parfois	25,1	44,1		12-13 ans	20,7	20,9	
Bien-être				14-15 ans	29,4	29,1	
Satisfaction par rapport à la vie			<0,001	16-17 ans	33,2	34,5	
Faible	10,1	17,4		18-19 ans	16,8	15,5	
Bonheur			<0,001	Niveau d'aisance matérielle			0,23
Pas très/pas heureux du tout	16,1	27,2		Élevé	21,6	20,5	
Symptômes dépressifs			<0,001	Moyen	60,8	60,5	
Présence (score ≥ 10)	29,4	47,5		Faible	17,6	19,0	
Corpulence perçue			<0,001	Perception financière			0,07
Un peu/beaucoup trop mince	23,0	12,0		Très à l'aise/à l'aise	62,9	60,4	
Juste comme il faut	48,7	44,9		Moyennement à l'aise	28,6	29,9	
Un peu/beaucoup trop gros	28,3	43,1		Pas très/pas du tout à l'aise	8,5	9,7	
Environnement				Structure familiale			0,84
Stress scolaire			<0,001	Deux parents	60,6	60,4	
Assez/beaucoup	32,9	55,2		Recomposée	15,2	15,7	
Victime de harcèlement			0,01	Monoparentale	24,2	23,9	
Oui	3,9	5,2					
Support de la famille			<0,001				
Faible	6,8	9,5					
Modéré	22,2	22,9					
Élevé	71,0	67,6					

Si nous prenons comme exemple l'étude de l'effet médiateur de la confiance en soi, les étapes suivies ont été les suivantes :

1. L'OR de **l'effet total** de la relation genre-SMF était estimé à 2,38 [2,16-2,62] (Tableau 4) ;
2. Cet OR a été comparé à celui obtenu après l'ajout de la variable «confiance en soi» dans le modèle de régression : OR ajusté = 1,86 [1,68-2,06]. Ainsi, l'OR diminuait de 28,0 % lors de cet ajout, ce qui indique que la confiance en soi peut être considérée comme médiatrice de la relation entre le genre et les SMF (diminution supérieure à 10 %) ;
3. L'étape suivante a consisté à obtenir les OR correspondant aux **coefficients normalisés** (effet total marginal (C) et effet contrôlé pour le médiateur (C')), pour comparer les mesures d'association obtenues avant et après ajustement pour la variable confiance en soi ;
4. Ces deux valeurs (C et C') ont ensuite permis de calculer le **pourcentage de l'effet médié** :

$$\text{Effet médié (\%)} = 1 - \frac{\ln(1.84)}{\ln(2.42)}$$

Ce pourcentage est ici estimé à 31,0 %. Plusieurs indicateurs, appartenant à différents domaines liés à la santé psychosociale, jouaient ainsi le rôle de médiateur dans la relation entre le genre et la présence de SMF (Tableau 4).

- Les indicateurs relatifs à **l'estime de soi** (confiance en soi et capacité à s'en sortir) expliquaient respectivement 31,0% et 18,8% de l'excès de prévalence des SMF chez les filles.
- Parmi les indicateurs du **bien-être**, seuls ceux relatifs au bonheur perçu et à la présence de symptômes dépressifs ont été identifiés comme médiateurs, avec respectivement 26,2% et 35,0% comme pourcentages de l'effet médié.
- Parmi les **facteurs environnementaux**, seul le stress lié au travail scolaire a été identifié comme médiateur de la relation entre le genre et la présence de SMF (avec 19,5% de l'effet médié).

T4

Association entre le genre et la présence de symptômes multiples fréquents : régressions logistiques ajustées et analyses de médiation¹ (n=7230)

		OR ajustés	Effet total marginal ³ (C)	Effet contrôlé pour le médiateur ⁴ (C')	Effet indirect	% de l'effet médié
		[IC 95 %] ²	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	
Effet total						
Genre	Garçons	1				
	Filles	2,38 [2,16-2,62]				
Odds ratios ajustés pour chaque médiateur potentiel (réf. = garçons)						
Estime de soi						
	Confiance en soi	1,86 [1,68-2,06]	2,42 [2,18-2,68]	1,84 [1,66-2,04]	1,31 [1,25-1,37]	31,0
	Capacité à s'en sortir	2,10 [1,90-2,32]	2,48 [2,24-2,74]	2,09 [1,91-2,33]	1,19 [1,15-1,22]	18,8
Bien-être						
	Satisfaction par rapport à la vie	2,25 [2,04-2,49]				
	Bonheur perçu	2,16 [1,95-2,39]	2,82 [2,54-3,20]	2,15 [1,96-2,41]	1,31 [1,25-1,38]	26,2
	Présence de symptômes dépressifs (score ≥ 10)	1,92 [1,72-2,13]	2,73 [2,45-3,05]	1,92 [1,72-2,13]	1,43 [1,36-1,50]	35,0
	Corpulence perçue	2,31 [2,10-2,56]				
Facteurs environnementaux						
	Stress scolaire perçu	2,05 [1,86-2,27]	2,44 [2,23-2,72]	2,05 [1,86-2,29]	1,19 [1,16-1,23]	19,5
	Victime de harcèlement	2,38 [2,16-2,62]				
	Support de la famille	2,38 [2,15-2,62]				
	Support des amis	2,47 [2,24-2,72]				

1 Les résultats d'analyse de médiation ne sont pas présentés si l'ajout du médiateur dans le modèle n'a pas entraîné une modification de l'OR de plus de 10 %.

2 Ajustement pour l'âge, la structure familiale, le niveau d'aisance matérielle et la perception de la situation financière.

3 Effet total marginal (C) = OR correspondant au coefficient normalisé = effet indirect * effet contrôlé pour le médiateur (C').

4 L'effet contrôlé pour le médiateur (C') correspond à l'effet direct du genre sur les SMF tout en contrôlant pour le médiateur. Dans le cas d'une relation complètement médiée, cet effet serait non significatif [101].

5.4. DISCUSSION

Dans cette partie de la brochure consacrée à l'état de santé et au bien-être des adolescents, nous avons étudié l'effet médiateur éventuel d'indicateurs d'estime de soi, de bien-être et d'environnement social, pouvant expliquer, du moins en partie, l'excès de prévalence des SMF chez les filles par rapport aux garçons (58,5 % vs 37,6 %). Cette analyse montre en effet que les filles étaient plus susceptibles que les garçons de rapporter des SMF, mais aussi une moins bonne estime d'elles-mêmes, un moindre bien-être, ainsi qu'un environnement social globalement moins favorable, ce qui contribue à expliquer l'excès de SMF. En effet, les analyses de médiation ont identifié que la confiance en soi, la capacité de s'en sortir face à un problème, le sentiment de bonheur, la présence de symptômes dépressifs, et le stress lié au travail scolaire, pouvaient être considérés comme des facteurs médiateurs dans la relation genre-SMF, et expliquer ainsi le surplus de SMF chez les filles.

LES FILLES SONT PLUS SUSCEPTIBLES DE RAPPORTER DES SYMPTÔMES MULTIPLES FRÉQUENTS (SMF) QUE LES GARÇONS

Les différences de prévalence de SMF entre filles et garçons identifiées dans cette analyse ont également été documentées ailleurs qu'en Belgique, à travers l'étude HBSC, dans plus de 30 pays situés pour la plupart en Europe [5]. Plusieurs facteurs (biologiques, psychologiques, environnementaux...) sont à considérer pour expliquer ces différences [104, 105]. Parmi les facteurs biologiques, le cycle menstruel est souvent tenu responsable d'une série de plaintes somatiques. Ces plaintes seraient expliquées en partie par la plus grande attention au corps chez les femmes et une plus grande sensibilité aux sensations corporelles [104]. Le début du cycle, par ailleurs, peut être un déclencheur de processus psychologiques qui peuvent exacerber cette sensibilité [104].

En dehors des facteurs biologiques liés à la puberté, l'écart de prévalence des SMF entre filles et garçons résiderait en partie dans le fait que, durant la période adolescente, les garçons seraient moins susceptibles que les filles de signaler des symptômes de maladie, en raison de l'impact négatif potentiel sur leur propre perception et celle des autres, de leur masculinité [106, 107]. En revanche, les stéréotypes féminins dominants suggèrent qu'il serait plus aisé pour les filles de signaler une maladie et de demander de l'aide [107].

Cette hypothèse peut toutefois être nuancée à partir des résultats d'une étude qualitative de vingt-cinq groupes de discussion non mixtes, conduite chez des adolescents écossais âgés de 10, 13 et 15 ans [108]. Dans cette étude, tant les filles que les garçons se considéraient «sous pression» pour réagir aux symptômes de façon stoïque et contrôlée, et avaient de ce fait tendance à se censurer, même si les filles avaient moins

le sentiment que leur identité tout entière serait remise en question dans le cas contraire. D'autre part, les filles comme les garçons se percevaient comme étant susceptibles de subir des conséquences négatives s'ils déclaraient avoir des symptômes physiques ou, surtout, psychologiques, ces derniers étant parfois déguisés en symptômes «physiques», plus acceptables et moins stigmatisants [108]. Enfin, les garçons se sentaient plus à même de déclarer avoir des symptômes lorsqu'ils ne devaient pas se soucier des réactions de leurs pairs.

Dans le cas présent, le fait de répondre à un questionnaire où l'anonymat était garanti a probablement permis de réduire ce biais. Il est également possible que les prévalences de SMF plus élevées chez les filles révèlent qu'elles y soient réellement plus sujettes que les garçons, en raison, notamment, de leurs réactions psychologiques aux changements corporels liés à la puberté, et aux transitions des rôles sociaux et spécifiques au sexe plus difficiles chez les filles que chez les garçons [109].

MÉDIATEURS POTENTIELS DE L'ASSOCIATION ENTRE LE GENRE ET LA PRÉSENCE DE SMF

L'estime de soi a été approchée dans cette étude à travers la confiance en soi et la capacité de s'en sortir face à un problème. Elle constitue une ressource psychologique importante, définie par Rosenberg comme étant «l'attitude globale positive ou négative envers soi-même» [110]. L'estime de soi est considérée comme un facteur de protection pour la santé physique, et a été identifiée comme un facteur crucial dans la prévention du stress et des problèmes de santé mentale comme la dépression [111–113]. Les niveaux plus faibles d'estime de soi observés chez les filles peuvent être associés aux changements physiques de la puberté [114]. Une autre hypothèse met l'accent sur les différences entre genres dans les processus de socialisation, comme par exemple, les attentes plus grandes de la part des parents envers leurs filles en termes d'adaptation, de diligence et de bon comportement, que vis-à-vis de leurs fils [115]. Ces attentes plus élevées peuvent empêcher les filles de se sentir inconfortablement aimées et valorisées, alors que ce sont des déterminants majeurs de l'estime de soi. Le rôle médiateur de l'estime de soi dans l'excès de prévalence des SMF chez les filles a également été rapporté par plusieurs études menées auprès d'adolescents européens [91, 92]. Cependant, la comparaison des prévalences et du pourcentage de l'effet médié par l'estime de soi entre nos résultats et ceux rapportés par ces études est limitée : d'une part, parce que les symptômes y ont été étudiés séparément, et d'autre part, parce que des outils différents ont été utilisés pour la mesure de l'estime de soi.

Parmi les indicateurs de **bien-être**, le bonheur perçu et la présence de symptômes dépressifs ont été identifiés comme pouvant expliquer une partie de l'excès de prévalence de SMF chez les filles. De nombreuses études chez les adultes ont montré que la présence de plaintes psychosomatiques était

significativement associée à la présence de symptômes de dépression [116]. Chez les adolescents, la présence de SMF a été associée à un moindre bien-être (caractérisé par des niveaux plus élevés de difficultés émotionnelles, d'anxiété et de dépression) [83, 85, 117]. Une des hypothèses pour lesquelles la dépression peut être considérée comme un facteur de risque de persistance des SMF est que les adolescents déprimés seraient plus dérangés par leurs symptômes et plus concentrés sur eux-mêmes, ce qui pourrait rendre la disparition des SMF plus difficile [77].

Par ailleurs, plusieurs études épidémiologiques ont rapporté une prévalence de **dépression** plus élevée chez les filles que chez les garçons, notamment après la puberté [118]. Bien que les raisons de cette différence ne soient pas complètement comprises, une hypothèse avancée est que la dépression chez les filles serait liée aux changements hormonaux à la puberté. Ces changements hormonaux féminins se traduisent, entre autres, par des concentrations élevées de récepteurs stéroïdiens sexuels, qui auraient pour effet d'accroître leur sensibilité aux facteurs de stress interpersonnel [118, 119]. D'autre part, les filles peuvent être plus à risque de développer des troubles comme la dépression et certains troubles anxieux à l'adolescence, en raison de styles d'adaptation plus «intériorisants» ou «ruminatifs» que les garçons, qui ont tendance à adopter des comportements plus «extériorisants» [119]. Les résultats de l'analyse de médiation concernant la présence de symptômes dépressifs doivent néanmoins être interprétés avec prudence car l'indicateur utilisé ne constitue pas un diagnostic de dépression. Par ailleurs, il est important de rappeler que les relations entre les symptômes physiques et les troubles psychologiques sont complexes. Ces relations peuvent en effet être bidirectionnelles et synergiques (additives). En d'autres mots, les symptômes peuvent être à la fois la cause et la conséquence d'un faible bien-être, et se surajouter à un mal-être préexistant.

Contrairement à notre hypothèse initiale, la **perception corporelle** n'a pas été identifiée comme médiatrice dans les modèles analysés ici et ne permet donc pas d'expliquer les différences de prévalence de SMF entre filles et garçons. Ce résultat n'implique pas pour autant que la perception corporelle ne joue aucun rôle dans la survenue des SMF. D'une part, il est possible qu'elle intervienne de manière égale chez les filles et les garçons. D'autre part, ce résultat peut être aussi lié à la complexité des relations existant entre les différents médiateurs étudiés et leur interdépendance, difficiles à mettre en évidence uniquement via des analyses de médiation prenant en compte un médiateur potentiel à la fois. Des analyses longitudinales auprès d'adolescents norvégiens ont indiqué par exemple, que l'estime de soi jouerait un rôle médiateur dans la relation entre l'insatisfaction corporelle et les symptômes psychosomatiques [92].

Les exigences croissantes à mesure que les adolescents avancent vers plus d'autonomie et de responsabilités, la pression scolaire et la peur de l'échec, peuvent entraîner un stress chez les jeunes qui, à son tour, entraîne des réactions

émotionnelles et physiologiques qui auraient un effet sur le développement de SMF [81]. Dans notre étude, le **stress lié au travail scolaire** contribuait à expliquer une prévalence de SMF plus élevée chez les filles que chez les garçons. Ces résultats sont concordants avec ceux issus d'une étude de cohorte menée auprès d'un échantillon de plus de 8300 adolescents suédois [120]. Dans cette étude, les filles étaient plus vulnérables que les garçons à la pression scolaire, elle-même associée à une prévalence des symptômes psychosomatiques plus élevée. Le rôle médiateur du stress scolaire a également été rapporté dans d'autres analyses longitudinales portant sur des adolescents norvégiens [92, 121].

Le **soutien des parents** semble être un atout important pendant l'adolescence pour le bien-être émotionnel et la santé [122]. Notre étude a montré que le niveau de support familial était associé au genre féminin et à la prévalence des SMF. Ce résultat est cohérent avec ceux d'autres études ayant analysé, chez des adolescents suédois, la contribution du support familial dans les problèmes de santé psychosomatique, surtout chez les filles les plus jeunes [123, 124]. Le support familial n'a cependant pas été identifié comme médiateur potentiel pouvant expliquer en partie l'excès de prévalence des SMF chez les filles en FWB. Ce résultat concorde avec ceux issus d'une étude suédoise sur l'association des relations sociales des adolescents avec leurs parents et leurs pairs avec la présence de symptômes psychosomatiques. [125]. Dans cette étude, si les filles rapportaient davantage de plaintes psychologiques et psychosomatiques que les garçons, cette différence n'était pas expliquée par le support de leurs parents.

FORCES ET LIMITES

Une des forces de cette étude est l'apport d'informations basées sur un échantillon aléatoire, de grande taille, et visant à fournir des estimations représentatives des adolescents scolarisés en FWB en 2018. Cette étude inclut un nombre important de variables couvrant une multitude de facteurs liés à la santé des adolescents et mesurés de manière standardisée. La plupart des indicateurs ont été récoltés grâce à des outils fiables et validés, ou ayant du moins fait l'objet d'études appuyant leur validité.

Certaines limites de cette étude méritent cependant d'être soulignées. Les modèles utilisés ont permis d'obtenir des coefficients normalisés et d'ainsi pouvoir comparer les mesures d'association obtenues. Contrairement à d'autres méthodes d'analyse de médiation, ce modèle ne permettait pas de considérer plusieurs médiateurs à la fois, alors qu'ils ne sont pas totalement indépendants les uns des autres. Avoir la possibilité d'inclure plusieurs médiateurs dans les modèles de médiation en ayant recours à des modèles plus complexes, par des équations structurelles (SEM) par exemple, permettra d'analyser de manière plus approfondie leur contribution respective dans l'excès de prévalence de SMF chez les filles. En outre, le schéma transversal de cette étude ne permet

pas de conclure à des relations causales entre les différentes variables, ni de prendre en compte la temporalité associée à ce type de lien. Des études de cohorte longitudinales seraient dès lors utiles pour approfondir ces hypothèses à condition de pouvoir identifier les moments où les événements respectifs surviennent. Par ailleurs, les données auto-rapportées sont sujettes aux biais de désirabilité sociale et de mémoire. Le biais de désirabilité sociale a pu toutefois être en partie évité par le mode de passation de l'enquête, garantissant l'anonymat des répondants.

De plus, des élèves étaient absents le jour de la collecte des données. Il est probable qu'une partie l'était pour des raisons de santé, les symptômes psychosomatiques étant la raison la plus souvent invoquée pour expliquer l'absence à l'école [126]. Cependant, les mésestimations liées à ces absences devraient être minimales, puisque l'effectif d'élèves absents était très faible dans notre échantillon (n=306), tandis que le phénomène étudié (SMF) était fréquent. Enfin, l'échantillon sur lequel porte cette étude a été restreint aux élèves n'ayant pas de données manquantes pour les variables utilisées. La comparaison avec les élèves non inclus dans les analyses a montré que la proportion d'élèves présentant des SMF était comparable entre les élèves inclus et non inclus dans les analyses (48,6 % vs 47,4 %) (Annexe 1). Des différences significatives ont cependant été relevées pour d'autres variables. Les élèves non inclus étaient proportionnellement moins nombreux à être des filles (43,7 % vs 52,9 %), et étaient plus nombreux à avoir souvent ou toujours confiance en eux (54,2% vs 49,5%) (Annexe 1). En outre, les élèves non inclus rapportaient moins souvent être stressés par le travail scolaire (39,4 % vs 44,7 %), étaient plus souvent victimes de harcèlement (6,4 % vs 4,6 %) et étaient aussi plus nombreux à rapporter un faible soutien de leur famille (12,0 % vs 8,2 %) et de leurs amis (12,6 % vs 8,2 %). Enfin, les élèves non inclus étaient proportionnellement plus jeunes que les élèves inclus et rapportaient un niveau d'aisance matérielle moins favorable (Annexe 1). Ces différences ont pu introduire un biais de sélection et ainsi influencer en partie les résultats obtenus, en surestimant l'effet médiateur du stress scolaire sur les SMF, par exemple.

5.5. CONCLUSION

Cette étude a permis d'identifier des facteurs de bien-être, d'estime de soi et environnementaux pouvant expliquer, du moins en partie, l'excès de prévalence de SMF chez les adolescentes. Ces résultats illustrent la diversité et la complexité des facteurs pouvant influencer la santé, qui, selon la définition de l'OMS, résulte de la combinaison de facteurs physiques, mentaux et sociaux [1].

Les attentes de la part des parents ainsi que de la société à l'égard des garçons et des filles diffèrent ; elles sont influencées par les normes culturelles et la classe sociale à laquelle les adolescents appartiennent [127]. Les résultats de cette étude montrent la nécessité de prendre des mesures pour accroître l'estime de soi et réduire le stress lié au travail scolaire chez les adolescentes, afin de contribuer à réduire les disparités de santé entre filles et garçons. Par ailleurs, la société, à travers l'influence des médias entre autres, a un rôle à jouer dans la réduction de ces disparités. Son influence s'ajoute en effet à celle des pairs et de la famille dans le façonnement des normes et des attitudes spécifiques au genre, qui régissent les comportements perçus comme «acceptables» de la part des filles et des garçons - comment ils devraient agir, penser ou se sentir par exemple [128]. Enfin, le personnel des écoles, les parents et les acteurs en promotion de la santé sont des acteurs importants à mobiliser afin d'éviter un climat scolaire caractérisé par la concurrence et la comparaison sociale, et d'aider ainsi les adolescentes à se fixer des objectifs réalistes pour réduire le stress lié au travail scolaire et améliorer leur confiance en leurs propres capacités et compétences.

6. RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1946. <http://origin.who.int/about/mission/fr/>
2. Wold B, Samdal O. An Ecological perspective on health promotion systems, settings and social processes. 2012. <https://bentham-books.com/book/9781608053414/>
3. Patton G, Sawyer S, Santelli J, Ross D, Afifi R, Allen N, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387:2423–78.
4. Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:364–72.
5. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-international-reports/growing-up-unequal-hbsc-2016-study-20132014-survey>
6. Vie TL, Hufthammer KO, Meland E, Bredablik HJ. Self-rated health (SRH) in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. *SSM Popul Health*. 2019;7:100364.
7. Abarca-Gómez L, Abdeen Z, Hamid ZA, Abu-Rmeileh N, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. 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*. 2017;390:2627–42.
8. Kumar S, Kelly A. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clin Proc*. 2017;92:251–65.
9. Reilly J, Methven E, McDowell Z, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar C. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*. 2003;88:748–52.
10. Reilly J, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2011;35:891–8.
11. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016;17:95–107.
12. Lusky A, Barell V, Lubin F, Kaplan G, Layani V, Shohat Z, et al. Relationship between morbidity and extreme values of body mass index in adolescents. *Int J Epidemiol*. 1996;25:829–34.
13. Bulik C, Allison D. The genetic epidemiology of thinness. *Obes Rev*. 2001;2:107–15.
14. Ferrar K, Olds T. Thin adolescents: Who are they? What do they do? Socio-demographic and use-of-time characteristics. *Prev Med*. 2010;51:253–8.
15. Marques-Vidal P, Ferreira R, Oliveira JM, Paccaud F. Is thinness more prevalent than obesity in Portuguese adolescents? *Clin Nutr*. 2008;27:531–6.
16. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Childh*. 1969;44:291–303.
17. Cesario S, Hughes L. Precocious puberty: a comprehensive review of literature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36:263–74.
18. Kaplowitz P, Bloch C. Evaluation and referral of children with signs of early puberty. *Pediatrics*. 2016;137:e20153732.
19. Sultan C, Gaspari L, Maimoun L, Kalfa N, Paris F. Disorders of puberty. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;48:62–89.
20. Walvoord EC. The timing of puberty: is it changing? Does it matter? *J Adolesc Health*. 2010;47:433–9.
21. Li W, Liu Q, Deng X, Chen Y, Liu S, Story M. Association between obesity and puberty timing: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2017.
22. Lakshman R, Forouhi N, Luben R, Bingham S, Khaw K, Wareham N. Association between age at menarche and risk of diabetes in adults: results from the EPIC-Norfolk cohort study. *Diabetologia*. 2008;51:781–6.
23. Ritte R, Lukanova A, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Mesrine S, et al. Height, age at menarche and risk of hormone receptor-positive and -negative breast cancer: a cohort study. *Int J Cancer*. 2013;132:2619–29.
24. Kim EY, Lee MI. Psychosocial aspects in girls with idiopathic precocious puberty. *Psychiatry Investig*. 2012;9:25–8.

25. Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rantanen P, Rimpelä M. Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Soc Sci Med*. 2003;57:1055–64.
26. Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editors. *Well-Being: Foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Fondation; 2003.
27. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984;95.
28. Myers D, Diener E. Who is happy? *Psychol Sci*. 1995;6:10–9.
29. Diener E, Chan M. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Appl Psychol Health Well Being*. 2011;3:1–43.
30. Suldo S, Huebner E. Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly*. 2004;19:93–105.
31. MacDonald J, Piquero A, Valois R, Zullig K. The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *J Interpers Violence*. 2005;20:1495–518.
32. Valois R, Zullig K, Huebner ES, Kammermann S, Drane JW. Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviors among Adolescents. *J Child Fam Stud*. 2002;11:427–40.
33. Sun R, Shek D. Life satisfaction, positive youth development, and problem behaviour among Chinese adolescents in Hong Kong. *Soc Indic Res*. 2010;95:455–74.
34. Kansky J, Allen J, Diener E. Early adolescent affect predicts later life outcomes. *Appl Psychol Health Well Being*. 2016;8:192–212.
35. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull*. 2005;131:803–55.
36. Lawler M, Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc*. 2011;40:59–71.
37. Patton G, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon, Carlin J, Degenhardt L, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet*. 2014;383:1404–11.
38. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515–25.
39. Gore F, Bloem P, Patton G, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377:2093–102.
40. Patel V, Flisher A, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369:1302–13.
41. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, Looze ME de, Nic Gabhainn S, et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:140–50.
42. Rao JNK, Scott AJ. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-squared tests for goodness of fit and independence in two-way tables. *J Am Stat Assoc*. 1981;76:221–30.
43. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol*. 1983;117:292–304.
44. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res*. 2006;15:1577–85.
45. King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of youth. A cross-national survey. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1996;69:1–222.
46. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *J Adolesc*. 2001;24:701–13.
47. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence--reliability and validity of survey methods. *J Adolesc*. 2001;24:611–24.
48. Inchley J, Currie D, Cosma A, Piper A, Spanou G. Protocol of the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged Children survey. 2017. <http://www.hbsc.org/methods/>
49. UNICEF. Washington Group on Disability Statistics Module on Child Functioning. 2017. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/03/UNICEF-WG-Module-on-Child-Functioning-Concept-Note.pdf>
50. Cole T, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*. 2012;7:284–94.
51. Cole T, Flegal K, Nicholls D, Jackson A. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007;335:194.
52. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
53. Sherry B, Jeffers ME, Grummer-Strawn L. Accuracy of adolescent self-report of height and weight in assessing overweight status: a literature review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:1154–61.
54. Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*. 2007;8:307–26.
55. Fonseca H, Silva A, Matos M, Esteves I, Costa P, Guerra A, Gomes-Pedro J. Validity of BMI based on self-reported weight and height in adolescents. *Acta Paediatr*. 2010;99:83–8.
56. Aasvee K, Rasmussen M, Kelly C, Kurvinen E, Giacchi MV, Ahluwalia N. Validity of self-reported height and weight for estimating prevalence of overweight among Estonian adolescents: the Health Behaviour in School-aged Children study. *BMC Res Notes*. 2015;8:606.
57. He J, Cai Z, Fan X. Accuracy of using self-reported data to screen children and adolescents for overweight and obesity status: A diagnostic meta-analysis. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11:257–67.

58. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Les recommandations de l'UFSBD pour une bonne santé bucco-dentaire. 2013. <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/04/11-2013-ComPresse-nouvelles-recos-+site-internet.pdf>
59. Kuusela S, Honkala E, Rimpelä A. Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years-- longitudinal prospective studies of Finnish adolescents. *Community Dent Health*. 1996;13:34–9.
60. Honkala E, Rajala M, Rimpelä M. Oral hygiene habits among adolescents in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1981;9:61–8.
61. Lebacqz T., Desnoux V., Castetbon K. Indicateurs liés à la santé chez les enfants et les adolescents. Pertinence scientifique et pratique des indicateurs disponibles. 2019. <http://sipes.ulb.ac.be/>
62. Mazur J, Szkultecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A. What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Arch Med Sci*. 2018;14:182–9.
63. Levin K, Currie C. Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Soc Indic Res*. 2014;119:1047–63.
64. Ojala K, Tynjälä J, Välimaa R, Villberg J, Kannas L. Overweight adolescents' self-perceived weight and weight control behaviour: HBSO study in Finland 1994-2010. *J Obes*. 2012;180176.
65. Radloff LS. The CES-D Scale. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385–401.
66. Carpenter J, Andrykowski M, Wilson J, Hall L, Kay Rayens M, Sachs B, et al. Psychometrics for two short forms of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. *Issues Ment Health Nurs*. 1998;19:481–94.
67. Furukawa T, Anraku K, Hiroe T, Takahashi K, Kitamura T, Hirai T, Iida M. Screening for depression among first-visit psychiatric patients: comparison of different scoring methods for the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale using receiver operating characteristic analyses. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1997;51:71–8.
68. Bradley K, Bagnell A, Brannen C. Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31:408–12.
69. Haroz E, Ybarra M, Eaton W. Psychometric evaluation of a self-report scale to measure adolescent depression: the CESDR-10 in two national adolescent samples in the United States. *J Affect Disord*. 2014;158:154–60.
70. Andresen E, Malmgren J, Carter W, Patrick D. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med*. 1994;10:77–84.
71. Dardas LA, Shoqirat N, Xu H, Al-Khayat A, Bani Ata S, Shawashreh A, La Simmons. Comparison of the performance of the Beck Depression Inventory-II and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale in Arab adolescents. *Public Health Nurs*. 2019;36:564–74.
72. Björgvinsson T, Kertz S, Bigda-Peyton J, McCoy K, Aderka I. Psychometric properties of the CES-D-10 in a psychiatric sample. *Assessment*. 2013;20:429–36.
73. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe L, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*. 2001;11:4–10.
74. Petanidou D, Daskagianni E, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. The role of perceived well-being in the family, school and peer context in adolescents' subjective health complaints: evidence from a Greek cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*. 2013;7:17.
75. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med*. 1996;42:617–24.
76. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, Thomas C. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health*. 2008;18:294–9.
77. Janssens KAM, Klis S, Kingma EM, Oldehinkel AJ, Rosmalen JGM. Predictors for persistence of functional somatic symptoms in adolescents. *J Pediatr*. 2014;164:900-905.e2.
78. Ando S, Yamasaki S, Shimodera S, Sasaki T, Oshima N, Furukawa TA, et al. A greater number of somatic pain sites is associated with poor mental health in adolescents: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:30.
79. Brattberg G. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *Eur J Pain*. 2004;8:187–99.
80. Fatima Y, Doi SAR, Najman JM, Al Mamun A. Continuity of sleep problems from adolescence to young adulthood: results from a longitudinal study. *Sleep Health*. 2017;3:290–5.
81. Ibeziako P, Bujoreanu S. Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2011;23:384–9.
82. Winefield HR, Hammarström A, Nygren K, Hägglöf B. Internalized symptoms in adolescence as predictors of mental health in adulthood in the Northern Swedish cohort. *Health*. 2013;05:1164–71.
83. Petanidou D, Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints: investigating associations with emotional/behavioural difficulties in a cross-sectional, school-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8:3.
84. Beck JE. A developmental perspective on functional somatic symptoms. *J Pediatr Psychol*. 2008;33:547–62.
85. Lien L, Green K, Thoresen M, Bjertness E. Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:509–16.
86. Allison MA, Attisha E. The link between school attendance and good health. *Pediatrics*. 2019;143:1-13.
87. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric somatic symptom disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:11.
88. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med*. 2006;62:815–27.

89. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Geneva: World Health Organization; 2012.
90. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44:1092–115.
91. Sweeting HN, West PB, Der GJ. Explanations for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 2007;7:298.
92. Aanesen F, Meland E, Torp S. Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction. *Scand J Public Health*. 2017;45:389–96.
93. World Health Organization. Risk to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. 2012. http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
94. Gecková A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health*. 2003;13:44–50.
95. Olweus D. The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire. University of Bergen, Bergen, Norvège: HEMIL; 1996.
96. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Asses*. 1988;52:30–41.
97. Zimet G D. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). https://gzimet.wixsite.com/mspss/about_us.
98. Hartley JE, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS development study. *Child Indic Res*. 2016;9:233–45.
99. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, Currie C. Psychometric validation of the revised family affluence scale: a latent variable approach. *Child Indic Res*. 2016;9:771–84.
100. Goodman E, Huang B, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. Perceived socioeconomic status: a new type of identity that influences adolescents' self-rated health. *J Adolesc Health*. 2007;41:479–87.
101. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51:1173–82.
102. Isumi A, Fujiwara T, Nawa N, Ochi M, Kato T. Mediating effects of parental psychological distress and individual-level social capital on the association between child poverty and maltreatment in Japan. *Child Abuse Negl*. 2018;83:142–50.
103. Emsley R, Liu H. PARAMED: Stata module to perform causal mediation analysis using parametric regression models. 2013. <https://econpapers.repec.org/software/bocbocode/s457581.htm>
104. van Wijk CMTG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med*. 1997;45:231–46.
105. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*. 2001;16:266–75.
106. Swain J. How young schoolboys become somebody: The role of the body in the construction of masculinity. *Br J Sociol Educ*. 2003;24:299–314.
107. Johansson A, Brunnberg E, Eriksson C. Adolescent girls' and boys' perceptions of mental health. *J Youth Stud*. 2007;10:183–202.
108. MacLean A, Sweeting H, Hunt K. 'Rules' for boys, 'guidelines' for girls: gender differences in symptom reporting during childhood and adolescence. *Soc Sci Med*. 2010;70:597–604.
109. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*. 2007;369:1130–9.
110. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: NJ University Press; 1972.
111. Major B, Barr L, Zubek J, Babey SH. Gender and self-esteem: A meta-analysis. In: Swann WB, Langlois JH, Gilbert LA, editors. Sexism and stereotypes in modern society: The gender science of Janet Taylor Spence. Washington: American Psychological Association; 1999. p. 223–253.
112. Steiger AE, Allemand M, Robins RW, Fend HA. Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *J Pers Soc Psychol*. 2014;106:325–38.
113. Neil AR, Roger D. The stress buffering effects of self-esteem. *Personal Individ Differ*. 1997;23:799–808.
114. Kling KC, Hyde JS, Showers CJ, Buswell BN. Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1999;125:470–500.
115. Sandmark H, Renstig M. Understanding long-term sick leave in female white-collar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2010;10:210.
116. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003;65:528–33.
117. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al. Comorbidity of physical and anxiety symptoms in adolescent: functional impairment, self-rated health and subjective well-being. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15.
118. Thapar A, Collishaw S, Pine D, Thapar A. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379:1056–67.
119. Martel MM. Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychol Bull*. 2013;139:1221–59.
120. Eriksson U, Sellström E. School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: a multilevel study. *Scand J Public Health*. 2010;38:344–50.
121. Murberg TA, Bru E. School-related stress and psychosomatic symptoms among Norwegian adolescents. *Sch Psychol Int*. 2004;25:317–32.

122. Moreno C, Sánchez-Queija I, Muñoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Bogt TT, et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:235–42.
123. Kjellström J, Modin B, Almquist YB. Support from parents and teachers in relation to psychosomatic health complaints among adolescents. *J Res Adolesc*. 2017;27:478–87.
124. Brolin Låftman S, Modin B. School-performance indicators and subjective health complaints: are there gender differences? *Sociol Health Illn*. 2012;34:608–25.
125. Brolin Låftman S, Ostberg V. The pros and cons of social relations: an analysis of adolescents' health complaints. *Soc Sci Med*. 2006;63:611–23.
126. Havik T, Bru E, Ertesvåg SK. Assessing reasons for school non-attendance. *Scand J Educ Res*. 2015;59:316–36.
127. World Health Organization (WHO). Gender inequality in early adolescence must be addressed for health and well-being throughout life. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/early-adolescence/en/>
128. Weber AM, Cislighi B, Meausoone V, Abdalla S, Mejía-Guevara I, Loftus P, et al. Gender norms and health: insights from global survey data. *Lancet*. 2019;393:2455–68.

7. ANNEXE

A1

Comparaison des caractéristiques entre les élèves non inclus (n=2749) et inclus (n=7230) dans les analyses

	Non inclus (%)	Inclus (%)	p-valeur
Genre			< 0,001
Filles	43,7	52,9	
Symptômes multiples fréquents			0,32
≥ 2 symptômes	47,4	48,6	
Estime de soi			
Confiance en soi			< 0,001
Souvent/toujours	54,2	49,5	
Capacité à s'en sortir			0,03
Souvent/toujours	62,4	64,8	
Bien-être			
Satisfaction par rapport à la vie			0,01
Élevée	84,1	86,1	
Bonheur perçu			0,97
Heureux/très heureux	78,0	78,0	
Symptômes dépressifs			0,7
Présence (score ≥ 10)	39,4	39,0	
Image corporelle			0,02
Un peu/beaucoup trop mince	17,9	17,2	
Juste comme il faut	49,1	46,7	
Un peu/beaucoup trop gros	33,0	36,1	
Environnement			
Stress scolaire			< 0,001
Assez/beaucoup	39,4	44,7	
Victime de harcèlement			0,001
Oui	6,4	4,6	
Support de la famille			< 0,001
Faible	12,0	8,2	
Modéré	19,9	22,6	
Élevé	68,1	69,2	
Support des amis			< 0,001
Faible	12,6	8,2	
Modéré	23,8	22,1	
Élevé	63,6	69,7	

	Non inclus (%)	Inclus (%)	p-valeur
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques			
Âge			0,001
12-13 ans	32,6	20,8	
14-15 ans	27,7	29,2	
16-17 ans	24,7	33,9	
18-19 ans	15,0	16,1	
Niveau d'aisance familiale			0,001
Élevé	17,2	21,0	
Moyen	57,8	60,6	
Faible	25,0	18,4	
Perception financière			0,41
Très à l'aise/à l'aise	62,3	61,6	
Moyennement à l'aise	28,0	29,3	
Pas très/pas du tout à l'aise	9,7	9,1	
Structure familiale			0,07
Deux parents	58,1	60,5	
Recomposée	15,1	15,5	
Monoparentale	26,7	24,0	

ÉTAT DE SANTÉ & BIEN-ÊTRE

COMPOTEMENTS, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES ÉLÈVES EN 2018

ENQUÊTE HBSC EN BELGIQUE FRANCOPHONE

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

En 2018, environ 14000 adolescents scolarisés de la 5^e primaire à la fin du secondaire ont participé à cette enquête en Belgique francophone. Cette brochure décrit leur état de santé et leur bien-être. Au cours de l'adolescence en effet, les multiples changements – physiques, psychologiques, sociaux et scolaires – auxquels les adolescents doivent faire face peuvent avoir des répercussions sur leur état de santé et leur bien-être.

Cette brochure couvre un ensemble de thématiques d'état de santé et de bien-être psychologique telles que la santé perçue, la corpulence, le sentiment de bonheur perçu ou la satisfaction par rapport à la vie. Ainsi, en 2018, huit adolescents sur dix déclaraient se sentir en bonne santé, se sentaient heureux, voire très heureux, et déclaraient un niveau moyen à élevé de satisfaction par rapport à leur vie. En revanche, un adolescent sur deux était insatisfait de son image corporelle, se percevant comme trop gros ou trop mince. Le surpoids (obésité comprise) et la minceur concernaient respectivement un adolescent sur six et 4 % des adolescents.

En outre, des différences plus ou moins marquées ont été identifiées selon le genre, le niveau scolaire, mais aussi l'orientation scolaire dans l'enseignement secondaire supérieur. Ces informations sont utiles pour construire et orienter les interventions de prévention et de promotion de la santé menées auprès des adolescents en Belgique francophone.