



ENQUÊTE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE 2014-2015

RAPPORT 1 : HABITUDES ALIMENTAIRES, ANTHROPOMÉTRIE
ET POLITIQUES NUTRITIONNELLES

ENQUÊTE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE 2014-2015

**RAPPORT 1 : HABITUDES ALIMENTAIRES,
ANTHROPOMÉTRIE ET POLITIQUES NUTRITIONNELLES**

Institut Scientifique de Santé Publique
Direction Opérationnelle Santé publique et Surveillance
Rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique
Tel: 02 642 57 71
E-mail : jean.tafforeau@wiv-isp.be

Numéro de dépôt : D/2015/2505/62
Référence interne : PHS Report 2015-045

TABLE DES MATIÈRES

Introduction et méthodologie	1
Régularité des repas	37
Temps de préparation et durée des repas.....	71
Lieu de consommation des repas	113
Repas en famille et participation à la préparation des repas	133
Environnement familial et alimentation des enfants	149
Allaitement maternel exclusif	189
Anthropométrie (IMC, tour de taille et ratio tour de taille/taille)	211
Attitude vis-à-vis de son poids	243
Troubles du comportement alimentaire	275
Régimes spécifiques	293
Alimentation biologique.....	317
Utilisation de sel (iodé)	333
Opinion vis-à-vis des politiques nutritionnelles et des OGM	357

Remerciements

Outre les auteurs et membres de l'équipe de recherche de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, nous souhaitons également remercier :

Les participants et les enquêteurs pour leur participation à cette enquête.

Stefanie Vandevijvere pour les négociations avec le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Stefaan Demarest et Johan Van der Heyden de l'Institut Scientifique de Santé publique (WIV-ISP), Bruxelles, pour leur aide au niveau de la préparation de l'enquête et de l'analyse des données.

Sabine Drieskens de l'Institut Scientifique de Santé publique (WIV-ISP), Bruxelles, pour son aide vis-à-vis de l'utilisation du logiciel Blaise et de l'adaptation des macros SAS.

Inge Huybrechts, Geneviève Nicolas et Corinne Casagrande de l'Agence internationale de recherche sur le cancer (IARC), Lyon, France, pour leur soutien dans l'utilisation et l'adaptation du logiciel GloboDiet® au contexte belge.

Mieke De Mayer en Mia Bellemans de l'unité de recherche Santé publique de l'Université de Gand, pour leur aide concernant l'adaptation du logiciel GloboDiet® au contexte belge, la création du recueil de photos et la formation des enquêteurs.

Carine Seeuws de NUBEL asbl, Bruxelles, pour la mise à disposition de la table de composition de produits alimentaires NUBEL.

Maryse Niekerk, Zohreh Etemad et leurs collègues du « Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu » (RIVM), Bilthoven, Pays-Bas, pour leurs conseils vis-à-vis de l'utilisation du logiciel GloboDiet®, la gestion et le couplage de la base de données avec les tables de composition des aliments.

Marga Ocké, Arnold Dekkers et leurs collègues du « Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu » (RIVM), Bilthoven, Pays-Bas, pour leurs conseils durant la phase de préparation de l'enquête et la mise à disposition du logiciel SPADE® pour l'analyse des données de consommation alimentaire.

Le conseil d'avis scientifique : Laurence Doughan, Katrien De Pauw, Christine Vinx, Carl Berthot, Isabelle Laquire, Xavier Van Huffel, Valérie Vromman, Guy Debacker, Ilse Debourdeaudhuij, Greet Cardon, Peter Clarys, Christophe Matthys, Jean Nève, Eline Rademakers, Pierre Du Ville, Philippe Mortier, Benoit Horion, Jean Pottier et Philippe Donnen.

INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE

AUTEURS

Koenraad CUYPERS

Thérèse LEBACQ

Sarah BEL

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Cuypers K, Lebacq T, Bel S, Introduction et méthodologie. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
1.1. Contexte général	5
1.2. Objectifs	5
1.3. Acteurs	6
2. Méthodologie	8
2.1. Procédure d'échantillonnage	8
2.1.1. Population cible	8
2.1.2. Taille de l'échantillon	8
2.1.3. Sélection de l'échantillon	9
2.1.4. Stratégie de remplacement	10
2.2. Questionnaires et mesures	11
2.2.1. Rappel de consommation alimentaire de 24 heures	11
2.2.2. Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments	12
2.2.3. Interviews orales	13
2.2.4. Questionnaires écrits	14
2.2.5. Accéléromètres	14
2.2.6. Mesures anthropométriques	15
2.3. Organisation du travail de terrain	15
2.3.1. Répartition par trimestre	15
2.3.2. Déroulement des interviews	16
2.3.3. Enquêteurs	19
2.4. Gestion et contrôle des données	21
2.4.1. Bases de données	21
2.4.2. Contrôle « vertical » des données	21
2.4.3. Contrôle de la base de données Globodiet	22
2.4.4. Fusion des bases de données	23
3. Participation	24
4. Composition de la population d'étude	25
4.1. Composition par province	25
4.2. Composition selon l'âge et le sexe	26
4.3. Composition selon le niveau d'éducation	27
4.4. Composition selon la taille et le type de ménage	28
4.5. Composition selon la nationalité	29
5. Présentation des résultats de l'enquête	30
5.1. Coefficients de pondération	30
5.2. Présentation des résultats	31
6. Bibliographie	34

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSCA	Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire
CAPi	Computer assisted personal interview
CPVP	Commission de la protection de la vie privée
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
EFCOSUM	European Food Consumption Survey Method
EFCOVAL	European Consumption Validation
EFSA	European Food Safety Authority
EHIS-PAQ	European health interview survey- physical activity questionnaire
EPIC-Soft	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Software
FFQ	Food Frequency Questionnaire
FPAQ	Flemish Physical Activity Questionnaire
IARC	International Agency for Research on Cancer
IMC	Indice de masse corporelle
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
OGM	Organisme génétiquement modifié
OR	Odd ratio
PANCAKE	Pilot study for the Assessment of Nutrient intake and food Consumption Among Kids in Europe
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Pays-Bas
SPADE	Statistical Program to Assess Dietary Exposure
SPF	Service public fédéral
UE	Union européenne
UGent	Université de Gand
ULB	Université libre de Bruxelles
UPDLP	Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française
VBVD	Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten
VUB	Vrije Universiteit van Brussel
WIV-ISP	Institut scientifique de Santé publique, Belgique

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL

L'alimentation et le mode de vie des individus possèdent une importance majeure pour la santé publique. L'alimentation et les habitudes alimentaires sont, en effet, des facteurs de risque importants en termes de santé et de développement de maladies (1). Le recours à une alimentation et des habitudes alimentaires saines, tout au long de la vie, représente ainsi un facteur protecteur majeur contre le développement de maladies non transmissibles, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer (2). L'augmentation de la consommation d'aliments caloriques et le manque d'activité physique sont, en outre, à l'origine d'une forte augmentation des problèmes de surpoids et d'obésité au niveau européen et mondial (3), ces derniers constituant également des facteurs de risque majeurs pour le développement de maladies non transmissibles (3). De telles maladies ont un impact important sur la qualité et la durée de vie. Elles engendrent, en outre, un coût économique significatif pour la société (4).

Le recours à une alimentation et des habitudes alimentaires saines, de même que la lutte contre le surpoids et l'obésité représentent, dès lors, des objectifs de santé publique majeurs. Dans ce contexte, il est primordial de connaître la prévalence et la distribution des indicateurs nutritionnels (carences, excès en macro et micronutriments, obésité) au sein de la population et d'identifier les inégalités sociales en matière de qualité nutritionnelle. De telles données sont, en effet, indispensables afin de dresser une image détaillée des besoins de la population et d'ainsi soutenir le développement de politiques nutritionnelles adéquates. D'autre part, les différentes crises dans le domaine de la sécurité alimentaire (la crise de la vache folle ou de la dioxine, par exemple) ont mis en évidence la nécessité de disposer d'informations concernant l'exposition des consommateurs à certains risques sanitaires (l'exposition à certains contaminants ou additifs, notamment).

Dans ce cadre, les enquêtes de consommation alimentaire ont pour objectif d'estimer la consommation moyenne d'aliments, de macronutriments (les graisses, les glucides, les protéines) et de micronutriments (tels que les vitamines et les minéraux) d'une population dans une région ou un pays donné (5). De telles estimations sont réalisées au départ de données individuelles collectées au sein d'un échantillon représentatif de la population étudiée. En Belgique, la dernière enquête nationale de consommation alimentaire a été menée en 2004. Or, les habitudes alimentaires évoluent de manière marquée au cours du temps en raison du changement de la population (suite aux migrations ou au vieillissement, par exemple), de facteurs culturels ou de la modification de l'offre d'aliments (tels que l'accroissement de l'offre de produits alimentaires « tout prêts »). Il s'avère, par conséquent, indispensable d'actualiser les données disponibles afin de disposer d'une image récente de la consommation alimentaire et de l'état nutritionnel de la population. De telles données sont destinées à soutenir la mise en place de politiques alimentaires adaptées, à évaluer les politiques existantes, à informer la population, de même qu'à être utilisées dans le cadre de recherches scientifiques.

1.2. OBJECTIFS

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a pour objectif général d'étudier la consommation et les habitudes alimentaires de la population résidant en Belgique. Cet objectif général se décline en six objectifs spécifiques :

1. Évaluer la consommation d'aliments, d'énergie et de nutriments dans l'ensemble de la population et comparer ces valeurs aux recommandations nationales ;
2. Évaluer la consommation de suppléments alimentaires et l'apport en micronutriments issus de ces suppléments ;
3. Comparer différents sous-groupes de la population en ce qui concerne leur consommation d'aliments, d'énergie et de nutriments afin d'identifier les sous-groupes ayant un risque de présenter un apport excessif ou une carence de certains aliments ou nutriments ;
4. Étudier les connaissances, les attitudes et le comportement de la population en matière de sécurité alimentaire et fournir des données permettant d'évaluer l'exposition de la population à certains contaminants, additifs et autres produits chimiques présents dans les aliments ;

5. Evaluer le niveau d'activité physique et le comportement sédentaire de la population et relier ces informations à la consommation d'aliments et de nutriments ;
6. Décrire les habitudes et comportements alimentaires (telles que la fréquence, la durée et le lieu de consommation des repas ou le suivi de régimes spécifiques), le statut nutritionnel (sur base du tour de taille et de l'indice de masse corporelle, notamment) et l'opinion de la population en matière de politiques nutritionnelles et d'utilisation d'organismes génétiquement modifiés (OGM) dans l'alimentation.

De telles informations visent à soutenir l'élaboration d'une politique de nutrition et de promotion de la santé adaptée aux besoins de la population. Une enquête de consommation alimentaire constitue un outil indispensable pour différents types d'évaluation et d'analyse de risque, de même que pour la prise de décisions politiques en matière d'alimentation et de sécurité alimentaire.

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 constitue le suivi de la première enquête de consommation alimentaire, menée en 2004, en ce qui concerne la population âgée de 15 à 64 ans. Pour la première fois en Belgique, la présente enquête fournira, en outre, une image représentative de la consommation alimentaire des enfants (de 3 à 9 ans) et adolescents (de 10 à 17 ans). Les enfants sont considérés comme un groupe d'âge particulièrement vulnérable et constituent, dès lors, une priorité dans l'évaluation du risque d'exposition aux contaminants. L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 possède, par conséquent, une haute valeur stratégique pour le service public fédéral (SPF) et les différents groupes de recherche travaillant dans le domaine de la santé publique, de l'alimentation et de la sécurité alimentaire.

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 fait, en outre, partie du projet de recherche « EU Menu » mené au sein de l'Union européenne (UE) au sujet de la consommation alimentaire (6). Ce projet a pour objectif d'harmoniser la collecte de données de consommation alimentaire à l'échelle européenne afin de disposer de données comparables entre les différents Etats Membres, ce qui s'avère être un enjeu crucial pour l'élaboration de politiques européennes.

1.3. ACTEURS

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a été initiée par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique, ainsi que par le Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. L'enquête a été financée par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, l'Institut Scientifique de Santé publique (WIV-ISP) et l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (« *European Food Safety Authority* », EFSA¹).

La réalisation de cette enquête a été permise grâce à une collaboration entre différents instituts et partenaires ayant mis leurs compétences et leur expérience au service de ce projet :

1. L'équipe de recherche du WIV-ISP, Direction opérationnelle « Santé publique et surveillance », Service « Enquêtes, mode de vie et maladies chroniques » a été chargée de l'exécution de l'enquête et a été associée à toutes les phases du projet, à savoir la préparation préliminaire, l'élaboration des questionnaires, la formation des enquêteurs, l'organisation et le suivi du travail de terrain, le traitement et l'analyse des données collectées et la rédaction des rapports présentant les résultats de l'enquête.
2. **L'Agence internationale de recherche sur le cancer (« *International Agency for Research on Cancer* », IARC)**, basée à Lyon en France, est intervenue en appui à l'utilisation et l'adaptation de GloboDiet® (anciennement appelé EPIC-Soft), un logiciel permettant de réaliser les rappels de consommation alimentaire de 24 heures de manière informatiquement assistée.
3. Deux diététiciennes (Mia Bellemans en Mieke de Mayer) de **l'Unité de recherche de Santé Publique de l'Université de Gand (UGent)** ont participé au développement d'une version Flamande et Wallonne du logiciel GloboDiet® (en fournissant les données nécessaires à l'IARC) et à la conception du recueil de photos ; elles ont également apporté un soutien à la formation des enquêteurs, en ce qui concernait l'utilisation de GloboDiet®.

¹ <http://www.efsa.europa.eu/>

4. Une collaboration a été régulièrement entretenue avec les chercheurs de l'**Institut néerlandais de Santé publique et d'Environnement** (« *Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu* », RIVM) au sujet du traitement des données collectées *via* le logiciel GloboDiet®, du couplage des données de consommation alimentaire avec les tables de composition des aliments et de l'utilisation du logiciel statistique SPADE® (« *Statistical Program to Assess Dietary Exposure* ») développé par le RIVM.
5. La **plateforme eHealth** a apporté son soutien à l'enquête en mettant à disposition de l'équipe de recherche le logiciel « Hector ». Ce logiciel a été utilisé afin de transmettre les données numériques collectées lors de l'enquête (CAPI, GloboDiet et accéléromètres) de l'ordinateur des enquêteurs au WIV-ISP. Cet envoi a été réalisé au moyen de l'eHealthBox, une boîte aux lettres électronique sécurisée.

La mise en œuvre concrète de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a nécessité d'être suivie de manière continue et d'être adaptée, lorsque c'était nécessaire. Une concertation permanente a, dès lors, été mise en place entre toutes les parties prenantes. Dans ce cadre, un comité de pilotage se réunissant trimestriellement a été créé ; ce comité était composé de deux instances :

1. La **Commission des commanditaires** était composée des représentants des commanditaires de l'enquête (à savoir des membres du cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement). Cette commission était chargée du suivi administratif et politique de l'enquête de consommation alimentaire. Lors de réunions trimestrielles, elle évaluait l'état d'avancement de l'enquête et adaptait, si nécessaire, son déroulement. Des rapports semestriels concernant l'avancement du travail et le budget alloué à l'enquête ont été fournis par le WIV-ISP à la Commission des commanditaires afin d'évaluer la réalisation des objectifs programmés.
2. Le Conseil d'avis scientifique était composé d'experts issus de différents horizons : l'Unité de recherche de Santé publique de l'Université de Gand (UGent), l'Unité de recherche des Sciences de la motricité de l'Université de Gand (UGent), la Faculté de kinésithérapie et d'éducation physique de la « *Vrije Universiteit van Brussel* » (VUB), le Département de Médecine clinique et expérimentale de la KU Leuven, la Faculté de Pharmacie de l'Université libre de Bruxelles (ULB), le Conseil supérieur de la Santé (CSS) et l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA). Le Conseil d'avis scientifique a suivi de manière rapprochée le déroulement de l'enquête de consommation alimentaire et a apporté son soutien dans le choix des méthodologies, l'élaboration des questionnaires et la rédaction des rapports résumant les résultats de l'enquête.

2. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée dans l'enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015 se base, en grande partie, sur les recommandations de l'EFSA concernant la collecte de données de consommation alimentaire dans le cadre du projet EU-Menu (6;7). En ce qui concerne la collecte de données de consommation alimentaire chez les enfants, la méthodologie utilisée suit les recommandations issues de l'étude pilote du projet européen PANCAKE (« *Pilot study for the assessment of nutrient intake and food consumption among kids in Europe* ») (8).

La présente enquête a été approuvée par la Commission de la protection de la vie privée (CPVP) et par le Comité d'éthique médicale de l'Hôpital Universitaire de Gand (UZ Gent). L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a été menée selon les principes de la Déclaration d'Helsinki.

2.1. PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

2.1.1. Population cible

L'objectif de la procédure d'échantillonnage est de sélectionner un ensemble de personnes qui soit représentatif de la population cible. La population cible de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 est définie comme l'ensemble de la population âgée de 3 à 64 ans résidant en Belgique au sein de ménages privés, sans restriction de nationalité. Les personnes âgées de moins de 3 ans et de plus de 64 ans n'ont pas été incluses pour des raisons budgétaires.

Le Registre National de population a été utilisé comme cadre d'échantillonnage. La population d'étude – c'est-à-dire la population réellement atteinte par cette étude – ne coïncide, par conséquent, pas entièrement avec la population cible. En effet, les personnes n'étant pas enregistrées dans le Registre, telles que les personnes « sans domicile fixe » ou « sans papiers », ne faisaient dès lors pas partie de la population d'étude.

Par ailleurs, certaines catégories de personnes ont été exclues de cette procédure d'échantillonnage pour des raisons pratiques : les personnes résidant dans des institutions, dans une communauté religieuse ou incarcérées (en raison d'une moindre liberté au niveau du choix des aliments), les personnes qui ne maîtrisaient pas suffisamment le français ou le néerlandais, ainsi que les personnes n'ayant pas pu être interviewées en raison d'un handicap physique ou mental.

2.1.2. Taille de l'échantillon

Selon les recommandations de l'EFSA, les données de consommation alimentaire ont été collectées dans différents groupes d'âge, parmi lesquels on retrouve les enfants (de 3 à 9 ans), les adolescents (de 10 à 17 ans) et les adultes (de 18 à 64 ans) (6). L'échantillon a été stratifié en cinq groupes d'âge (3-5 ans, 6-9 ans, 10-17 ans, 18-39 ans et 40-64 ans), chacun de ces groupes se divisant lui-même en deux groupes en fonction du genre. Pour les enfants (de 3 à 9 ans) et les adultes (de 18 à 64 ans), deux groupes d'âge ont été considérés afin de s'assurer qu'il y ait suffisamment d'individus sélectionnés chaque groupe.

La taille de l'échantillon a été calculée de manière à ce que la consommation moyenne estimée pour les différents aliments soit incluse avec une certitude de 95 % dans un intervalle de 5 % autour de la moyenne de la population réelle. Sur cette base, il a été déterminé que 500 enfants âgés de 3 à 5 ans, 500 enfants âgés de 6 à 9 ans, 1000 adolescents âgés de 10 à 17 ans, 600 adultes âgés de 18 à 39 ans et 600 adultes âgés de 40 à 64 ans devaient faire partie de l'échantillon. Au total, la taille de l'échantillon a donc été estimée à 3200 individus. Une telle taille est suffisante afin de fournir des informations pertinentes au niveau national et régional (à l'exception de Bruxelles-Capitale) mais n'est pas suffisamment importante pour pouvoir réaliser des estimations au niveau provincial.

2.1.3. Sélection de l'échantillon

La sélection de l'échantillon a été réalisée en plusieurs étapes : stratification géographique, sélection des communes et sélection des individus.

Stratification géographique

Le nombre total de personnes à interroger (3200) a été réparti dans les trois régions belges (Flandre, Bruxelles-Capitale et Wallonie) en fonction de la taille de la population de chaque région (sur base des données de population au 01/12/2012). L'objectif était d'interroger 1850 personnes en Flandre, 300 personnes à Bruxelles et 1050 personnes en Wallonie.

Une stratification provinciale a ensuite été réalisée afin de garantir une dispersion géographique équilibrée de l'échantillon. Onze strates ont ainsi été formées, celles-ci comprenant les dix provinces belges et la Région de Bruxelles-Capitale. Le nombre de personnes à interroger au sein de chaque strate provinciale a été déterminé en fonction de la taille de la population de chaque province (Tableau 1).

Tableau 1 | Répartition de l'échantillon dans les onze strates provinciales, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Provinces	Nombre de personnes à interroger
Anvers	500
Brabant Flamand	300
Flandre Occidentale	350
Flandre Orientale	450
Limbourg	250
Bruxelles-Capitale	300
Brabant Wallon	100
Hainaut	400
Liège	300
Luxembourg	100
Namur	150
Total	3200

Sélection des communes

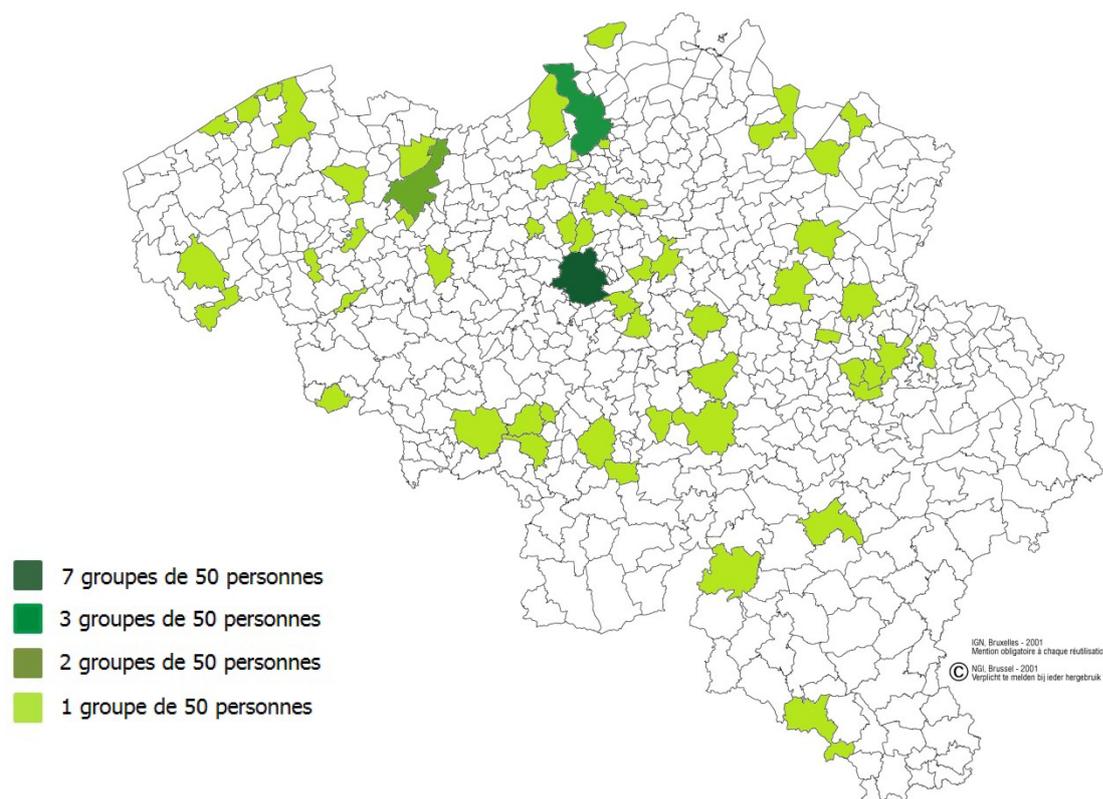
L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 n'a pas été organisée dans l'ensemble des communes belges. En effet, pour des raisons pratiques, afin de limiter le nombre d'enquêteurs, les frais de déplacement et le temps nécessaire aux interviews, seul un nombre limité de communes a été sélectionné au sein de chaque province.

Le nombre de communes sélectionnées dans chaque province a été déterminé en fonction de la taille (c'est-à-dire du nombre d'habitants) de la province et de la taille des communes/villes situées dans la province².

² Échantillonnage systématique pour lequel les communes ont été classées selon leur taille.

Le fait de tenir compte des tailles des communes garantit la présence des communes/villes de grande taille dans l'échantillon, tout en permettant que des communes de plus petite taille soient aussi sélectionnées. Pour chaque commune sélectionnée, un ou plusieurs groupes de 50 personnes ont été choisis au hasard. Pour les villes les plus grandes (telles qu'Anvers), plusieurs groupes de 50 personnes ont été sélectionnés. La Figure 1 illustre la répartition géographique des communes sélectionnées.

Figure 1 | Répartition géographique des communes sélectionnées, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique



Sélection des individus

Dans la dernière étape de la procédure d'échantillonnage, des groupes de 50 individus ont été choisis au hasard au sein de chaque commune sélectionnée de manière à se répartir dans les dix strates d'âge et de genre. L'échantillon final est constitué de 64 groupes (arrondissements ou communes) de 50 personnes.

2.1.4. Stratégie de remplacement

La participation à l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 n'est pas obligatoire. Il est donc possible que certaines personnes sélectionnées refusent de participer. Par ailleurs, il est également possible que certains individus sélectionnés ne puissent pas être contactés par les enquêteurs, parce que ceux-ci ont déménagé, sont décédés ou sont associés à une adresse inexistante (et ce, malgré l'utilisation de la version la plus récente du Registre National).

Afin d'atteindre l'objectif de 3200 personnes interrogées, les individus refusant de participer ou n'ayant pas pu être contactés ont été remplacés par des individus dits « de substitution ». Pour chaque individu sélectionné, trois individus de substitution ont été choisis au hasard. Ces derniers présentaient trois caractéristiques communes avec la personne sélectionnée : ils habitaient dans la même commune, étaient du même sexe et avaient le même âge. Des groupes de quatre individus – appelés clusters – ont ainsi été

créés. Un second cluster de quatre individus a, en outre, été formé, étant donné un taux de participation attendu de seulement 50 %. Par conséquent, la taille de l'échantillon total était huit fois supérieure à la taille strictement nécessaire.

Lorsqu'un individu sélectionné refusait de participer à l'enquête ou ne pouvait pas être contacté par l'enquêteur, celui-ci était remplacé par l'individu suivant du même cluster. Si nécessaire, cette procédure continuait jusqu'à ce que l'enquêteur ait épuisé ce premier cluster. Dans ce cas, le second cluster de quatre personnes était alors activé ; les personnes de ce second cluster habitaient dans la même commune, étaient du même sexe et appartenaient au même groupe d'âge que les personnes du premier cluster.

2.2. QUESTIONNAIRES ET MESURES

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, les données ont été collectées par le biais de différents instruments :

1. Les données de consommation alimentaire ont été collectées *via* la méthode du rappel de consommation alimentaire de 24 heures, combinée à un questionnaire écrit sur la fréquence de consommation des aliments (« *Food frequency questionnaire* », FFQ).
2. Les caractéristiques sociodémographiques, les données concernant les habitudes alimentaires, le mode de vie, l'activité physique et la sécurité alimentaire ont été collectées au cours d'interviews orales.
3. Un questionnaire papier visait à collecter des données concernant la santé physique et mentale des répondants.
4. Le niveau d'activité physique et le comportement sédentaire des enfants et adolescents ont été mesurés de manière objective grâce à l'utilisation d'accéléromètres.
5. Différentes mesures anthropométriques ont été prises : le poids, la taille et le tour de taille des participants ont été mesurés de manière standardisée.

Les personnes sélectionnées ont répondu elles-mêmes aux différents questionnaires. Pour les enfants, un parent ou responsable légal a été utilisé comme proxy.

2.2.1. Rappel de consommation alimentaire de 24 heures

Le rappel de consommation alimentaire de 24 heures est la méthode de collecte recommandée par l'EFSA afin de pouvoir disposer de données de consommation alimentaire comparables à l'échelle européenne (6;7). Cette méthode consiste à enregistrer l'ensemble des aliments et des boissons consommés par la personne interrogée – de même que leurs quantités – durant les 24 heures ayant précédé l'interview (9).

La réalisation d'un unique rappel de consommation alimentaire de 24 heures fournit une image instantanée de la consommation alimentaire et n'est, par conséquent, pas suffisante pour évaluer la consommation alimentaire habituelle (c'est-à-dire la consommation moyenne des aliments sur une période de longue durée). Un unique rappel 24 heures ne donne, en effet, aucune information sur la variabilité intra-individu de la consommation d'aliments (10). Afin d'obtenir davantage d'information sur cette variabilité, un minimum de deux rappels de consommation alimentaire de 24 heures non-consécutifs est indispensable ; un intervalle de une à deux semaines entre les deux rappels est nécessaire pour une estimation correcte de la variabilité intra-individu. Il est également important que les rappels de consommation alimentaire réalisés soient étalés sur les différents jours de la semaine et les différentes saisons.

Un rappel de consommation alimentaire de 24 heures est un questionnaire ouvert ; la standardisation du mode de collecte des données est donc essentielle, d'où la recommandation de recourir au logiciel GloboDiet® (anciennement appelé EPIC-Soft) (6). Ce logiciel permet, en effet, de réaliser des rappels de consommation alimentaire de manière standardisée et d'ainsi prévenir et/ou minimiser le risque d'erreurs systématiques. GloboDiet® est un logiciel développé par l'IARC dont l'utilisation dans le cadre d'études épidémiologiques et d'enquêtes de consommation alimentaire a été testée dans différents projets européens, tels que « *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study* » (EPIC), « *European Food Consumption Survey Method* » (EFCOSUM) et « *European Consumption Validation* » (EFCOVAL) (11).

Un rappel de 24 heures réalisé avec le logiciel GloboDiet® comprend cinq étapes :

1. la collecte d'informations générales (telles que la date de naissance ou le poids) ;
2. une liste chronologique (« *quick list* ») de tous les aliments et recettes consommés ;
3. la description détaillée et la quantification de ces aliments et recettes ;
4. un contrôle de la qualité des données, au niveau des nutriments ;
5. la collecte d'informations concernant la prise de suppléments alimentaires.

Lors des rappels de 24 heures, les tailles des portions ont été estimées au moyen de mesures ménagères, d'informations provenant du fabricant et d'un recueil d'images et de photos. Ce recueil a été spécifiquement conçu pour l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 ; il intègre des photos de spécialités belges, ayant été développées pour d'autres études.

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, le logiciel GloboDiet® a été adapté aux normes et à l'offre alimentaire belge. Bien que GloboDiet® permette une collecte structurée et standardisée des données, ce logiciel doit être utilisé par des enquêteurs expérimentés afin de garantir la qualité des interviews réalisées. Il est essentiel que ceux-ci disposent d'une bonne connaissance des aliments commercialisés sur le marché et des recettes préparées dans la population d'étude (12). C'est pourquoi, les enquêteurs possédaient tous une formation de diététicien ; ces derniers ont, en outre, suivi une formation spécifique concernant l'utilisation du logiciel.

L'évaluation de la consommation alimentaire des enfants (de 3 à 9 ans) a mobilisé une méthodologie différente de celle présentée ci-dessus. Il a été demandé aux parents ou responsables de l'enfant de compléter, à deux reprises, un journal de bord reprenant l'ensemble des aliments et boissons consommés par l'enfant. A chacune des deux reprises, la rédaction du journal de bord a été suivie d'une interview mobilisant le logiciel GloboDiet® : la première a été réalisée par téléphone durant l'intervalle entre les deux visites à domicile et la seconde a eu lieu lors de la seconde visite de l'enquêteur. Cette méthode a été identifiée par le projet européen PANCAKE comme la méthode la plus adaptée pour collecter les données de consommation alimentaire des enfants âgés de 0 à 10 ans (8).

Les journaux de bord n'incluaient pas de listes d'aliments ou de recettes prédéfinies ; les parents ou responsables notaient eux-mêmes, de la manière la plus détaillée possible, ce que l'enfant avait mangé et en quelles quantités. Une partie du journal avait été prévue afin de décrire les recettes préparées et les suppléments alimentaires consommés. Le journal de bord contenait également une explication détaillée et illustrée d'exemples de la façon dont celui-ci devait être complété.

2.2.2. Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments

Comme recommandé par l'EFSA (6), un questionnaire écrit sur la fréquence de consommation des aliments, adapté selon l'âge, a été complété par tous les participants ; celui-ci consistait à récolter des informations sur la fréquence de consommation de différents produits et suppléments alimentaires durant les douze derniers mois. Le principal objectif d'un tel questionnaire consiste à identifier les individus ne consommant jamais certains aliments ou suppléments alimentaires afin d'obtenir une meilleure estimation de la consommation habituelle de ces aliments/suppléments (6;10).

Dans la présente enquête, un questionnaire qualitatif reprenant une liste de 79 produits alimentaires (74 pour les enfants, les boissons alcoolisées ayant été retirées) a été utilisé. Ce questionnaire a été conçu sur base du questionnaire utilisé lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, menée en 2004 (13).

Les catégories de réponse possibles étaient les suivantes :

- jamais ;
- moins d'une fois par mois ;
- 1-3 fois par mois ;
- 1 fois par semaine ;
- 2-4 fois par semaine ;
- 5-6 fois par semaine ;
- 1 fois par jour ;
- 2-3 fois par jour ;
- plus de 3 fois par jour.

Pour les suppléments alimentaires, les catégories « 2-3 fois par jour » et « plus de 3 fois par jour » ont été rassemblées en une catégorie « plus d'1 fois par jour ». Pour ces suppléments, le questionnaire distinguait également la consommation durant l'hiver de celle ayant lieu le reste de l'année.

2.2.3. Interviews orales

Pour les interviews orales, une méthode d'entretien assisté par ordinateur, se basant sur l'utilisation d'un programme développé dans l'application Blaise®, a été mobilisée (« *Computer-assisted personal interview* », CAPI). Au cours d'une telle interview, l'enquêteur posait les questions au participant, en montrant à celui-ci une carte avec les différentes réponses possibles. Il encodait ensuite directement les réponses dans le programme informatique.

La technique CAPI réduit le risque d'erreur lors de la collecte des données en automatisant la gestion des filtres (pour les questions qui ne s'appliquent pas à tous les répondants) et en détectant directement les réponses incorrectes ou non-cohérentes. Le fait d'introduire les données en direct réduit aussi le risque d'erreurs liées à un encodage ultérieur des données et améliore donc la qualité des données collectées. Cette technique laisse la possibilité aux répondants de refuser de répondre ou de répondre « je ne sais pas » à une question.

Informations sociodémographiques, mode de vie et habitudes alimentaires

Les données sociodémographiques, concernant le mode de vie et les habitudes alimentaires ont été collectées au cours d'interviews orales ayant eu lieu lors de la première et seconde visite à domicile.

Des informations concernant la composition de ménage du participant ont été collectées ; il s'agit du nombre de personnes présentes dans le ménage, de même que l'âge, le genre, le niveau d'éducation des différents individus du ménage et le lien de ceux-ci avec la personne sélectionnée. La caractérisation socio-démographique des personnes participantes a pour objectifs de décrire la population d'étude, ainsi que de comparer les résultats obtenus entre différents sous-groupes de la population étudiée.

Les informations suivantes ont, en outre, été recueillies auprès de la personne participante : les habitudes alimentaires (telles que la durée de préparation et de consommation des repas, le partage du repas en famille, la consommation de produits biologiques et la fréquence des repas), la présence d'une éventuelle grossesse, l'allaitement, le comportement tabagique, la consommation de sel (iodé), la prise de suppléments en vitamine D et l'opinion vis-à-vis des politiques nutritionnelles mises en œuvre en Belgique et de l'utilisation d'OGM dans les aliments.

Activité physique

L'activité physique et le comportement sédentaire des personnes interrogées ont été étudiés au moyen de questionnaires d'auto-évaluation (faisant partie de l'interview orale assistée par un ordinateur, CAPI), d'une part, et d'accéléromètres, d'autre part (cf. Section 2.2.5).

En fonction de l'âge, différents types de questionnaires ont été utilisés afin d'évaluer le niveau d'activité et le comportement sédentaire des participants. Pour les adultes, la version longue du questionnaire IPAQ (« *International Physical Activity Questionnaire* ») a été mobilisé ; celui-ci consiste à évaluer l'intensité, la fréquence et la durée de l'activité physique dans différentes situations : à la maison, au travail et lors du temps libre. Des études ont mis en évidence la validité de ce questionnaire (14). Chez les adolescents, le questionnaire FPAQ (« *Flemish physical activity questionnaire* ») a été utilisé ; celui-ci cherche à évaluer l'activité physique des adolescents quand ils sont à l'école et lors de leur temps libre (sport, déplacements), de même qu'à évaluer l'importance d'activités sédentaires telles que la télévision et les jeux d'ordinateur (15). Chez les enfants, c'est le questionnaire développé dans le cadre de l'étude européenne ToyBox qui a été utilisé (16). Ce questionnaire porte sur les activités extérieures des enfants lors de leur temps libre (le sport et les jeux actifs, par exemple), sur leurs déplacements domicile-école, ainsi que sur leur comportement sédentaire. La validation de cet outil est en cours.

Sécurité alimentaire

La méthode d'interview CAPI a également été mobilisée afin d'identifier les connaissances, les attitudes et les comportements de la population en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire (le respect de la date de péremption, par exemple). Ces questions ont été adressées au membre du ménage habituellement responsable de la préparation des repas.

2.2.4. Questionnaires écrits

Différentes thématiques concernant la santé des adolescents et adultes interrogés ont été abordées par le biais d'un questionnaire auto-administré : les troubles du comportement alimentaire (« *Eating Attitudes Test* ») (17), une auto-évaluation de l'état de santé, la présence de détresse psychologique (« *Hopkins Symptom Checklist* ») (18), le comportement adopté vis-à-vis de son poids et la prévalence de cinq maladies liées à l'alimentation (diabète, hypertension, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires et allergies alimentaires). Chez les adolescents, le comportement tabagique et le développement pubertaire (« *Puberal Development Scale* ») (19) ont également été abordés par le biais de ce questionnaire. Chez les enfants, seules les informations concernant l'auto-évaluation de la santé et la prévalence des maladies en lien avec l'alimentation ont été collectées.

En raison du caractère sensible de ces questions, celles-ci ne faisaient pas partie de l'entretien oral. Le questionnaire sur la santé a été complété de manière confidentielle et collecté sous enveloppe fermée par l'enquêteur.

2.2.5. Accéléromètres

La validité des questionnaires d'auto-évaluation de l'activité physique est considérée comme moyenne, voire médiocre, particulièrement chez les enfants et les adolescents (20). Cette situation s'explique par le biais issu d'une certaine désirabilité sociale, de même qu'à la difficulté de se rappeler des activités passées. Par conséquent, dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, des accéléromètres ont été utilisés chez les enfants et adolescents afin de fournir une mesure objective de leur niveau d'activité physique et de sédentarité.

Un accéléromètre mesure de manière exacte et objective les accélérations provoquées par le mouvement du corps ; il enregistre le nombre d'accélérations (« *counts* ») ayant lieu sur une période de temps prédéfinie, appelée « *epoch* ». Le temps passé à réaliser des activités à différents niveaux d'intensité (sédentaire à très intensif) peut ensuite être calculé à partir de ces *counts* et de valeurs seuils spécifiques (21). Bien que fournissant une mesure précise de l'intensité, de la fréquence et de la durée de l'activité physique, les accéléromètres ne donnent aucune information sur le type d'activités réalisées.

Dans le cadre de l'enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, l'accéléromètre triaxial GT3X+ Actigraph® a été utilisé; il s'agit d'un appareil discret et léger (dimension de 4,6 x 3,3 x 1,5 cm et poids de 19 g) qui détecte les mouvements ayant lieu selon trois axes orthogonaux : vertical, médio-latéral et antéropostérieur. Les accéléromètres ont été initiés avec le logiciel Actilife® ; une *epoch* de 15 secondes a été utilisée.

Il a été demandé aux enfants et adolescents de porter l'accéléromètre (attaché à une ceinture élastique, à hauteur de la hanche droite) durant sept jours consécutifs. Au cours de cette période, ceux-ci devaient également compléter un journal de bord dans lequel ils inscrivaient l'heure à laquelle ils se levaient et allaient dormir. Ces derniers devaient également reporter dans ce journal les activités réalisées lorsque l'accéléromètre était enlevé plus de cinq minutes (pour aller à la piscine, par exemple), l'heure à laquelle celui-ci était retiré et remis, le contexte de l'activité et son intensité.

2.2.6. Mesures anthropométriques

Lors de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, les mesures anthropométriques des participants (poids, taille et tour de taille) ont été effectuées par des enquêteurs ayant suivi une formation spécifique, suivant une méthodologie standardisée. Il a été démontré que la prise de mesures par des professionnels est préférable à l'utilisation de données rapportées par les individus ; en effet, les individus interrogés ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, provoquant dès lors une sous-estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population (22).

Les participants ont été mesurés en habits légers et sans chaussures. Le poids a été mesuré à l'aide d'une balance électronique (type SECA 815 ou SECA 804) ayant une précision de 0,1 kg. La taille a été mesurée à l'aide d'une toise portable (type SECA 213), au demi-centimètre près, en veillant à ce que la tête de l'individu soit positionnée dans le plan horizontal de Francfort (c'est-à-dire le plan passant par le bas de l'orbite oculaire et le haut de l'extrémité du conduit auditif). La mesure du tour de taille a été prise au demi-centimètre près, avec un mètre ruban non extensible (type Meterex), de manière horizontale à mi-chemin entre la dernière côtes et le sommet de la crête iliaque. Le tour de taille des femmes enceintes n'a pas été mesuré.

Les données de poids et de taille ont été utilisées afin de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) ; sur base de l'IMC et de valeurs seuils spécifiques à l'âge et au genre, la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population a été estimée. Le poids et la taille ont également été utilisés, en combinaison avec l'âge et le genre, afin de déterminer le taux métabolique basal de chaque participant et d'identifier ainsi les personnes déclarant un apport énergétique inférieur à leur apport réel. Le tour de taille a, quant à lui, été utilisé afin d'étudier la prévalence de l'obésité abdominale dans la population, sur base de valeurs seuils spécifiques à l'âge et au genre. La taille et le tour de taille ont, enfin, été utilisés afin de calculer le ratio tour de taille/taille et d'étudier cet indicateur au sein de la population.

2.3. ORGANISATION DU TRAVAIL DE TERRAIN

2.3.1. Répartition par trimestre

Dans le cadre d'une enquête de consommation alimentaire, il est important que la collecte des données soit étalée sur une année – et donc répartie par trimestre – afin de prendre en compte les variations saisonnières. Cette répartition par trimestre permet également d'utiliser la version la plus récente du Registre National de population pour la constitution de l'échantillon ; ceci vise à s'assurer que les personnes sélectionnées aient un âge correspondant aux groupes d'âge ciblés par l'enquête et n'aient pas déménagé.

Initialement, il était prévu de répartir le travail de terrain sur les quatre trimestres de l'année 2014. Afin d'atteindre l'objectif de 3200 personnes interrogées, la collecte de données a finalement été fractionnée en cinq trimestres (quatre en 2014 et un en 2015) : elle a démarré le premier février 2014 pour se terminer le 21 mai 2015.

D'un point de vue théorique, l'idéal consisterait à réaliser 12,5 interviews par groupe (cf. Section 2.1.3) et par trimestre. En effet, 50 interviews (12,5 x 4 trimestres, soit l'entièreté du groupe) seraient ainsi réalisées sur une période d'un an. La suite du processus est dès lors relativement simple: le nombre d'individus acti-

vés (c'est-à-dire invités à participer à l'enquête) par trimestre a été fixé de manière à respecter le nombre de 12,5 individus par groupe et par trimestre.

Cependant, étant donné qu'à la fin du mois d'avril 2014, le nombre prévu d'interviews à réaliser n'avait pas été atteint, il a été décidé d'activer un nombre plus important d'individus chaque trimestre. Seize individus par groupe ont, par conséquent, été activés au cours des trimestres suivants.

En février 2015, seules 2594 personnes – soit 71 % de l'objectif à atteindre – avaient été interrogées. Le travail de terrain a, par conséquent, été prolongé pendant un cinquième trimestre. La prolongation du travail de terrain en 2015 a également permis d'augmenter le nombre d'interviews réalisées en hiver, cette saison ayant été sous-représentée en 2014 en termes de nombre d'interviews. En outre, afin de s'assurer d'atteindre l'objectif de 3200 personnes, les enquêteurs ont été contactés chaque semaine afin d'obtenir un *feed-back* concernant le nombre d'interviews effectuées.

Contact des individus sélectionnés

Au début de chaque trimestre, une lettre d'invitation et un dépliant d'information ont été envoyés aux personnes sélectionnées. Ce dépliant présentait brièvement les objectifs de l'étude et son organisation. Il décrivait également l'implication en temps de la participation à l'étude et précisait le caractère anonyme des données collectées. Lorsque le dépliant et le courrier d'introduction étaient envoyés aux personnes sélectionnées, la liste des noms, adresses et numéros de téléphone des individus concernés était envoyée aux enquêteurs. Ces derniers pouvaient alors prendre contact avec les personnes échantillonnées, par téléphone, par courrier ou directement *via* une visite à domicile afin de fixer un rendez-vous.

Les enquêteurs ont été invités à essayer de contacter la personne sélectionnée au moins cinq fois au cours de la période de deux semaines suivant la réception de la liste d'adresses. Si après ce nombre minimal de tentatives (à différents jours et heures), l'enquêteur était convaincu qu'il n'était plus nécessaire d'insister, la personne en question était considérée comme « non-joignable ». Lorsque l'enquêteur envisageait la possibilité d'un contact futur, il bénéficiait encore d'un mois pour essayer de contacter l'individu. Sans résultats, l'individu était définitivement considéré comme « non-joignable » et encodé comme tel.

Dans la plupart des cas, l'enquêteur a réussi à contacter la personne sélectionnée. L'enquêteur essayait alors de convaincre celle-ci de l'importance de l'enquête et de sa participation. Si la personne contactée refusait de participer ou était considérée comme non-éligible (parce qu'elle vivait en institution ou ne parlait ni français ni néerlandais, par exemple), l'enquêteur enregistrait la raison de la non-participation de l'individu dans un formulaire. Le cas – relativement rare – où une personne acceptait de participer à la première interview mais se rétractait ensuite pour la seconde a aussi été reporté dans ce formulaire.

En cas de refus de participation de la part de la personne sélectionnée, un individu de substitution du même cluster était alors immédiatement activé et le processus de contact reprenait à son point de départ. À l'inverse, si la personne acceptait de participer, l'enquêteur programait un rendez-vous avec cette dernière, réalisait les différentes interviews, notait à l'intention du WIV-ISP si tous les questionnaires avaient été remplis et si ce n'était pas le cas, quelle en était la raison.

2.3.2. Déroulement des interviews

16

Outre la répartition par trimestre permettant de tenir compte des fluctuations saisonnières, les interviews menées dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire ont également été étalées sur les différents jours de la semaine afin de considérer les fluctuations journalières des habitudes de consommation. Il a été demandé aux enquêteurs de répartir eux-mêmes leurs interviews sur les différents jours de la semaine, week-end y compris.

Pour chaque personne acceptant de participer à l'enquête de consommation alimentaire, deux interviews ont été réalisées. Pour les enfants (de 3 à 9 ans), un parent ou responsable légal a été utilisé comme proxy. Ce proxy ne remplace pas la personne sélectionnée mais répond au nom de celle-ci. Les Figures 2 à 4 illustrent le déroulement des interviews, respectivement pour les enfants, les adolescents et les adultes.

Première visite

Pour les adultes et adolescents, la première visite à domicile de l'enquêteur comprenait le premier rappel de consommation alimentaire de 24 heures réalisé avec le logiciel GloboDiet. Pour les enfants, il a été demandé au parent ou responsable de tenir un journal de bord reprenant les aliments et boissons consommés durant deux jours non-consécutifs : ces journaux de bord ont ensuite été utilisés pour réaliser les deux rappels de 24 heures (l'un par téléphone dans l'intervalle entre les deux visites et le second lors de la deuxième visite).

Lors de la première interview, l'enquêteur a également complété, avec le répondant ou son proxy :

- le questionnaire général reprenant les informations sociodémographiques, concernant le mode de vie et les habitudes alimentaires ;
- les questions concernant la sécurité alimentaire (pour les enfants uniquement) ;
- les questions d'auto-évaluation de l'activité physique (pour les enfants et les adolescents).

Ces données ont été collectées au moyen d'une technique d'interview assistée par ordinateur (CAPI).

A l'issue de la première interview, les questionnaires « papier » de fréquence de consommation alimentaire (« *Food frequency questionnaire* », FFQ) et de santé ont été remis aux participants en leur demandant de les compléter pour la seconde interview. Les accéléromètres et les journaux de bord ont également été remis aux enfants et adolescents.

Figure 2 | Déroulement des interviews pour les enfants (de 3 à 9 ans), Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

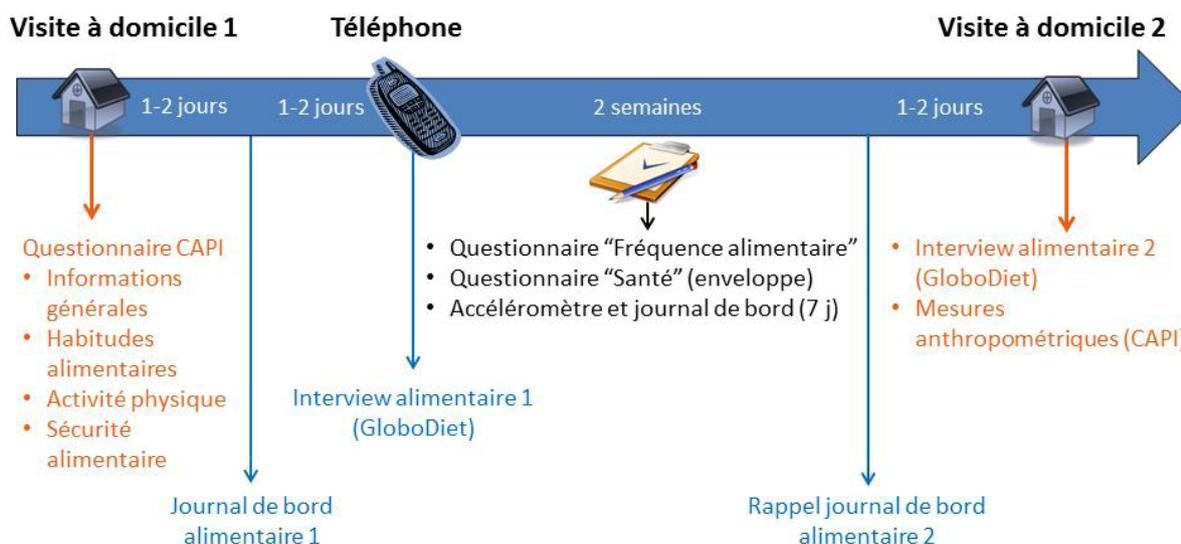


Figure 3 | Déroulement des interviews pour les adolescents (de 10 à 17 ans), Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

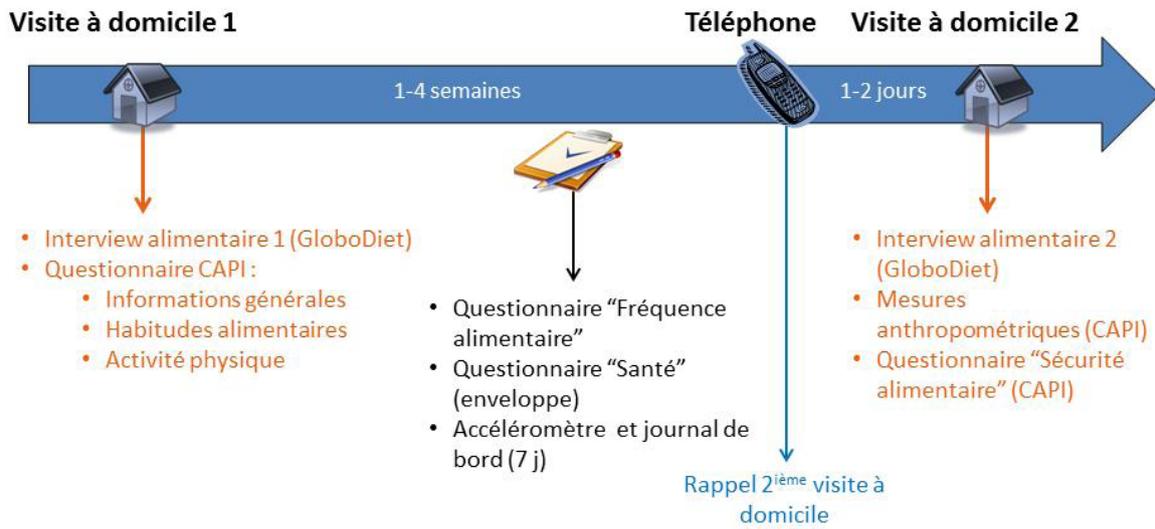
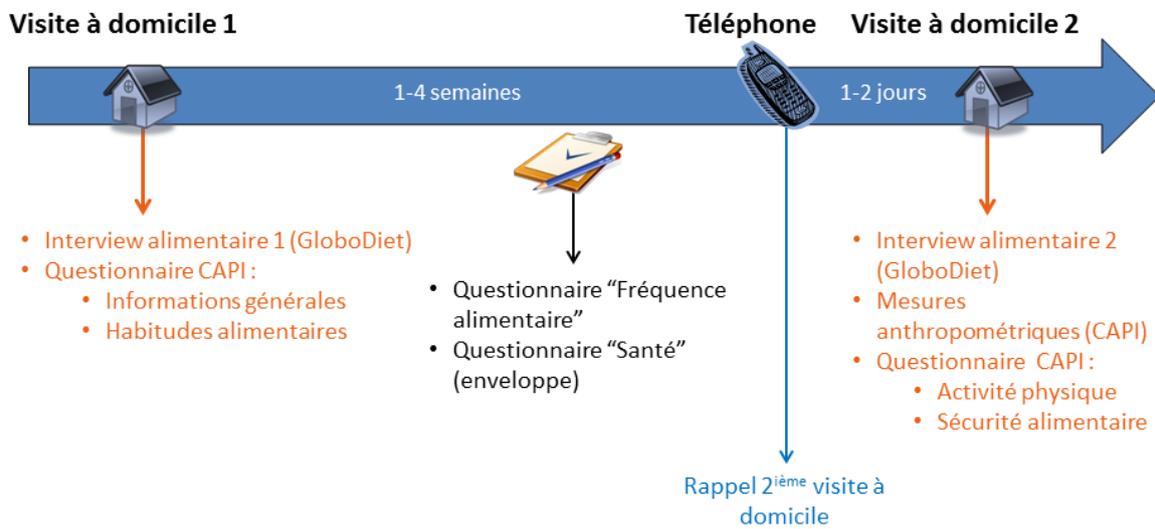


Figure 4 | Déroulement des interviews pour les adultes (18 à 64 ans), Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique



Deuxième visite

La seconde visite à domicile de l'enquêteur a eu lieu de une à quatre semaines après la première, de préférence un autre jour de la semaine. Lors de cette seconde interview, le deuxième rappel de consommation alimentaire de 24 heures a été effectué, pour les adultes et adolescents. Pour les enfants, ce rappel a été réalisé à l'aide d'un parent ou responsable de l'enfant en s'appuyant sur les informations reportées dans le second journal de bord.

La taille, le poids et le tour de taille des participants ont été mesurés par l'enquêteur et directement introduits dans le système CAPI.

Pour les adolescents et les adultes, le questionnaire concernant la sécurité alimentaire a été complété, lors de cette seconde interview, au moyen du système CAPI. Pour les adultes spécifiquement, le questionnaire d'auto-évaluation de l'activité physique faisait également partie de la seconde interview.

Les deux questionnaires complétés par écrit ont finalement été repris par l'enquêteur à la fin de la visite ; celui-ci a vérifié que le questionnaire de fréquence alimentaire avait été correctement complété, tandis que le questionnaire « santé » a été rendu sous enveloppe fermée par le participant, en raison du caractère confidentiel de ces questions.

2.3.3. Enquêteurs

La mission principale des enquêteurs consiste à obtenir deux rappels de consommation alimentaire de 24 heures non-consécutifs. Ceux-ci doivent également collecter d'autres types de données, telles que des données sociodémographiques, liées au style de vie ou à l'activité physique du participant.

Les enquêteurs doivent éviter, dans la mesure du possible, d'interpréter personnellement certaines questions ou réponses ; ils doivent donc être neutres vis-à-vis du répondant et de ses réponses. Il est également nécessaire que les procédures utilisées par les enquêteurs soient objectives et standardisées.

A côté de cette activité de collecte des données, l'enquêteur est également responsable de la prise de contact avec les participants et de la transmission des données collectées à l'équipe du WIV-ISP.

Recrutement des enquêteurs

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire, il était primordial que les enquêteurs disposent de connaissances suffisantes en matière d'alimentation afin de pouvoir interpréter correctement les réponses fournies par les participants lors des rappels de consommation alimentaire de 24 heures. Seules des personnes diplômées en diététique et ayant un statut indépendant (ou éventuellement indépendant complémentaire) ont, par conséquent, été sélectionnées comme interviewers.

Des compétences sociales et informatiques étaient également requises : d'une part, l'établissement de contacts de qualité avec les participants était essentiel pour que ces derniers acceptent de participer ; d'autre part, l'encodage et le transfert des données nécessitaient de disposer de compétences informatiques. Les enquêteurs sélectionnés devaient finalement être disponibles en soirée et durant les week-ends pour la réalisation des interviews, ainsi qu'être répartis au niveau géographique sur les différentes communes échantillonnées.

Afin de recruter de tels profils, un appel a été lancé en 2013 aux diététiciens enregistrés par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) et habitant dans les communes sélectionnées ou, dans certains cas, dans les communes limitrophes. Les associations professionnelles des diététiciens (la « *Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten* » – VBVD – et l'Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française – UPDLF) ont également lancé, de leur côté, un appel à leurs membres. L'objectif était de recruter un diététicien par commune sélectionnée. Au cours du travail de terrain, cette phase de recrutement a dû être mise en œuvre à plusieurs reprises afin de remplacer les enquêteurs qui n'étaient plus disponibles.

Formation des enquêteurs

Tous les enquêteurs ont suivi une session de formation obligatoire de trois jours. Celle-ci visait, en substance, à garantir une standardisation maximale des questions posées aux répondants et, par conséquent, des données collectées.

Durant le premier jour de formation, les procédures relatives à la prise de contact avec les personnes sélectionnées, aux enquêtes proprement dites, à l'utilisation des accéléromètres et aux mesures anthropométriques (taille, poids, tour de taille) ont été exposées aux enquêteurs.

Deux jours de formation ont ensuite été consacrés à l'apprentissage du programme CAPI et du logiciel GloboDiet® utilisé pour la réalisation des rappels de consommation alimentaire de 24 heures. La réalisation d'interviews-tests, suivies d'un *feed-back* individuel, faisait partie intégrante de cette formation.

Lors de la formation, chaque enquêteur s'est vu remettre deux manuels.

- Après explication des objectifs de l'enquête, le premier manuel fournit des instructions détaillées sur la façon de contacter les individus à interroger. Il intègre également une description détaillée du contenu des différents questionnaires, la procédure à suivre pour réaliser les mesures anthropométriques, le manuel d'utilisateur du programme CAPI, des accéléromètres et du programme Actilife 6® servant à télécharger les données enregistrées par les accéléromètres.
- Le second manuel détaille l'utilisation du logiciel GloboDiet ; il a été développé par l'Université de Gand (UGent) sur base du manuel original créé par l'IARC.

Au cours du travail de terrain, l'enquêteur a pu bénéficier d'un soutien lorsque cela s'avérait nécessaire, par exemple pour des aspects liés au contenu des questionnaires ou au fonctionnement des programmes informatiques. Un *feed-back* individuel concernant la qualité des rappels de consommation alimentaire de 24 heures réalisés a également été donné à chaque enquêteur de manière régulière. Les enquêteurs étaient aussi contactés si les interviews CAPI effectuées étaient incohérentes ou incorrectes.

En outre, plusieurs bulletins d'information ont été envoyés aux enquêteurs au cours de l'enquête. Les enquêteurs ont ainsi été informés de l'état d'avancement de l'enquête. Les éventuels problèmes liés à l'utilisation du logiciel GloboDiet (les erreurs les plus souvent commises, par exemple), de même que les mises à jour des logiciels utilisés, y ont aussi été expliqués.

Suivi du travail de terrain

Le suivi régulier du travail de terrain est indispensable afin de s'assurer de la qualité de l'enquête. Il garantit, d'une part, que les objectifs (à savoir la collecte de données concernant 3200 individus) soient réalisés et, d'autre part, que les enquêtes soient menées conformément à la procédure définie. Lors de l'enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, le suivi du travail de terrain a été réalisé à l'aide du programme Nutris (*Nutrition Information System*) développé par le WIV-ISP; celui-ci permet de contrôler jour après jour le progrès des interviews, d'identifier rapidement les enquêteurs pour lesquels le travail de terrain stagne ou progresse trop lentement et d'évaluer le taux de participation à l'enquête.

Le progrès du travail de terrain a également été suivi grâce à un relevé hebdomadaire de l'eHealthBox, la boîte aux lettres électronique *via* laquelle les fichiers électroniques étaient envoyés au WIV-ISP. De cette manière, les problèmes éventuels rencontrés par les enquêteurs concernant les ordinateurs ou les programmes utilisés pouvaient être détectés.

De plus, au cours de la phase de collecte des données, l'équipe du WIV-ISP a régulièrement contacté les diététiciens afin d'obtenir un *feed-back* quant au déroulement des interviews, de les écouter et d'éventuellement intervenir pour les aider dans leur travail (par le renvoi de lettres d'invitation aux personnes sélectionnées, par exemple). Des « jours de retour » ont également été organisés à quatre reprises afin de pouvoir interagir directement avec les diététiciens et adapter les directives selon les problèmes rencontrés. Ces jours étaient également l'occasion pour les diététiciens de se rencontrer et de s'échanger des conseils (sur la prise de contact avec les participants, par exemple).

Enfin, après réception des données d'interview, un formulaire d'évaluation (avec enveloppe de renvoi port payé) a été envoyé à tous les individus ayant participé à l'enquête (en même temps qu'un chèque-cadeau de dix euros). Celui-ci avait pour objectif de déterminer si l'individu avait effectivement été contacté et

interrogé dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire. Il visait également à évaluer la qualité des contacts et interactions entre l'enquêteur et la personne interrogée.

2.4. GESTION ET CONTRÔLE DES DONNÉES

2.4.1. Bases de données

Suite au travail de terrain, six bases de données – correspondant globalement aux différents questionnaires – ont été générées.

- La base de données **CAPI** a été constituée au moyen du programme Blaise® ; elle reprend les informations collectées à partir des interviews assistées par ordinateur (CAPI).
- La base de données **FFQ** (« *food frequency questionnaire* ») est un fichier Access créé suite au scanning et à la reconnaissance optique de tous les questionnaires papier de fréquence de consommation alimentaire.
- La base de données **HQ** (« *health questionnaire* ») a été créée à partir de l'encodage manuel³ de tous les questionnaires papier sur la santé.
- La base de données **Accéléromètre** a été générée par le programme Meterplus® ; celle-ci inclut les informations enregistrées par les accéléromètres portés par les enfants et les adolescents.
- La base de données **Logbook** provient de l'encodage manuel, grâce au programme Blaise®, des journaux de bord se référant à l'utilisation des accéléromètres.
- La base de données GloboDiet a été générée par le logiciel **GloboDiet**® et reprend l'ensemble des informations collectées lors des deux rappels de consommation alimentaire de 24 heures. Cette base de données a ensuite été couplée, par des experts en diététique, avec les tables de composition alimentaires Nubel⁴ (Belgique) et Nevo (Pays-Bas) afin de générer une nouvelle base de données, comprenant les quantités de macro- (tels que les protéines et les glucides) et micro-nutriments (le calcium, par exemple) contenues dans les aliments consommés.

2.4.2. Contrôle « vertical » des données

Ces différentes bases de données ont été importées dans le logiciel SAS 9.3 afin de réaliser un contrôle « vertical » des données ; ce contrôle a été effectué pour chaque base de données séparément. Le contrôle « vertical » des données a pour principal objectif de vérifier l'exactitude des numéros d'identification attribués aux personnes interrogées. Il est, par exemple, possible que ce numéro soit incorrect en raison d'erreurs d'encodage. Il est indispensable de contrôler et de corriger ces données afin de pouvoir relier les différentes bases de données entre elles et d'assurer ainsi la qualité des analyses qui suivront.

D'un point de vue pratique, le contrôle « vertical » de chaque base de données a nécessité de vérifier que :

- tous les numéros d'identification présents dans la base de données soient bien présents dans le fichier rassemblant les individus faisant partie de l'échantillon et ayant été effectivement interrogés ; la base de données ne comporte pas de doublons, c'est-à-dire des identifiants présents deux fois ou plus dans une même base de données ;
- tous les numéros d'identification soient cohérents, au regard de la manière dont ils ont été définis⁵.

Pour les identifiants ne respectant pas ces trois conditions, des recherches ont été menées afin d'identifier l'erreur, de la corriger et de générer une base de données « nettoyée ».

³ Grâce à un programme développé en Blaise®.

⁴ Nubel est une banque de données fournissant la composition (quantité de nutriments) de plus de 3600 produits alimentaires courants disponibles en Belgique. Nevo est la banque de données équivalente aux Pays-Bas.

⁵ Chaque identifiant est composé de huit chiffres ; chacun de ces chiffres possède une signification (par exemple, la catégorie d'âge et de genre) et se situe dans une gamme définie (par exemple, entre 1 et 10).

2.4.3. Contrôle de la base de données GloboDiet

En plus du contrôle vertical décrit ci-dessus, la base de données GloboDiet a nécessité une procédure de contrôle spécifique. Cette procédure s'est échelonnée en plusieurs étapes. Les premières étapes de correction ont impliqué de passer en revue les notes générées automatiquement par le logiciel GloboDiet® ou encodées manuellement par les enquêteurs. Il s'agissait, par exemple, de préciser certaines quantités qui n'avaient pas été encodées, de donner certaines précisions sur un aliment consommé, de vérifier l'exactitude d'une nouvelle recette, de nouveaux aliments ou suppléments enregistrés dans le logiciel. Les erreurs d'encodage ont également été corrigées. Chaque correction réalisée a été codifiée et décrite dans un fichier Excel afin d'en garder la trace.

En février 2015, une nouvelle version du logiciel GloboDiet® a été mise à disposition du WIV-ISP par l'IARC ; celle-ci intégrait de nouveaux aliments et suppléments, ainsi que de nouvelles recettes. L'ensemble des données qui avaient été collectées avec la première version de GloboDiet® ont été transférées dans la nouvelle version du logiciel. Ceci a nécessité d'adapter les aliments/suppléments correspondant aux aliments/suppléments nouvellement ajoutés dans le logiciel. Cette phase de correction a également inclus une vérification des numéros d'interviews (premier ou second rappel de 24 heures).

Dans l'étape de correction suivante, les éléments spécifiques suivants ont été vérifiés :

- l'encodage du volume de certains aliments ;
- les aliments en poudre (soupe, par exemple) devant être dilués dans un liquide ;
- l'utilisation de produits crus dans les recettes cuites ;
- la quantité des aliments congelés.

La cohérence des marques mentionnées a également été contrôlée afin de faciliter le traitement ultérieur de ces données. Un contrôle de qualité concernant les suppléments alimentaires enregistrés a aussi été réalisé : il s'agissait notamment de préciser certains suppléments n'ayant pas été spécifiés par l'enquêteur, de contrôler les nouveaux suppléments alimentaires ajoutés dans le logiciel par les enquêteurs ou de vérifier l'encodage de certains volumes (dosage en cuillères à café, gouttes, sachets). Pour chaque participant, la durée de l'intervalle entre deux rappels a finalement été contrôlée afin de ne conserver que les personnes dont les deux interviews n'étaient pas consécutives.

Le logiciel GloboDiet® permet d'enregistrer le type et la quantité d'aliments et de suppléments alimentaires consommés par un individu, tout en donnant un grand nombre d'informations qualitatives sur les produits sélectionnés (la méthode de cuisson ou le mode de conservation, par exemple). Ce logiciel ne fournit cependant pas les apports énergétiques et nutritionnels (protéines, lipides, etc.) correspondant aux aliments consommés. Afin d'obtenir de tels résultats, les données issues du logiciel GloboDiet® ont été couplées à posteriori avec une ou plusieurs tables de composition des aliments. Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, les tables de composition Nubel (Belgique) et Nevo (Pays-Bas) ont été utilisées conjointement. Pour les suppléments alimentaires, plus particulièrement, la base de données GloboDiet a été couplée avec une base de données créée sur base des différents compléments alimentaires consommés par la population belge.

En parallèle à cette phase de couplage, les aliments consommés par les participants ont été codifiés selon la classification *FoodEx2* développée par l'EFSA. Sur base du système *FoodEx2*, les aliments sont classifiés et décrits de manière standardisée (23). Ce système fournit une identification unique et internationale des aliments. L'utilisation d'un tel système de classification vise à produire des rapports harmonisés – au niveau européen – sur les données de consommation alimentaire et la présence de contaminants dans les aliments (23).

2.4.4. Fusion des bases de données

Suite à une première correction des six bases de données, celles-ci ont été fusionnées afin de constituer une unique base de données finale reprenant l'ensemble des informations relatives aux personnes interrogées. Cette procédure de fusion a mis en évidence de nouvelles erreurs concernant l'identification des individus : certains identifiants se trouvaient, par exemple, dans une base de données mais pas dans l'autre, rendant ainsi problématique la fusion de celles-ci.

Un contrôle de qualité a également été réalisé afin de vérifier, pour chaque individu, la cohérence des variables de contexte (âge et genre, essentiellement) et des réponses apportées aux différents questionnaires (si c'est un enfant, a-t-il bien répondu aux questionnaires destinés aux enfants ?). A nouveau, des recherches ont été menées afin d'identifier les erreurs et d'apporter les corrections nécessaires. Les réponses incohérentes, ne pouvant pas être corrigées, ont été considérées comme manquantes.

Cette base de données finale a été utilisée comme source pour l'ensemble des analyses ultérieures. Pour chaque module, c'est-à-dire pour chaque thématique d'analyse, les informations et données nécessaires aux analyses ont été extraites de cette base de données. En amont des analyses proprement dites, ces sous-ensembles de données ont été soumis à un nouveau contrôle de qualité concernant la cohérence interne des données au sein de chaque module. Lors de l'identification de valeurs aberrantes ou d'incohérences, des recherches ont été menées afin d'en trouver l'origine. S'il n'était pas possible de corriger le problème, les données problématiques ont été considérées comme « manquantes ».

3. PARTICIPATION

La participation à l'enquête de consommation alimentaire n'est pas obligatoire ; les personnes contactées sont donc susceptibles de refuser de participer. Le statut de chaque personne invitée à participer à l'enquête (refus, non-joignable, non-éligible, participante) a été consigné par les enquêteurs.

Afin d'atteindre l'objectif de 3200 personnes interrogées, 9196 individus ont été invités à participer à l'enquête. Parmi ceux-ci, la répartition suivante est observée (Tableau 2) :

- 7233 ont pu être contactés et étaient éligibles ;
- 1319 n'ont pas pu être contactés ;
- 644 ont pu être contactés mais étaient non-éligibles.

Les personnes contactées peuvent être considérées comme non-éligibles pour diverses raisons : lorsque l'adresse mentionnée était introuvable, lorsque la personne ne résidait pas à l'adresse mentionnée ou lorsque celle-ci ne répondait pas aux critères de sélection (si elle appartenait à une communauté monastique ou résidait dans une institution psychiatrique, par exemple).

Tableau 2 | Statut des personnes invitées à participer à l'Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Statut	Nombre de personnes
Non-éligibles	644
Non-joignables	1319
Eligibles	7233
Refus de participer	3772
Participants	3461
Participants complets*	3122
Participants partiels**	339
TOTAL Invités à participer	9196

* Personnes ayant effectué les deux rappels de consommation alimentaire et les deux interviews CAPI.

** Personnes ayant répondu à au moins l'un des questionnaires de l'enquête.

Le taux de participation a été calculé, suivant les recommandations de l'EFSA, comme étant le rapport entre le nombre d'individus participants et la somme des individus éligibles et non-joignables (6). Pour l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, ce taux de participation s'élève à 37 %.

Lors de l'enquête de 2004, le taux de coopération avait été calculé ; celui-ci correspond au rapport entre le nombre d'individus participants et le nombre de personnes éligibles (6). Entre 2004 et 2014, le taux de coopération est resté stable : il était de 42 % en 2004 et de 43 % en 2014.

Le taux de contact a également été calculé ; il s'agit ici du rapport entre le nombre de personnes éligibles et la somme des individus éligibles et non-joignables. En 2014, le taux de contact s'élève à 85 %, ce qui signifie qu'une grande partie des personnes sélectionnées ont pu être contactées par les enquêteurs.

4. COMPOSITION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

4.1. COMPOSITION PAR PROVINCE

L'objectif fixé était d'interroger 3200 individus, répartis dans les onze provinces belges (incluant la Région de Bruxelles-Capitale) en différentes strates d'âge et de genre. Le Tableau 3 illustre la distribution géographique des personnes interrogées, en comparaison à la répartition observée dans la population belge de référence.

Pour chaque province, l'objectif était d'interviewer un nombre d'individus proportionnel à la taille de la population de la province considérée. En raison de taux de participation variant d'une province à l'autre, des différences existent entre la répartition par province dans l'échantillon et celle observée dans la population belge. Ces différences sont relativement faibles puisqu'elles ne dépassent pas 3 %. Celles-ci ont, en outre, été prises en compte dans le calcul des facteurs de pondération (cf. Section 5.1) afin de rétablir la représentativité de l'échantillon par province en fonction de la composition réelle de la population belge.

Tableau 3 | Distribution de la population d'étude par province, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Provinces	Individus dans la population belge* (n)	Individus dans la population belge (%)	Interviews (n)	Interviews (% de l'échantillon)
Anvers	1408243	16,0	542	16,4
Brabant Flamand	867709	9,9	317	9,6
Limbourg	675710	7,7	264	8,0
Flandre Orientale	1144733	13,0	389	11,8
Flandre Occidentale	884136	10,1	372	11,3
Brabant Wallon	310801	3,5	102	3,1
Hainaut	1056155	12,0	370	11,2
Liège	863124	9,8	398	12,1
Luxembourg	222645	2,5	93	2,8
Namur	385829	4,4	190	5,8
Bruxelles-Capitale	955125	10,9	260	7,9
Total (Belgique)	8774210	100	3297	100

*Population belge de 3 à 64 ans au 01/01/2014.

4.2. COMPOSITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Comme mentionné précédemment, l'échantillon a été stratifié par âge (cinq groupes d'âge) et par genre. L'objectif initial était d'interroger :

- 250 filles et 250 garçons âgés de 3 à 5 ans ;
- 250 filles et 250 garçons âgés de 6 à 9 ans ;
- 500 filles et 500 garçons âgés de 10 à 17 ans ;
- 300 femmes et 300 hommes âgés de 18 à 39 ans ;
- 300 femmes et 300 hommes âgés de 40 à 64 ans.

Globalement, ces différents objectifs ont été atteints (Tableau 4). Toutefois, cette répartition a nécessité de réaliser un sur-échantillonnage de certaines strates en comparaison à la population belge de référence. De même que pour la répartition géographique, ces différences ont été prises en compte dans le calcul des facteurs de pondération de manière à rétablir la représentativité de notre échantillon (cf. Section 5.1).

Tableau 4 | Distribution de la population d'étude selon l'âge et le sexe, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Groupes d'âge et de sexe		Individus dans la population belge (n)*	Individus dans la population belge (%)	Objectif	Interviews (n)	Interviews (% de l'échantillon)
3-5 ans	Garçons	202293	2,3	250	243	7,4
	Filles	192824	2,2	250	245	7,4
6-9 ans	Garçons	259483	3,0	250	305	9,3
	Filles	247835	2,8	250	270	8,2
10-17 ans	Garçons	502281	5,7	500	470	14,3
	Filles	481561	5,5	500	494	15,0
18-39 ans	Hommes	1559945	17,8	300	317	9,6
	Femmes	1545022	17,6	300	326	9,9
40-64 ans	Hommes	1897341	21,6	300	298	9,0
	Femmes	1885625	21,5	300	329	10,0
Total	Hommes	4421343	50,4	1600	1633	49,5
	Femmes	4352867	49,6	1600	1664	50,5

* Population belge de 3 à 64 ans au 01/01/2014.

4.3. COMPOSITION SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION

Le niveau d'éducation est un indicateur reflétant le niveau socio-économique des individus interrogés. Cet indicateur est calculé à l'échelle du ménage et tient compte du diplôme le plus élevé entre : (i) la personne interrogée et son/sa partenaire pour les adultes (de 18 à 64 ans) ; et (ii) le père et la mère (ou éventuellement, le responsable) pour les enfants et adolescents (de 3 à 17 ans). Les différents niveaux d'éducation détenus par les répondants ont été agrégés en trois catégories :

- **Sans diplôme, primaire ou secondaire** : cette catégorie regroupe les personnes sans diplôme, celles ayant un diplôme du primaire et celles ayant un diplôme du secondaire (secondaires inférieures, secondaires supérieures et post-secondaire) ;
- **Supérieur de type court** : cette catégorie inclut les personnes diplômées de l'enseignement non-universitaire de type court et celles détenant un bachelier académique ;
- **Supérieur de type long** : cette troisième catégorie reprend les personnes ayant un diplôme de l'enseignement non-universitaire de type long, celles détenant un master ou équivalent et celles ayant un doctorat.

Le niveau d'éducation est connu pour la majorité des participants ; celui-ci n'a cependant pas pu être calculé pour 38 participants en raison de données manquantes. En outre, 16 participants détiennent un niveau d'éducation classifié comme « autre », c'est-à-dire n'ayant pas pu être rattaché avec certitude aux niveaux d'éducation considérés. Pour les participants dont le niveau d'éducation a pu être calculé, la répartition suivant le niveau d'éducation est la suivante (Tableau 5) :

- 41,3 % des participants possèdent le niveau d'éducation le plus faible (absence de diplôme, diplôme de primaire ou de secondaire) ;
- 29,4 % sont diplômées de l'enseignement supérieur de type court ;
- 29,4 % de l'enseignement supérieur de type long.

Cette distribution s'écarte de celle observée en Belgique. En effet, à l'échelle de la Belgique, en 2014, 70,7 % de la population⁶ possède un diplôme du secondaire, du primaire ou n'a pas de diplôme, tandis que 15,5 % possède un niveau non universitaire de type court ou une formation professionnalisante et 15,4 % un niveau universitaire ou non universitaire de type long (24). Les participants à l'enquête de consommation alimentaire possèdent, par conséquent, un niveau d'instruction élevé puisque seulement 41 % d'entre eux proviennent d'un ménage sans diplôme ou dont le niveau le plus élevé est un diplôme du primaire ou du secondaire.

Tableau 5 | Distribution de la population d'étude selon le niveau d'éducation, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Niveau d'éducation	Flandres		Bruxelles		Wallonie		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sans diplôme, primaire ou secondaire	717	38,5	78	31,3	544	48,1	1339	41,3
Supérieur de type court	564	30,3	53	21,3	335	29,6	952	29,4
Supérieur de type long	582	31,2	118	47,4	252	22,3	952	29,4
Total	1863	100	249	100	1131	100	3243	100

Résultats non pondérés.

⁶ Population de 15 ans et plus.

4.4. COMPOSITION SELON LA TAILLE ET LE TYPE DE MÉNAGE

La majorité des personnes interrogées (64,9 %) appartiennent à des ménages de quatre membres ou plus. La distribution des ménages selon leur taille est relativement similaire en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, avec une majorité de ménages (entre 56,8 et 70,0 %) de quatre personnes ou plus (Tableau 6). Cette proportion est supérieure à celle observée au niveau de la Belgique ; en effet, en 2009, seuls 19,4 % des ménages étaient composés de quatre personnes ou plus, tandis que 33,6 % des ménages étaient composés d'une seule personne, 31,8 % des ménages incluaient deux personnes et 15,2 % des ménages étaient formés de trois personnes (25).

Tableau 6 | Distribution de la population d'étude selon la taille du ménage, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Taille du ménage	Flandres		Bruxelles		Wallonie		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Une personne	70	3,7	20	7,7	55	4,8	145	4,4
Deux personnes	224	11,9	45	17,4	147	12,8	416	12,6
Trois personnes	328	17,4	47	18,2	220	19,1	595	18,1
Quatre et plus	1262	70,0	147	56,8	731	63,4	2140	64,9
Total	1884	100	259*	100	1153	100	3296	100

Résultats non pondérés.

*La taille du ménage n'a pas pu être calculée pour un individu résidant à Bruxelles (valeur manquante).

En termes de composition de ménage, la plupart des répondants (64,2 %) appartiennent à un ménage de type « couple avec enfant(s) », tandis que 10,5 % des répondants sont issus d'une famille monoparentale, 8,5 % appartiennent à un ménage de type « couple sans enfants » et 4,4 % sont des personnes célibataires. Enfin, 12,4 % des participants à l'enquête font partie d'un autre type de ménage que ceux mentionnés ci-avant (par exemple, un ménage intergénérationnel) (Tableau 7).

Tableau 7 | Distribution de la population d'étude selon le type de ménage, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Type de ménage	Flandres		Bruxelles		Wallonie		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Célibataire	70	3,7	20	7,8	55	4,8	145	4,4
Famille monoparentale	163	8,6	45	17,4	139	12,1	347	10,5
Couple sans enfants	174	9,2	21	8,1	83	7,2	278	8,4
Couple avec enfant(s)	1274	67,6	152	58,9	690	59,9	2116	64,2
Autre	203	10,7	20	7,8	185	16,1	408	12,4
Total	1884	100	258*	100	1152*	100	3294	100

Résultats non pondérés.

* Le type de ménage n'a pas pu être défini pour un individu résidant en Wallonie et deux individus résidant à Bruxelles (valeurs manquantes).

4.5. COMPOSITION SELON LA NATIONALITÉ

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire belge 2014-2015, 92,9 % de la population d'étude est de nationalité belge. Près de 5 % des participants sont des ressortissants de l'Union européenne tandis que seulement 2,3 % possèdent une nationalité non-européenne. Une répartition relativement similaire est observée en Wallonie et en Flandre. A Bruxelles, la proportion de participants n'ayant pas la nationalité belge est la plus élevée, avec 29,6 % des individus ayant une autre nationalité (Tableau 8).

La distribution observée dans l'échantillon de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 est relativement similaire à celle observée à l'échelle de la Belgique. En effet, en 2015, 88,8 % de la population résidant en Belgique est de nationalité belge, tandis que 7,6 % de la population possède une nationalité européenne (Union européenne) et 3,6 % détient une nationalité non-européenne (26).

Tableau 8 | Distribution de la population d'étude selon la nationalité, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Nationalité	Flandres		Bruxelles		Wallonie		Echantillon total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belges	1787	94,9	183	70,4	1094	94,9	3064	92,9
Européens (EU)	68	3,6	58	22,3	33	2,9	159	4,8
Non-européens	29	1,5	19	7,3	26	2,2	74	2,3
Total	1884	100	260	100	1153	100	3297	100

Résultats non pondérés.

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

5.1. COEFFICIENTS DE PONDÉRATION

Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire ont été pondérés afin de représenter au mieux la population cible, à savoir la population belge âgée de 3 à 64 ans. L'utilisation de coefficients de pondération est nécessaire en raison du plan d'échantillonnage stratifié (stratification géographique, stratification par âge et par genre) adopté dans cette enquête. Contrairement à un échantillonnage aléatoire simple dans lequel chaque individu possède la même probabilité d'être sélectionné, un échantillonnage stratifié implique des probabilités de sélection différentes d'une strate à l'autre (Tableau 9). Ces différences rendent nécessaire l'utilisation de coefficients de pondération individuels afin d'obtenir des résultats représentatifs de la population belge, d'un point de vue géographique et démographique (âge et genre).

Tableau 9 | Nombre d'interviews et probabilités de sélection selon la province, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique

Provinces	Interviews (n)	Interviews (% de l'échantillon)	Individus dans la population belge* (n)	Probabilités de sélection (x 1000)**
Anvers	542	16,4	1408243	0,38
Brabant flamand	317	9,6	867709	0,37
Limbourg	264	8,0	675710	0,39
Flandre Orientale	389	11,8	1144733	0,34
Flandre Occidentale	372	11,3	884136	0,42
Brabant wallon	102	3,1	310801	0,33
Hainaut	370	11,2	1056155	0,35
Liège	398	12,1	863124	0,46
Luxembourg	93	2,8	222645	0,42
Namur	190	5,8	385829	0,49
Bruxelles-Capitale	260	7,9	955125	0,27
Total (Belgique)	3297	100	8774210	0,38

* Population belge de 3 à 64 ans au 01/01/2014.

** Pour chaque province, la probabilité de sélection est le rapport entre le nombre d'interviews et la taille de la population de cette province.

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire, un coefficient de pondération a été calculé pour chaque individu. Le calcul de ces coefficients implique de tenir compte de la distribution de l'échantillon selon la province, le sexe et l'âge, de même que de la saison et du jour de la semaine au cours desquels les interviews ont été réalisées. La prise en compte de la saison et du jour de la semaine permet, en effet, d'éliminer l'influence des variations saisonnières et journalières.

Dans une première étape, l'inverse de la probabilité de sélection de l'individu, à savoir le rapport entre le nombre d'interviews dans chaque strate de province-âge-sexe et la taille de la population de cette strate⁷, a été calculé.

⁷ La population de référence utilisée est la population belge au 01/01/2014.

Ce premier coefficient a ensuite été multiplié avec un second coefficient tenant compte de la répartition journalière et saisonnière des interviews afin de fournir le coefficient de pondération individuel final. Le Tableau 10 décrit la distribution des coefficients de pondération individuels utilisés dans le cadre de l'enquête.

Tableau 10 | Moyenne, valeurs extrêmes et percentiles des coefficients de pondération individuels, Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015

Distribution	Coefficients de pondération
Moyenne	1,00
Minimum-maximum	0,088-13,90
P25	0,26
Médiane	0,51
P75	1,35

5.2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 sont présentés dans trois rapports distincts :

- le premier rapport porte sur les habitudes alimentaires de la population, son statut nutritionnel (IMC, tour de taille, ratio tour de taille/taille) et l'avis des citoyens vis-à-vis des politiques nutritionnelles ;
- le second rapport concerne l'activité physique et le comportement sédentaire de la population, ainsi que le comportement, l'attitude et les connaissances de la population en matière de sécurité alimentaire ;
- le troisième rapport synthétise les résultats concernant la consommation d'aliments, de macro- et de micronutriments de la population.

Au sein de chacun de ces trois rapports, l'analyse des données issues du travail de terrain et le calcul d'indicateurs sont réalisés par module, c'est-à-dire selon différentes thématiques de recherche bien spécifiques (par exemple, le lieu de consommation des repas ou la consommation de produits biologiques).

Dans chaque module, les résultats de l'enquête sont présentés selon une structure commune : ils sont tout d'abord décrits au niveau de la Belgique dans son ensemble, avant d'être présentés et comparés en fonction de différentes caractéristiques sociodémographiques : le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la région de résidence. Dans certains cas, les résultats sont aussi comparés en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC).

Standardisation

Les indicateurs sont exprimés sous forme de pourcentages (pour les indicateurs binaires et catégoriques) ou de moyennes (pour les indicateurs continus). Les pourcentages – ou taux – bruts correspondent à la proportion réelle de personnes appartenant à une certaine catégorie dans la population étudiée ; il s'agit de pourcentages pondérés. De même, la moyenne brute exprime la valeur moyenne pondérée de l'indicateur dans la population d'étude. Ces informations sont descriptives ; elles doivent être interprétées avec précaution lorsque l'on souhaite comparer différents sous-groupes de population (par exemple, les hommes et les femmes).

Afin de pouvoir comparer correctement plusieurs sous-groupes de la population (par exemple, en fonction de la localisation géographique), il est nécessaire d'éliminer l'effet potentiel de la distribution de la population par âge et/ou par sexe sur les résultats. Celui-ci pourrait, en effet, biaiser l'interprétation des résultats.

A titre d'exemple, si la valeur moyenne d'un indicateur est plus élevée chez les personnes domiciliées en Wallonie que chez celles domiciliées en Flandre, cette différence peut être liée à une proportion plus élevée d'une certaine tranche d'âge ou d'un des deux sexes en Wallonie, et non pas à un effet direct de la région de résidence. Par conséquent, des taux standardisés ou des moyennes standardisées ont été calculés (au moyen de régressions linéaires incluant le sexe et l'âge comme covariables) afin de tenir compte des différences de distribution éventuelles par âge et par sexe entre les groupes étudiés.

Ces taux permettent de réaliser un premier examen rapide afin d'identifier les différences entre plusieurs sous-groupes de la population. Ces taux sont toujours calculés et présentés avec un intervalle de confiance. Ce dernier indique les bornes entre lesquelles le paramètre à estimer a une forte probabilité (95 %) de se trouver si l'on répète les estimations. Celui-ci donne donc un ordre de grandeur quant à la précision du résultat. Lorsqu'il n'y a pas de chevauchement des intervalles de confiance entre deux groupes (les hommes et les femmes, par exemple), il est raisonnable de conclure que la différence entre ces deux groupes est significative ; lorsqu'il y a chevauchement, par contre, aucune conclusion ne peut être tirée et des analyses supplémentaires doivent être réalisées.

Tests de signification statistique

Lorsque les intervalles de confiance ne permettaient pas de tirer de conclusion quant aux différences entre sous-groupes, des tests de régression multivariée ont été réalisés (à l'aide du logiciel StataSE 14) afin de vérifier si une différence significative existait entre les différents sous-groupes étudiés.

Lorsque des différences significatives étaient identifiées, des explications détaillées ont été fournies dans le texte. L'« *odd ratio* » (OR) et son intervalle de confiance ont, en outre, été rapportés ; l'*odd ratio* correspond au rapport entre la cote d'un événement (une maladie, par exemple) dans un groupe sur la cote de cet événement dans un autre groupe. En absence de différence significative, la comparaison n'a pas, ou sommairement, été mentionnée dans le texte (« On n'observe pas de variation à ce sujet en fonction de la région de résidence », par exemple).

Présentation des résultats par catégorie

Pour chaque module, les résultats sont tout d'abord décrits selon le **sexe**. Ils sont également comparés en fonction de sept classes d'**âge** : 3-5 ans, 6-9 ans, 10-13 ans, 14-17 ans, 18-34 ans, 35-50 ans, 51-64 ans. Pour la plupart des indicateurs, une figure illustre la distribution par âge, séparément selon le sexe. De manière systématique, l'axe des ordonnées est associé au nom de l'indicateur concerné, suivi de la mention « Proportion » dans le cas d'un indicateur binaire ou catégorique ou de la mention « Moyenne » dans le cas d'un indicateur continu.

Les résultats sont ensuite présentés selon le **niveau d'éducation** le plus élevé du ménage dont font partie les répondants. Trois niveaux ont été explorés : « absence de diplôme, primaire ou secondaire », « supérieur de type court » et « supérieur de type long » (cf. Section 4.3). Le niveau d'éducation est connu pour la majorité des participants ; des données manquantes sont néanmoins présentes pour une petite partie d'entre eux (cf. Section 4.3).

Une quatrième comparaison concerne la **région** dans laquelle sont domiciliés les répondants. A ce niveau, seules la Wallonie et la Flandre ont été comparées : en effet, l'effectif est assez restreint à Bruxelles, ce qui risquerait de fausser une éventuelle comparaison. Néanmoins, il est important de signaler que les personnes résidant à Bruxelles ont été incluses dans toutes les autres comparaisons et résultats.

Enfin, dans la mesure du possible, une comparaison avec les résultats obtenus en **2004** est également réalisée. Il est important de noter ici qu'à partir de deux années seulement, une telle comparaison ne doit pas être interprétée comme une tendance évolutive au cours du temps. En outre, cette comparaison tient uniquement compte de la population âgée de 15 à 64 ans : en 2004, les enfants et les adolescents jusque 14 ans ne faisaient, en effet, pas partie de la population cible.

La comparaison par année, séparément selon la région, est également illustrée par le biais de graphiques. Le système de légende de l'axe des ordonnées est identique à celui présenté pour les figures selon l'âge et le sexe.

Cette structure générale a, dans certains cas, été adaptée : lorsque cela s'avérait pertinent, des **analyses supplémentaires** ont, en effet, été réalisées et décrites dans le texte. A titre d'exemple, certains indicateurs ont été présentés en fonction d'autres variables que celles faisant partie de la structure générale (en fonction de l'indice de masse corporelle, par exemple).

Tableaux

Chaque chapitre s'achève par la présentation des résultats sous forme de **tableaux**. En fonction des indicateurs, quatre types de tableaux résument les résultats obtenus par sexe, âge, niveau d'éducation, région de résidence et année d'enquête:

- Pour les variables *catégoriques* (faisant intervenir plus de deux catégories de réponse), les tableaux présentent les pourcentages bruts⁸.
- Pour les variables *continues*, deux tableaux sont produits : le premier reprend la moyenne brute et la moyenne standardisé, de même que les intervalles de confiance correspondant (à 95 %) et le deuxième présente la médiane et les quartiles.
- Pour les variables *binaires*, le tableau se focalise sur l'une des deux catégories de réponse (en fonction de la pertinence du sujet) et présente le pourcentage brut et le pourcentage standardisé, de même que les intervalles de confiance correspondant (95 %)

⁸ Les pourcentages ou moyennes bruts font référence aux pourcentages ou moyennes pondérés.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) World Health Organization. Global health estimates 2014 summary tables - DALY by cause, age and sex, by WHO region, 2000-2012. 2014. 6-7-2015.
- (2) World Health Organization. Healthy diet. Fact sheet N°394. 2015. 2-10-2015.
- (3) World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet n°311. 2015. 15-4-2015.
- (4) European Commission. 2008-2013 EU funded actions to support the public health priorities. Nutrition & Physical activity actions addressing obesity. Luxembourg: European Union; 2014.
- (5) De Keyzer W, Bracke T, McNaughton SA, Parnell W, Moshfegh AJ, Pereira RA, et al. Cross-Continental Comparison of National Food Consumption Survey Methods. A Narrative Review. *Nutrients* 2015;7(5):3587-620.
- (6) European Food Safety Authority. Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal* 2014;12(12).
- (7) European Food Safety Authority. General principles for the collection of national food consumption data in the view of a pan-European dietary survey. *EFSA Journal* 2009;7(12):1435.
- (8) Ocké M, de Boer E, van der Laan J, Niekerk M, van Rossum C, Temme L, et al. PANCAKE – Pilot study for the Assessment of Nutrient intake and food Consumption Among Kids in Europe. 2012. Report No.: Supporting Publications 2012:EN-339.
- (9) Biro G, Hulshof KF, Ovesen L, Amorim Cruz JA. Selection of methodology to assess food intake. *Eur J Clin Nutr* 2002 May;56 Suppl 2:S25-S32.
- (10) Dodd KW, Guenther PM, Freedman LS, Subar AF, Kipnis V, Midthune D, et al. Statistical methods for estimating usual intake of nutrients and foods: a review of the theory. *J Am Diet Assoc* 2006 Oct;106(10):1640-50.
- (11) Crispim SP, Nicolas G, Casagrande C, Knaze V, Illner AK, Huybrechts i, et al. Quality assurance of the international computerised 24 h dietary recall method (EPIC-Soft). *Br J Nutr* 2014 Feb;111(3):506-15.
- (12) Ocke MC, Slimani N, Brants H, Buurma-Rethans E, Casagrande C, Nicolas G, et al. Potential and requirements for a standardized pan-European food consumption survey using the EPIC-Soft software. *Eur J Clin Nutr* 2011 Jul;65 Suppl 1:S48-S57.
- (13) De Vriese S, De Backer G, De Henauf S, Huybrechts I, Kornitzer K, Leveque A, et al. The Belgian food consumption survey: aims, design and methods. *Arch Public Health* 2005;63:1-16.
- (14) Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003 Aug;35(8):1381-95.
- (15) Philippaerts RM, Matton L, Wijndaele K, Balduck AL, de Bourdeaudhuij I, Lefevre J. Validity of a physical activity computer questionnaire in 12- to 18-year-old boys and girls. *Int J Sports Med* 2006 Feb;27(2):131-6.
- (16) De Craemer M, Lateva M, Iotova V, De Decker E, Verloigne M, de Bourdeaudhuij I, et al. Differences in Energy Balance-Related Behaviours in European Preschool Children: The Toyox-Study. *PLoS One* 2015 Mar 18;10(3):e0118303.
- (17) Bjornelv S, Nordahl HM, Holmen TL. Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 May;46(5):353-62.
- (18) Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003;57(2):113-8.
- (19) Petersen AC, Crockett L, Richards M, Boxer A. A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms. *J Youth Adolesc* 1988 Apr;17(2):117-33.
- (20) Helmerhorst HJ, Brage S, Warren J, Besson H, Ekelund U. A systematic review of reliability and objective criterion-related validity of physical activity questionnaires. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9:103.
- (21) Puyau MR, Adolph AL, Vohra FA, Butte NF. Validation and calibration of physical activity monitors in children. *Obes Res* 2002 Mar;10(3):150-7.
- (22) Connor GS, 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 Jul;8(4):307-26.
- (23) European Food Safety Authority. The food classification and description system FoodEx2 (revision 2) . EFSA supporting publication 2015 2015;1-90.
- (24) Statistics Belgium. Niveau d'instruction. 2014. SPF Economie, Direction générale Statistique. 13-10-2015.

- (25) Statistics Belgium. Structure de la population selon les ménages : par année, par région et par taille. 2009. SPF Economie. Direction générale Statistique. 13-10-2015.
- (26) Statistics Belgium. Population par nationalité et par sexe 2015. 2015. SPF Economie. Direction générale Statistique. 13-10-2015.

RÉGULARITÉ DES REPAS

AUTEUR

Sarah BEL

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacqz, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Bel S. Régularité des repas. Dans : Lebacqz T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	41
1. Introduction	42
2. Instruments	43
2.1. Questions	43
2.1.1. Régularité des repas.....	43
2.1.2. Horaires des repas.....	43
2.2. Indicateurs	44
3. Résultats	45
3.1. Repas principaux	45
3.1.1. Petit-déjeuner	45
3.1.2. Dîner et souper	47
3.1.3. Régularité des trois repas principaux.....	47
3.2. Collations	49
3.2.1. Collation de 10 heures.....	49
3.2.2. Collation de 16 heures.....	50
3.2.3. Collation en soirée	51
3.3. Horaires des repas.....	52
4. Discussion	54
5. Tableaux	56
6. Bibliographie.....	70

RÉSUMÉ

En Belgique, en 2014, 78 % de la population (de 3 à 64 ans) prend régulièrement un petit-déjeuner (c'est-à-dire au minimum cinq jours par semaine). De plus, 71 % de la population prend chaque jour un petit-déjeuner. Les femmes, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et les personnes résidant en Flandre accordent davantage d'importance à cette habitude alimentaire saine. A l'inverse, les adolescents (de 14 à 17 ans) et jeunes adultes (de 18 à 34 ans) y accordent moins d'importance. Les personnes ayant un IMC considéré comme normal sont plus nombreuses (81 %) que les personnes en situation de surpoids (75 %) à prendre un petit-déjeuner de manière régulière. Les personnes en situation de carence pondérale (17 %) sont plus nombreuses que celles ayant un IMC normal (7 %) à prendre un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine. En ce qui concerne l'évolution de cette habitude au fil du temps, le pourcentage de la population belge (de 15 à 64 ans) prenant régulièrement un petit-déjeuner est resté relativement stable entre 2004 et 2014.

La proportion de la population (de 3 à 64 ans) prenant un dîner ou un souper de manière régulière est plus élevée (93 % et 97 %, respectivement) que celle prenant régulièrement un petit-déjeuner (78 %).

En Belgique, en 2014, 74 % de la population (de 3 à 64 ans) prend l'ensemble de ses repas de manière régulière (c'est-à-dire son petit-déjeuner, son dîner et son souper au minimum cinq fois par semaine). Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes (78 %) que chez les hommes (69 %). Les personnes les plus jeunes (de 3 à 13 ans) et les plus âgées (de 35 à 64 ans) sont plus nombreuses que les personnes âgées de 14 à 34 ans à prendre leurs repas de manière régulière. Ce pourcentage est plus élevé chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long et chez celles résidant en Flandre. Les personnes en situation de surpoids sont moins nombreuses (68 %) à prendre régulièrement leurs trois repas principaux, en comparaison aux personnes ayant un IMC considéré comme normal (78 %). En termes d'évolution, le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) prenant ses repas de manière régulière en 2014 est similaire à celui observé en 2004.

En Belgique, en 2014, 39 % de la population (de 3 à 64 ans) consomme régulièrement (c'est-à-dire au moins cinq jours par semaine) une collation de 10 heures. A l'inverse, 27 % de la population indique ne jamais manger une collation dans le courant de la matinée. Les femmes et les personnes ayant un IMC normal sont plus nombreuses à prendre un « dix heures » de manière régulière. Cette prévalence est la plus élevée chez les enfants (de 3 à 9 ans) et la plus faible chez les adultes âgés de 18 à 34 ans.

En Belgique, en 2014, 42 % de la population (de 3 à 64 ans) mange régulièrement (au moins cinq jours par semaine) un goûter, c'est-à-dire une collation durant l'après-midi. A l'inverse, 19 % de la population déclare ne jamais prendre une collation dans le courant de l'après-midi. Davantage de femmes que d'hommes prennent un goûter. Le pourcentage de personnes consommant régulièrement un goûter est le plus élevé (87 %) chez les enfants les plus jeunes (de 3 à 5 ans) et le plus faible (30 %) chez les adultes les plus âgés (de 51 à 64 ans).

En Belgique, en 2014, 30 % de la population (de 3 à 64 ans) – parmi lesquels autant d'hommes que de femmes – mange régulièrement (au moins cinq jours par semaine) une collation en soirée. A l'inverse, 24 % de la population indique ne jamais prendre une telle collation. Le pourcentage de population qui mange régulièrement une collation en soirée est le plus faible chez les jeunes enfants (de 3 à 5 ans) et le plus important dans la catégorie d'âge la plus élevée (51-64 ans). Les personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible sont plus nombreuses à prendre ce type de collation que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé. Enfin, le pourcentage de personnes prenant régulièrement une collation en soirée est plus élevé en Flandre qu'en Wallonie.

En Belgique, en 2014, 69 % de la population (de 10 à 64 ans) prend ses repas à heures fixes. Les femmes sont plus nombreuses (73 %) que les hommes (66 %) à prendre leurs repas selon des horaires fixes. Le pourcentage de personnes prenant ses repas à heures fixes est le plus élevé chez les jeunes adolescents (de 10 à 13 ans) ainsi que dans la catégorie d'âge la plus élevée (51-64 ans). Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long sont plus nombreuses à prendre leurs repas à heures fixes que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur.

1. INTRODUCTION

La régularité des repas constitue un aspect essentiel en matière de santé. Il est généralement recommandé de consommer trois repas principaux et deux à maximum trois collations saines par jour (1). Les collations ne sont pas absolument nécessaires mais peuvent constituer une plus-value en période de croissance (chez les enfants et adolescents notamment) ou en cas d'augmentation des besoins nutritionnels (lors d'une grossesse, par exemple). L'intérêt de prendre ou non une collation dépend également de l'intervalle de temps entre deux repas principaux (2).

Le fait de sauter des repas possède un impact négatif sur la santé. Ceci s'explique essentiellement par une éventuelle augmentation de la sensation de faim qui s'en suit, celle-ci étant susceptible de mener à long terme à une prise de poids et de constituer dès lors un facteur de risque pour le développement du diabète et de maladies cardiovasculaires (3). Le fait de sauter des repas a, en outre, été associé à un risque accru d'obésité chez les enfants et adolescents (4).

Le petit-déjeuner est un repas particulièrement important. Au moment du réveil, huit à douze heures se sont, en effet, écoulées depuis le dernier repas. Le petit-déjeuner permet donc de refaire le plein d'énergie, cette énergie étant nécessaire pour garantir un rendement optimal durant la matinée, tant d'un point de vue intellectuel que physique. Le fait de sauter le petit-déjeuner est souvent associé à une sensation de faim et de fatigue dans le courant de la matinée, celle-ci menant à la consommation de collations riches en énergie (en graisse et en sucre, essentiellement) (1). Ne pas prendre de petit-déjeuner a également été associé à un régime alimentaire de moins bonne qualité (3) à 7. Plusieurs études, menées principalement chez les enfants et adolescents, ont révélé que la consommation régulière d'un petit-déjeuner est reliée à un indice de masse corporelle (IMC) inférieur, ainsi qu'à un risque réduit de surpoids ou d'obésité (5-7).

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 s'est, par conséquent, intéressée à la fréquence et la régularité de consommation des trois repas principaux (le petit-déjeuner, le dîner et le souper) et des trois collations (en matinée, l'après-midi et en soirée). Le fait de prendre ou non ses repas à heures fixes a également été exploré dans le cadre de la présente enquête.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

2.1.1. Régularité des repas

Les questions relatives à la fréquence des repas ont été adressées oralement aux participants (ou à leur proxy) lors de la première visite à domicile de l'enquêteur, au moyen d'une méthode assistée informatiquement (CAPI, « *Computer Assisted Personal Interview* »). Ces questions ont été posées aux enfants (de 3 à 9 ans), aux adolescents (de 10 à 17 ans) et aux adultes (de 18 à 64 ans).

La régularité des repas a été étudiée au moyen de six questions concernant les trois repas principaux (le petit-déjeuner, le dîner et le souper) et les trois collations (« 10 heures », goûter et en soirée) :

« Veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous (votre enfant) consommez (consomme) les repas énumérés ci-dessous. Remarque : une boisson seule (par exemple un verre de lait) ne peut pas être considérée comme un repas ».

- GF06 Un petit-déjeuner ;
- GF07 Un dîner ;
- GF08 Un souper ;
- GF0901 Une collation à 10 heures ;
- GF0902 Une collation à 16 heures ;
- GF0903 Une collation en soirée (après le souper).

Pour ces différentes questions, les catégories de réponse étaient les suivantes : (1) Jamais ; (2) Moins d'un jour par mois ; (3) Un à trois jours par mois ; (4) Un jour par semaine ; (5) Deux à quatre jours par semaine ; (6) cinq à six jours par semaine ; (7) une fois par jour.

Ces questions sont issues de l'enquête de consommation alimentaire de 2004. En 2004, la catégorie de réponse « une fois par jour » était énoncée comme « chaque jour ». Les autres catégories de réponse étaient identiques à celles mentionnées ci-dessus. Par ailleurs, dans l'enquête de 2004, seuls les principaux repas (le petit-déjeuner, le dîner et le souper) ont été étudiés. Étant donné la fréquence élevée de consommation de collations, cette thématique a été intégrée à la présente enquête sur demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

2.1.2. Horaires des repas

Une question supplémentaire concernait les heures de consommation des repas. Cette question a été adressée aux adolescents et aux adultes lors de la première interview orale, assistée de manière informatique (CAPI). Cette question a été formulée par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Elle n'avait pas été posée lors de la précédente enquête, menée en 2004.

- GF05 Mangez-vous à heures fixes ou vos horaires varient-ils fortement ?

A cette question, les participants pouvaient choisir de répondre : (1) Je mange à heures fixes ; (2) Je mange à heures variables.

2.2. INDICATEURS

Afin d'évaluer la fréquence de consommation des trois repas principaux et des trois collations, les indicateurs suivants ont été créés :

- MF_1B** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de la fréquence de consommation du petit-déjeuner.
- MF_1L** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de la fréquence de consommation du dîner.
- MF_1D** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de la fréquence de consommation du souper.
- MF_1S1** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de la fréquence de consommation de la collation de 10 heures.
- MF_1S2** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de la fréquence de consommation de la collation de 16 heures.
- MF_1S3** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de la fréquence de consommation d'une collation en soirée.

Chacun de ces indicateurs est composé de six catégories : (1) Jamais ; (2) Moins d'un jour par semaine ; (3) Un jour par semaine ; (4) Deux à quatre jours par semaine ; (5) cinq à six jours par semaine ; (6) une fois par jour.

De plus, étant donnée la fréquence de consommation variable du petit-déjeuner et des collations d'un individu à l'autre, un indicateur supplémentaire a été créé pour chacun de ces items afin d'évaluer la régularité de la consommation de ces repas/collations :

- MF_2B** Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner au moins cinq jours par semaine.
- MF_2S1** Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation de 10 heures au moins cinq jours par semaine.
- MF_2S2** Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation de 16 heures au moins cinq jours par semaine.
- MF_2S3** Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation en soirée au moins cinq jours par semaine.

En 2004, l'indicateur suivant concernant le petit-déjeuner avait également été analysé ; afin de comparer les résultats de 2014 avec ceux de 2004, celui-ci a également été étudié dans le cadre de la présente enquête :

- MF_3B** Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine.

Afin d'explorer la régularité de consommation de l'ensemble des repas principaux – c'est-à-dire le petit-déjeuner, le dîner et le souper – l'indicateur suivant a été calculé :

- MF_4** Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner, un dîner et un souper au moins 5 jours par semaine.

Enfin, l'indicateur suivant a été créé au départ de la question GF05 :

- MF_5** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend ses repas à heures fixes.

3. RÉSULTATS

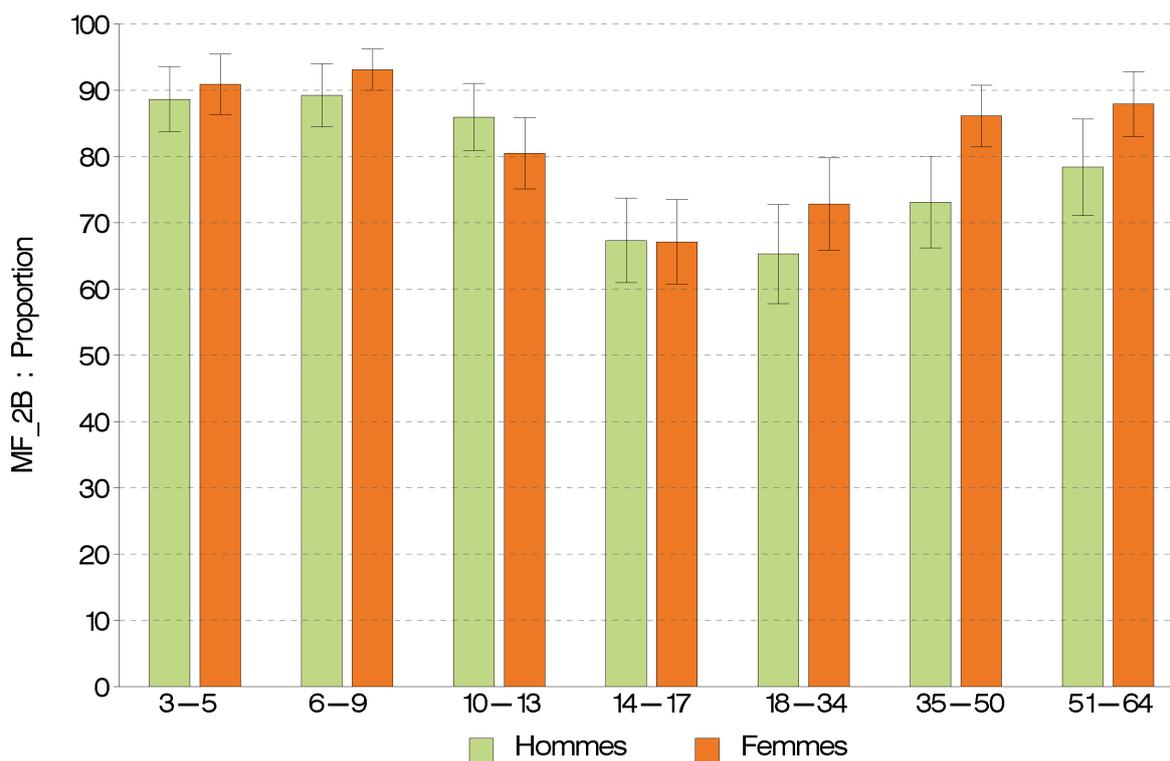
3.1. REPAS PRINCIPAUX

3.1.1. Petit-déjeuner

En Belgique, en 2014, 78,3 % de la population (de 3 à 64 ans) prend régulièrement un petit-déjeuner (c'est-à-dire au minimum cinq jours par semaine). De plus, 70,7 % de la population prend chaque jour un petit-déjeuner. Davantage de femmes (82,4 %) que d'hommes (74,3 %) prennent régulièrement un petit-déjeuner (OR 1,62 ; IC 95 % 1,26-2,08). Cette différence hommes-femmes se marque essentiellement au sein de la population adulte (Figure 1). Les femmes sont également moins nombreuses (7,4 %) que les hommes (11,5 %) à prendre un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine (OR 0,61 ; IC 95 % 0,42-0,88). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge.

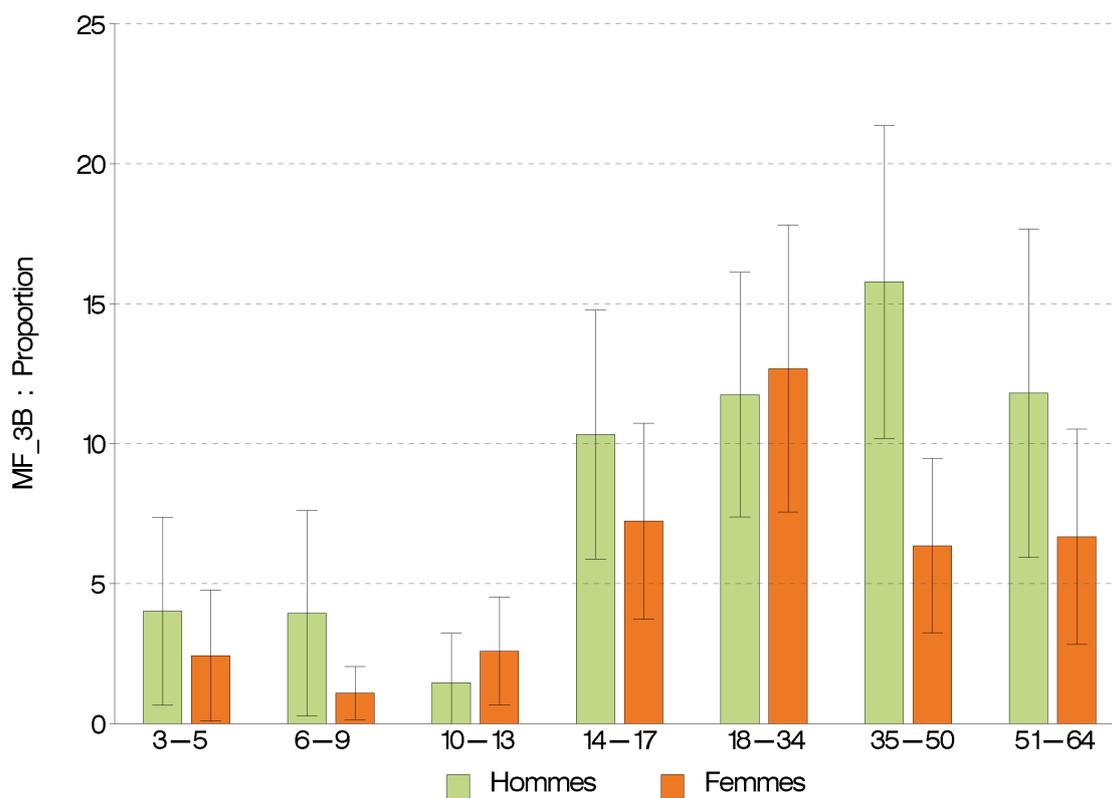
Le pourcentage de personnes qui prennent régulièrement un petit-déjeuner varie en fonction de l'âge : il est le plus élevé dans les catégories d'âge 3-5 ans (89,8 %) et 6-9 ans (91,1 %) ; ce pourcentage diminue ensuite fortement dans les catégories d'âge 14-17 ans (67,2 %) et 18-34 ans (69,0 %), avant d'augmenter à nouveau jusqu'à 83,4 % dans la catégorie d'âge la plus élevée (51-64 ans) (Figure 1). De telles différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 1 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner au moins cinq jours par semaine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Par ailleurs, le pourcentage de la population qui prend un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine est plus faible chez les jeunes âgés de 3 à 13 ans (de 2,0 % à 3,2 %) que chez les personnes âgées de 14 à 64 ans (de 8,8 % à 12,2 %) (Figure 2). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 2 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Il existe une relation claire entre la régularité de consommation du petit-déjeuner et le niveau d'instruction : le pourcentage de la population prenant un petit-déjeuner de manière régulière augmente, en effet, avec le niveau d'instruction. Un tel gradient s'avère significatif après standardisation pour l'âge et le sexe. De plus, le pourcentage de la population qui prend un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine a tendance à diminuer lorsque le niveau d'éducation augmente : il est le plus élevé chez les personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible (14,3 %) ; il diminue ensuite chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (7,5 %) (OR 0,48 ; IC 95 % 0,30-0,76) pour atteindre un minimum chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (4,0 %) (OR 0,24 ; IC 95 % 0,14-0,40). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Les personnes résidant en Wallonie¹ sont moins nombreuses (73,1 %) que celles domiciliées en Flandre (80,8 %) à prendre régulièrement un petit-déjeuner (OR 0,65 ; IC 95 % 0,49-0,85). En outre, le pourcentage de personnes prenant un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine est plus élevé en Wallonie (13,9 %) qu'en Flandre (7,4 %) (OR 2,05 ; IC 95 % 1,39-3,02). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

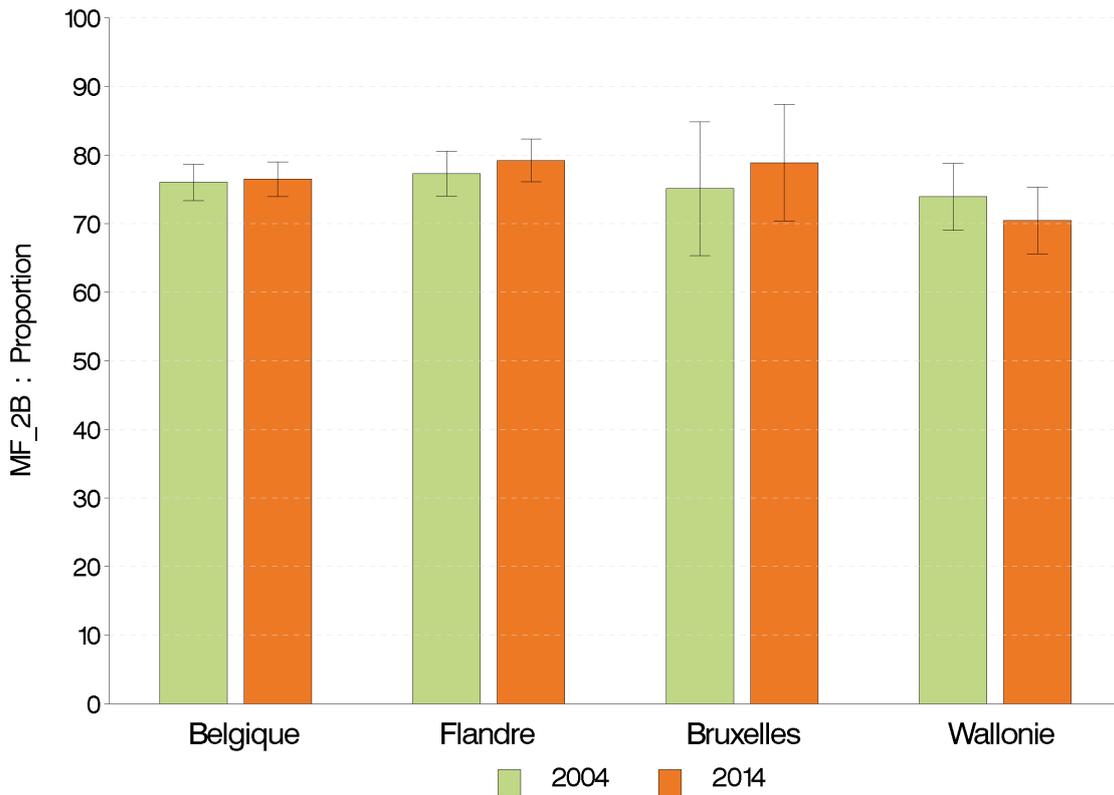
La régularité de consommation du petit-déjeuner a été mise en relation avec l'indice de masse corporelle (IMC²). Ainsi, le pourcentage de la population prenant un petit-déjeuner de manière régulière est significativement plus élevé chez les personnes ayant un IMC considéré comme normal (80,7 %) que chez celles en situation de surpoids (74,7 %) (OR 1,53 ; IC 95 % 1,10-2,11). De plus, le pourcentage de personnes qui prennent un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine est significativement plus élevé chez les personnes présentant une carence pondérale (17,3 %) que chez les personnes ayant un IMC normal (7,0 %) (OR 3,82 ; IC 95 % 1,56-9,36). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) qui déclare prendre régulièrement un petit-déjeuner en 2014 (76,5 %) est similaire à celui observé en 2004 (76,0 %) (Figure 3).

¹ Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

² Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

Figure 3 | Pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner au moins cinq jours par semaine, par région et par année (2004 et 2014), Belgique



3.1.2. Dîner et souper

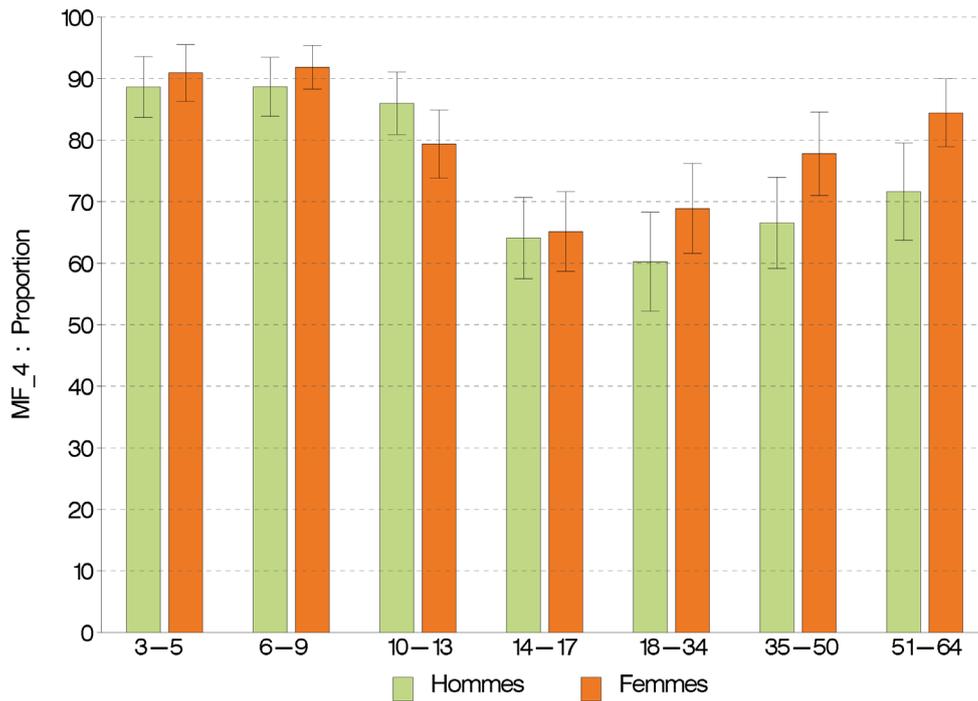
En Belgique, en 2014, 92,8 % de la population (de 3 à 64 ans) prend régulièrement (c'est-à-dire au minimum cinq fois par semaine) un dîner et 97,0 % de la population mange régulièrement un souper. Ces pourcentages sont plus élevés que ceux notés pour le petit-déjeuner.

3.1.3. Régularité des trois repas principaux

En Belgique, en 2014, 73,6 % de la population (de 3 à 64 ans) prend le petit-déjeuner, le dîner et le souper de manière régulière, c'est-à-dire au minimum cinq jours par semaine. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes (77,9 %) que chez les hommes (69,4 %), une différence qui s'avère significative après standardisation pour l'âge (OR 1,57 ; IC 95 % 1,23-2,01). Cette différence hommes-femmes se marque essentiellement dans les catégories d'âge adulte (Figure 4).

Cette prévalence varie également avec l'âge (Figure 4) : elle est la plus élevée dans les catégories d'âge les plus jeunes (89,8 %, 90,2 % et 82,7 % pour les catégories 3-5 ans, 6-9 ans et 10-13 ans, respectivement) et diminue ensuite dans les catégories d'âge 14-17 ans et 18-34 ans (64,6 % et 64,5 %, respectivement), avant d'augmenter à nouveau chez les personnes âgées de 35 à 50 ans (71,9 %) et de 51 à 64 ans (78,4 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 4 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner, un dîner et un souper au moins cinq jours par semaine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



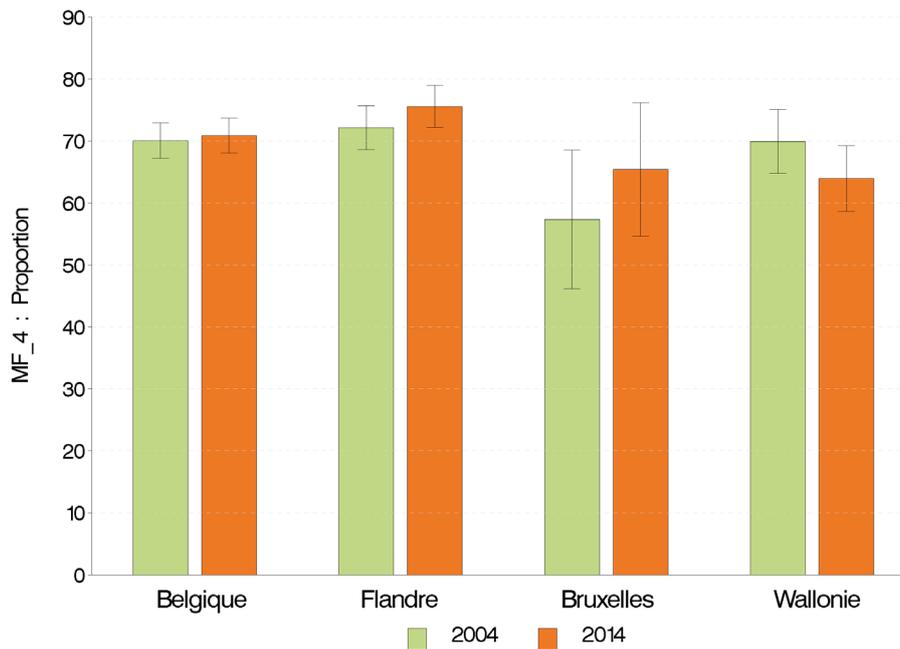
Le pourcentage de la population consommant régulièrement l'ensemble de ses repas augmente avec le niveau d'instruction. Ce pourcentage passe de 63,4 % chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation à 85,3 % chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long. Un tel gradient s'avère significatif après standardisation pour l'âge et le sexe.

D'un point de vue géographique, ce pourcentage est plus élevé en Flandre (77,7 %) qu'en Wallonie (67,7 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,73 ; IC 95 % 1,31-2,29).

Le pourcentage de la population prenant l'ensemble de ses repas de manière régulière est inférieur chez les personnes en surpoids (67,8 %), en comparaison aux personnes ayant un IMC considéré comme normal (77,5 %). Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,59 ; IC 95 % 0,44-0,81).

Enfin, des pourcentages similaires ont été observés ce sujet en 2004 (70,0 %) et en 2014 (70,9 %) (Figure 5).

Figure 5 | Pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner, un dîner et un souper au moins cinq jours par semaine, par région et par année (2004 et 2014), Belgique



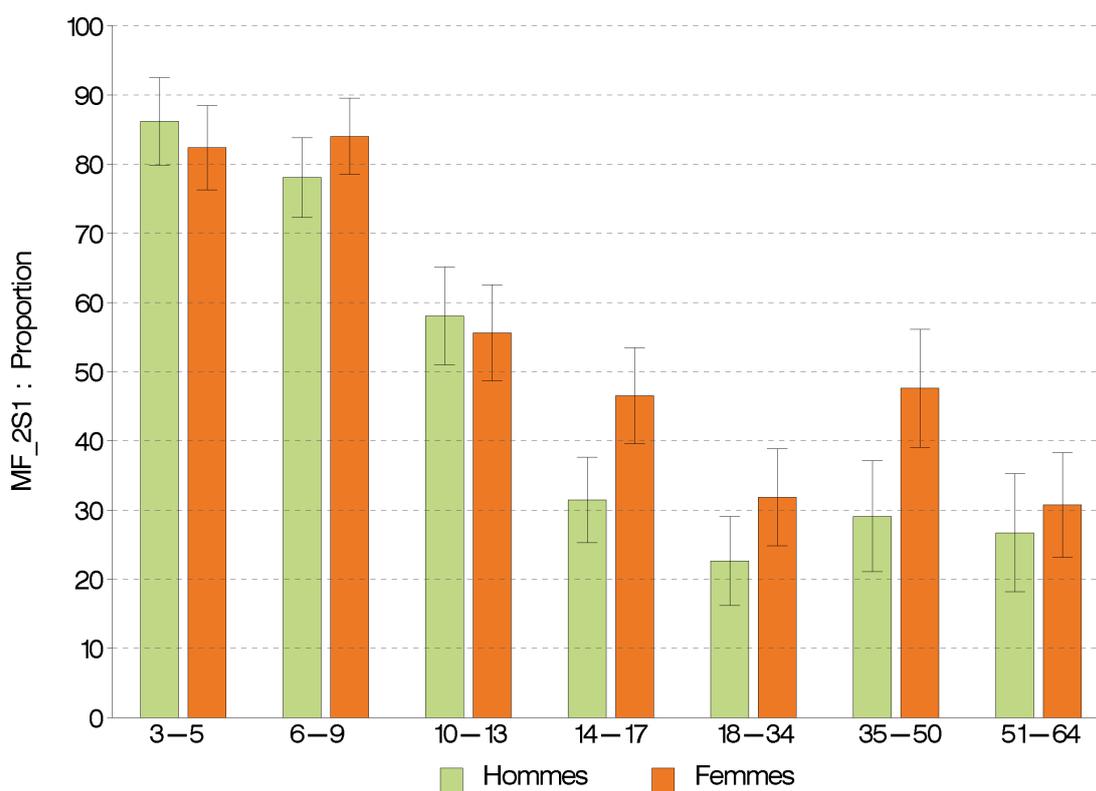
3.2. COLLATIONS

3.2.1. Collation de 10 heures

En Belgique, en 2014, 38,8 % de la population (de 3 à 64 ans) consomme régulièrement (au minimum cinq jours par semaine) un « 10 heures », c'est-à-dire une collation durant la matinée. A l'inverse, 26,9 % de la population déclare ne jamais manger de collation dans le courant de la matinée. Davantage de femmes (43,4 %) que d'hommes (34,2 %) prennent régulièrement un « 10 heures ». Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,56 ; IC 95 % 1,22-1,99).

Le fait de consommer régulièrement une collation de 10 heures varie avec l'âge : cette prévalence est la plus élevée chez les enfants (84,3 % et 81,0 % dans les catégories d'âge 3-5 ans et 6-9 ans, respectivement), elle diminue ensuite chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans (56,9 %) et de 14 à 17 ans (38,8 %) pour atteindre un minimum dans la catégorie d'âge 18-34 ans (27,2 %). Cette prévalence augmente à nouveau légèrement dans la catégorie d'âge 35-50 ans (38,0 %), avant de chuter à nouveau chez les personnes âgées de 51 à 64 ans (28,8 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe (Figure 6).

Figure 6 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation de 10 heures au moins cinq jours par semaine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

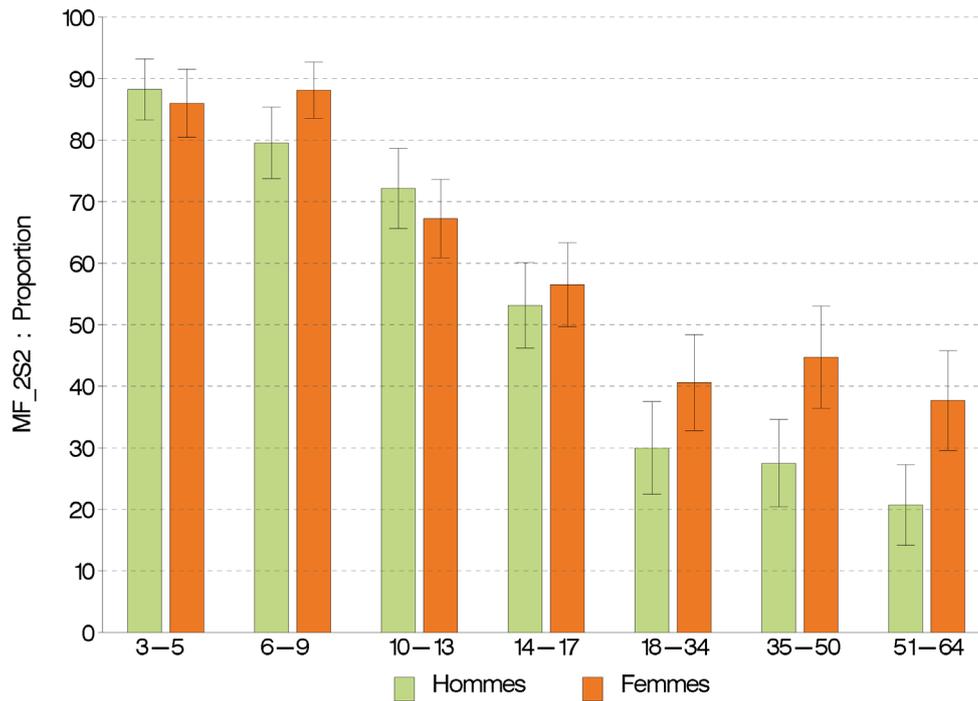
Les personnes obèses sont moins nombreuses (26,6 %) que celles ayant un IMC considéré comme normal (45,1 %) à consommer régulièrement un « 10 heures ». Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,58 ; IC 95 % 0,39-0,87).

3.2.2. Collation de 16 heures

En Belgique, en 2014, 42,4 % de la population (de 3 à 64 ans) consomme régulièrement (au moins cinq jours par semaine) un goûter, c'est-à-dire une collation durant l'après-midi. À l'inverse, 18,9 % de la population déclare ne jamais manger de goûter. Davantage de femmes (48,2 %) que d'hommes (36,6 %) mangent un goûter, une différence qui s'avère significative après standardisation pour l'âge (OR 1,76 ; IC 95 % 1,39-2,22). Cette différence hommes-femmes se marque essentiellement dans les catégories d'âge adulte (Figure 7).

Le fait de consommer régulièrement une collation de 16 heures varie également avec l'âge (Figure 7). Les enfants (de 3 à 9 ans) sont les plus nombreux à prendre régulièrement un goûter (87,1 % et 83,7 % pour les catégories 3-5 ans et 6-9 ans, respectivement). Ce pourcentage diminue ensuite chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et de 14 à 17 ans (69,8 % et 54,8 %, respectivement) et chez les adultes âgés de 18 à 34 ans et de 35 à 50 ans (35,2 % et 35,8 %, respectivement), avant d'atteindre un minimum chez les personnes âgées de 51 à 64 ans (29,6 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 7 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation de 16 heures au moins cinq jours par semaine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



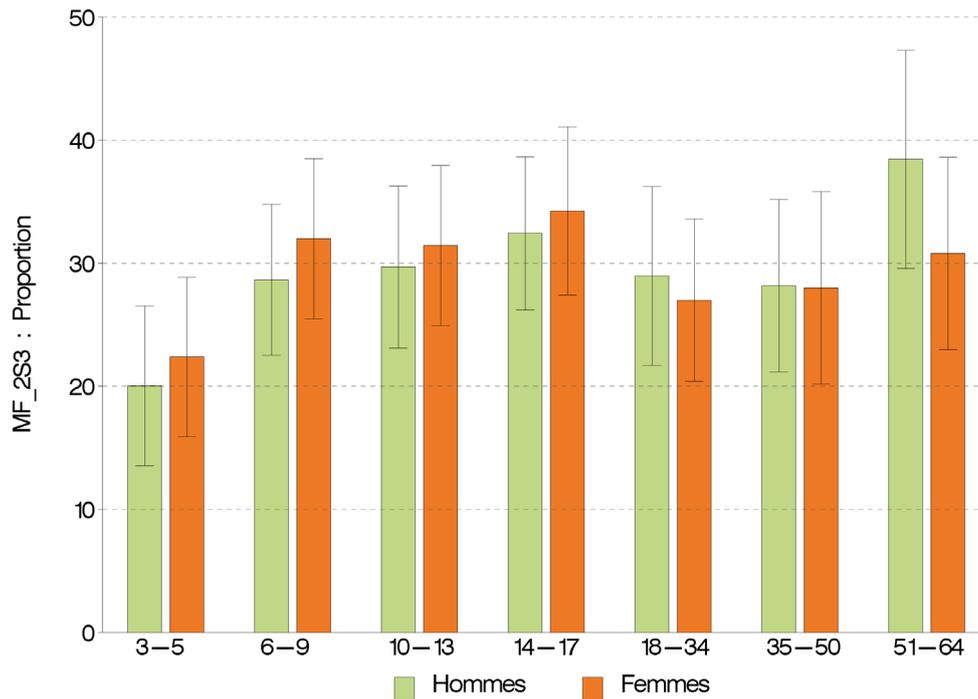
Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou de l'IMC.

3.2.3. Collation en soirée

En Belgique, en 2014, 29,9 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare consommer régulièrement (au moins cinq jours par semaine) une collation en soirée (après le souper). Des pourcentages similaires sont observés chez les femmes (29,0 %) et chez les hommes (30,7 %). A l'inverse, 24,4 % de la population déclare ne jamais consommer de collation en soirée.

Le pourcentage de personnes consommant régulièrement une collation en soirée est inférieur dans la catégorie d'âge 3-5 ans (21,2 %) que dans les catégories 6-9 ans, 10-13 ans, 14-17 ans et 51-64 ans (30,3 %, 30,5 %, 33,3 % et 34,4 %, respectivement) (Figure 8). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 8 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation en soirée au moins cinq jours par semaine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Les personnes peu instruites sont plus nombreuses (38,2 %) à consommer régulièrement une collation en soirée, en comparaison aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (25,5 %) (OR 1,79 ; IC 95 % 1,35-2,37) ou long (22,1 %) (OR 2,12 ; IC 95 % 1,58-2,86). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Une différence régionale a été observée à ce sujet : ainsi, le pourcentage de personnes prenant régulièrement une collation en soirée s'avère supérieur en Flandre (34,9 %) qu'en Wallonie (25,9 %). Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,52 ; IC 95 % 1,18-1,96).

Aucune relation n'a pu être établie entre le fait de consommer régulièrement une collation en soirée et l'IMC des individus.

3.3. HORAIRES DES REPAS

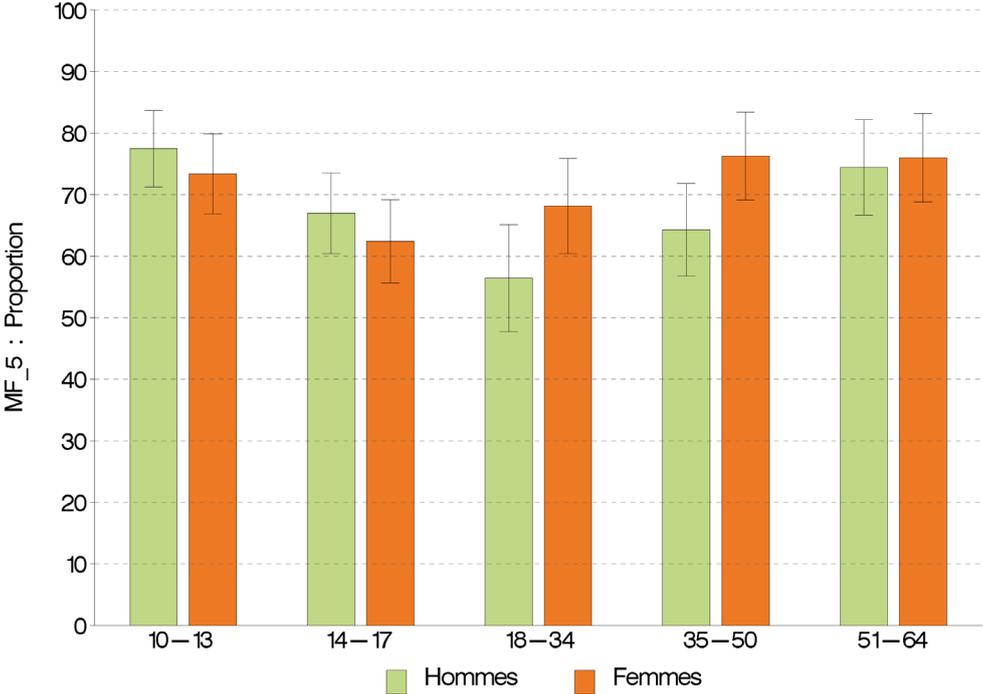
En Belgique, en 2014, 69,2 % de la population (de 10 à 64 ans) prend ses repas à heures fixes. Les femmes sont plus nombreuses (72,8 %) que les hommes (65,6 %) à manger à heures fixes, une différence qui se marque essentiellement au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans) (Figure 9). Une telle différence s'avère significative après standardisation pour l'âge (OR 1,40 ; IC 95 % 1,08-1,81).

Le fait de consommer ses repas à heures fixes varie en fonction de l'âge, selon une courbe « en U » (Figure 9) : cette prévalence est la plus élevée chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans (75,5 %) et diminue ensuite chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans (64,8 %) et chez les adultes âgés de 18 à 34 ans (62,2 %), avant d'augmenter à nouveau chez les personnes âgées de 35 à 50 ans (70,0 %) et de 51 à 64 ans (75,3 %). Après standardisation pour le sexe, les prévalences observées dans les catégories d'âge 10-13 ans et 51-64 ans sont significativement plus élevées que celles notées dans les catégories 14-17 ans et 18-34 ans.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, le pourcentage de personnes prenant ses repas à heures fixes est significativement plus élevé chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (74,5 %) que chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (67,5 %) (OR 1,45 ; IC 95 % 1,02-2,08) ou n'étant pas diplômées de l'enseignement supérieur (67,4 %) (OR 1,47 ; IC 95 % 1,05-2,05).

Cet indicateur ne varie pas significativement en fonction de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ni de l'IMC.

Figure 9 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend ses repas à heures fixes, par sexe et par âge, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

En Belgique, en 2014, les habitudes de la population vis-à-vis du petit-déjeuner n'ont pas changé en comparaison à la précédente enquête menée en 2004. Près de quatre personnes sur cinq (78 %) ont toujours pour habitude de prendre régulièrement (au moins cinq jours par semaine) un petit-déjeuner. Les femmes, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long et les personnes domiciliées en Flandre accordent davantage d'importance à cette habitude alimentaire saine. À l'inverse, les adolescents âgés de 14 à 17 ans et les adultes âgés de 18 à 34 ans y accordent moins d'importance.

La raison pour laquelle les adolescents sont moins nombreux à consommer régulièrement un petit-déjeuner pourrait être liée à la plus grande liberté et autonomie dont ils disposent en matière de choix alimentaires. Ces derniers ont également tendance à consacrer moins de temps au petit-déjeuner, notamment parce qu'ils se lèvent trop tard le matin. Dans certains cas, les adolescents ne prennent pas de petit-déjeuner car ils s'intéressent davantage à leur look et cherchent à contrôler leur poids. Or, le fait de sauter le petit-déjeuner s'avère être une méthode inefficace afin de contrôler son poids. D'autre part, les jeunes adultes sont moins nombreux à prendre un petit-déjeuner de manière régulière, notamment parce que ceux-ci sont amenés à consacrer davantage de temps à concilier carrière, famille et ménage, ceci limitant le temps disponible à la consommation régulière d'un petit-déjeuner.

En 2013, l'enquête de santé a montré que 78 % de la population belge (tous âges confondus) prend chaque jour un petit-déjeuner. De manière similaire, les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 indiquent que 71 % de la population (de 3 à 64 ans) prend chaque jour un petit-déjeuner. L'enquête de santé de 2013 a également mis en évidence que la proportion de la population consommant quotidiennement un petit-déjeuner était inférieure chez les hommes, les adolescents et les jeunes adultes (de 14 à 34 ans) et les personnes ayant un faible niveau d'instruction (8).

Il ressort de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 que les personnes ayant un IMC considéré comme normal sont plus nombreuses (81 %) à prendre régulièrement un petit-déjeuner que les personnes en situation de surpoids (75 %). Un tel résultat concorde avec les conclusions tirées par différentes études et indiquant que la consommation régulière d'un petit-déjeuner est associée à un risque réduit de surpoids ou d'obésité (5-7).

En 2014, les résultats concernant la régularité de consommation des trois repas principaux sont similaires à ceux observés lors de l'enquête de consommation alimentaire de 2004. En 2014, 74 % de la population (de 3 à 64 ans) prend ses repas principaux – à savoir le petit-déjeuner, le dîner et le souper – de manière régulière, c'est-à-dire au moins 5 jours par semaine. Les femmes, les enfants (de 3 à 9 ans), les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et les personnes résidant en Flandre obtiennent le meilleur score à ce sujet. Les personnes ayant un IMC normal sont plus nombreuses (78 %) à être régulières dans leur fréquence de consommation des repas que les personnes en situation de surpoids (68 %). Chez les enfants et adolescents, le fait de sauter des repas a été associé à un risque accru d'obésité (4)]@.

Contrairement à l'enquête de consommation alimentaire menée 2004, la présente enquête s'est également penchée sur la régularité de consommation de collations (le « 10 heures », le goûter et une éventuelle collation prise en soirée). En Belgique, en 2014, les collations de 16 heures (42 %) et de 10 heures (39 %) sont celles consommées régulièrement (au moins cinq jours par semaine) par la plus grande partie de la population (de 3 à 64 ans). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consommer régulièrement un « 10 heures » et un goûter. Les résultats révèlent que plus de quatre enfants sur cinq âgés de 3 à 9 ans consomment un « 10 heures » et un goûter. Les adolescents (de 10 à 17 ans) sont moins nombreux que les enfants à consommer régulièrement une collation durant la matinée ou l'après-midi. Les adultes (de 18 à 64 ans) sont les moins nombreux à consommer de telles collations. En comparaison au « 10 heures » et au goûter, une proportion inférieure de la population (30 %) prend régulièrement une collation en soirée (après le souper). Davantage de personnes âgées de 51 à 64 ans consomment régulièrement une telle collation, tandis que les jeunes enfants (de 3 à 5 ans) sont les moins nombreux à montrer cette habitude. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus nombreuses à prendre régulièrement une collation en soirée, en comparaison aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur (de type court ou long).

La consommation de collations n'est pas strictement nécessaire lorsque les repas principaux apportent les nutriments essentiels en suffisance. Les collations peuvent toutefois constituer une plus-value pour les

enfants et adolescents en période de croissance, celles-ci permettant de répartir les apports énergétiques tout au long de la journée. Les adultes et les personnes âgées peuvent également tirer profit d'une collation prise durant la matinée ou l'après-midi. Les horaires de travail et l'intervalle de temps entre deux repas principaux doivent être considérés afin d'évaluer la nécessité d'une éventuelle collation (1).

Le fait de prendre ses repas à heures fixes favorise la régularité en matière d'alimentation. En 2014, 69 % de la population (de 3 à 64 ans) prend ses repas à heures fixes, parmi lesquels davantage de femmes que d'hommes. Les adolescents âgés de 10 à 13 ans et les personnes âgées de 51 à 64 ans sont les plus nombreux à prendre leurs repas à heures fixes. A l'inverse, les jeunes adultes (18-34 ans) sont les moins nombreux à détenir cette habitude. Ceci peut s'expliquer par la nécessité, pour une grande partie de ces jeunes adultes, de chercher à concilier carrière, ménage et éducation des enfants, raison pour laquelle le planning des repas n'est pas toujours respecté. Les personnes ayant le niveau d'instruction le plus élevé (diplôme de l'enseignement supérieur de type long) sont plus nombreuses à prendre leurs repas à heures fixes que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur.

5. TABLEAUX

Tableau 1	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation du petit-déjeuner, Belgique	57
Tableau 2	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner au moins 5 jours par semaine, Belgique	58
Tableau 3	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine, Belgique	59
Tableau 4	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation du dîner, Belgique	60
Tableau 5	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation du souper, Belgique	61
Tableau 6	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner, un dîner et un souper au moins 5 jours par semaine, Belgique	62
Tableau 7	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation de la collation de 10 heures, Belgique, 2014	63
Tableau 8	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation à 10 heures au moins 5 jours par semaine, Belgique, 2014	64
Tableau 9	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation de la collation de 16 heures, Belgique, 2014	65
Tableau 10	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation à 16 heures au moins 5 jours par semaine, Belgique, 2014	66
Tableau 11	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation d'une collation en soirée, Belgique, 2014	67
Tableau 12	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation en soirée au moins 5 jours par semaine, Belgique, 2014	68
Tableau 13	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend ses repas à heures fixes, Belgique, 2014	69

Tableau 1 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation du petit-déjeuner, Belgique

MF_1B		Jamais	Moins d'un jour par semaine	1 jour par semaine	2-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	1 fois par jour	N
SEXE	Hommes	8,1	3,4	3,4	10,8	9,3	65,1	1633
	Femmes	5,9	1,5	1,8	8,5	6,0	76,3	1664
AGE	3 - 5	2,5	0,7	0,4	6,6	5,2	84,6	488
	6 - 9	2,0	0,5	0,7	5,6	6,1	85,0	575
	10 - 13	1,4	0,6	1,7	13,0	8,8	74,4	469
	14 - 17	6,1	2,7	5,3	18,6	11,8	55,4	495
	18 - 34	9,5	2,7	3,0	15,8	11,2	57,8	488
	35 - 50	7,4	3,8	2,3	7,1	8,4	70,9	426
	51 - 64	7,3	1,8	2,8	4,6	2,4	81,0	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	10,8	3,4	3,5	12,6	8,0	61,6	1339
	Supérieur de type court	5,7	1,8	2,5	7,8	6,9	75,3	952
	Supérieur de type long	2,6	1,4	1,4	6,6	8,4	79,7	952
REGION*	Flandre	5,1	2,3	2,3	9,5	7,7	73,1	1884
	Wallonie	10,4	3,5	3,4	9,6	7,7	65,4	1153
TOTAL		7,0	2,5	2,6	9,7	7,7	70,7	3297
ANNEE**	2004	4,9	4,7	3,7	10,8	9,7	66,3	1856
	2014	8,0	2,8	2,9	9,8	7,7	68,8	1651

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 2 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner au moins 5 jours par semaine, Belgique

MF_2B		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	74,3	(71,1-77,6)	74,2	(70,9-77,5)	1633
	Femmes	82,4	(79,8-85,0)	82,1	(79,5-84,7)	1664
AGE	3 - 5	89,8	(86,4-93,1)	89,8	(86,4-93,1)	488
	6 - 9	91,1	(88,2-94,0)	91,2	(88,3-94,0)	575
	10 - 13	83,3	(79,6-87,0)	83,3	(79,6-86,9)	469
	14 - 17	67,2	(62,7-71,8)	67,2	(62,7-71,7)	495
	18 - 34	69,0	(64,0-74,0)	69,0	(64,0-74,1)	488
	35 - 50	79,3	(75,0-83,7)	79,6	(75,3-83,8)	426
	51 - 64	83,4	(79,1-87,7)	83,1	(78,7-87,5)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	69,6	(65,8-73,3)	69,2	(65,5-72,8)	1339
	Supérieur de type court	82,1	(78,5-85,8)	81,8	(78,0-85,6)	952
	Supérieur de type long	88,1	(85,2-90,9)	88,0	(85,1-90,9)	952
REGION***	Flandre	80,8	(78,2-83,4)	80,4	(77,8-83,0)	1884
	Wallonie	73,1	(69,2-77,1)	73,6	(69,8-77,5)	1153
TOTAL		78,3	(76,2-80,4)			3297
ANNEE****	2004	76,0	(73,4-78,7)	76,4	(73,8-79,0)	1856
	2014	76,5	(73,9-79,0)	76,3	(73,8-78,9)	1651

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 3 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner moins d'un jour par semaine, Belgique

MF_3B		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	11,5	(9,0-13,9)	11,4	(9,0-13,9)	1633
	Femmes	7,4	(5,5-9,3)	7,5	(5,6-9,4)	1664
AGE	3 - 5	3,2	(1,2-5,3)	3,2	(1,2-5,3)	488
	6 - 9	2,6	(0,6-4,5)	2,5	(0,6-4,4)	575
	10 - 13	2,0	(0,7-3,3)	2,0	(0,7-3,3)	469
	14 - 17	8,8	(6,0-11,6)	8,8	(6,0-11,6)	495
	18 - 34	12,2	(8,9-15,6)	12,2	(8,9-15,6)	488
	35 - 50	11,3	(7,8-14,7)	11,1	(7,8-14,5)	426
	51 - 64	9,1	(5,7-12,5)	9,3	(5,8-12,7)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	14,3	(11,3-17,3)	14,4	(11,5-17,4)	1339
	Supérieur de type court	7,5	(4,9-10,1)	7,6	(4,9-10,3)	952
	Supérieur de type long	4,0	(2,3-5,6)	4,0	(2,3-5,7)	952
REGION***	Flandre	7,4	(5,6-9,2)	7,5	(5,7-9,3)	1884
	Wallonie	13,9	(10,6-17,1)	13,6	(10,6-16,7)	1153
TOTAL		9,4	(7,9-11,0)			3297
ANNEE****	2004	9,6	(7,7-11,4)	9,5	(7,7-11,2)	1856
	2014	10,8	(8,9-12,7)	10,9	(9,0-12,7)	1651

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 4 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation du dîner, Belgique

MF_1L		Jamais	Moins d'un jour par semaine	1 jour par semaine	2-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	1 fois par jour	N
SEXE	Hommes	2,2	1,7	0,4	3,9	6,1	85,8	1633
	Femmes	1,2	0,1	0,3	4,7	5,5	88,2	1664
AGE	3 - 5	0,2	0,0	0,0	0,0	1,2	98,6	488
	6 - 9	1,1	0,0	0,1	0,4	2,9	95,5	575
	10 - 13	0,4	0,0	0,0	0,3	2,6	96,7	469
	14 - 17	1,1	0,0	0,0	5,3	6,2	87,4	495
	18 - 34	1,6	0,0	0,8	4,3	7,1	86,2	488
	35 - 50	2,0	2,9	0,3	6,6	8,4	79,9	426
	51 - 64	2,3	0,1	0,3	4,0	3,5	89,7	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	2,5	2,0	0,4	6,0	7,1	82,1	1339
	Supérieur de type court	2,0	0,0	0,4	3,6	5,8	88,2	952
	Supérieur de type long	0,4	0,2	0,0	2,8	4,2	92,5	952
REGION*	Flandre	1,7	0,8	0,4	2,8	6,4	87,8	1884
	Wallonie	2,1	1,2	0,4	5,3	5,1	85,8	1153
TOTAL		1,7	0,9	0,4	4,3	5,8	87,0	3297
ANNEE**	2004	1,2	0,7	1,6	6,3	10,2	79,9	1856
	2014	1,9	1,0	0,4	5,1	6,5	85,0	1651

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 5 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation du souper, Belgique

MF_1D		Jamais	Moins d'un jour par semaine	1 jour par semaine	2-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	1 fois par jour	N
SEXE	Hommes	0,6	0,1	0,1	2,4	3,2	93,6	1633
	Femmes	0,7	0,2	0,2	1,7	2,1	95,0	1664
AGE	3 - 5	0,2	0,0	0,0	0,1	2,2	97,5	488
	6 - 9	1,1	0,3	0,1	0,5	1,2	96,8	575
	10 - 13	0,4	0,0	0,0	0,3	0,5	98,9	469
	14 - 17	0,0	0,0	0,0	1,3	3,6	95,1	495
	18 - 34	0,9	0,2	0,0	3,5	2,8	92,6	488
	35 - 50	0,9	0,2	0,0	2,8	3,2	92,9	426
	51 - 64	0,3	0,0	0,6	1,1	2,7	95,3	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	0,9	0,2	0,1	3,3	2,5	93,1	1339
	Supérieur de type court	0,4	0,0	0,0	1,4	2,3	95,9	952
	Supérieur de type long	0,6	0,2	0,0	0,8	3,4	95,0	952
REGION*	Flandre	0,8	0,2	0,1	1,0	1,8	96,1	1884
	Wallonie	0,5	0,1	0,0	2,5	3,9	92,9	1153
TOTAL		0,7	0,1	0,2	2,1	2,7	94,3	3297
ANNEE**	2004	0,3	0,3	0,8	3,3	7,6	87,7	1857
	2014	0,7	0,1	0,2	2,5	2,9	93,6	1651

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 6 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend un petit-déjeuner, un dîner et un souper au moins 5 jours par semaine, Belgique

MF_4		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	69,4	(65,8-72,9)	69,2	(65,7-72,8)	1633
	Femmes	77,9	(74,9-81,0)	77,6	(74,6-80,7)	1664
AGE	3 - 5	89,8	(86,4-93,1)	89,8	(86,4-93,1)	488
	6 - 9	90,2	(87,2-93,2)	90,2	(87,3-93,2)	575
	10 - 13	82,7	(79,0-86,5)	82,7	(79,0-86,4)	469
	14 - 17	64,6	(60,0-69,2)	64,6	(60,0-69,2)	495
	18 - 34	64,5	(59,1-69,9)	64,5	(59,2-69,9)	488
	35 - 50	71,9	(66,8-77,1)	72,1	(67,1-77,2)	426
	51 - 64	78,4	(73,6-83,2)	78,0	(73,2-82,8)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	63,4	(59,3-67,4)	62,6	(58,6-66,6)	1339
	Supérieur de type court	78,2	(74,2-82,1)	77,9	(73,8-81,9)	952
	Supérieur de type long	85,3	(81,9-88,7)	85,5	(82,2-88,9)	952
REGION***	Flandre	77,7	(74,9-80,5)	77,4	(74,6-80,2)	1884
	Wallonie	67,7	(63,4-72,1)	68,1	(63,9-72,3)	1153
TOTAL		73,6	(71,3-76,0)			3297
ANNEE****	2004	70,0	(67,2-72,9)	70,4	(67,6-73,2)	1853
	2014	70,9	(68,1-73,7)	70,7	(67,9-73,6)	1651

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 7 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation de la collation de 10 heures, Belgique, 2014

MF_1S1		Jamais	Moins d'un jour par semaine	1 jour par semaine	2-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	1 fois par jour	N
SEXE	Hommes	33,8	8,3	5,6	18,0	14,3	19,9	1633
	Femmes	19,9	6,5	5,2	25,0	17,0	26,4	1664
AGE	3 - 5	0,9	0,9	0,9	13,0	31,4	52,9	488
	6 - 9	1,8	0,7	1,8	14,8	37,9	43,1	575
	10 - 13	10,9	4,3	5,2	22,8	37,7	19,2	469
	14 - 17	21,8	7,4	6,3	25,6	20,3	18,5	495
	18 - 34	31,6	8,9	5,2	27,1	11,8	15,4	488
	35 - 50	30,6	7,7	6,9	16,8	12,3	25,6	426
	51 - 64	33,6	9,2	5,4	23,0	9,0	19,8	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	28,6	8,2	4,3	21,6	14,9	22,4	1339
	Supérieur de type court	25,1	6,6	6,3	19,3	16,5	26,2	952
	Supérieur de type long	25,6	7,1	6,2	23,4	16,3	21,3	952
REGION*	Flandre	22,5	8,0	6,4	22,7	17,6	22,8	1884
	Wallonie	31,1	6,1	3,9	20,8	14,6	23,5	1153
TOTAL		26,9	7,4	5,4	21,5	15,7	23,1	3297

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 8 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation à 10 heures au moins 5 jours par semaine, Belgique, 2014

MF_2S1		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	34,2	(30,6-37,8)	33,9	(30,4-37,4)	1633
	Femmes	43,4	(39,6-47,2)	43,5	(39,9-47,0)	1664
AGE	3 - 5	84,3	(79,9-88,7)	84,3	(79,9-88,7)	488
	6 - 9	81,0	(76,9-85,0)	81,0	(77,0-85,0)	575
	10 - 13	56,9	(51,9-61,8)	56,8	(51,9-61,8)	469
	14 - 17	38,8	(34,1-43,6)	38,9	(34,2-43,6)	495
	18 - 34	27,2	(22,4-31,9)	27,2	(22,5-32,0)	488
	35 - 50	38,0	(32,0-43,9)	38,3	(32,4-44,1)	426
	51 - 64	28,8	(23,1-34,5)	28,7	(23,0-34,4)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	37,3	(33,3-41,3)	38,5	(34,6-42,4)	1339
	Supérieur de type court	42,7	(37,8-47,6)	42,8	(38,0-47,7)	952
	Supérieur de type long	37,7	(32,7-42,7)	35,1	(30,6-39,5)	952
REGION***	Flandre	40,3	(36,9-43,8)	40,5	(37,3-43,8)	1884
	Wallonie	38,0	(33,5-42,5)	36,7	(32,5-40,9)	1153
TOTAL		38,8	(36,2-41,4)			3297

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 9 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation de la collation de 16 heures, Belgique, 2014

MF_1S2		Jamais	Moins d'un jour par semaine	1 jour par semaine	2-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	1 fois par jour	N
SEXE	Hommes	24,1	9,2	7,1	22,9	11,3	25,4	1633
	Femmes	13,6	6,2	6,8	25,1	16,0	32,3	1664
AGE	3 - 5	2,0	0,1	0,5	10,3	16,3	70,9	488
	6 - 9	2,9	0,5	0,6	12,4	21,9	61,8	575
	10 - 13	6,6	2,9	3,3	17,4	25,1	44,7	469
	14 - 17	13,7	4,8	4,6	22,1	21,7	33,1	495
	18 - 34	19,8	7,3	9,2	28,5	12,9	22,3	488
	35 - 50	22,2	9,2	7,2	25,6	11,1	24,6	426
	51 - 64	25,4	11,5	8,6	24,8	9,9	19,7	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	19,5	8,2	5,9	24,8	12,2	29,4	1339
	Supérieur de type court	20,2	6,5	9,0	21,1	12,2	31,0	952
	Supérieur de type long	16,6	8,1	6,9	25,5	16,6	26,3	952
REGION*	Flandre	13,5	8,1	8,3	26,7	16,0	27,4	1884
	Wallonie	23,9	7,2	5,1	21,5	9,4	32,9	1153
TOTAL		18,9	7,7	7,0	24,0	13,6	28,8	3297

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 10 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation à 16 heures au moins 5 jours par semaine, Belgique, 2014

MF_2S2		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	36,6	(33,1-40,1)	36,4	(33,1-39,7)	1633
	Femmes	48,2	(44,4-52,0)	48,3	(44,6-52,0)	1664
AGE	3 - 5	87,1	(83,5-90,8)	87,1	(83,5-90,8)	488
	6 - 9	83,7	(80,0-87,5)	83,8	(80,1-87,5)	575
	10 - 13	69,8	(65,2-74,3)	69,7	(65,2-74,3)	469
	14 - 17	54,8	(49,9-59,6)	54,8	(50,0-59,6)	495
	18 - 34	35,2	(29,7-40,7)	35,2	(29,8-40,7)	488
	35 - 50	35,8	(30,2-41,4)	36,0	(30,5-41,5)	426
	51 - 64	29,6	(24,3-35,0)	29,1	(24,0-34,2)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	41,6	(37,6-45,7)	42,8	(38,9-46,7)	1339
	Supérieur de type court	43,2	(38,4-48,0)	42,8	(38,5-47,1)	952
	Supérieur de type long	42,9	(37,8-48,0)	40,7	(36,0-45,3)	952
REGION***	Flandre	43,4	(40,0-46,8)	43,8	(40,6-47,1)	1884
	Wallonie	42,3	(37,9-46,8)	41,1	(36,8-45,4)	1153
TOTAL		42,4	(39,8-45,0)			3297

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 11 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation d'une collation en soirée, Belgique, 2014

MF_1S3		Jamais	Moins d'un jour par semaine	1 jour par semaine	2-4 jours par semaine	5-6 jours par semaine	1 fois par jour	N
SEXE	Hommes	22,1	10,5	9,5	27,2	8,7	21,9	1633
	Femmes	26,7	8,7	8,7	26,8	8,9	20,1	1664
AGE	3 - 5	42,8	8,8	7,8	19,4	5,5	15,7	488
	6 - 9	30,0	9,9	7,0	22,8	8,9	21,4	575
	10 - 13	26,6	8,8	8,5	25,6	10,3	20,3	469
	14 - 17	18,2	8,3	12,4	27,7	9,1	24,2	495
	18 - 34	18,7	9,4	11,2	32,7	8,7	19,3	488
	35 - 50	25,8	10,8	8,2	27,1	9,4	18,7	426
	51 - 64	25,0	9,0	8,0	23,6	8,5	25,9	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	20,3	8,5	6,7	26,1	11,3	27,0	1339
	Supérieur de type court	24,3	10,5	10,1	29,6	6,6	19,0	952
	Supérieur de type long	29,2	10,7	11,9	26,2	7,6	14,5	952
REGION*	Flandre	14,4	9,6	9,5	31,6	10,9	23,9	1884
	Wallonie	33,2	10,1	8,8	22,0	6,1	19,8	1153
TOTAL		24,4	9,6	9,1	27,0	8,8	21,0	3297

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 12 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui prend une collation en soirée au moins 5 jours par semaine, Belgique, 2014

	MF_2S3	Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	30,7	(27,1-34,2)	30,8	(27,2-34,4)	1633
	Femmes	29,0	(25,6-32,4)	29,0	(25,6-32,3)	1664
AGE	3 - 5	21,2	(16,6-25,7)	21,2	(16,6-25,8)	488
	6 - 9	30,3	(25,7-34,8)	30,3	(25,8-34,8)	575
	10 - 13	30,5	(25,9-35,2)	30,6	(25,9-35,2)	469
	14 - 17	33,3	(28,6-38,0)	33,3	(28,7-38,0)	495
	18 - 34	28,0	(23,0-33,0)	28,0	(23,0-33,0)	488
	35 - 50	28,1	(22,9-33,3)	28,1	(22,9-33,3)	426
	51 - 64	34,4	(28,5-40,3)	34,6	(28,7-40,6)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	38,2	(34,1-42,4)	37,8	(33,7-41,9)	1339
	Supérieur de type court	25,5	(21,4-29,7)	25,5	(21,5-29,5)	952
	Supérieur de type long	22,1	(18,0-26,2)	21,1	(17,2-25,0)	952
REGION***	Flandre	34,9	(31,5-38,3)	34,6	(31,3-38,0)	1884
	Wallonie	25,9	(21,9-29,9)	25,9	(21,9-29,9)	1153
TOTAL		29,9	(27,4-32,3)			3297

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 13 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend ses repas à heures fixes, Belgique, 2014

	MF_5	Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	65,6	(61,5-69,7)	65,5	(61,5-69,6)	1085
	Femmes	72,8	(69,1-76,5)	72,7	(69,0-76,4)	1149
AGE	10 - 13	75,5	(71,0-79,9)	75,4	(71,0-79,9)	469
	14 - 17	64,8	(60,1-69,4)	64,7	(60,1-69,4)	495
	18 - 34	62,2	(56,4-68,0)	62,3	(56,6-68,0)	488
	35 - 50	70,0	(64,9-75,2)	70,2	(65,1-75,4)	426
	51 - 64	75,3	(70,0-80,5)	75,2	(69,9-80,5)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	67,4	(63,1-71,7)	66,7	(62,2-71,1)	965
	Supérieur de type court	67,5	(62,0-72,9)	66,9	(61,7-72,2)	621
	Supérieur de type long	74,5	(69,6-79,4)	73,3	(68,3-78,3)	612
REGION***	Flandre	71,0	(67,5-74,5)	70,9	(67,4-74,3)	1281
	Wallonie	65,2	(60,2-70,1)	65,1	(60,2-70,0)	775
TOTAL		69,2	(66,4-72,0)			2234

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Vanhauwaert E. De actieve voedingsdriehoek. Leuven: Uitgeverij Acco; 2012.
- (2) Naessens E. Maaltijden. In de kijker. Nutrineds 2015;1:18-23.
- (3) Timlin MT, Pereira MA. Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. Nutr Rev 2007 Jun;65(6 Pt 1):268-81.
- (4) Koletzko B, Toschke AM. Meal patterns and frequencies: do they affect body weight in children and adolescents? Crit Rev Food Sci Nutr 2010 Feb;50(2):100-5.
- (5) Szajewska H, Ruszczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. Crit Rev Food Sci Nutr 2010 Feb;50(2):113-9.
- (6) De la Hunty A, Gibson S, Ashwell M. Does regular breakfast cereal consumption help children and adolescents stay slimmer? A systematic review and meta-analysis. Obes Facts 2013;6(1):70-85.
- (7) De la Hunty A, Ashwell M. Are people who regularly eat breakfast cereals slimmer than those who don't? A systematic review of the evidence. Nutrition Bulletin 2007;32(2):118-28.
- (8) Drieskens S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel: WIV-ISP; 2014.

TEMPS DE PRÉPARATION ET DURÉE DES REPAS

AUTEUR
Sarah BEL

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérésa Lebacqz, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Bel S. Temps de préparation et durée des repas. Dans : Lebacqz T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	75
1. Introduction	77
2. Instruments	78
2.1. Questions	78
2.2. Indicateurs	78
3. Résultats	80
3.1. Temps de préparation du petit-déjeuner	80
3.2. Durée de consommation du petit-déjeuner	81
3.3. Temps de préparation du dîner	83
3.4. Durée de consommation du dîner	85
3.5. Temps de préparation du souper	86
3.6. Durée de consommation du souper	88
4. Discussion	90
5. Tableaux	92
6. Bibliographie	111

RÉSUMÉ

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, le temps de préparation et de consommation moyen des trois repas principaux a été analysé au sein de la population belge (de 3 à 64 ans).

Petit-déjeuner

En Belgique, en 2014, le **temps de préparation** moyen du petit-déjeuner est de 7 minutes. Les femmes consacrent en moyenne plus de temps (8 minutes) que les hommes (6 minutes) à préparer ce repas. Les jeunes adultes (18-34 ans) y passent en moyenne moins de temps (6 minutes) que les adultes âgés de 35 à 50 ans (7 minutes) et de 51 à 64 ans (8 minutes). Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long consacrent moins de temps à la préparation du petit-déjeuner (6 minutes) que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur (7 et 8 minutes).

En 2014, 36 % de la population (de 18 à 64 ans) passe plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner. Les femmes sont plus nombreuses (43 %) à consacrer plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner que les hommes (30 %). Les jeunes adultes (18-34 ans) y passent plus de 5 minutes moins fréquemment (26 %) que les adultes âgés de 35 à 50 ans (39 %) et de 51 à 64 ans (44 %).

En Belgique, en 2014, la **durée de consommation** moyenne du petit-déjeuner est de 14 minutes. Les femmes consacrent un peu plus de temps (14 minutes) à la consommation du petit-déjeuner que les hommes (13 minutes). La distribution de cette durée en fonction de l'âge suit une courbe « en U » : les enfants âgés de 3 à 5 ans et de 6 à 9 ans consacrent le plus de temps (16 et 15 minutes respectivement) à prendre leur petit-déjeuner, la durée moyenne de consommation du petit-déjeuner diminue ensuite chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et de 14 à 17 ans (13 et 12 minutes respectivement) et augmente finalement à nouveau chez les adultes des catégories d'âge 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans (13, 13 et 15 minutes respectivement).

En 2014, 51 % de la population (de 3 à 64 ans) consacre plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner. Les femmes sont plus nombreuses (54 %) à consacrer plus de 10 minutes à prendre leur petit-déjeuner que les hommes (48 %). Ici aussi, la distribution en fonction de l'âge suit une courbe « en U » : les enfants âgés de 3 à 5 ans et de 6 à 9 ans sont les plus nombreux à passer plus de 10 minutes à manger leur petit-déjeuner (71 % et 60 % respectivement) ; le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner diminue ensuite chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et de 14 à 17 ans (49 % et 42 % respectivement), avant d'augmenter à nouveau dans les catégories d'âge adulte 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans (46 %, 49 % et 56 % respectivement).

Dîner

En Belgique, en 2014, le **temps de préparation** moyen du dîner est de 15 minutes. Les femmes consacrent plus de temps (17 minutes) à la préparation du dîner que les hommes (14 minutes). Les catégories d'âge 18-34 ans et 35-50 ans y consacrent moins de temps (respectivement 12 et 14 minutes) que les adultes âgés de 51 à 64 ans (21 minutes). Les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé passent moins de temps (12 minutes) à la préparation du dîner que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur (16 et 17 minutes).

En 2014, 37 % de la population (de 18 à 64 ans) passe plus de 10 minutes à la préparation du dîner. Les jeunes adultes sont moins nombreux (27 %) à passer plus de 10 minutes à la préparation du dîner que les catégories d'âge 35-50 ans (35 %) et 51-64 ans (50 %). Le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 10 minutes à la préparation du dîner est plus élevé en Wallonie (42 %) qu'en Flandre (33 %). Les personnes souffrant d'obésité sont plus nombreuses (48 %) à consacrer plus de 10 minutes à la préparation du dîner que les personnes ayant un IMC normal (33 %) ou étant en situation de surpoids (36 %).

En Belgique, en 2014, la **durée de consommation** moyenne du dîner est de 21 minutes. Les enfants les plus jeunes (de 3 à 5 ans) prennent, en moyenne, le plus de temps (22 minutes) pour manger leur dîner. A l'inverse, les adolescents âgés de 10 à 13 ans consacrent, en moyenne, le moins de temps (20 minutes) à la consommation du dîner.

En 2014, 57 % de la population (de 3 à 64 ans) passe plus de 15 minutes à la consommation du dîner. Ce pourcentage est plus élevé (70 %) dans la plus jeune catégorie d'âge (3-5 ans) que dans toutes les autres catégories d'âge (entre 53 % et 61 %).

Souper

En Belgique, en 2014, le **temps de préparation** moyen du souper est de 33 minutes. Les femmes consacrent plus de temps (35 minutes) à la préparation du souper que les hommes (30 minutes). De même, les personnes âgées de 35 à 50 ans prennent davantage de temps (34 minutes) pour préparer ce repas que les personnes âgées de 18 à 34 ans (30 minutes). Le temps de préparation moyen du souper est plus élevé en Wallonie (35 minutes) qu'en Flandre (32 minutes).

En 2014, 38 % de la population (de 18 à 64 ans) passe plus de 30 minutes à la préparation du souper. Le pourcentage de personnes qui passent plus de 30 minutes à la préparation du souper est supérieur dans la catégorie d'âge 35-50 ans (45 %) que dans la catégorie 18-34-ans (31 %). Le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 30 minutes à la préparation du souper est plus élevé en Wallonie (44 %) qu'en Flandre (36 %).

En Belgique, en 2014, la **durée de consommation** moyenne du souper est de 26 minutes. Les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé consacrent davantage de temps à consommer leur souper. La durée de consommation moyenne du souper est également plus élevée en Wallonie (27 minutes) qu'en Flandre (25 minutes).

En 2014, 49 % de la population (de 3 à 64 ans) passe plus de 25 minutes à la consommation du souper. En Wallonie, le pourcentage de personnes consacrant plus de 25 minutes au souper est plus élevé (58 %) qu'en Flandre (41 %).

1. INTRODUCTION

Plusieurs études suggèrent que le fait de prendre davantage de **temps à préparer** un repas est associé à une meilleure qualité nutritionnelle et, chez les femmes plus spécifiquement, à un indice de masse corporelle (IMC) inférieur (1-3). En effet, le fait de consacrer davantage de temps à préparer un repas est généralement lié à une utilisation plus importante d'aliments primaires et à un moindre recours à des aliments transformés ou des plats préparés (« *convenience food* »), ceux-ci étant souvent riches en calories, en graisse et en sel (2;3).

Ce type de « *convenience food* » est de plus en plus souvent consommé dans les pays occidentaux. Il s'agit de produits qui peuvent être immédiatement cuisinés (« *ready-to-cook* », tels que des légumes prédécoupés), de produits qui doivent uniquement être réchauffés (« *ready-to-heat* », tels que des plats préparés réfrigérés ou surgelés) et de produits qui peuvent être consommés sans aucune préparation (« *ready-to-eat* », tels que des sandwiches garnis) (4). Certaines études menées auprès d'enfants et d'adolescents a mis en évidence une association entre le fait de manger ce type d'aliments et un régime alimentaire de moindre qualité (3;5). Une récente étude réalisée chez les femmes d'âge moyen a toutefois mis en évidence que les femmes qui consacrent plus de temps à la préparation du repas avaient plus de chances d'avoir un profil de risque cardiométabolique négatif. Les actions mises en œuvre en matière de santé devraient donc mettre davantage l'accent sur la cuisine saine que sur le fait de cuisiner soi-même de manière fréquente (6).

Par ailleurs, il a été démontré que le fait de prendre davantage de **temps à consommer** ses repas est associé à un apport en énergie plus faible (7). Une durée de consommation inférieure des repas a également été associée à un IMC plus élevé (2).

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, le temps de préparation moyen et la durée de consommation moyenne des trois repas principaux (petit-déjeuner, dîner et souper) ont fait l'objet d'une analyse détaillée au sein de la population belge (de 3 à 64 ans), à partir d'une liste de plusieurs questions.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Les questions relatives à la durée de préparation et de consommation de chaque repas ont été adressées oralement aux personnes interrogées (ou leur proxy) lors de la première visite à domicile de l'enquêteur, et ce à l'aide d'une méthode d'interview assistée par ordinateur (CAPI, « *Computer Assisted Personal Interview* »). La question relative au temps de préparation a uniquement été posée aux adultes (de 18 à 64 ans). La question relative à la durée de consommation a été posée à toutes les catégories d'âge (de 3 à 64 ans). Ces questions ont été formulées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Elles n'avaient pas été posées lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, menée en 2004.

Quel est le temps moyen de préparation de chaque repas (en minutes) ?

GF02a Petit-déjeuner ;

GF02b Dîner ;

GF02c Souper.

Combien de temps en moyenne consacrez-vous (ou votre enfant) à la consommation de chaque repas (en minutes) ?

GF03a Petit-déjeuner ;

GF03b Dîner ;

GF03c Souper.

Par temps de consommation, on entend le temps entre le début du repas et le moment où la personne arrête de manger. Si la personne ne prend jamais de petit-déjeuner, une durée de 0 minutes a été enregistrée pour le temps de préparation et de consommation. Par dîner, on entend le repas consommé aux alentours de midi (entre 12h00 et 14h00, par exemple). Par souper, on entend le repas consommé en fin de journée (entre 17h00 et 21h00, par exemple). Ces définitions ont été précisées aux personnes interrogées. Le lieu de consommation de ces repas a été étudié dans un autre chapitre¹.

2.2. INDICATEURS

Afin d'estimer le **temps de préparation des repas**, les six indicateurs suivants – se rapportant uniquement à la population adulte (de 18 à 64 ans) – ont été créés :

MD_1 Temps de préparation moyen (en minutes) du petit-déjeuner au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans).

MD_2 Temps de préparation moyen (en minutes) du dîner au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans).

MD_3 Temps de préparation moyen (en minutes) du souper au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans).

MD_12 Cet indicateur présente le pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui passe plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner.

MD_22 Cet indicateur présente le pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui passe plus de 10 minutes à la préparation du dîner.

MD_32 Cet indicateur présente le pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui passe plus de 30 minutes à la préparation du souper.

¹ Cf. Chapitre « Lieu de consommation des repas ».

Afin d'analyser **la durée de consommation des repas**, les six indicateurs suivants – se rapportant à toutes les catégories d'âge (de 3 à 64 ans) – ont été créés :

- MD_4** Durée de consommation moyenne (en minutes) du petit-déjeuner au sein de la population (de 3 à 64 ans).
- MD_5** Durée de consommation moyenne (en minutes) du dîner au sein de la population (de 3 à 64 ans).
- MD_6** Durée de consommation moyenne (en minutes) du souper au sein de la population (de 3 à 64 ans).
- MD_42** Cet indicateur présente le pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui passe plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner.
- MD_52** Cet indicateur présente le pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui passe plus de 15 minutes à la consommation du dîner.
- MD_62** Cet indicateur présente le pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui passe plus de 25 minutes à la consommation du souper.

Les personnes qui, dans les questions relatives à la régularité des repas (GF06, GF07, GF08)², ont indiqué ne jamais prendre de petit-déjeuner, de dîner ou de souper, ont été exclues des analyses même si elles avaient répondu aux questions sur le temps de préparation et de consommation de ces repas. En ce qui concerne le temps de consommation du petit-déjeuner, du dîner ou du souper, les personnes qui ont indiqué 0 minutes ont également été exclues des analyses.

² Cf. Chapitre « Régularité des repas ».

3. RÉSULTATS

3.1. TEMPS DE PRÉPARATION DU PETIT-DÉJEUNER

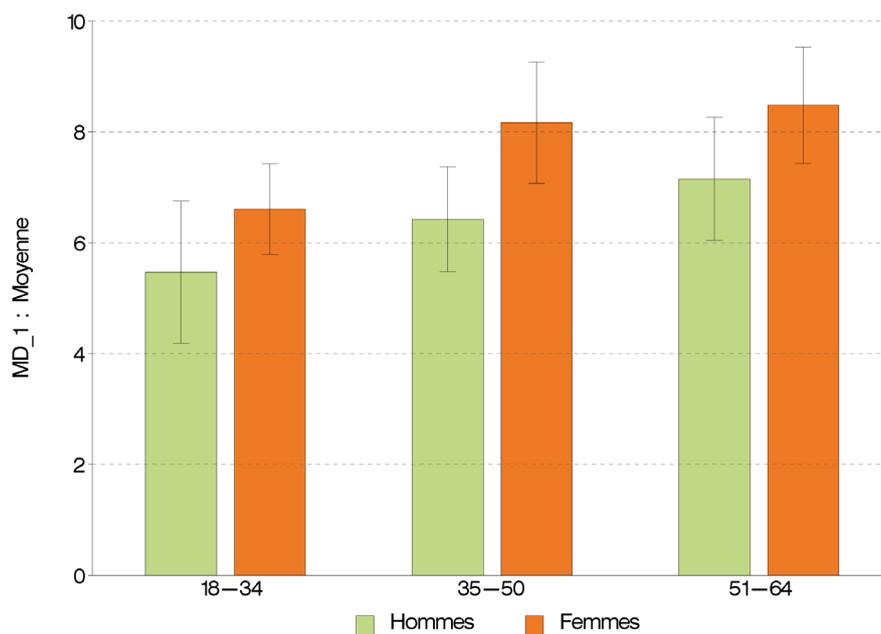
En Belgique, en 2014, le temps de préparation moyen du petit-déjeuner est de 7,1 minutes. Après standardisation pour l'âge, les femmes prennent significativement plus de temps (7,8 minutes) que les hommes (6,3 minutes) à préparer le petit-déjeuner.

Le temps de préparation moyen du petit-déjeuner s'avère plus élevé dans les catégories d'âge 35-50 ans (7,3 minutes) et 51-64 ans (7,9 minutes) que dans la catégorie d'âge 18-34 ans (6 minutes) (Figure 1). Cette différence est significative après standardisation pour le sexe.

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long consacrent moins de temps (6,1 minutes) à la préparation du petit-déjeuner que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur (7,2 et 7,7 minutes), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Il n'existe pas de différence significative à ce sujet en fonction de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre)³ ou de l'indice de masse corporelle (IMC)⁴.

Figure 1 | Durée moyenne de préparation du petit-déjeuner dans la population adulte (de 18 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



En Belgique, en 2014, 36,4 % de la population (de 18 à 64 ans) consacre plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner. Les femmes sont plus nombreuses (43,1 %) à consacrer plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner que les hommes (25,5 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,79 ; IC 95 % 1,32-2,42).

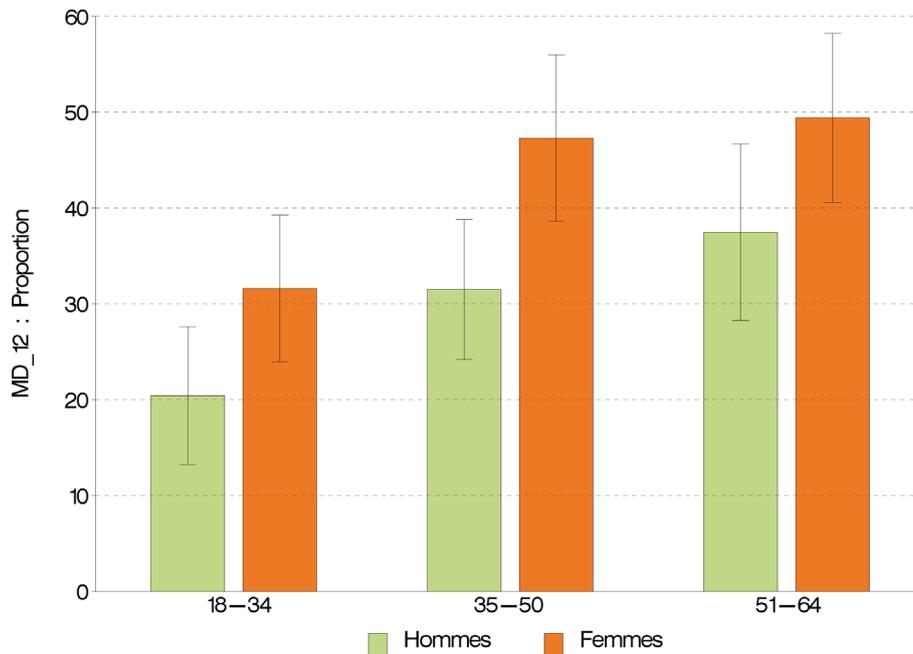
³ Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

⁴ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

Après standardisation pour le sexe, le pourcentage de personnes qui passent plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner est significativement inférieur chez les jeunes adultes (18-34 ans) (25,9 %), en comparaison aux catégories d'âge 35-50 ans (39,3 %) (OR 0,53 ; IC 95 % 0,37-0,77) et 51-64 ans (43,9 %) (OR 0,45 ; IC 95 % 0,31-0,66) (Figure 2).

Aucune différence significative n'a été observée pour cet indicateur en fonction du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou de l'IMC.

Figure 2 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner, par sexe et par âge, Belgique, 2014



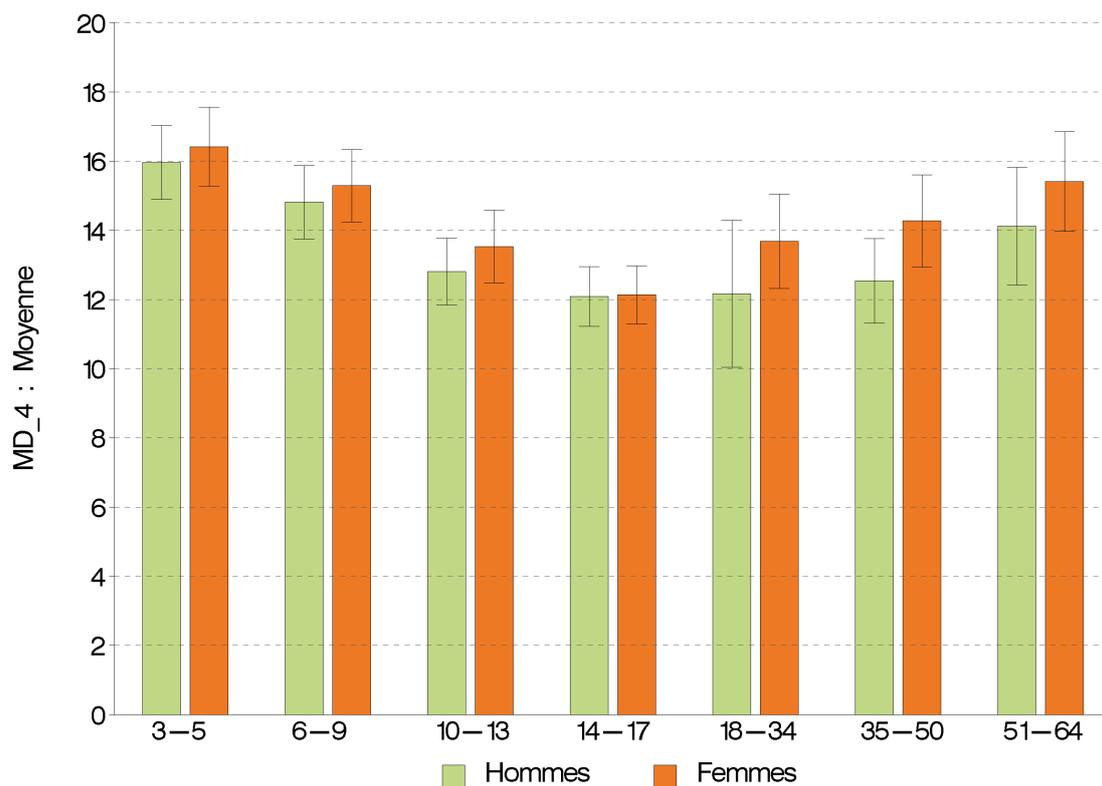
3.2. DURÉE DE CONSOMMATION DU PETIT-DÉJEUNER

En Belgique, en 2014, la durée moyenne de consommation du petit-déjeuner est de 13,8 minutes. Les femmes consacrent davantage de temps (14,4 minutes) que les hommes (13,1 minutes) à manger leur petit-déjeuner, cette différence étant significative après standardisation pour l'âge.

La distribution de cette durée moyenne en fonction de l'âge suit une courbe « en U ». Ainsi les enfants âgés de 3 à 5 ans et de 6 à 9 ans passent le plus de temps (16,2 et 15,0 minutes respectivement) à manger leur petit-déjeuner. La durée moyenne de consommation du petit-déjeuner diminue ensuite chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et de 14 à 17 ans (13,2 et 12,1 minutes respectivement), avant d'augmenter finalement à nouveau chez les adultes des catégories d'âge 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans (12,9, 13,4, 13 et 14,8 minutes respectivement) (Figure 3).

La durée moyenne de consommation du petit-déjeuner ne varie pas significativement en fonction du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou de l'IMC.

Figure 3 | Durée moyenne de consommation du petit-déjeuner dans la population (de 3 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014

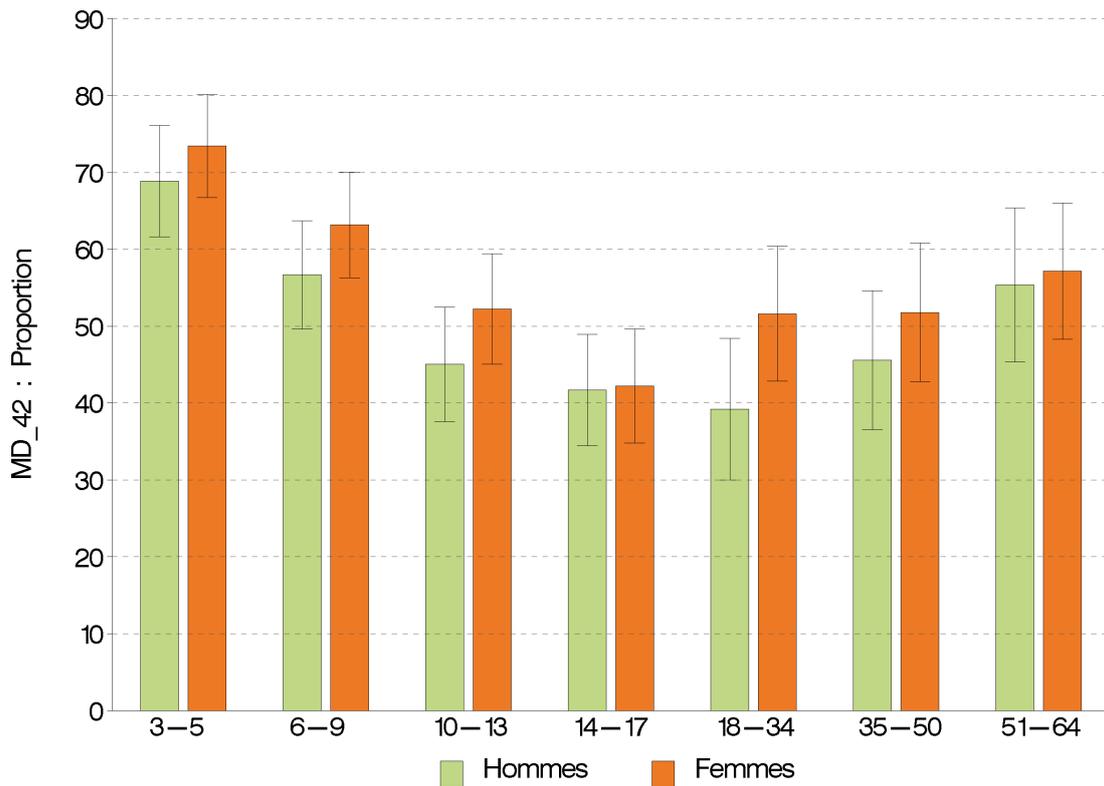


En Belgique, en 2014, 51,1 % de la population (de 3 à 64 ans) consacre plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner. Les femmes sont plus nombreuses (54,3 %) que les hommes (47,8 %) à prendre plus de 10 minutes pour manger leur petit-déjeuner, cette différence étant significative après standardisation pour l'âge (OR 1,30 ; IC 95 % 1,03-1,65).

Comme pour le temps de préparation, la distribution de la durée moyenne de consommation du petit-déjeuner en fonction de l'âge suit une courbe « en U ». Le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 10 minutes au petit-déjeuner est le plus élevé parmi les enfants âgés de 3 à 5 ans et de 6 à 9 ans (71,1 % et 59,9 % respectivement) ; ce pourcentage diminue ensuite chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et de 14 à 17 ans (48,5 % et 42,0 % respectivement), avant d'augmenter à nouveau chez les adultes des catégories d'âge 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans (45,5 %, 48,8 % et 56,4 % respectivement) (Figure 4).

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet selon le niveau d'éducation, la région de résidence (Wallonie versus Flandre) ou l'IMC.

Figure 4 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner, par sexe et par âge, Belgique, 2014



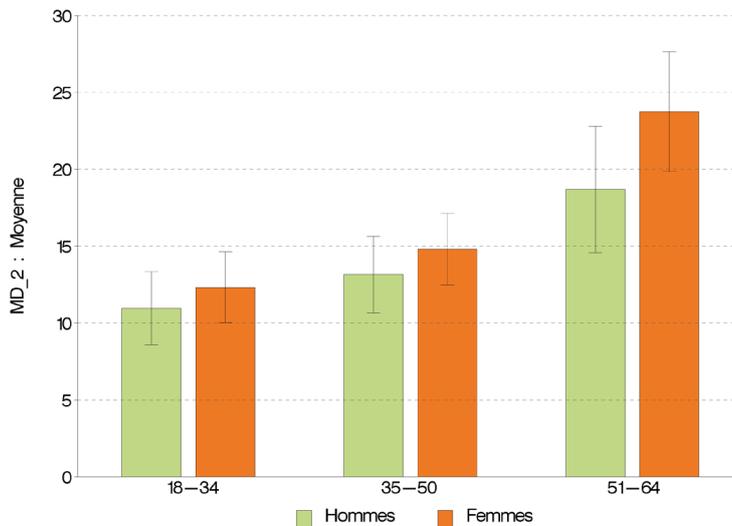
3.3. TEMPS DE PRÉPARATION DU DÎNER

En Belgique, en 2014, le temps moyen de préparation du dîner est de 15,4 minutes. Les femmes consacrent plus de temps (16,9 minutes) à la préparation du dîner que les hommes (14 minutes), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge. Après standardisation pour le sexe, les adultes plus âgés (51-64 ans) consacrent significativement plus de temps (21,4 minutes) à la préparation du dîner que les catégories d'âge 18-34 ans (11,6 minutes) et 35-50 ans (14 minutes) (Figure 5).

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long passent moins de temps (12,2 minutes) à la préparation du dîner que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur (16,3 et 17,1 minutes), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Il n'existe pas de différence significative pour cet indicateur en fonction de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou de l'IMC.

Figure 5 | Durée moyenne de préparation du dîner dans la population adulte (de 18 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



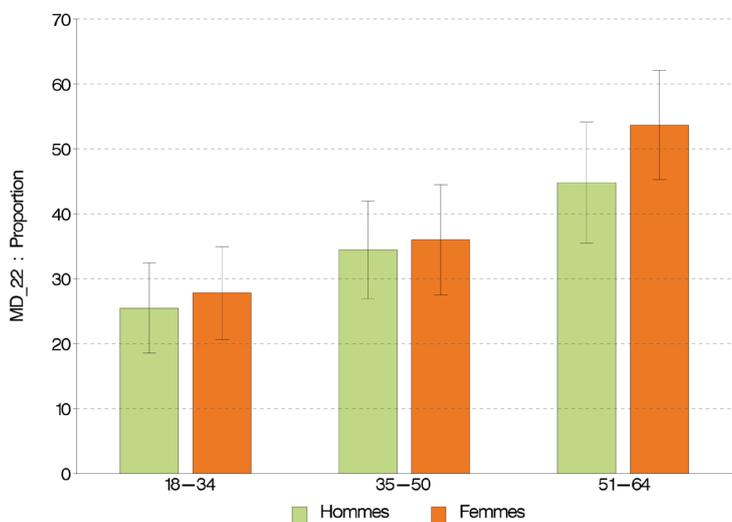
En Belgique, en 2014, 36,7 % de la population (de 18 à 64 ans) consacre plus de 10 minutes à la préparation du dîner. Ce pourcentage a tendance à augmenter avec l'âge (Figure 6). Les jeunes adultes passent, en effet, moins fréquemment (26,7 %) plus de 10 minutes à la préparation du dîner que les personnes des catégories d'âge 35-50 ans (35,2 %) (OR 0,67 ; IC 95 % 0,47-0,95) et 51-64 ans (49,5 %) (OR 0,37 ; IC 95 % 0,26-0,53). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation pour le sexe.

Le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 10 minutes à la préparation du dîner est plus élevé en Wallonie (42 %) qu'en Flandre (33,1 %) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,53 ; IC 95 % 1,13-2,09).

Les personnes souffrant d'obésité sont plus nombreuses (48 %) à consacrer plus de 10 minutes à la préparation du dîner que les personnes ayant IMC considéré comme normal (32,8 %) (OR 1,58 ; IC 95 % 1,05-2,40) ou étant en surpoids (36,0 %) (OR 1,62 ; IC 95 % 1,07-2,48). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Enfin, le pourcentage de la population prenant plus de 10 minutes pour préparer le dîner ne varie pas significativement selon le niveau d'éducation ni le lieu de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

Figure 6 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 10 minutes à la préparation du dîner, par sexe et par âge, Belgique, 2014

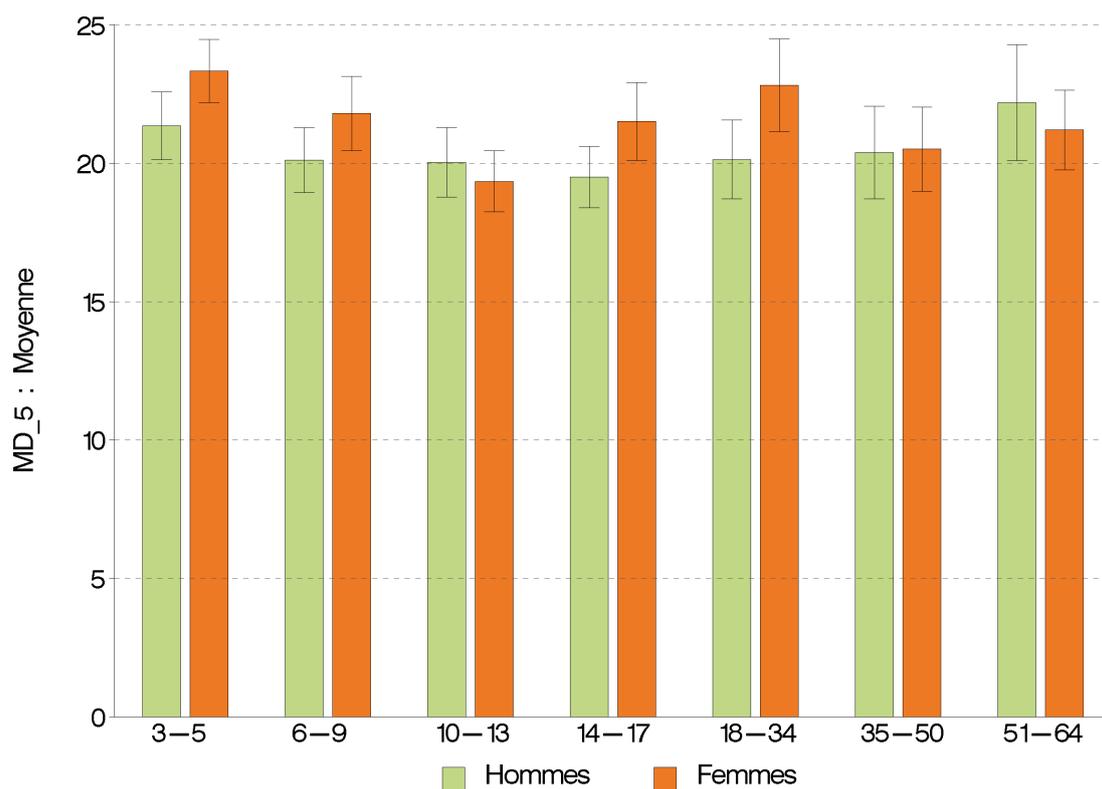


3.4. DURÉE DE CONSOMMATION DU DÎNER

En Belgique, en 2014, la durée moyenne de consommation du dîner est de 21,1 minutes. Les plus jeunes enfants âgés de 3 à 5 ans consacrent, en moyenne, le plus de temps (22,3 minutes) à manger leur dîner. A l'inverse, les adolescents âgés de 10 à 13 ans sont ceux consacrant, en moyenne, le moins de temps (19,7 minutes) à la consommation de ce repas (Figure 7).

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du sexe, du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou de l'IMC.

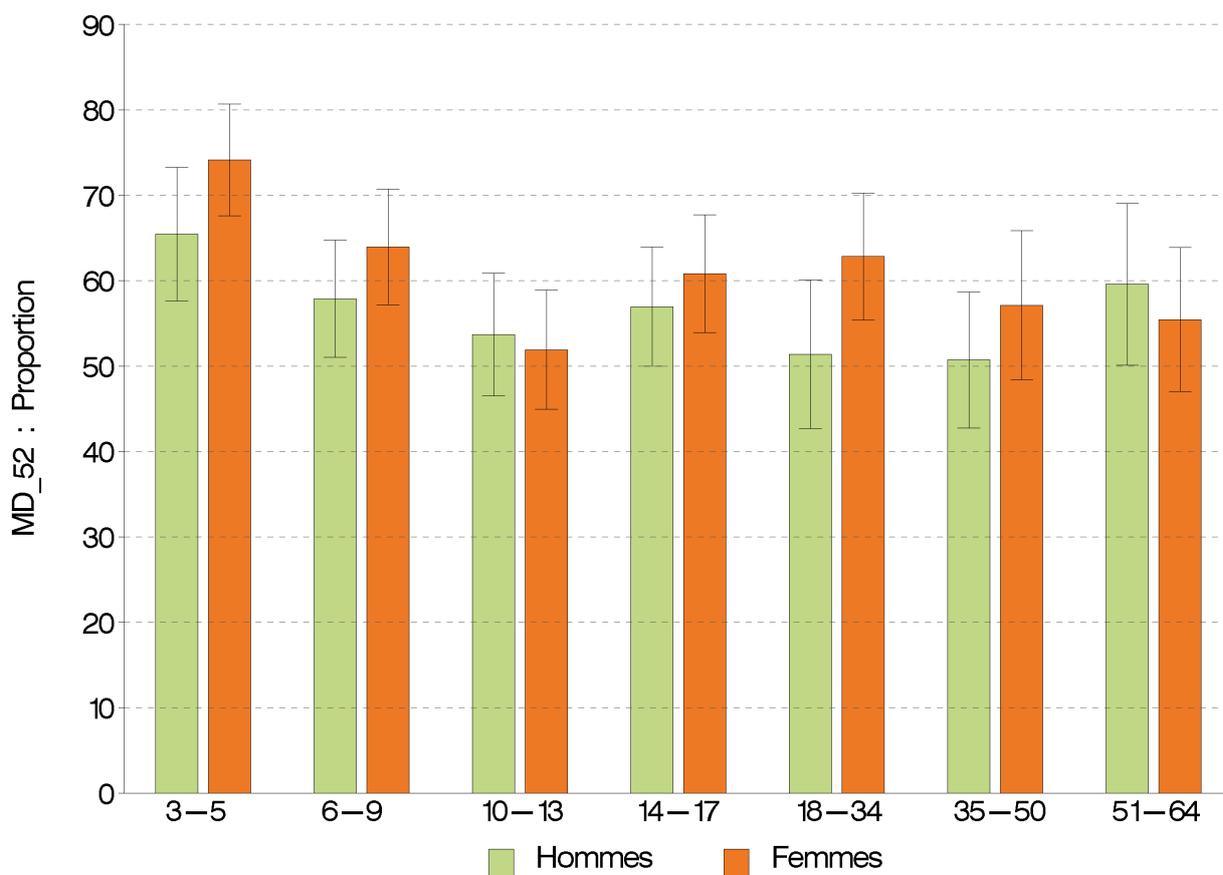
Figure 7 | Durée moyenne de consommation du dîner dans la population (de 3 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



En Belgique, en 2014, 56,9 % de la population (de 3 à 64 ans) prend plus de 15 minutes pour consommer son dîner. Le pourcentage de personnes consacrant plus de 15 minutes à la consommation du dîner est plus élevé dans la catégorie d'âge la plus jeune (3-5 ans) (69,7 %) que dans les catégories d'âge supérieures (60,9 %, 52,8 %, 58,9 %, 57,0 %, 53,8 % et 57,4 % pour les catégories 6-9 ans, 10-13 ans, 14-17 ans, 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans respectivement) (Figure 8). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation pour le sexe.

Ce pourcentage ne varie, par contre, pas significativement selon le sexe, le niveau d'éducation, la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou l'IMC.

Figure 8 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 15 minutes à la consommation du dîner, par sexe et par âge, Belgique, 2014



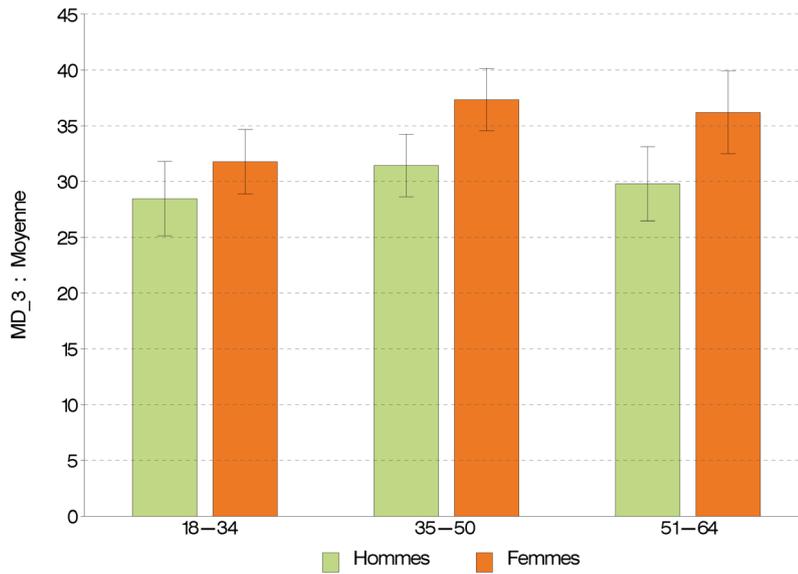
3.5. TEMPS DE PRÉPARATION DU SOUPER

En Belgique, en 2014, le temps de préparation moyen du souper est de 32,6 minutes. Après standardisation pour l'âge, les femmes consacrent significativement plus de temps (35,2 minutes) à la préparation du souper que les hommes (30 minutes). Les personnes âgées de 35 à 50 ans consacrent plus de temps (34,3 minutes) à la préparation du souper que les personnes âgées de 18 à 34 ans (30,1 minutes), cette différence étant significative après standardisation pour le sexe (Figure 9).

D'un point de vue géographique, le temps de préparation moyen du souper est plus élevé en Wallonie (34,9 minutes) qu'en Flandre (31,5 minutes). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le temps de préparation moyen du souper ne varie, par contre, pas significativement en fonction du niveau d'éducation ou de l'IMC.

Figure 9 | Durée moyenne de préparation du souper dans la population adulte (de 18 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014

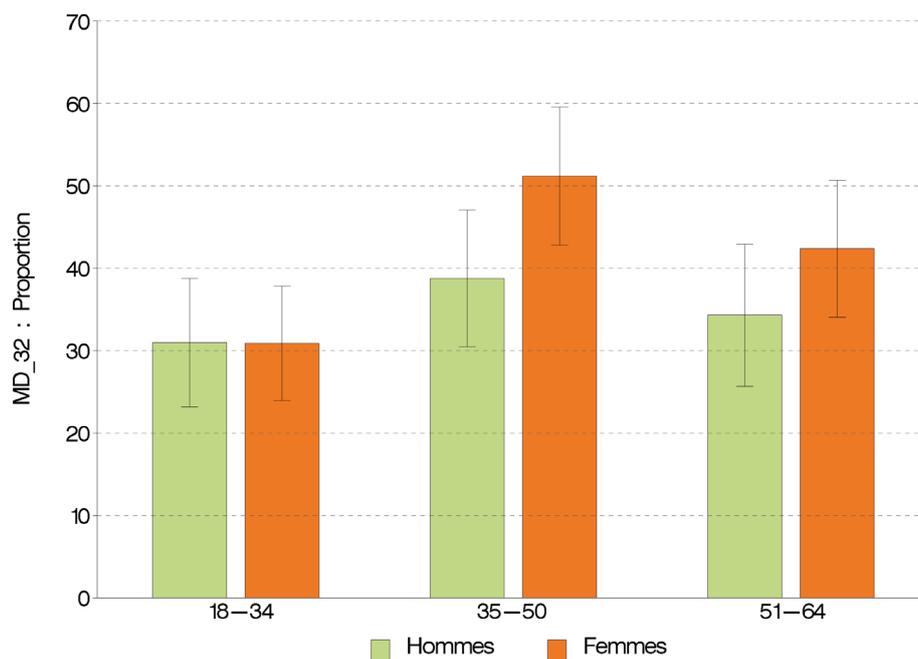


En Belgique, en 2014, 38,3 % de la population (de 18 à 64 ans) consacre plus de 30 minutes à la préparation du souper. Le pourcentage de personnes prenant plus de 30 minutes pour préparer le souper est plus élevé chez les personnes âgées de 35 à 50 ans (44,7 %) que chez les personnes âgées de 18 à 34 ans (31,0 %) (Figure 10). Cette différence est significative après standardisation pour le sexe (OR 1,82 ; IC 95 % 1,29-2,56).

Le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 30 minutes à la préparation du souper varie également selon la région de résidence : celui-ci est, en effet, plus élevé en Wallonie (44,2 %) qu'en Flandre (36,2 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,41 ; IC 95 % 1,04-1,91).

Ce pourcentage ne varie, par contre, pas significativement en fonction du sexe, du niveau d'éducation ou de l'IMC.

Figure 10 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 30 minutes à la préparation du souper, par sexe et par âge, Belgique, 2014



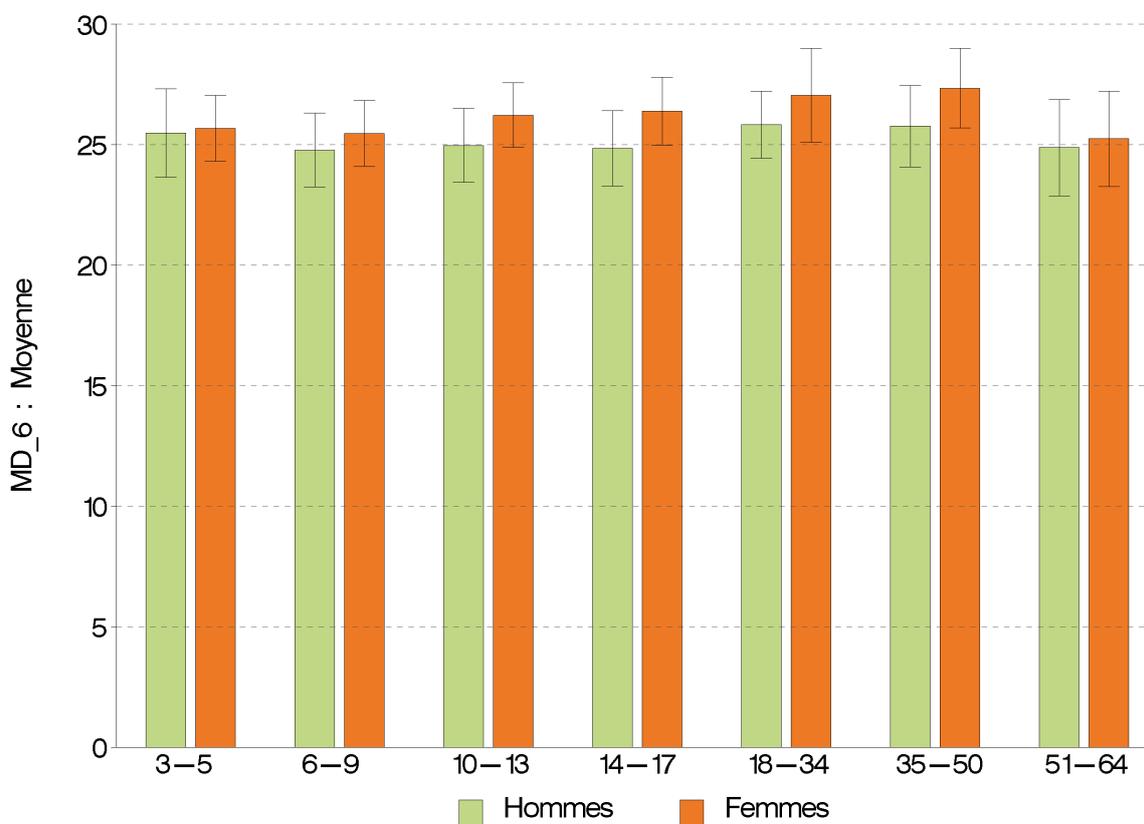
3.6. DURÉE DE CONSOMMATION DU SOUPER

En Belgique, en 2014, 25,9 minutes sont consacrées, en moyenne, à la consommation du souper. Cette durée ne varie pas significativement en fonction du sexe, de l'âge (Figure 11) ou de l'IMC.

La durée moyenne de consommation du souper varie, par contre, selon le niveau d'éducation. Les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé consacrent, en effet, plus de temps (26,8 minutes) à la consommation du souper que les personnes ayant un faible niveau d'éducation (25,1 minutes), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Une différence régionale a également été observée : en Wallonie, davantage de temps (27,2 minutes) est consacré à la consommation du souper qu'en Flandre (24,5 minutes). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

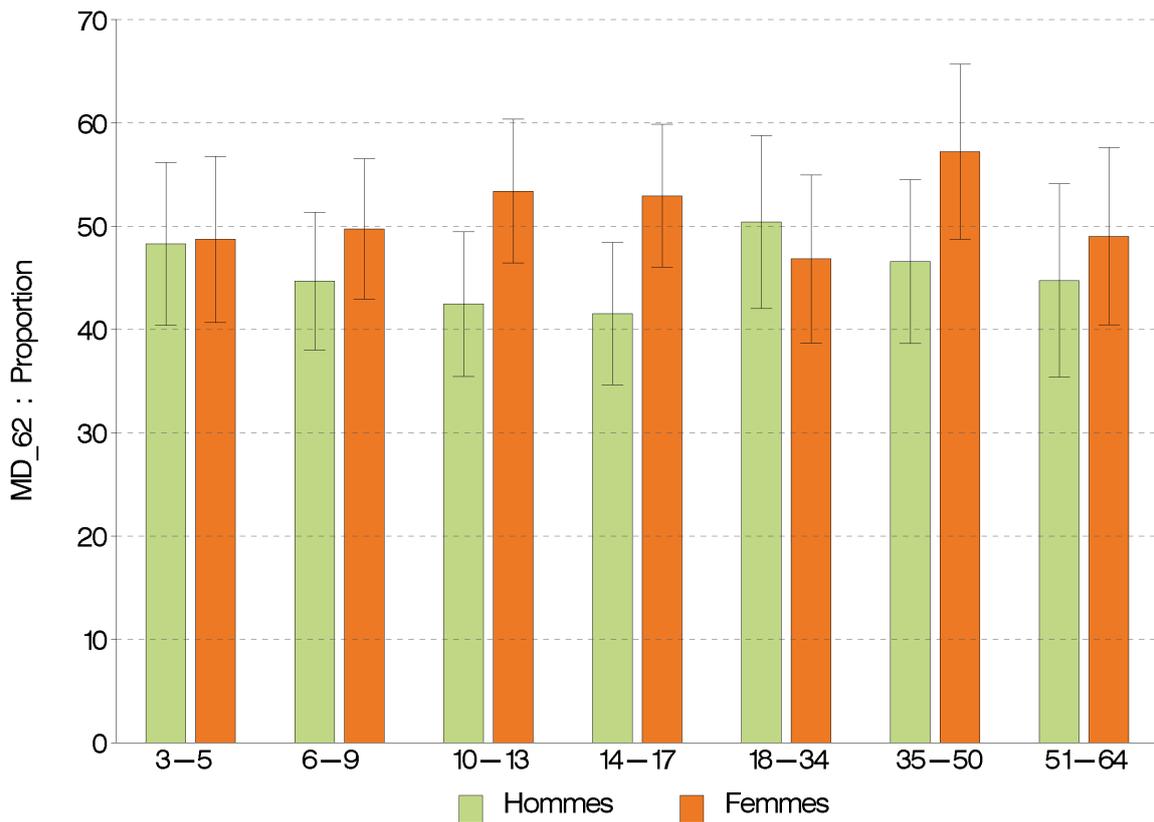
Figure 11 | Durée moyenne de consommation du souper dans la population (de 3 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



En Belgique, en 2014, 48,9 % de la population (de 3 à 64 ans) consacre plus de 25 minutes à la consommation du souper. Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du sexe, de l'âge (Figure 12), du niveau d'éducation ou de l'IMC.

Une différence concernant la région de résidence a, par contre, été notée : en Wallonie, le pourcentage de personnes consacrant plus de 25 minutes à la consommation du souper est plus élevé (58,3 %) qu'en Flandre (41,3 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 2,00 ; IC 95 % 1,58-2,53).

Figure 12 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 25 minutes à la consommation du souper, par sexe et par âge, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 mettent en évidence que la population belge (de 18 à 64 ans) consacre peu de temps à la préparation du petit-déjeuner : 7 minutes en moyenne. Seulement 36 % de la population y consacre plus de 5 minutes. Davantage de temps est consacré à la préparation du dîner : 15 minutes en moyenne. Cependant, 63 % de la population belge y consacre moins de 10 minutes. Enfin, c'est à la préparation du souper que les adultes consacrent le plus de temps : 33 minutes en moyenne. Toutefois, seulement 38 % de la population passe plus de 30 minutes à la préparation du souper.

Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que le sexe et l'âge sont associés au temps de préparation des repas. Ainsi, les femmes passent plus de temps que les hommes à préparer à la fois le petit-déjeuner, le dîner et le souper. L'attitude traditionnelle vis-à-vis de la responsabilité de la préparation des repas au sein du ménage s'avère, par conséquent, toujours présente au sein de la population. Les adultes plus âgés passent plus de temps à la préparation du petit-déjeuner, du dîner ou du souper que les jeunes adultes (18-34 ans). Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes adultes sont davantage amenés à devoir combiner leur carrière professionnelle et leur vie de famille ; ils doivent dès lors réduire le temps consacré à la préparation des repas. Les personnes ayant un niveau d'instruction élevé passent moins de temps à la préparation du petit-déjeuner et du dîner que les personnes ayant un niveau d'instruction plus faible. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes les plus instruites prennent plus fréquemment leur repas du midi à l'extérieur (cf Chapitre « Lieu de consommation des repas ») et risquent, par conséquent, de recourir plus souvent aux aliments « *ready-to-eat* ».

Une enquête de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) réalisée en 2005 au sein de la population belge âgée de 18 à 55 ans s'est penchée sur la durée de consommation des repas (quel que soit le lieu) et le temps consacré à la préparation quotidienne des repas (à la maison) (8). Cette étude a montré que 42 % de la population consacre chaque jour, au niveau du ménage, au moins une demi-heure à la préparation de tous les repas principaux, 37 % de la population y consacre une demi-heure à une heure et 20 % plus d'une heure. Cette étude montrait également que le temps consacré à la préparation des repas avait tendance à augmenter avec l'IMC. Ce résultat a également été partiellement retrouvé dans la présente enquête : ainsi, les personnes souffrant d'obésité sont plus nombreuses à consacrer plus de 10 minutes à la préparation du dîner que les personnes ayant un IMC normal ou étant en situation de surpoids.

Le fait de prendre davantage de temps afin de consommer ses repas a été associé à un moindre apport en énergie (7) et à un IMC inférieur (2). En Belgique, c'est à la consommation du petit-déjeuner que la population (de 3 à 64 ans) consacre le moins de temps : 14 minutes en moyenne. Davantage de temps est consacré au dîner : 21 minutes en moyenne. Enfin, c'est le souper qui dure le plus longtemps : 26 minutes en moyenne. Il y a peu de différences entre hommes et femmes pour ce qui est de la durée de consommation des trois repas principaux. Les enfants les plus jeunes (3-5 ans) sont ceux qui prennent le plus de temps pour prendre leur petit-déjeuner. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont encore dépendants de leurs parents qui doivent les aider à manger et que les enfants ont moins la notion du temps. Ils consacrent aussi, en moyenne, plus de temps à manger le dîner. Les adolescents acquièrent plus d'autonomie, ont davantage de liberté dans leurs choix alimentaires, ont moins de temps et mangent moins souvent avec leur famille que les plus jeunes enfants. Outre le fait que les adolescents sont ceux qui prennent le moins régulièrement un petit-déjeuner (cf chapitre « Régularité des repas »), ce sont eux qui consacrent le moins de temps à la consommation de leur petit-déjeuner, en comparaison aux autres catégories d'âge. Les jeunes adolescents (10-13 ans) consacrent également, en moyenne, le moins de temps (20 minutes) à la consommation du dîner.

L'enquête de l'ULB a montré que plus de 52 % de la population consacre, en moyenne, moins d'une demi-heure par jour à la consommation du repas principal (généralement le soir), 48 % consacre plus d'une demi-heure à la consommation du repas principal, dont 7 % plus d'une heure (8). Parallèlement à ces résultats, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 révèle que la moitié de la population (51 %) passe 25 minutes ou moins à la consommation du souper.

La présente enquête a toutefois pour limite qu'aucune distinction n'a ici été faite entre le temps de préparation d'un repas chaud ou d'un repas tartines, le premier étant généralement plus long que le second. Le fait que davantage de temps soit consacré à la préparation du souper par rapport aux autres repas

laisse supposer que le repas du soir est, pour une grande part de la population, un repas chaud. Une étude menée par le VLAM au sein de la population belge âgée de 15 à 64 ans en 2007, 2009 et 2011 a ainsi montré que les Belges mangent un repas chaud préparé à la maison plutôt le soir qu'à midi. De plus, si un plat chaud est consommé à midi, ce repas est moins fréquemment préparé à la maison que si le plat chaud est mangé le soir (9).

5. TABLEAUX

Tableau 1	Durée moyenne de préparation du petit-déjeuner dans la population adulte (de 18 à 64 ans), Belgique, 2014	93
Tableau 2	Durée de préparation du petit-déjeuner dans la population adulte (de 18 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	94
Tableau 3	Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner, Belgique, 2014	95
Tableau 4	Durée moyenne de préparation du dîner dans la population adulte (de 18 à 64 ans), Belgique, 2014	96
Tableau 5	Durée de préparation du dîner dans la population adulte (de 18 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	97
Tableau 6	Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 10 minutes à la préparation du dîner, Belgique, 2014	98
Tableau 7	Durée moyenne de préparation du souper dans la population adulte (de 18 à 64 ans), Belgique, 2014	99
Tableau 8	Durée de préparation du souper dans la population adulte (de 18 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	100
Tableau 9	Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 30 minutes à la préparation du souper, Belgique, 2014	101
Tableau 10	Durée moyenne de consommation du petit-déjeuner dans la population (de 3 à 64 ans), Belgique, 2014	102
Tableau 11	Durée de consommation du petit-déjeuner dans la population (de 3 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	103
Tableau 12	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner, Belgique, 2014	104
Tableau 13	Durée moyenne de consommation du dîner dans la population (de 3 à 64 ans), Belgique, 2014	105
Tableau 14	Durée de consommation du dîner dans la population (de 3 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	106
Tableau 15	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 15 minutes à la consommation du dîner, Belgique, 2014	107
Tableau 16	Durée moyenne de consommation du souper dans la population (de 3 à 64 ans), Belgique, 2014	108
Tableau 17	Durée de consommation du souper dans la population (de 3 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	109
Tableau 18	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 25 minutes à la consommation du souper, Belgique, 2014	110

Tableau 1 | Durée moyenne de préparation du petit-déjeuner dans la population adulte (de 18 à 64 ans), Belgique, 2014

MD_1		Moyenne brute*	IC 95% brut	Moyenne stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	6,3	(5,7-7,0)	6,3	(5,7-6,9)	557
	Femmes	7,8	(7,2-8,4)	7,7	(7,1-8,3)	605
AGE	18 - 34	6,0	(5,3-6,8)	6,0	(5,3-6,8)	438
	35 - 50	7,3	(6,6-8,0)	7,3	(6,6-8,0)	396
	51 - 64	7,9	(7,1-8,6)	7,8	(7,1-8,6)	328
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	7,2	(6,6-7,9)	7,2	(6,5-7,9)	499
	Supérieur de type court	7,7	(6,8-8,7)	7,7	(6,7-8,6)	332
	Supérieur de type long	6,1	(5,5-6,8)	6,1	(5,5-6,7)	317
REGION***	Flandre	6,9	(6,4-7,5)	6,8	(6,3-7,3)	687
	Wallonie	6,7	(5,9-7,5)	6,7	(5,9-7,4)	385
TOTAL		7,1	(6,6-7,5)			1162

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Durée de préparation du petit-déjeuner dans la population adulte (de 18 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

MD_1		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	6,3	1,5	4,5	8,3	557
	Femmes	7,8	4,1	4,8	9,4	605
AGE	18 - 34	6,0	1,4	4,4	6,3	438
	35 - 50	7,3	2,5	4,7	9,1	396
	51 - 64	7,9	3,3	4,7	9,5	328
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	7,2	2,4	4,7	8,8	499
	Supérieur de type court	7,7	3,5	4,7	9,2	332
	Supérieur de type long	6,1	1,8	4,5	8,6	317
REGION**	Flandre	6,9	2,0	4,6	9,0	687
	Wallonie	6,7	2,3	4,5	7,8	385
TOTAL		7,1	2,3	4,6	9,0	1162

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 5 minutes à la préparation du petit-déjeuner, Belgique, 2014

MD_12		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	29,5	(25,0-34,1)	29,4	(24,9-33,9)	557
	Femmes	43,1	(38,1-48,1)	42,4	(37,6-47,3)	605
AGE	18 - 34	25,9	(20,6-31,1)	26,0	(20,8-31,2)	438
	35 - 50	39,3	(33,5-45,2)	39,4	(33,7-45,1)	396
	51 - 64	43,9	(37,5-50,3)	43,4	(37,1-49,7)	328
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	37,5	(32,2-42,9)	37,1	(31,9-42,2)	499
	Supérieur de type court	37,6	(31,2-43,9)	36,6	(30,5-42,8)	332
	Supérieur de type long	33,8	(27,2-40,3)	33,1	(26,8-39,4)	317
REGION***	Flandre	37,2	(32,7-41,6)	36,1	(32,0-40,2)	687
	Wallonie	31,1	(25,8-36,5)	31,1	(25,9-36,2)	385
TOTAL		36,4	(33,0-39,8)			1162

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Durée moyenne de préparation du dîner dans la population adulte (de 18 à 64 ans), Belgique, 2014

MD_2		Moyenne brute*	IC 95% brut	Moyenne stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	14,0	(12,2-15,8)	14,0	(12,3-15,7)	600
	Femmes	16,9	(15,1-18,6)	16,5	(14,9-18,2)	648
AGE	18 - 34	11,6	(10,0-13,3)	11,6	(10,0-13,3)	481
	35 - 50	14,0	(12,2-15,7)	14,0	(12,3-15,7)	419
	51 - 64	21,4	(18,5-24,3)	21,2	(18,3-24,1)	348
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	16,3	(14,4-18,2)	16,0	(14,2-17,8)	559
	Supérieur de type court	17,1	(14,5-19,8)	16,8	(14,4-19,2)	346
	Supérieur de type long	12,2	(10,2-14,2)	12,6	(10,6-14,6)	328
REGION***	Flandre	15,2	(13,6-16,9)	15,0	(13,5-16,5)	720
	Wallonie	16,5	(14,2-18,8)	16,7	(14,5-18,8)	430
TOTAL		15,4	(14,2-16,7)			1248

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Durée de préparation du dîner dans la population adulte (de 18 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

MD_2		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	14,0	1,9	4,9	14,8	600
	Femmes	16,9	4,4	8,9	17,9	648
AGE	18 - 34	11,6	2,6	4,7	14,1	481
	35 - 50	14,0	4,0	8,3	15,6	419
	51 - 64	21,4	4,6	9,9	28,1	348
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	16,3	3,4	7,8	18,7	559
	Supérieur de type court	17,1	4,3	8,7	19,4	346
	Supérieur de type long	12,2	1,9	8,1	14,5	328
REGION**	Flandre	15,2	4,2	8,3	14,8	720
	Wallonie	16,5	3,3	8,3	18,8	430
TOTAL		15,4	4,1	8,4	16,2	1248

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 10 minutes à la préparation du dîner, Belgique, 2014

MD_22		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	34,4	(29,8-39,1)	34,3	(29,8-38,9)	600
	Femmes	39,0	(34,3-43,8)	38,3	(33,7-42,9)	648
AGE	18 - 34	26,7	(21,7-31,6)	26,7	(21,7-31,6)	481
	35 - 50	35,2	(29,6-40,9)	35,2	(29,6-40,9)	419
	51 - 64	49,5	(43,2-55,8)	49,2	(42,9-55,5)	348
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	37,6	(32,7-42,6)	36,7	(31,9-41,5)	559
	Supérieur de type court	39,5	(33,2-45,9)	39,3	(33,0-45,6)	346
	Supérieur de type long	32,4	(26,0-38,7)	33,8	(27,7-39,9)	328
REGION***	Flandre	33,1	(29,0-37,3)	32,5	(28,6-36,4)	720
	Wallonie	42,0	(36,1-47,9)	42,1	(36,5-47,7)	430
TOTAL		36,7	(33,4-40,1)			1248

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 7 | Durée moyenne de préparation du souper dans la population adulte (de 18 à 64 ans), Belgique, 2014

MD_3		Moyenne brute*	IC 95% brut	Moyenne stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	30,0	(28,2-31,8)	29,9	(28,1-31,7)	611
	Femmes	35,2	(33,4-37,0)	35,1	(33,3-36,9)	649
AGE	18 - 34	30,1	(27,9-32,3)	30,1	(27,9-32,3)	484
	35 - 50	34,3	(32,3-36,2)	34,4	(32,4-36,4)	422
	51 - 64	33,2	(30,7-35,7)	33,0	(30,5-35,4)	354
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	32,8	(30,7-34,8)	32,9	(30,9-34,8)	566
	Supérieur de type court	31,8	(29,5-34,1)	31,5	(29,2-33,7)	352
	Supérieur de type long	33,0	(30,7-35,4)	32,7	(30,4-35,0)	327
REGION***	Flandre	31,5	(29,9-33,2)	31,4	(29,8-33,1)	727
	Wallonie	34,9	(32,6-37,3)	34,9	(32,6-37,2)	435
TOTAL		32,6	(31,3-33,9)			1260

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 8 | Durée de préparation du souper dans la population adulte (de 18 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

MD_3		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	30,0	12,8	27,1	40,8	611
	Femmes	35,2	19,2	28,6	43,5	649
AGE	18 - 34	30,1	15,2	26,9	39,2	484
	35 - 50	34,3	19,4	29,0	43,2	422
	51 - 64	33,2	13,2	27,6	43,6	354
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	32,8	14,7	28,1	42,8	566
	Supérieur de type court	31,8	15,1	27,1	41,8	352
	Supérieur de type long	33,0	18,3	28,3	41,7	327
REGION**	Flandre	31,5	14,3	27,6	41,6	727
	Wallonie	34,9	18,6	28,9	44,1	435
TOTAL		32,6	15,9	27,9	42,3	1260

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 9 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) consacrant plus de 30 minutes à la préparation du souper, Belgique, 2014

MD_32		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	34,9	(30,2-39,7)	34,8	(30,1-39,4)	611
	Femmes	41,8	(37,1-46,5)	41,5	(37,0-46,1)	649
AGE	18 - 34	31,0	(25,8-36,1)	30,9	(25,8-36,1)	484
	35 - 50	44,7	(38,9-50,5)	44,9	(39,1-50,8)	422
	51 - 64	38,6	(32,6-44,5)	38,3	(32,4-44,2)	354
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	40,3	(35,1-45,4)	40,7	(35,5-45,8)	566
	Supérieur de type court	34,1	(28,4-39,9)	33,3	(27,7-39,0)	352
	Supérieur de type long	39,6	(32,9-46,2)	38,4	(32,1-44,8)	327
REGION***	Flandre	36,2	(32,0-40,5)	36,1	(31,9-40,2)	727
	Wallonie	44,2	(38,3-50,2)	43,9	(38,3-49,5)	435
TOTAL		38,3	(35,0-41,7)			1260

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 10 | Durée moyenne de consommation du petit-déjeuner dans la population (de 3 à 64 ans), Belgique, 2014

MD_4		Moyenne brute*	IC 95% brut	Moyenne stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	13,1	(12,4-13,8)	13,1	(12,3-13,8)	1470
	Femmes	14,4	(13,8-15,0)	14,3	(13,7-15,0)	1528
AGE	3 - 5	16,2	(15,4-17,0)	16,2	(15,4-17,0)	469
	6 - 9	15,0	(14,3-15,8)	15,0	(14,3-15,8)	558
	10 - 13	13,2	(12,4-13,9)	13,2	(12,5-13,9)	444
	14 - 17	12,1	(11,5-12,7)	12,1	(11,5-12,7)	429
	18 - 34	12,9	(11,7-14,2)	12,9	(11,7-14,2)	410
	35 - 50	13,4	(12,5-14,3)	13,4	(12,5-14,3)	370
	51 - 64	14,8	(13,7-15,9)	14,8	(13,7-15,9)	318
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	14,0	(13,2-14,9)	14,0	(13,1-14,8)	1157
	Supérieur de type court	13,5	(12,7-14,4)	13,5	(12,6-14,4)	886
	Supérieur de type long	13,7	(12,9-14,5)	13,6	(12,8-14,5)	910
REGION***	Flandre	13,6	(13,0-14,2)	13,5	(12,9-14,0)	1749
	Wallonie	14,0	(13,0-14,9)	14,0	(13,1-15,0)	1013
TOTAL		13,8	(13,3-14,3)			2998

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 11 | Durée de consommation du petit-déjeuner dans la population (de 3 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

MD_4		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	13,1	9,0	9,9	14,6	1470
	Femmes	14,4	8,5	13,3	18,2	1528
AGE	3 - 5	16,2	9,4	14,1	18,8	469
	6 - 9	15,0	8,8	13,6	18,5	558
	10 - 13	13,2	8,2	9,9	14,6	444
	14 - 17	12,1	8,2	9,6	13,8	429
	18 - 34	12,9	4,9	9,7	14,5	410
	35 - 50	13,4	9,1	10,0	14,7	370
	51 - 64	14,8	8,5	12,7	18,6	318
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	14,0	8,3	13,1	14,9	1157
	Supérieur de type court	13,5	9,1	10,0	14,9	886
	Supérieur de type long	13,7	8,3	13,1	15,0	910
REGION**	Flandre	13,6	8,2	13,0	14,8	1749
	Wallonie	14,0	9,1	13,1	15,0	1013
TOTAL		13,8	9,1	13,0	14,9	2998

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 12 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 10 minutes à la consommation du petit-déjeuner, Belgique, 2014

MD_42		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	47,8	(43,6-52,0)	47,4	(43,2-51,7)	1470
	Femmes	54,3	(50,3-58,3)	54,0	(50,0-58,0)	1528
AGE	3 - 5	71,1	(66,2-76,0)	71,1	(66,2-76,0)	469
	6 - 9	59,9	(55,0-64,8)	59,9	(55,1-64,8)	558
	10 - 13	48,5	(43,4-53,7)	48,6	(43,5-53,8)	444
	14 - 17	42,0	(36,8-47,1)	42,0	(36,8-47,1)	429
	18 - 34	45,5	(39,0-51,9)	45,4	(39,0-51,7)	410
	35 - 50	48,8	(42,5-55,0)	48,7	(42,4-54,9)	370
	51 - 64	56,4	(49,8-62,9)	56,3	(49,7-62,9)	318
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	52,4	(47,8-56,9)	51,8	(47,1-56,4)	1157
	Supérieur de type court	48,7	(43,4-54,0)	48,1	(42,8-53,5)	886
	Supérieur de type long	52,2	(46,8-57,6)	51,1	(45,6-56,5)	910
REGION***	Flandre	51,1	(47,3-54,8)	50,4	(46,7-54,1)	1749
	Wallonie	51,8	(46,8-56,8)	52,5	(47,5-57,5)	1013
TOTAL		51,1	(48,2-54,0)			2998

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 13 | Durée moyenne de consommation du dîner dans la population (de 3 à 64 ans), Belgique, 2014

MD_5		Moyenne brute*	IC 95% brut	Moyenne stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	20,7	(19,9-21,5)	20,7	(19,9-21,5)	1602
	Femmes	21,5	(20,7-22,2)	21,5	(20,8-22,2)	1647
AGE	3 - 5	22,3	(21,5-23,2)	22,3	(21,5-23,2)	485
	6 - 9	20,9	(20,1-21,8)	20,9	(20,1-21,8)	570
	10 - 13	19,7	(18,9-20,5)	19,7	(18,9-20,5)	467
	14 - 17	20,5	(19,6-21,4)	20,5	(19,6-21,4)	489
	18 - 34	21,5	(20,3-22,6)	21,5	(20,4-22,6)	478
	35 - 50	20,4	(19,3-21,6)	20,4	(19,3-21,6)	413
	51 - 64	21,7	(20,4-22,9)	21,7	(20,4-23,0)	347
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	20,7	(19,9-21,6)	20,7	(19,8-21,5)	1312
	Supérieur de type court	21,0	(20,1-22,0)	21,0	(20,1-21,9)	940
	Supérieur de type long	21,6	(20,6-22,7)	21,7	(20,6-22,8)	946
REGION***	Flandre	20,3	(19,7-21,0)	20,3	(19,7-20,9)	1863
	Wallonie	21,0	(20,1-22,0)	21,2	(20,2-22,1)	1130
TOTAL		21,1	(20,5-21,6)			3249

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 14 | Durée de consommation du dîner dans la population (de 3 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

MD_5		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	20,7	13,5	18,4	27,5	1602
	Femmes	21,5	13,2	18,8	26,5	1647
AGE	3 - 5	22,3	14,3	18,4	26,6	485
	6 - 9	20,9	13,4	18,7	27,4	570
	10 - 13	19,7	13,4	18,2	25,0	467
	14 - 17	20,5	13,2	18,6	23,5	489
	18 - 34	21,5	13,8	16,5	26,3	478
	35 - 50	20,4	12,3	18,4	26,4	413
	51 - 64	21,7	11,9	18,1	26,5	347
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	20,7	12,7	18,4	26,1	1312
	Supérieur de type court	21,0	13,0	18,6	26,1	940
	Supérieur de type long	21,6	13,9	18,9	27,9	946
REGION**	Flandre	20,3	13,5	18,3	25,7	1863
	Wallonie	21,0	13,6	17,9	27,8	1130
TOTAL		21,1	13,6	18,6	27,7	3249

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 15 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 15 minutes à la consommation du dîner, Belgique, 2014

MD_52		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	54,5	(50,6-58,4)	54,5	(50,5-58,5)	1602
	Femmes	59,2	(55,4-63,0)	59,3	(55,5-63,0)	1647
AGE	3 - 5	69,7	(64,6-74,9)	69,8	(64,7-74,9)	485
	6 - 9	60,9	(56,1-65,7)	60,9	(56,1-65,7)	570
	10 - 13	52,8	(47,8-57,9)	52,8	(47,8-57,8)	467
	14 - 17	58,9	(54,0-63,7)	58,9	(54,0-63,7)	489
	18 - 34	57,0	(51,3-62,8)	57,1	(51,4-62,8)	478
	35 - 50	53,8	(48,0-59,7)	53,9	(48,0-59,8)	413
	51 - 64	57,4	(51,1-63,6)	57,5	(51,2-63,8)	347
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	54,7	(50,5-58,9)	54,9	(50,7-59,1)	1312
	Supérieur de type court	56,8	(51,8-61,9)	57,0	(51,9-62,2)	940
	Supérieur de type long	60,3	(55,1-65,5)	59,5	(54,2-64,7)	946
REGION***	Flandre	53,9	(50,3-57,4)	53,8	(50,3-57,4)	1863
	Wallonie	56,7	(52,0-61,3)	57,0	(52,4-61,7)	1130
TOTAL		56,9	(54,2-59,6)			3249

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 16 | Durée moyenne de consommation du souper dans la population (de 3 à 64 ans), Belgique, 2014

MD_6		Moyenne brute*	IC 95% brut	Moyenne stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	25,4	(24,6-26,2)	25,4	(24,6-26,2)	1625
	Femmes	26,4	(25,6-27,3)	26,5	(25,6-27,3)	1654
AGE	3 - 5	25,6	(24,4-26,7)	25,6	(24,4-26,7)	486
	6 - 9	25,1	(24,1-26,2)	25,1	(24,1-26,2)	572
	10 - 13	25,6	(24,5-26,6)	25,6	(24,6-26,6)	467
	14 - 17	25,6	(24,6-26,7)	25,6	(24,6-26,7)	494
	18 - 34	26,4	(25,2-27,7)	26,4	(25,2-27,7)	484
	35 - 50	26,5	(25,3-27,7)	26,6	(25,4-27,8)	421
	51 - 64	25,1	(23,7-26,5)	25,1	(23,7-26,5)	355
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	25,1	(24,2-26,0)	25,2	(24,4-26,1)	1330
	Supérieur de type court	26,1	(25,0-27,2)	26,1	(25,0-27,3)	949
	Supérieur de type long	26,8	(25,8-27,9)	26,6	(25,5-27,7)	948
REGION***	Flandre	24,5	(23,7-25,2)	24,5	(23,8-25,2)	1872
	Wallonie	27,2	(26,3-28,2)	27,3	(26,3-28,3)	1150
TOTAL		25,9	(25,3-26,5)			3279

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 17 | Durée de consommation du souper dans la population (de 3 à 64 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

MD_6		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	25,4	18,0	23,4	28,2	1625
	Femmes	26,4	18,2	25,2	28,6	1654
AGE	3 - 5	25,6	18,2	23,9	28,5	486
	6 - 9	25,1	18,0	21,7	28,2	572
	10 - 13	25,6	15,9	24,0	28,3	467
	14 - 17	25,6	15,6	24,5	28,3	494
	18 - 34	26,4	18,4	24,1	28,6	484
	35 - 50	26,5	15,9	25,2	28,6	421
	51 - 64	25,1	14,2	19,9	28,1	355
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	25,1	14,9	20,0	28,0	1330
	Supérieur de type court	26,1	18,0	24,5	28,5	949
	Supérieur de type long	26,8	18,6	25,5	28,9	948
REGION**	Flandre	24,5	14,8	19,8	27,7	1872
	Wallonie	27,2	17,9	26,0	28,8	1150
TOTAL		25,9	18,1	24,8	28,4	3279

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 18 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consacre plus de 25 minutes à la consommation du souper, Belgique, 2014

MD_62		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	46,6	(42,7-50,5)	46,6	(42,7-50,5)	1625
	Femmes	51,3	(47,4-55,1)	51,3	(47,4-55,1)	1654
AGE	3 - 5	48,5	(42,9-54,1)	48,5	(42,9-54,1)	486
	6 - 9	47,2	(42,3-52,0)	47,2	(42,4-52,0)	572
	10 - 13	47,8	(42,8-52,8)	47,9	(42,9-52,9)	467
	14 - 17	47,1	(42,2-52,0)	47,2	(42,4-52,1)	494
	18 - 34	48,7	(42,8-54,5)	48,6	(42,8-54,5)	484
	35 - 50	51,7	(45,9-57,5)	51,9	(46,1-57,7)	421
	51 - 64	47,0	(40,8-53,2)	46,9	(40,7-53,1)	355
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	46,4	(42,2-50,6)	46,9	(42,9-50,9)	1330
	Supérieur de type court	47,0	(42,0-52,0)	46,8	(41,7-52,0)	949
	Supérieur de type long	53,6	(48,4-58,8)	53,0	(47,6-58,5)	948
REGION***	Flandre	41,3	(37,8-44,7)	41,4	(37,9-44,8)	1872
	Wallonie	58,3	(53,8-62,8)	58,6	(54,1-63,1)	1150
TOTAL		48,9	(46,2-51,6)			3279

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Crawford D, Ball K, Mishra G, Salmon J, Timperio A. Which food-related behaviours are associated with healthier intakes of fruits and vegetables among women? *Public Health Nutr* 2007 Mar;10(3):256-65.
- (2) Zick CD, Stevens RB, Bryant WK. Time use choices and healthy body weight: a multivariate analysis of data from the American Time Use Survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011 Aug 2;8:84-8.
- (3) Chu YL, Addo OY, Perry CD, Sudo N, Reicks M. Time spent in home meal preparation affects energy and food group intakes among midlife women. *Appetite* 2012 Apr;58(2):438-43.
- (4) Vanhee P. Een gezonde voeding sluit geen gemaksvoesel uit. *Waarom?* *Nutrinews* 2009;3:15-6.
- (5) Alexy U, Libuda L, Mersmann S, Kersting M. Convenience foods in children's diet and association with dietary quality and body weight status. *Eur J Clin Nutr* 2011 Feb;65(2):160-6.
- (6) Appelhans BM, Segawa E, Janssen I, Nackers LM, Kazlauskaitė R, Baylin A, et al. Meal preparation and cleanup time and cardiometabolic risk over 14 years in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Prev Med* 2015;71:1-6.
- (7) Robinson E, Almiron-Roig E, Rutters F, de Graaf C, Forde CG, Tudur SC, et al. A systematic review and meta-analysis examining the effect of eating rate on energy intake and hunger. *Am J Clin Nutr* 2014 May 21;100(1):123-51.
- (8) Patteson R. Enquête over voedingsgebonden gedrag en voedingspatronen. 2006.
- (9) VLAM. De voedingsconsumptie van de Belg in kaart gebracht. 2012.

LIEU DE CONSOMMATION DES REPAS

AUTEUR
Cloë OST

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacqz, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Ost C. Lieu de consommation des repas. Dans : Lebacqz T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	117
1. Introduction	118
2. Instruments	119
2.1. Questions	119
2.2. Indicateurs	120
3. Résultats	121
3.1. Lieu de consommation du petit-déjeuner	121
3.2. Lieu de consommation du dîner	121
3.3. Lieu de consommation du souper	123
4. Discussion	124
5. Tableaux	125
6. Bibliographie.....	132

RÉSUMÉ

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014 – 2015, la population belge âgée de 3 à 64 ans a été interrogée deux jours différents – en semaine ou en week-end – sur les lieux où les trois repas principaux (petit-déjeuner, dîner et souper) avaient été consommés la veille. Dans la littérature, le fait de manger à l'extérieur a, en effet, été associé à un apport plus élevé en énergie et à un apport inférieur en vitamines et minéraux.

Sur les trois repas principaux, c'est le petit-déjeuner qui est le plus fréquemment mangé à la maison. 89 % de la population (de 3 à 64 ans) prend son petit-déjeuner à la maison, ce pourcentage étant de 87 % chez les hommes et de 91 % chez les femmes. Les personnes âgées de 18 à 34 ans consomment leur petit-déjeuner à la maison dans 81 % des cas, ce qui s'avère inférieur aux pourcentages observés dans toutes les autres catégories d'âge, à l'exception de celle de 35-50 ans pour laquelle ce pourcentage est de 85 %. Les personnes âgées de 18 à 34 ans prennent plus souvent leur petit-déjeuner sur la route (6 %), à l'école ou au travail (8 %). Les personnes âgées de 35 à 50 ans déclarent aussi plus souvent prendre leur petit-déjeuner au travail (11 %). En 2004, le petit-déjeuner était consommé – par les personnes âgées de 15 à 64 ans – un peu plus souvent à la maison (91 %) qu'en 2014 (88 %).

Le dîner (repas de midi) est pris à la maison dans 55 % des cas et au travail ou à l'école dans 29 % des cas. Les femmes prennent plus fréquemment (58 %) leur dîner à la maison que les hommes (51 %). Les personnes âgées de 51 à 64 ans mangent plus fréquemment (71 %) leur dîner à la maison que toutes les autres catégories d'âge, dans lesquelles ce pourcentage est inférieur à 55 %. Le niveau d'éducation est lié au lieu où est pris le dîner. Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (52 %) ou long (49 %) consomment moins souvent leur dîner à domicile que les personnes sans diplôme de l'enseignement supérieur (60 %). En outre, les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de type long prennent plus fréquemment (9 %) leur dîner au restaurant que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (5 %) ou sans diplôme de l'enseignement supérieur (4 %). Les personnes souffrant d'obésité prennent plus souvent (65 %) leur dîner à domicile que les personnes ayant un IMC normal (51 %). En 2004, le dîner était consommé – par les personnes âgées de 15 à 64 ans – un peu plus souvent à la maison (59 %) qu'en 2014 (56 %).

Le souper (repas du soir) est également majoritairement pris à la maison. Ainsi, 86 % de la population (de 3 à 64 ans) mange le soir à domicile, ce pourcentage étant de 83 % chez les hommes et de 89 % chez les femmes. Les femmes prennent moins fréquemment leur souper au restaurant (2 %) et dans la famille ou chez des amis (5 %) que les hommes (6 % et 8 % respectivement). Les personnes âgées de 18 à 34 ans consomment moins souvent leur souper à domicile (79 %), en comparaison aux autres catégories d'âge dans lesquelles ce pourcentage est supérieur à 85 %. Les personnes âgées de 18 à 34 ans semblent plus souvent prendre leur souper dans la famille ou chez des amis (11 %). Ils prennent également, tout comme les personnes âgées de 35 à 50 ans, plus souvent leur souper au travail (3 % pour les deux catégories). Dans les autres catégories d'âge, ce pourcentage est, en effet, inférieur à 1 %. En 2004, le souper était aussi souvent consommé à la maison qu'en 2014 (respectivement 85 % et 86 %).

1. INTRODUCTION

Les facteurs environnementaux et le style de vie sont notamment à l'origine de l'augmentation du nombre de personnes en situation de surpoids ou souffrant d'obésité. Un des grands changements de ces dernières décennies est la consommation accrue de repas et de boissons en dehors de la maison. De plus en plus de plats à emporter et de plats provenant de kiosques et de camions-cantines (« *food truck* ») sont consommés (1-3). De même, la consommation de repas chez des amis, au restaurant, à l'école ou au cours de déplacements est à la hausse. En Belgique, entre 1980 et 2000, le budget consacré aux repas mangés à l'extérieur est passé de 14 % à 23 % (4). Ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui mangent le plus souvent en dehors de la maison (1; 2). Plusieurs chercheurs ont déjà exprimé leur inquiétude par rapport au fait de manger à l'extérieur, en raison des portions plus grandes de ces repas, de leur densité énergétique plus élevée, du manque d'informations fournies aux consommateurs et du manque d'alternatives saines (1).

Le fait de manger à l'extérieur semble être associé à un profil diététique peu favorable, menant à une hausse de l'apport énergétique. En parallèle, il a été démontré que les individus mangeant à l'extérieur consomment moins de fruits et légumes (4). D'un point de vue nutritionnel, les repas pris à l'extérieur contiennent davantage de graisses (principalement saturées) et moins de vitamines et de minéraux (essentiellement la vitamine C, le calcium et le fer) (1;2). En ce qui concerne les sources énergétiques, les repas consommés à l'extérieur ont, toutes proportions gardées, une plus grande part de graisses et une plus petite part de glucides en comparaison aux repas pris à la maison(2). En d'autres termes, les repas pris à l'extérieur sont généralement moins bons pour la santé.

La littérature semble indiquer que le fait de manger à l'extérieur est associé à un apport énergétique plus élevé et à un apport inférieur en vitamines et minéraux (1-4). Le lieu de consommation des repas a, par conséquent, été étudié dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 afin d'obtenir une image de la situation à ce sujet en Belgique.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Le lieu de consommation de chaque repas a été demandé aux participants lors des rappels de consommation alimentaire de 24 heures. Pour les enfants âgés de 3 à 9 ans, ces questions ont été posées à un parent. Pour chaque participant, deux rappels de consommation alimentaire de 24 heures ont été effectués ; le lieu de consommation des repas a ensuite été analysé pour les deux journées concernées par ces rappels. Ceci explique pourquoi le N total des tableaux de ce chapitre est plus élevé que dans les autres chapitres.

Préalablement à la question sur le lieu de consommation des repas, les participants ont été interrogés, au moyen du logiciel GloboDiet^{®1} (5), sur les moments auxquels ils avaient pris leurs repas. Les possibilités de réponse étaient les suivantes :

- Avant le petit-déjeuner;
- Le petit-déjeuner;
- Dans le courant de la matinée ;
- Le dîner (aux alentours de midi) ;
- Dans le courant de l'après-midi ;
- Le souper (aux alentours de l'heure du soir) ;
- Dans le courant de la soirée ou de la nuit.

Seul le lieu de consommation des trois repas principaux (petit-déjeuner, dîner et souper) a été analysé.

Il était ensuite possible d'indiquer, par le biais du logiciel GloboDiet[®], l'endroit où le repas en question avait été consommé. Les différentes possibilités de réponse étaient les suivantes :

- A la maison (POC=01);
- Au travail/à l'école/à la garderie : resto ou réfectoire (POC=06) ;
- Au travail/à l'école/à la garderie : bureau/classe/etc. (POC=12);
- Au restaurant/Café/Fast food (POC=15) ;
- Dans la famille/Chez des amis (POC=04) ;
- A la salle de sport (POC=05) ;
- A l'extérieur (rue/parc/marché/plage) (POC=10) ;
- En vélo/auto/bus/avion (POC=11) ;
- Ailleurs (POC=99).

La question concernant le lieu de consommation des repas avait également été posée lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, menée en 2004. Les catégories de réponse étaient néanmoins différentes en 2004, c'est pourquoi les données de 2004 et de 2014 n'ont pas pu être comparées. Le seul élément qui a pu être comparé entre les deux enquêtes concerne le fait de consommer les différents repas principaux ou à la maison.

¹ Davantage d'informations concernant le logiciel GloboDiet[®] sont fournies dans l'introduction de ce rapport (Section 2.2.1 le rappel de consommation alimentaire de 24 heures).

2.2. INDICATEURS

Afin de décrire le lieu de consommation des trois repas principaux est consommé, un indicateur a été créé pour chacun de ces repas :

- POCO** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en six catégories selon le lieu de consommation du petit-déjeuner : (1) A la maison ; (2) Au travail/à l'école/à la garderie ; (3) Au restaurant ; (4) Dans la famille / Chez des amis ; (5) En rue ou en déplacement ; (6) A un autre endroit.
- POCM** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en six catégories selon le lieu de consommation du dîner : (1) A la maison ; (2) Au travail/à l'école/à la garderie ; (3) Au restaurant ; (4) Dans la famille / Chez des amis ; (5) En rue ou en déplacement ; (6) A un autre endroit.
- POCA** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en six catégories selon le lieu de consommation du souper : (1) A la maison ; (2) Au travail/à l'école/à la garderie ; (3) Au restaurant ; (4) Dans la famille / Chez des amis ; (5) En rue ou en déplacement ; (6) A un autre endroit.

Par ailleurs, trois indicateurs binaires ont été créés afin de comparer les résultats de l'enquête de 2014 avec ceux de 2004 :

- POCOT** Pourcentage de l'ensemble des petits-déjeuners qui ont été consommés à la maison, au sein de la population de 3 à 64 ans.
- POCMT** Pourcentage de l'ensemble des dîners qui ont été consommés à la maison, au sein de la population de 3 à 64 ans.
- POCAT** Pourcentage de l'ensemble des soupers qui ont été consommés à la maison, au sein de la population de 3 à 64 ans.

3. RÉSULTATS

3.1. LIEU DE CONSOMMATION DU PETIT-DÉJEUNER

En Belgique, en 2014, parmi les trois repas principaux (petit-déjeuner, dîner et souper), c'est le petit-déjeuner qui est le plus fréquemment consommé à la maison, c'est-à-dire dans 89 % des cas. Les femmes prennent plus souvent (90,5 %) leur petit-déjeuner à la maison que les hommes (87,4 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge (OR 1,38 ; IC 95 % 1,04-1,82).

Parmi toutes les catégories d'âge, ce sont les personnes âgées de 18 à 34 ans qui prennent le moins souvent leur petit-déjeuner à la maison, à savoir dans 80,8 % des cas. Après standardisation pour le sexe, ce pourcentage est significativement inférieur à ceux observés dans toutes les autres catégories d'âge (plus de 90,0 %), à l'exception de la catégorie 35-50 ans dans laquelle ce pourcentage s'élève à 85,1 %. Les catégories 18-34 ans et 35-50 ans prennent plus souvent leur petit-déjeuner à l'école ou au travail (8,4 % et 11,1 % respectivement). Par ailleurs, on compte un nombre plus élevé de personnes âgées de 18 à 34 ans qui mangent leur petit-déjeuner en cours de route (6,0 %), c'est-à-dire en rue ou lors de déplacements.

Il n'existe pas de relation significative entre le lieu de consommation du petit-déjeuner et le niveau d'éducation, la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre)² ou l'indice de masse corporelle (IMC)³.

En 2014, 87,9 % des personnes âgées de 15 à 64 ans prennent leur petit-déjeuner à la maison, soit une légère baisse en comparaison à 2004 (90,5 %).

3.2. LIEU DE CONSOMMATION DU DÎNER

En Belgique, en 2014, le dîner (repas de midi) est pris à la maison dans 54,6 % des cas. De plus, 29,1 % de la population indique manger à midi au travail ou à l'école.

Les hommes prennent leur dîner à la maison dans 51,4 % des cas et les femmes dans 57,6 % des cas. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,28 ; IC 95 % 1,08-1,51).

Les personnes âgées de 51 à 64 ans prennent plus souvent (70,6 %) leur dîner à la maison que les autres catégories d'âge (moins de 55 %). Parallèlement, celles-ci consomment moins fréquemment leur dîner à leur travail (15,6 %) que dans les autres catégories d'âge (plus de 29 %) (Figure 1). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation pour le sexe.

Le lieu de consommation du dîner varie également selon le niveau d'éducation. Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (48,6 %) (OR 0,68 ; IC 95 % 0,55-0,83) ou de type court court (52,4 %) (OR 0,74 ; IC 95 % 0,61-0,91) prennent moins fréquemment leur dîner à la maison que les personnes sans diplôme de l'enseignement supérieur (60,3 %). En parallèle, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (31,2 %) (OR 1,31 ; IC 95 % 1,06-1,61) ou long (33,2 %) (OR 1,34 ; IC 95 % 1,07-1,66) consomment plus souvent leur dîner au travail que les personnes sans diplôme de l'enseignement supérieur (24,8 %). Par ailleurs, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long mangent plus fréquemment leur repas de midi au restaurant (9,1 %) que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (5,1 %) (OR 1,93 ; IC 95 % 1,27-2,95) ou n'étant pas diplômées de l'enseignement supérieur (4,0 %) (OR 2,69 ; IC 95 % 1,79-4,03). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

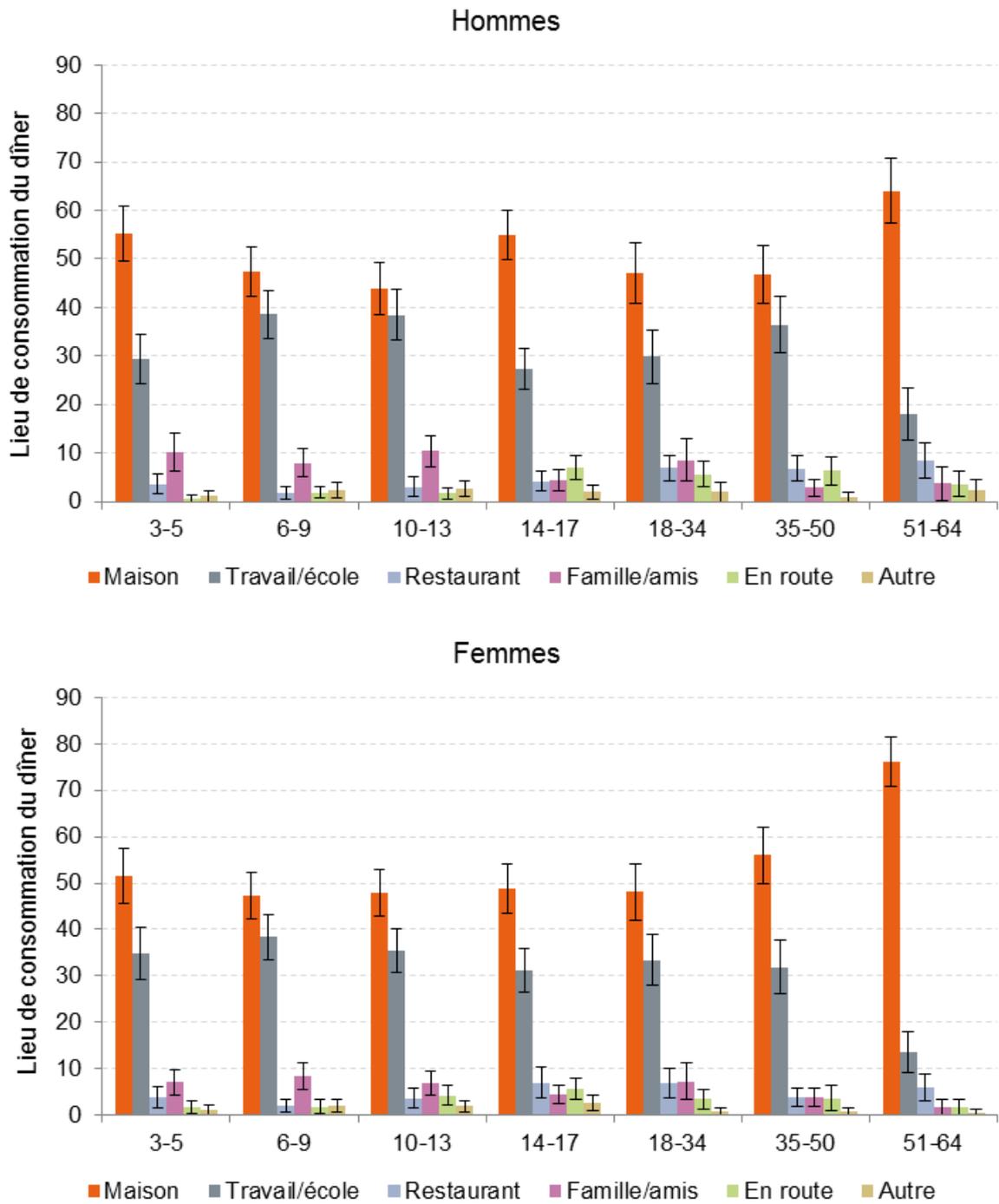
Le repas de midi est consommé à la maison par 56,8 % des personnes en situation de carence pondérale, 50,6 % des personnes ayant un IMC normal, 55,6 % des personnes en surpoids et 65,2 % des personnes souffrant d'obésité. Après standardisation pour l'âge et le sexe, les personnes obèses sont significativement plus nombreuses à consommer leur dîner à la maison que les personnes ayant un IMC normal (OR 1,51 ; IC 95 % 1,14-2,00).

En 2014, 55,8 % des personnes âgées de 15 à 64 ans prennent leur dîner à la maison, soit une légère baisse par rapport à 2004 (58,8 %).

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

³ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

Figure 1 | Distribution des dîners (repas de midi) selon leur lieu de consommation, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.3. LIEU DE CONSOMMATION DU SOUPER

Le souper (repas du soir) est fréquemment mangé à la maison. En Belgique, en 2014, 86,3 % de la population (de 3 à 64 ans) mange le soir à domicile. Légèrement plus de femmes (89,3 %) que d'homme (83,4 %) prennent leur souper à la maison, cette différence étant significative après standardisation pour l'âge (OR 1,66 ; IC 95 % 1,32-2,10). En parallèle, les femmes mangent moins souvent le soir au restaurant (2,4 %) (OR 0,42 ; IC 95 % 0,29-0,63) et chez des amis ou dans la famille (5,4 %) (OR 0,69 ; IC 95 % 0,50-0,96) que les hommes (5,5 % et 7,7 % respectivement). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge.

Le lieu de consommation du souper varie également en fonction de l'âge. Ainsi, les personnes âgées de 18 à 34 ans sont les moins nombreuses (79,4 %) à prendre leur souper à domicile, en comparaison à toutes les autres catégories d'âge (plus de 85 %). Cette catégorie d'âge va plus souvent manger le soir dans la famille ou chez des amis (10,5 %). Par ailleurs, les personnes des catégories 18-34 ans et 35-50 ans mangent plus souvent leur repas du soir au travail (2,7 % et 2,9 % respectivement), en comparaison aux autres catégories d'âge dans lesquelles ce pourcentage est inférieur à 1 %. Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet selon le niveau d'éducation, la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) ou l'IMC.

En 2014, le repas du soir est consommé à la maison par 85,9 % des personnes âgées de 15 à 64 ans, ce pourcentage étant similaire à celui qui avait été observé en 2004 (85,4 %).

4. DISCUSSION

Une bonne définition de ce qu'implique le fait de manger à l'extérieur fait défaut. Une première définition possible englobe tous les repas et snacks qui sont préparés en dehors de la maison, quel que soit leur lieu de consommation. Une deuxième possibilité inclut, par contre, toute la nourriture qui est consommée à l'extérieur du domicile, qu'elle soit préparée à la maison ou non (2). En conséquence de ce manque de définition univoque, c'est la seconde définition qui a été utilisée dans la présente enquête (comme dans celle de 2004), celle-ci se focalisant uniquement sur le lieu de consommation des repas (4). Dès lors, malgré leur importance potentielle, certaines informations concernant le lieu d'achat de la nourriture et des boissons n'ont pas pu être prises en considération dans cette enquête (1;4).

La majorité des repas sont consommés à la maison : 89 % pour le petit-déjeuner, 55 % pour le dîner et 86 % pour souper.

Les hommes mangent plus souvent en dehors de la maison que les femmes (2; 6), ce modèle étant confirmé par les résultats présentés dans ce chapitre. En effet, les hommes sont plus nombreux à consommer le petit-déjeuner, le dîner ou le souper en dehors de la maison (13 %, 49 % et 17 % respectivement), en comparaison aux femmes (9 %, 42 % et 11 % respectivement).

Les personnes âgées de 18 à 34 ans prennent davantage le petit-déjeuner (19 %) et le souper (21 %) à l'extérieur, en comparaison aux autres catégories d'âge. Ces résultats correspondent à ceux notés dans la littérature et soulignant que les jeunes adultes mangent plus fréquemment à l'extérieur (1;2). Plusieurs études indiquent, en outre, que les adolescents mangent plus souvent en dehors de la maison (1;2). Un tel résultat n'a toutefois pas été relevé dans la présente enquête.

Le fait de manger plus fréquemment en dehors de chez soi semble, par ailleurs, associé à un statut socio-économique plus élevé (1). La présente étude a mis en évidence une telle association positive pour le repas de midi uniquement : les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (48 %) ou long (51 %) prennent, en effet, plus souvent leur dîner en dehors de la maison que les personnes sans diplôme de l'enseignement supérieur (40 %).

Le pourcentage de personnes (de 15 à 64 ans) consommant leur petit-déjeuner, dîner ou souper à la maison s'avère relativement similaire entre 2004 et 2014. En 2004, le petit-déjeuner, le dîner et le souper ont été consommés à la maison dans 91 %, 59 % et 85 % des cas respectivement, tandis que ces pourcentages s'élevaient à 88 %, 56 % et 86 % respectivement en 2014. Les résultats issus de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 ne confirment, par conséquent, pas la tendance à la hausse de la consommation des repas et des boissons en dehors de la maison (1-3).

Bien que le fait de manger plus souvent à l'extérieur ait été associé à un plus grand apport énergétique (1-4), les résultats obtenus ne montrent pas que les personnes souffrant d'obésité mangent plus fréquemment en dehors de chez elles. Au contraire, ce sont les personnes qui ont un IMC normal qui mangent plus souvent à l'extérieur et plus spécifiquement à midi. Différents éléments peuvent contribuer à expliquer ces résultats relativement inattendus. D'une part, l'effet du repas pris à l'extérieur peut dépendre du choix du restaurant. Les personnes qui se rendent plus souvent dans un restaurant de type « *fastfood* » ont davantage de risque d'être en surpoids ou de souffrir d'obésité, ainsi que d'avoir un régime alimentaire de moindre qualité (contenant plus de graisses saturées, moins de vitamines et minéraux) (6). À l'inverse, ces repas peuvent être pris dans des restaurants « plus sains ». Or, le fait de manger dans des sandwicheries ou des restaurants classiques n'a pas été associé à l'IMC (6). Sur base des données disponibles, il n'a cependant pas été possible de réaliser une distinction selon le type de restaurant. D'autre part, il est également possible que les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité consomment davantage de plats à emporter (moins bons pour la santé) à la maison (7). Ce point n'a pas non plus pu faire l'objet d'une analyse détaillée sur base des données étant à notre disposition.

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon le lieu de consommation du petit-déjeuner, Belgique, 2014	126
Tableau 2 	Pourcentage des petits-déjeuners qui sont consommés à la maison par la population (de 3 à 64 ans), Belgique	127
Tableau 3 	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon le lieu de consommation du dîner (repas de midi), Belgique, 2014	128
Tableau 4 	Pourcentage des dîners qui sont consommés à la maison par la population (de 3 à 64 ans), Belgique	129
Tableau 5 	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon le lieu de consommation du souper (repas du soir), Belgique, 2014	130
Tableau 6 	Pourcentage des soupers qui sont consommés à la maison par la population (de 3 à 64 ans), Belgique	131

Tableau 1 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon le lieu de consommation du petit-déjeuner, Belgique, 2014

POCO		1*	2*	3*	4*	5*	6*	N
SEXE	Hommes	87,4	7,1	0,6	1,5	2,3	1,1	2804
	Femmes	90,5	4,6	0,4	2,2	1,6	0,7	2934
AGE	3 - 5	95,6	1,4	0,0	2,7	0,3	0,0	889
	6 - 9	95,2	1,4	0,1	2,8	0,1	0,4	1038
	10 - 13	91,7	0,5	0,5	5,3	0,7	1,1	825
	14 - 17	93,0	1,8	0,5	2,7	1,2	0,9	782
	18 - 34	80,8	8,4	0,9	3,0	6,0	0,9	794
	35 - 50	85,1	11,1	0,5	0,7	1,4	1,2	749
	51 - 64	96,8	1,2	0,4	0,7	0,0	0,9	661
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	89,1	5,9	0,3	2,2	1,4	0,9	2254
	Supérieur de type court	89,3	6,1	0,3	1,3	2,2	0,8	1664
	Supérieur de type long	88,3	5,5	0,9	1,8	2,5	0,9	1729
REGION**	Flandre	89,0	6,1	0,3	1,6	1,8	1,1	3264
	Wallonie	90,0	4,9	0,4	2,3	1,6	0,8	2006
TOTAL		89,0	5,8	0,5	1,8	2,0	0,9	5738

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* 1 = à la maison; 2 = à l'école, au travail ou à la garderie; 3 = au restaurant; 4 = dans la famille ou chez des amis; 5 = en rue ou en déplacement, 6 = autre.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Pourcentage des petits-déjeuners qui sont consommés à la maison par la population (de 3 à 64 ans), Belgique

POCOT		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	87,4	(85,2-89,6)	86,9	(84,7-89,1)	2804
	Femmes	90,5	(88,8-92,2)	90,1	(88,4-91,8)	2934
AGE	3 - 5	95,6	(93,9-97,3)	95,6	(93,9-97,3)	889
	6 - 9	95,2	(93,5-96,9)	95,2	(93,5-96,9)	1038
	10 - 13	91,7	(89,6-93,8)	91,7	(89,6-93,8)	825
	14 - 17	93,0	(91,1-95,0)	93,0	(91,0-95,0)	782
	18 - 34	80,8	(77,2-84,4)	80,7	(77,1-84,3)	794
	35 - 50	85,1	(81,8-88,4)	85,1	(81,8-88,3)	749
	51 - 64	96,8	(95,4-98,2)	96,8	(95,4-98,2)	661
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	89,1	(87,0-91,3)	87,9	(85,7-90,1)	2254
	Supérieur de type court	89,3	(86,9-91,7)	88,7	(86,1-91,3)	1664
	Supérieur de type long	88,3	(85,6-91,1)	88,2	(85,4-91,0)	1729
REGION***	Flandre	89,0	(87,2-90,8)	88,4	(86,6-90,2)	3264
	Wallonie	90,0	(87,9-92,2)	89,6	(87,4-91,9)	2006
TOTAL		89,0	(87,6-90,4)			5738
ANNEE****	2004	90,5	(89,1-92,0)	90,6	(89,2-92,0)	3285
	2014	87,9	(86,3-89,6)	87,4	(85,7-89,0)	2798

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 3 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon le lieu de consommation du dîner (repas de midi), Belgique, 2014

POCM		1*	2*	3*	4*	5*	6*	N
SEXE	Hommes	51,4	30,1	6,4	5,6	4,8	1,7	2971
	Femmes	57,6	28,2	5,2	4,8	3,1	1,1	3079
AGE	3 - 5	53,3	32,1	3,7	8,6	1,2	1,1	900
	6 - 9	47,4	38,5	1,9	8,2	1,8	2,2	1060
	10 - 13	45,8	36,9	3,4	8,7	2,9	2,3	878
	14 - 17	52,0	29,3	5,5	4,5	6,4	2,3	896
	18 - 34	47,6	31,6	6,9	8,0	4,6	1,4	882
	35 - 50	51,2	34,2	5,4	3,3	5,1	0,9	782
	51 - 64	70,6	15,6	7,1	2,6	2,6	1,4	652
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	60,3	24,8	4,0	4,8	4,8	1,4	2439
	Supérieur de type court	52,4	31,2	5,1	6,0	4,2	1,1	1735
	Supérieur de type long	48,6	33,2	9,1	4,9	2,8	1,5	1781
REGION**	Flandre	54,5	29,7	6,1	4,5	3,4	1,8	3440
	Wallonie	57,9	26,6	4,4	5,5	4,6	0,9	2139
TOTAL		54,6	29,1	5,8	5,2	3,9	1,4	6050

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* 1 = à la maison; 2 = à l'école, au travail ou à la garderie; 3 = au restaurant; 4 = dans la famille ou chez des amis; 5 = en rue ou en déplacement, 6 = autre.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Pourcentage des dîners qui sont consommés à la maison par la population (de 3 à 64 ans), Belgique

POCMT		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	51,4	(48,5-54,4)	51,5	(48,6-54,4)	2971
	Femmes	57,6	(54,9-60,4)	56,9	(54,2-59,6)	3079
AGE	3 - 5	53,3	(49,2-57,3)	53,3	(49,2-57,3)	900
	6 - 9	47,4	(43,8-50,9)	47,4	(43,8-50,9)	1060
	10 - 13	45,8	(42,1-49,5)	45,8	(42,1-49,5)	878
	14 - 17	52,0	(48,4-55,7)	51,9	(48,3-55,6)	896
	18 - 34	47,6	(43,2-51,9)	47,6	(43,2-51,9)	882
	35 - 50	51,2	(46,9-55,5)	51,3	(47,0-55,6)	782
	51 - 64	70,6	(66,3-74,9)	70,1	(65,8-74,4)	652
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	60,3	(57,3-63,4)	58,8	(55,8-61,9)	2439
	Supérieur de type court	52,4	(48,7-56,2)	51,9	(48,1-55,7)	1735
	Supérieur de type long	48,6	(44,7-52,4)	48,9	(44,9-52,9)	1781
REGION***	Flandre	54,5	(51,8-57,1)	53,9	(51,4-56,5)	3440
	Wallonie	57,9	(54,6-61,3)	58,4	(55,0-61,8)	2139
TOTAL		54,6	(52,5-56,6)			6050
ANNEE****	2004	58,8	(56,5-61,0)	59,3	(57,1-61,4)	3504
	2014	55,8	(53,4-58,2)	55,4	(53,0-57,8)	3004

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 5 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon le lieu de consommation du souper (repas du soir), Belgique, 2014

POCA		1*	2*	3*	4*	5*	6*	N
SEXE	Hommes	83,4	1,9	5,5	7,7	0,7	0,7	3058
	Femmes	89,3	1,4	2,4	5,4	1,0	0,4	3147
AGE	3 - 5	90,0	0,4	1,9	7,0	0,4	0,3	901
	6 - 9	87,6	0,3	2,6	8,6	0,5	0,4	1061
	10 - 13	87,8	0,1	3,6	7,1	0,4	0,9	898
	14 - 17	87,5	0,7	4,1	5,7	1,3	0,7	933
	18 - 34	79,4	2,7	5,1	10,5	1,4	0,9	920
	35 - 50	85,6	2,9	4,6	6,3	0,5	0,1	813
	51 - 64	92,9	0,3	2,8	2,3	0,9	0,8	679
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	87,6	1,8	4,1	5,6	0,5	0,5	2534
	Supérieur de type court	85,2	1,8	3,8	6,6	1,8	0,9	1767
	Supérieur de type long	85,6	1,4	4,2	8,0	0,4	0,4	1806
REGION**	Flandre	86,1	1,8	4,6	6,0	0,7	0,8	3515
	Wallonie	85,9	1,9	3,5	7,8	0,7	0,3	2207
TOTAL		86,3	1,7	4,0	6,6	0,9	0,6	6205

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* 1 = à la maison; 2 = à l'école, au travail ou à la garderie; 3 = au restaurant; 4 = dans la famille ou chez des amies; 5 = en rue ou en déplacement, 6 = autre.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Pourcentage des soupers qui sont consommés à la maison par la population (de 3 à 64 ans), Belgique

POCAT		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	83,4	(81,1-85,6)	83,3	(81,1-85,5)	3058
	Femmes	89,3	(87,7-90,9)	89,0	(87,4-90,6)	3147
AGE	3 - 5	90,0	(87,7-92,4)	90,0	(87,7-92,4)	901
	6 - 9	87,6	(85,0-90,2)	87,7	(85,1-90,2)	1061
	10 - 13	87,8	(85,4-90,1)	87,8	(85,4-90,1)	898
	14 - 17	87,5	(85,1-89,8)	87,4	(85,1-89,8)	933
	18 - 34	79,4	(75,8-83,0)	79,4	(75,9-83,0)	920
	35 - 50	85,6	(82,8-88,5)	85,7	(82,9-88,5)	813
	51 - 64	92,9	(90,8-95,1)	92,8	(90,5-95,0)	679
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	87,6	(85,5-89,6)	87,3	(85,2-89,3)	2534
	Supérieur de type court	85,2	(82,5-87,8)	84,5	(81,7-87,3)	1767
	Supérieur de type long	85,6	(82,9-88,3)	86,1	(83,4-88,7)	1806
REGION***	Flandre	86,1	(84,3-87,8)	85,8	(84,1-87,5)	3515
	Wallonie	85,9	(83,3-88,6)	86,2	(83,7-88,6)	2207
TOTAL		86,3	(84,9-87,7)	.	.	6205
ANNEE****	2004	85,4	(83,8-87,0)	85,4	(83,9-87,0)	3681
	2014	85,9	(84,2-87,5)	85,7	(84,0-87,3)	3132

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Lachat C, Nago E, Verstraeten R, Roberfroid D, Van Camp J, Kolsteren P. Eating out of home and its association with dietary intake: a systematic review of the evidence. *Obesity Reviews* 2012;13(4):329-46.
- (2) Orfanos P, Naska A, Trichopoulou A, Grioni S, Boer JMA, van Bakel MME, et al. Eating out of home: energy, macro- and micronutrient intakes in 10 European countries. *The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. European journal of clinical nutrition* 2009;63:S239-S262.
- (3) D'Addezio L, Turrini A, Capacci S, Saba A. Out-of-home eating frequency, causal attribution of obesity and support to healthy eating policies from a cross-European survey. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health* 2014;11(4).
- (4) Vandevijvere S, Lachat C, Kolsteren P, Van Oyen H. Eating out of home in Belgium: current situation and policy implications. *British journal of nutrition* 2009;102(06):921-8.
- (5) Slimani N, Casagrande C, Nicolas G, Freisling H, Huybrechts i, Ocké MC, et al. The standardized computerized 24-h dietary recall method EPIC-Soft adapted for pan-European dietary monitoring. *European journal of clinical nutrition* 2011;65:S5-S15.
- (6) Larson N, Neumark-Sztainer D, Laska MN, Story M. Young adults and eating away from home: associations with dietary intake patterns and weight status differ by choice of restaurant. *Journal of the American Dietetic Association* 2011;111(11):1696-703.
- (7) Miura K, Turrell G. Reported consumption of takeaway food and its contribution to socioeconomic inequalities in body mass index. *Appetite* 2014;74:116-24.

REPAS EN FAMILLE ET PARTICIPATION À LA PRÉPARATION DES REPAS

AUTEUR
Sarah BEL

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérésa Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Bel S. Repas en famille et participation à la préparation des repas. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	137
1. Introduction	138
1.1. Repas en famille	138
1.2. Participation à la préparation des repas	138
2. Instruments	139
2.1. Questions	139
2.2. Indicateurs	139
3. Résultats	140
3.1. Repas en famille	140
3.1.1. Distribution selon la fréquence des repas en famille	140
3.1.2. Pourcentage de la population prenant au moins un repas par jour en famille	141
3.2. Participation à la préparation des repas	142
4. Discussion	143
5. Tableaux	144
6. Bibliographie.....	148

RÉSUMÉ

L'impact des facteurs environnementaux sur l'alimentation a été démontré dans de nombreuses études scientifiques. Chez les enfants et les adolescents, plus particulièrement, le partage des repas en famille peut avoir un effet positif sur leur consommation alimentaire.

En Belgique, en 2014, 50 % de la population (de 10 à 64 ans) prend un repas par jour, à table, en famille, tandis que 28 % de la population prend deux repas par jour, ou plus, en famille. Au total, 78 % de la population a donc pour habitude de prendre au moins un repas par jour en famille. Ce pourcentage est supérieur chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans (88 %) et de 14 à 17 ans (84 %), en comparaison aux adultes âgés de 18 à 64 ans (de 73 % à 78 %). Par ailleurs, 15 % de la population mange en famille uniquement le week-end, tandis que 6 % ne mange jamais en famille et 2 % uniquement lors de jours de fête.

Davantage de femmes (33 %) que d'hommes (23 %) consomment deux repas par jour ou plus en famille. Les adolescents âgés de 10 à 13 ans (34 %) et les adultes âgés de 51 à 64 ans (40 %) sont les plus nombreux à prendre deux repas par jour ou plus en famille, en comparaison aux autres catégories d'âge (de 20 % à 25 %). Les adultes âgés de 51 à 64 ans (39 %) sont les moins nombreux à prendre un repas par jour en famille, en comparaison aux catégories d'âge plus jeunes (de 53 % à 60 %). Le pourcentage de personnes mangeant en famille uniquement le week-end est plus élevé parmi les adultes âgés de 18 à 34 ans (19 %) que parmi les adolescents âgés de 10 à 13 ans (11 %). Quasiment aucun adolescent ne mange jamais en famille.

Les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé sont plus nombreuses (31 %) à prendre deux repas par jour ou plus en famille, en comparaison aux personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible (26 %). Le pourcentage de la population mangeant en famille deux fois par jour ou plus est plus faible en Wallonie (22 %) qu'en Flandre (32 %) ; le pourcentage de personnes mangeant une fois par jour en famille s'avère, en corollaire, plus élevé en Wallonie (55 %) qu'en Flandre (47 %).

Les personnes obèses sont plus nombreuses (35 %) que les personnes en situation de surpoids (24 %) à consommer deux repas par jour ou plus en famille. Les personnes en surpoids sont, quant à elle, plus nombreuses (56 %) que les personnes ayant un IMC considéré comme normal (47 %) à prendre un repas par jour en famille. Le pourcentage de personnes mangeant en famille uniquement le week-end est plus élevé parmi les personnes ayant un IMC normal (17 %) que parmi celles souffrant d'obésité (10 %).

Enfin, en Belgique, en 2014, la moitié des adolescents âgés de 10 à 17 ans – parmi lesquels davantage de filles (58 %) que de garçons (42 %) – déclarent participer à la préparation des repas.

1. INTRODUCTION

L'influence des facteurs environnementaux sur la consommation alimentaire a été démontrée à de nombreuses reprises. Chez les enfants et les adolescents, plus particulièrement, le partage des repas en famille et la participation à la préparation des repas peuvent avoir un effet positif sur leur apport nutritionnel et leur santé (1-5).

1.1. REPAS EN FAMILLE

Le repas en famille, préparé à la maison et pris ensemble à table à heures régulières, constituait autrefois un rituel quotidien important. Dès les années 1960, ce rituel a évolué suite à l'entrée des femmes sur le marché du travail et à l'augmentation du nombre de familles monoparentales. L'augmentation du recours à des plats préparés (« convenience foods ») et la consommation plus fréquente des repas à l'extérieur du domicile familial a également contribué à l'évolution des habitudes alimentaires des familles (6).

Différentes études ont identifié le fait de prendre ses repas en famille comme un facteur protecteur contre le développement de certains problèmes de santé directement liés à l'alimentation (tels que le surpoids), ainsi que d'habitudes alimentaires ayant un impact négatif sur la santé et de troubles du comportement alimentaire.

Partager un repas avec d'autres personnes, plus particulièrement en famille, a en effet été associé à des habitudes alimentaires plus saines. Une telle relation s'avère particulièrement claire chez les enfants et les adolescents, tandis que des résultats contradictoires ont été observés dans la population adulte (1). Une étude récente a ainsi mis en évidence que les enfants et adolescents qui prennent leurs repas en famille trois fois par semaine ou plus ont davantage de probabilités de se situer dans une gamme de poids normal et de montrer des habitudes alimentaires saines, en comparaison aux enfants prenant moins souvent leur repas en famille. Ces enfants ont, en outre, moins de risque de développer des troubles du comportement alimentaire (2).

Chez les adolescents, prendre ses repas en famille aurait une influence positive sur la qualité de leur régime alimentaire, en ce qui concerne notamment leur consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers ; cette habitude entraînerait également une diminution de la consommation de boissons sucrées et d'aliments ayant un impact négatif sur la santé (3).

1.2. PARTICIPATION À LA PRÉPARATION DES REPAS

Le fait d'impliquer les enfants et adolescents dans la préparation des repas peut amener ces derniers à acquérir des habitudes alimentaires saines. Certaines études ont, en effet, démontré que l'implication des enfants dans la préparation des repas peut augmenter leur consommation de légumes et, plus généralement, d'aliments sains (4;5). Il a également été mis en évidence que les adolescents participant souvent à la préparation des repas consomment moins de graisses et davantage de fruits, de légumes, de fibres, d'acide folique et de vitamine A (7). L'implication des enfants et adolescents dans la préparation des repas pourrait dès lors constituer une stratégie d'intervention afin de favoriser le développement d'habitudes alimentaires saines.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Les questions concernant la fréquence des repas pris en famille¹ (chez les individus âgés de 10 à 64 ans) et l'implication des adolescents (de 10 à 17 ans) dans la préparation des repas font partie du questionnaire adressé oralement aux participants (ou à un parent/tuteur), lors de la première visite à domicile de l'enquêteur ; ce questionnaire a été administré à l'aide d'un ordinateur (CAPI, « Computer Assisted Personal Interview »). Ces items n'étaient pas inclus dans l'enquête précédente de 2004 ; une comparaison entre ces deux enquêtes ne pourra donc pas être réalisée. Les différentes questions de ce module ont été formulées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

La question suivante a été adressée aux adolescents (de 10 à 17 ans) et adultes (de 18 à 64 ans) :

GF04 À quelle fréquence mangez-vous en famille, tous réunis autour d'une même table ?

- (1) Deux repas par jour ou plus ;
- (2) Un repas par jour ;
- (3) Uniquement le week-end ;
- (4) Uniquement lors de jours de fête ;
- (5) Jamais.

La question suivante a été posée uniquement aux adolescents (de 10 à 17 ans) :

GF00 Participez-vous à la préparation des repas ?

A cette question, les participant pouvaient répondre :

- (1) Oui ;
- (2) Non.

2.2. INDICATEURS

Sur base des questions détaillées dans la section précédente, trois indicateurs ont été créés :

- FM_1** Cet indicateur présente la distribution de la population (de 10 à 64 ans) en cinq catégories en fonction de la fréquence des repas pris en famille : (1) deux repas par jour ou plus ; (2) un repas par jour ; (3) uniquement le week-end ; (4) uniquement lors de jours de fête ; (5) jamais.
- FM_2** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend au moins un repas par jour en famille. Cet indicateur regroupe les catégories de réponse « 2 repas par jour ou plus » et « un repas par jour » de la question GF04.
- FM_3** Pourcentage des adolescents (de 10 à 17 ans) qui participent à la préparation des repas.

¹ Ces deux thématiques ont été étudiées chez les enfants dans le Chapitre « Environnement familial et alimentation des enfants ».

3. RÉSULTATS

3.1. REPAS EN FAMILLE

3.1.1. Distribution selon la fréquence des repas en famille

En Belgique, en 2014, 49,9 % de la population (de 10 à 64 ans) prend un repas par jour en famille et 27,7 % de la population prend deux repas par jour ou plus en famille. 15,0 % de la population ne mange en famille que durant le week-end, 5,9 % de la population ne mange jamais en famille et 1,5 % uniquement lors de jours de fête.

Davantage de femmes (32,5 %) que d'hommes (23,0 %) prennent deux repas par jour ou plus en famille ; cette différence est significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 1,60 ; IC 95 % 1,23-2,09). Cette différence hommes-femmes se marque essentiellement dans les catégories d'âge adulte (de 18 à 64 ans) (Figure 1).

Le pourcentage de personnes prenant deux repas par jour ou plus en famille suit une courbe en « U » en fonction de l'âge : ce pourcentage est, en effet, le plus élevé chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans (34,1 %) et les adultes les plus âgés (de 51 à 64 ans) (39,5 %), tandis qu'il s'avère inférieur dans les catégories d'âge 14-17 ans (24,2 %), 18-34 ans (19,9 %) et 35-50 ans (24,6 %).

Les adultes âgés de 51 à 64 ans sont moins nombreux (38,6 %) que les personnes plus jeunes (de 52,9 % à 60,0 %) à prendre un repas par jour en famille. La catégorie d'âge 51-64 ans intègre, en effet, le pourcentage le plus élevé de personnes qui prennent deux repas par jour ou plus en famille.

Les jeunes adultes (de 18 à 34 ans) sont plus nombreux (18,8 %) que les adolescents âgés de 10 à 13 ans (10,8 %) à manger en famille uniquement le week-end (OR 1,93 ; IC 95 % 1,23-3,03). Par ailleurs, très peu d'adolescents (de 10 à 17 ans), à savoir 0,2 % et 0,4 %, ne mangent jamais en famille, des pourcentages qui sont nettement inférieurs à ceux observés chez les adultes (de 4,8 % à 8,5 %). De telles différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, le pourcentage de personnes prenant deux repas par jour ou plus en famille est significativement plus élevé parmi les personnes détenant le niveau d'éducation le plus élevé (30,7 %) que parmi celles ayant le niveau d'éducation le plus faible (25,6 %) (OR 1,44 ; IC 95 % 1,03-2,01).

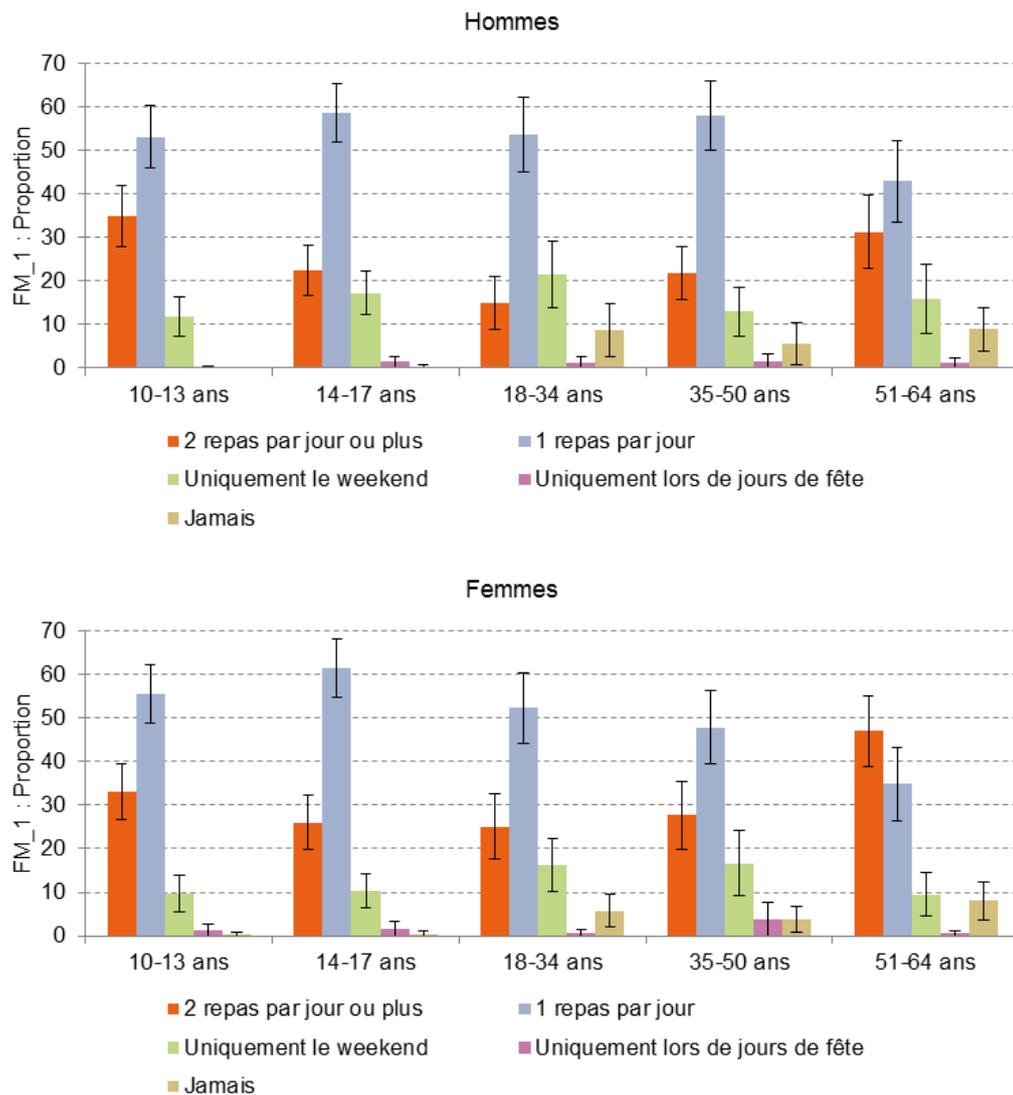
Ce pourcentage varie également selon le lieu de résidence : il est, en effet, plus faible en Wallonie² (22,4 %) qu'en Flandre (31,7 %) (OR 0,63 ; IC 95 % 0,46-0,86). En corollaire, les personnes domiciliées en Wallonie sont plus nombreuses (55,4 %) que celles vivant en Flandre (47,1 %) à manger un repas par jour en famille (OR 1,34 ; IC 95 % 1,04-1,78). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Les personnes obèses³ sont plus nombreuses (35,1 %) que les personnes en surpoids (24,1 %) à prendre deux repas par jour ou plus en famille (OR 1,67 ; IC 95 % 1,11-2,62). Les personnes en surpoids sont, quant à elles, plus nombreuses (55,6 %) que les personnes ayant un IMC considéré comme normal (47,2 %) à prendre un repas par jour en famille (OR 1,67 ; IC 95 % 1,24-2,24). Enfin, le pourcentage de personnes mangeant en famille uniquement le week-end est plus élevé parmi les personnes ayant un IMC normal (17,2 %) que parmi celles souffrant d'obésité (10,1 %) (OR 1,83 ; IC 95 % 1,06-3,16). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

³ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

Figure 1 | Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon la fréquence de consommation des repas en famille, par sexe et par âge, Belgique, 2014



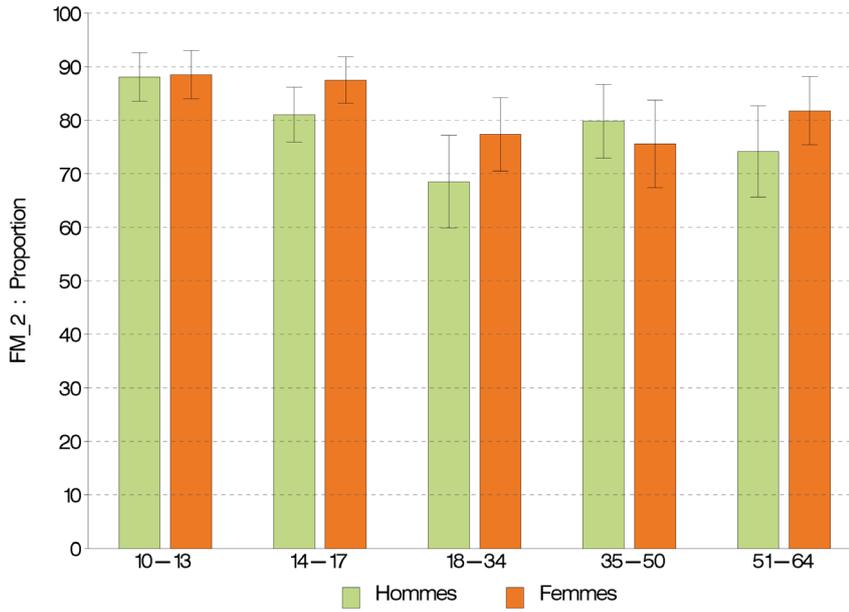
3.1.2. Pourcentage de la population prenant au moins un repas par jour en famille

Cette section présente les résultats relatifs au pourcentage de la population prenant au moins un repas par jour en famille. En Belgique, en 2014, 77,6 % de la population (de 10 à 64 ans) a pour habitude de prendre au moins un repas par jour en famille. Après standardisation pour l'âge, ce pourcentage ne varie pas significativement en fonction du genre.

Après standardisation pour le sexe, les adolescents (de 10 à 17 ans) sont significativement plus nombreux (88,3 % pour les adolescents âgés de 10 à 13 ans et 84,2 % pour ceux âgés de 14 à 17 ans) que les adultes (de 72,9 % à 78,2 %) à prendre au minimum un repas par jour en famille (Figure 2).

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie versus Flandre) ou de l'IMC.

Figure 2 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend au moins une fois par jour un repas en famille, Belgique, 2014

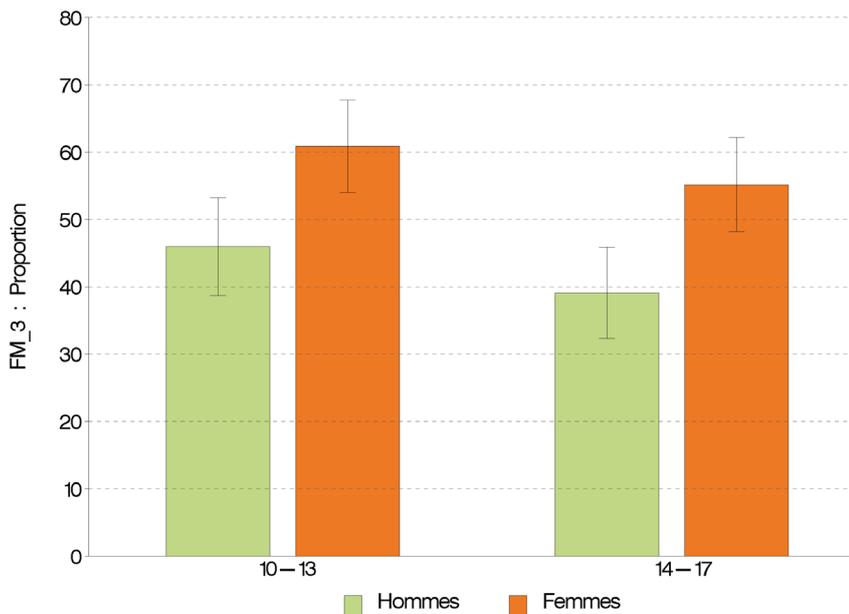


3.2. PARTICIPATION À LA PRÉPARATION DES REPAS

En Belgique, en 2014, 50,0 % des adolescents âgés de 10 à 17 ans déclarent participer à la préparation des repas. Les filles (57,9 %) sont davantage impliquées que les garçons (42,4 %) dans la préparation des repas, une différence qui s'avère significative après standardisation pour l'âge (OR 1,87 ; IC 95 % 1,41-2,49) (Figure 3).

Ce pourcentage ne varie pas significativement en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie versus Flandre) ou de l'IMC.

Figure 3 | Pourcentage des adolescents (de 10 à 17 ans) qui participent à la préparation des repas, par sexe et par âge, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

Prendre ses repas en famille constitue l'un des facteurs protecteurs contre le développement de certains problèmes de santé directement liés à l'alimentation (tels que le surpoids) ; cette habitude limiterait également le développement de comportements alimentaires ayant un impact négatif sur la santé et de troubles du comportement alimentaire (1;6).

En Belgique, en 2014, 78 % de la population (de 10 à 64 ans) a pour habitude de prendre au moins un repas par jour en famille. Plus spécifiquement, 50 % de la population prend un repas par jour en famille, tandis que 28 % de la population mange deux repas par jour ou plus en famille. 15 % de la population indique manger en famille uniquement le week-end. La taille du ménage pourrait jouer un rôle important dans cette habitude alimentaire. Toutefois, seule une minorité de personnes qui mangent en famille uniquement le week-end habitent seules (8 %) ; à l'inverse, la majorité d'entre elles (67 %) font partie de ménages composés de quatre personnes ou plus. Une faible part de la population ne mange jamais en famille (6 %) ou ne mange en famille que lors de jours de fête (2 %). La majorité des personnes ne mangeant jamais en famille (89 %) habitent seules. Parmi les personnes qui mangent en famille uniquement lors de jours de fête, une majorité (73 %) fait partie d'un ménage de deux personnes ou plus.

Les adolescents (de 10 à 17 ans) sont plus nombreux que les adultes (de 18 à 64 ans) à prendre au moins un repas par jour en famille. En outre, très peu d'entre eux ne mangent jamais en famille ; cette proportion étant plus élevée chez les adultes. Un tel résultat s'explique par le fait que les adolescents sont encore souvent dépendants de leurs parents, notamment en ce qui concerne les repas. Par ailleurs, le lien entre le fait de manger en famille et le développement d'un comportement alimentaire sain a essentiellement été démontré au sein de cette catégorie d'âge plus jeune (1).

Les adultes les plus âgés (de 51 à 64 ans) sont plus nombreux que leurs homologues plus jeunes à prendre deux repas par jour ou plus en famille ; en corollaire, ils sont moins nombreux à prendre un repas par jour en famille. Il est, en effet, possible que ces derniers aient davantage de temps pour manger en famille, en comparaison aux adultes plus jeunes étant souvent amenés à combiner carrière, ménage et enfants. Il est également probable que les adultes plus âgés aient acquis et conservé l'habitude de manger en famille lorsqu'ils étaient enfants, quand les repas familiaux étaient considérés comme un rituel quotidien important. A l'instar d'autres études (8), les résultats de la présente enquête mettent en évidence que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à prendre deux repas par jour ou plus en famille. Aucune différence significative n'a toutefois été observée en fonction du genre pour les autres fréquences étudiées dans ce chapitre. Sur base des résultats obtenus, il semble que le niveau d'éducation soit lié à la fréquence de consommation du repas en famille. Ainsi, le pourcentage de la population prenant deux repas par jour ou plus en famille est plus élevé parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé (31 %) que parmi celles ayant le niveau d'éducation le plus faible (26 %). Un tel résultat contraste néanmoins avec ceux observés dans la littérature et qui mettent en évidence une relation négative entre le statut socio-économique et la fréquence de consommation des repas en famille (8).

Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 indiquent que les personnes en situation de surpoids ou souffrant d'obésité mangent plus régulièrement en famille. Cette fréquence plus élevée n'implique toutefois pas nécessairement l'adoption d'habitudes alimentaires plus saines. Bien que les enfants et adolescents mangeant plus fréquemment en famille aient davantage de chance de présenter un IMC considéré comme normal (2), il n'existe pas de consensus dans la littérature au sujet de l'existence d'une telle association à tout âge (1).

Ce module avait finalement aussi pour objectif d'évaluer la proportion d'adolescents participant à la préparation des repas. Les résultats de l'enquête montrent qu'en Belgique, en 2014, la moitié des adolescents sont impliqués dans la préparation des repas, parmi lesquels davantage de filles que de garçons. Cette différence en fonction du genre pourrait indiquer une certaine transmission du partage des rôles entre hommes et femmes au sein du ménage – et plus spécifiquement au niveau de la préparation des repas – dès l'adolescence. L'implication des adolescents dans la préparation des repas a été identifiée comme une stratégie efficace afin d'améliorer les habitudes alimentaires des jeunes (4;5;7). Une telle implication offre, en effet, aux parents la possibilité de transmettre aux adolescents des habitudes alimentaires saines. Elle permet de développer l'intérêt des adolescents vis-à-vis d'une alimentation saine et peut dès lors favoriser la consommation d'aliments sains (5).

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon la fréquence de consommation des repas en famille, Belgique, 2014.....	145
Tableau 2 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend au moins une fois par jour un repas en famille, Belgique, 2014.....	146
Tableau 3 	Pourcentage des adolescents (de 10 à 17 ans) qui participent à la préparation des repas, Belgique, 2014	147

Tableau 1 | Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon la fréquence de consommation des repas en famille, Belgique, 2014

FM_1		2 repas par jour ou plus	1 repas par jour	Uniquement le weekend	Uniquement lors de jours de fête	Jamais	N
SEXE	Hommes	23,0	52,8	16,3	1,3	6,6	1081
	Femmes	32,5	46,9	13,7	1,7	5,2	1145
AGE	10 - 13	34,1	54,2	10,8	0,7	0,2	469
	14 - 17	24,2	60,0	13,9	1,5	0,4	495
	18 - 34	19,9	52,9	18,8	1,0	7,3	486
	35 - 50	24,6	53,2	14,8	2,7	4,8	425
	51 - 64	39,5	38,6	12,5	0,8	8,5	351
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	25,6	51,9	14,3	2,3	6,0	960
	Supérieur de type court	28,4	47,3	17,2	0,9	6,2	619
	Supérieur de type long	30,7	49,6	14,6	0,8	4,3	611
REGION*	Flandre	31,7	47,1	15,1	1,2	4,9	1276
	Wallonie	22,4	55,4	14,2	1,1	6,9	772
TOTAL		27,7	49,9	15,0	1,5	5,9	2226

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses

Tableau 2 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui prend au moins une fois par jour un repas en famille, Belgique, 2014

FM_2		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	75,8	(71,7-79,9)	75,5	(71,5-79,6)	1081
	Femmes	79,4	(75,7-83,1)	79,3	(75,6-83,0)	1145
AGE	10 - 13	88,3	(85,1-91,5)	88,3	(85,1-91,5)	469
	14 - 17	84,2	(80,8-87,6)	84,3	(80,9-87,6)	495
	18 - 34	72,9	(67,3-78,4)	72,9	(67,5-78,4)	486
	35 - 50	77,8	(72,4-83,2)	77,7	(72,3-83,1)	425
	51 - 64	78,2	(72,9-83,4)	78,0	(72,6-83,3)	351
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	77,4	(73,3-81,6)	77,0	(72,8-81,2)	960
	Supérieur de type court	75,7	(70,3-81,1)	75,6	(70,3-80,8)	619
	Supérieur de type long	80,3	(75,3-85,4)	80,5	(75,5-85,5)	611
REGION***	Flandre	78,7	(75,3-82,1)	78,3	(75,0-81,7)	1276
	Wallonie	77,8	(73,0-82,6)	77,6	(72,9-82,3)	772
TOTAL		77,6	(74,8-80,3)			2226

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Pourcentage des adolescents (de 10 à 17 ans) qui participent à la préparation des repas, Belgique, 2014

FM_3		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	42,4	(37,5-47,3)	42,5	(37,6-47,4)	470
	Femmes	57,9	(53,1-62,7)	58,0	(53,2-62,8)	494
AGE	10 - 13	53,3	(48,2-58,3)	53,3	(48,3-58,2)	469
	14 - 17	46,9	(42,0-51,8)	47,0	(42,1-51,8)	495
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	49,2	(43,7-54,7)	49,6	(44,2-55,0)	394
	Supérieur de type court	51,2	(44,5-57,8)	50,7	(44,3-57,1)	266
	Supérieur de type long	48,9	(42,4-55,4)	49,3	(43,0-55,7)	283
REGION***	Flandre	46,6	(42,0-51,2)	46,7	(42,2-51,2)	547
	Wallonie	53,3	(47,3-59,4)	53,4	(47,4-59,4)	337
TOTAL		50,0	(46,5-53,5)			964

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Fulkerson JA, Larson N, Horning M, Neumark-Sztainer D. A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *J Nutr Educ Behav* 2014 Jan;46(1):2-19.
- (2) Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011 Jun;127(6):e1565-e1574.
- (3) Woodruff SJ, Hanning RM. A review of family meal influence on adolescents' dietary intake. *Can J Diet Pract Res* 2008;69(1):14-22.
- (4) Van der Horst K, Ferrage A, Rytz A. Involving children in meal preparation. Effects on food intake. *Appetite* 2014 Apr 4;79C:18-24.
- (5) Chu YL, Storey KE, Veugelers PJ. Involvement in Meal Preparation at Home Is Associated With Better Diet Quality Among Canadian Children. *J Nutr Educ Behav* 2013 Nov 13;(13):10.
- (6) Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? *J Nutr Educ Behav* 2009 Mar;41(2):79-86.
- (7) Larson NI, Story M, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Food preparation and purchasing roles among adolescents: associations with sociodemographic characteristics and diet quality. *J Am Diet Assoc* 2006 Feb;106(2):211-8.
- (8) Dwyer L, Oh A, Patrick H, Hennessy E. Promoting family meals: a review of existing interventions and opportunities for future research. *Adolesc Health Med Ther* 2015 Jun 22;6:115-31.

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET ALIMENTATION DES ENFANTS

AUTEUR

Thérèse LEBACQ

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Lebacq T. Environnement familial et alimentation des enfants. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	153
1. Introduction	154
2. Instruments	155
2.1. Questions	155
2.1.1. Pratiques parentales de contrôle de l'alimentation	155
2.1.2. Environnement dans lequel les repas sont pris	155
2.1.3. Implication des enfants dans la préparation des repas	156
2.2. Indicateurs	156
2.2.1. Pratiques parentales de contrôle de l'alimentation	156
2.2.2. Environnement dans lequel les repas sont pris	157
2.2.3. Implication des enfants dans la préparation des repas	157
3. Résultats	158
3.1.2. Accessibilité des collations	159
3.1.4. Contrôle de la quantité d'aliments consommés	161
3.1.5. Obligation de terminer son assiette	162
3.2. Environnement dans lequel les repas sont pris	162
3.2.1. Repas en famille	162
3.2.2. Place de la télévision	163
3.3. Implication des enfants dans la préparation des repas	167
3.4. Participation des enfants aux courses du ménage	168
4. Discussion	169
5. Tableaux	171
6. Bibliographie	187

RÉSUMÉ

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a cherché à décrire l'environnement familial modelant le comportement et le régime alimentaire des enfants âgés de 3 à 9 ans. Les pratiques parentales de contrôle de l'alimentation des enfants ont été étudiées en interrogeant les parents sur la manière dont ceux-ci restreignent ou contraignent l'alimentation de leurs enfants, en termes de type d'aliments et de quantités. En second lieu, l'environnement dans lequel les repas sont pris a été décrit en se concentrant sur la prise des repas en famille et la présence de la télévision au cours des repas et des éventuelles collations. Enfin, deux questions cherchaient à déterminer l'implication des enfants dans la préparation des repas.

En Belgique, en 2014, 85 % des enfants âgés de 3 à 9 ans sont autorisés à se servir librement de fruits, tandis que 35 % d'entre eux ont un libre accès aux collations (telles que des biscuits ou des produits laitiers, par exemple). Les enfants plus âgés (de 6 à 9 ans) sont plus nombreux (92 % pour les fruits et 41 % pour les autres collations) que les enfants les plus jeunes (de 3 à 5 ans) (74 % pour les fruits et 27 % pour les autres collations) à pouvoir se servir librement de ces aliments. Le libre accès à ces collations est également plus fréquent chez les enfants dont les parents ont le niveau d'instruction le plus faible (89 % pour les fruits et 44 % pour les autres collations).

La moitié des enfants choisissent librement le type d'aliments qu'ils désirent consommer et 68 % d'entre eux déterminent eux-mêmes les quantités de nourriture qu'ils consomment. Pour ces indicateurs, une forte différence régionale a été observée, avec une liberté plus marquée laissée aux enfants domiciliés en Flandre (66 % ont le choix du type d'aliments et 74 % choisissent la quantité d'aliments), en comparaison aux enfants habitant en Wallonie (24 % ont le choix du type d'aliments et 56 % choisissent la quantité d'aliments). Par ailleurs, 42 % des enfants belges sont obligés de terminer leur assiette, un indicateur qui s'avère similaire, quel que soit le genre, l'âge, le niveau d'éducation et la région de résidence.

L'environnement dans lequel les repas sont pris constitue un élément clé influençant la qualité du régime alimentaire et le statut pondéral des enfants. En Belgique, 99 % des enfants mangent en famille.

En 2014, la télévision reste fortement présente au cours des repas et des collations pris au sein des familles belges. Ainsi, 53 %, 74 % et 59 % des enfants âgés de 3 à 9 ans ne regardent jamais la télévision lors du petit-déjeuner, du dîner et du souper, respectivement. Pour le petit-déjeuner et le souper, ces pourcentages sont plus élevés (56 % et 65 %) chez les enfants les plus jeunes, âgés de 3 à 5 ans, en comparaison aux enfants âgés de 6 à 9 ans (52 % et 54 %). Les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation faible sont moins nombreux (44 %, 58 % et 47 %, pour le petit-déjeuner, le dîner et le souper, respectivement) à ne jamais regarder la télévision au cours des trois repas principaux. Parmi les enfants consommant des collations, 67 % ne regardent jamais la télévision pendant la collation du matin, 50 % lors du goûter et 26 % lors de la collation prise après le souper. Ici également, une relation avec le niveau d'instruction des parents a été notée : les enfants dont les parents ont un faible niveau d'éducation sont ainsi les moins nombreux à ne jamais regarder la télévision pendant ces collations (55 %, 41 % et 21 %, pour la collation du matin, de l'après-midi et du soir, respectivement).

La dernière thématique abordée dans ce module concerne l'implication des enfants dans la préparation des repas et leur participation aux courses pour l'achat des produits alimentaires. De telles pratiques sont, en effet, à même de favoriser la consommation de légumes des enfants et d'influencer positivement la qualité de leur régime alimentaire. En Belgique, 6 % des enfants âgés de 3 à 9 ans participent systématiquement à la préparation des repas et 69 % y participent de manière moins régulière. Par ailleurs, 22 % des enfants accompagnent leurs parents lors des courses. Cette proportion a tendance à être plus élevée parmi les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation plus faible.

1. INTRODUCTION

L'environnement familial possède une influence significative sur les comportements alimentaires des enfants, et plus particulièrement des plus jeunes d'entre eux (de 2 à 12 ans) (1). Cet environnement est largement conditionné par les parents, leurs attitudes et leurs comportements. Les pratiques et styles de vie parentaux constituent dès lors des facteurs importants à prendre en compte pour promouvoir une alimentation saine chez les enfants et prévenir ainsi le risque d'obésité infantile (2).

1.1. PRATIQUES PARENTALES DE CONTRÔLE DE L'ALIMENTATION

Traditionnellement, les pratiques parentales en matière d'alimentation ont trait à la manière dont les parents influencent la quantité et le type d'aliments consommés par les enfants, notamment le fait d'obliger un enfant à manger ou, au contraire, de limiter la consommation de certains aliments (1). Dans le premier exemple, le(s) parent(s) exerce(nt) une pression afin de forcer l'enfant à consommer des aliments sains ou à augmenter, de manière globale, sa consommation d'aliments. Dans le second cas, le(s) parent(s) limite(nt) l'enfant dans sa consommation d'aliments, généralement de snacks ou de sucreries (2;3). De nombreuses études ont mis en évidence une association entre le contrôle exercé par les parents en termes d'alimentation et le surpoids ou l'obésité infantile (4). En effet, les enfants sont capables d'autoréguler leur consommation d'énergie ; ce mécanisme d'autorégulation a été identifié comme jouant un rôle clé dans leur statut pondéral (2;4). Or, les pratiques de contrôle parental ont pour conséquence de perturber ce mécanisme et de favoriser ainsi le surpoids des enfants (2;4).

1.2. ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL LES REPAS SONT PRIS

A côté de l'influence directe exercée par les parents sur la consommation alimentaire des enfants, les pratiques parentales incluent également l'environnement dans lequel les repas sont pris (1). D'une part, le fait de partager le repas en famille a été reconnu comme étant un facteur prévenant les problèmes de santé liés à la nutrition, tels que le surpoids et la consommation d'aliments mauvais pour la santé, chez les enfants et les adolescents (5;6). Hammons et al. ont ainsi montré que les enfants et adolescents qui partagent des repas en famille trois fois ou plus par semaine sont davantage susceptibles de se situer dans une gamme de poids normal. Ceux-ci ont une alimentation plus saine que ceux prenant moins de repas en famille et sont également moins sujets à développer des troubles alimentaires (5).

D'autre part, le fait de regarder la télévision au cours des repas constituerait un facteur favorisant le surpoids et affectant négativement la qualité du régime alimentaire. Plusieurs études ont notamment mis en évidence une association entre le fait de regarder la télévision au cours des repas (particulièrement le dîner et le souper) et une consommation plus faible de fruits et de légumes, un régime alimentaire de moins bonne qualité et le surpoids des enfants (7;8).

1.3. IMPLICATION DES ENFANTS DANS LA PRÉPARATION DES REPAS

L'implication des enfants dans la préparation des repas constituerait une opportunité afin de développer des comportements alimentaires sains chez ces derniers, particulièrement en ce qui concerne leur consommation de légumes (9). Certaines études ont, en effet, montré que cette pratique était associée à des régimes alimentaires de meilleure qualité et à une augmentation de la consommation de légumes (9;10). Le fait d'encourager les parents à impliquer leurs enfants dans la préparation des repas pourrait dès lors faire partie des stratégies de promotion de la santé chez les enfants (10).

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Les questions relatives à l'influence de l'environnement familial sur les pratiques alimentaires des enfants font partie du questionnaire adressé oralement aux répondants et administré à l'aide d'un ordinateur. Ces items n'étaient pas inclus dans l'enquête précédente de 2004 ; une comparaison entre ces deux enquêtes ne pourra donc pas être réalisée. Vu l'importante croissance du surpoids et de l'obésité, notamment chez les enfants, et le rôle clé que peuvent jouer les parents sur l'alimentation de leurs enfants (11), cette thématique a été abordée en 2014 afin de décrire les pratiques présentes en Belgique et de pouvoir ainsi mener des actions adaptées en matière de santé publique. Les questions de ce module ont été adressées aux parents des enfants (de 3 à 9 ans) sélectionnés.

Une première question visait à évaluer, de manière globale, la manière dont les parents perçoivent le lien entre l'alimentation et la santé des enfants. Cette question a été formulée par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (Direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation – DG4).

GF13 Dans quelle mesure pensez-vous que ce que votre enfant mange est important pour sa santé ?

(1) Très important ; (2) Important ; (3) Pas important ; (9) Ne sait pas ; (-1) Pas de réponse.

2.1.1. Pratiques parentales de contrôle de l'alimentation

Six questions avaient trait aux pratiques parentales de contrôle de l'alimentation des enfants (pression pour manger ou restriction) ; celles-ci sont issues et ont été adaptées de l'étude européenne ToyBox (www.toybox-study.eu), ainsi que du questionnaire développé par Musher-Eizenmann et Holub (*Comprehensive feeding practices questionnaire*, 2007) (12). A ces questions, les personnes interrogées pouvaient répondre : (1) Oui ; (2) Non.

GF16 Votre enfant peut-il se servir lui-même de fruits (par exemple, dans une corbeille de fruits) ?

GF17 Votre enfant peut-il se servir lui-même de collations ? (si oui, préciser lesquelles – GF18).

GF19 Votre enfant peut-il décider ce qu'il mange ?

GF20 Votre enfant peut-il décider la quantité de ce qu'il mange ?

GF21 Votre enfant doit-il manger tout ce qui se trouve dans son assiette ?

2.1.2. Environnement dans lequel les repas sont pris

Les questions relatives à l'environnement familial dans lequel sont pris les repas cherchaient à évaluer l'importance de la prise du repas en famille et la fréquence avec laquelle les enfants regardent la télévision durant les repas.

Etant donné l'effet protecteur que peut jouer le partage du repas en famille contre le surpoids et l'obésité, cette pratique a été évaluée sur base d'une question suggérée par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (Direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation – DG4).

GF22 Votre enfant mange-t-il à table avec le reste de la famille ?

(1) Oui ; (2) Parfois ; (3) Non.

Les questions concernant le fait de regarder la télévision au cours des repas et des collations sont, quant à elles, issues du projet européen ToyBox (www.toybox-study.eu).

- TV01 A quelle fréquence votre enfant regarde-t-il la télévision pendant le petit-déjeuner ?
 - TV02 A quelle fréquence votre enfant regarde-t-il la télévision pendant la collation du matin ?
 - TV03 A quelle fréquence votre enfant regarde-t-il la télévision pendant le dîner ?
 - TV04 A quelle fréquence votre enfant regarde-t-il la télévision pendant la collation de l'après-midi ?
 - TV05 A quelle fréquence votre enfant regarde-t-il la télévision pendant le souper ?
 - TV06 A quelle fréquence votre enfant regarde-t-il la télévision pendant la collation du soir ?
- (1) Jamais ; (2) Rarement ; (3) Parfois ; (4) Souvent ; (5) Toujours.

2.1.3. Implication des enfants dans la préparation des repas

L'implication des enfants dans la préparation des repas constitue une stratégie potentielle afin d'améliorer la qualité du régime alimentaire des enfants (la consommation de fruits et légumes, notamment) (10;12). Cette thématique a, par conséquent, été abordée au départ de deux questions proposées par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (Direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation – DG4).

- GF14 Votre enfant est-il impliqué dans la préparation des repas ?
- GF15 Votre enfant vous accompagne-t-il au magasin pour faire les courses ?

A ces deux questions, les personnes interrogées pouvaient choisir comme réponse : (1) Oui, toujours ; (2) Oui, parfois ; (3) Jamais.

2.2. INDICATEURS

A partir des questions présentées ci-dessus, différents indicateurs ont été calculés afin de caractériser les pratiques parentales concernant l'alimentation des enfants, ainsi que l'environnement dans lequel les repas sont pris, au sein de la sphère familiale.

Un premier indicateur vise à évaluer la manière dont les parents perçoivent l'impact de l'alimentation sur la santé des enfants.

- PP_1 Pourcentage des parents qui considèrent que ce que leur enfant mange est important pour la santé. Cet indicateur regroupe les catégories « Très important » et « Important » de la question GF13.

2.2.1. Pratiques parentales de contrôle de l'alimentation

Six indicateurs ont été construits afin de décrire les pratiques parentales de contrôle de l'alimentation des enfants (âgés de 3 à 9 ans) au sein de la population belge.

- PP_2 Pourcentage d'enfants qui peuvent se servir librement de fruits.
- PP_3 Pourcentage d'enfants qui peuvent se servir librement de collations (autres que des fruits).
- PP_4 Types de collations consommées par les enfants qui peuvent s'en servir librement. Les fruits ont été exclus de cette catégorisation car ceux-ci sont traités dans la question GF16. Les

proportions sont exprimées en fonction du nombre total de réponses fournies, plusieurs réponses par répondant étant autorisées.

- PP_5 Pourcentage d'enfants qui peuvent décider le type d'aliments qu'ils désirent manger.
- PP_6 Pourcentage d'enfants qui peuvent décider la quantité d'aliments qu'ils désirent manger.
- PP_7 Pourcentage d'enfants qui sont obligés de manger tout ce qui se trouve dans leur assiette.

2.2.2. Environnement dans lequel les repas sont pris

La prise du **repas en famille** constituant un élément clé pour un comportement alimentaire sain, l'indicateur suivant a été estimé :

- PP_8 Pourcentage d'enfants qui mangent à table avec le reste de la famille. Cet indicateur inclut les réponses « Oui, toujours » et « Oui, parfois » de la question GF22.

La présence de la **télévision** au cours des repas a, quant à elle, été évaluée au moyen d'indicateurs dichotomiques mettant en évidence la proportion d'enfants ne regardant jamais la télévision durant les repas ou les collations (7).

- PP_9 Pourcentage d'enfants qui ne regardent jamais la télévision durant le petit-déjeuner.
- PP_10 Pourcentage d'enfants qui ne regardent jamais la télévision durant le dîner.
- PP_11 Pourcentage d'enfants qui ne regardent jamais la télévision durant le souper.
- PP_12 Pourcentage d'enfants qui ne regardent jamais la télévision durant la collation du matin.
- PP_13 Pourcentage d'enfants qui ne regardent jamais la télévision durant la collation de l'après-midi.
- PP_14 Pourcentage d'enfants qui ne regardent jamais la télévision durant la collation du soir.

2.2.3. Implication des enfants dans la préparation des repas

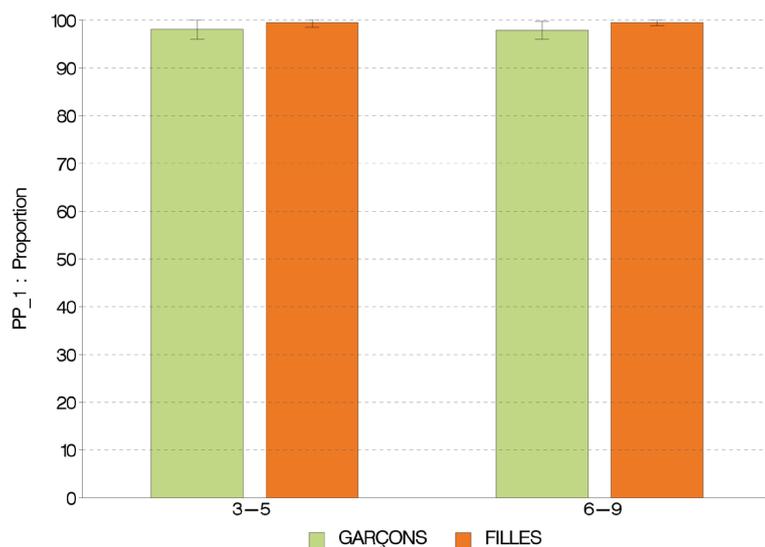
Afin de déterminer dans quelle mesure les enfants participent à la préparation des repas dans les ménages belges, les deux indicateurs suivant ont été construits :

- PP_15b Distribution des enfants selon leur implication dans la préparation des repas à la maison. Cet indicateur décrit les catégories de réponses relatives à la question GF14.
- PP_16b Distribution des enfants selon leur participation aux courses du ménage. Cet indicateur décrit les catégories de réponses relatives à la question GF15.

3. RÉSULTATS

En Belgique, en 2014, la quasi-totalité des parents interrogés (98,7 %) considèrent que ce que leur enfant mange est important pour sa santé. Ce pourcentage est légèrement plus élevé chez les parents dont une fille a été sélectionnée dans le cadre de l'enquête (99,5 %) que lorsqu'il s'agit d'un garçon (98,0 %) ; cette différence s'avère significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 4,08 ; IC 95 % 1,05-15,88) (Figure 1). Aucune différence n'est, par contre, observée en fonction de l'âge de l'enfant.

Figure 1 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents considèrent l'alimentation comme importante pour leur santé, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Après standardisation en fonction de l'âge et du sexe, ce pourcentage ne diffère pas significativement selon le niveau d'éducation des parents ni selon la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre)¹.

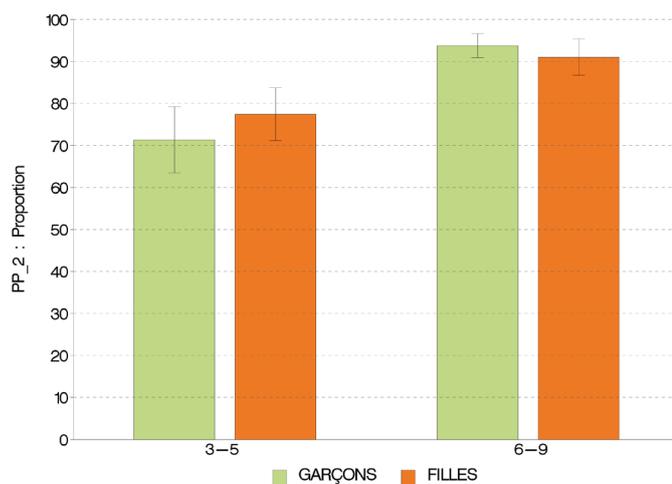
3.1. PRATIQUES PARENTALES DE CONTRÔLE DE L'ALIMENTATION

3.1.1. Accessibilité des fruits

En Belgique, en 2014, 84,9 % des enfants âgés de 3 à 9 ans peuvent se servir librement de fruits. Ce pourcentage est similaire quel que soit le sexe de l'enfant. La proportion d'enfants ayant un libre accès aux fruits a tendance à augmenter avec l'âge : après standardisation pour le sexe, cette proportion est significativement plus élevée pour les enfants âgés de 6 à 9 ans (92,4 %) que pour les plus jeunes, âgés de 3 à 5 ans (74,4 %) (OR 4,22 ; IC 95 % 2,68-6,65) (Figure 2).

¹ Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Figure 2 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de fruits, par sexe et par âge, Belgique, 2014



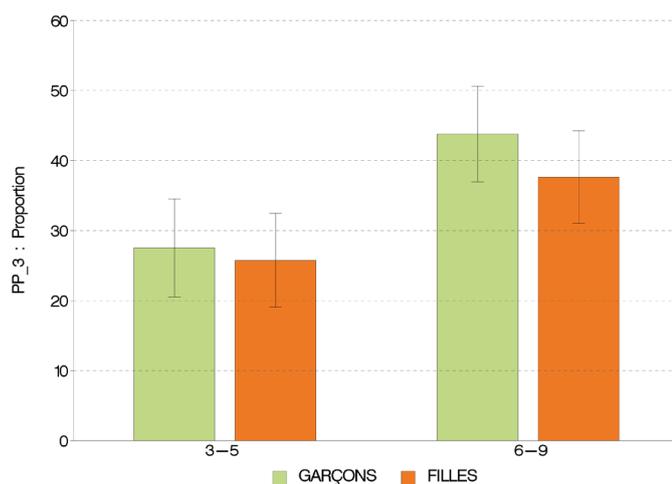
Par ailleurs, la part d'enfants autorisés à se servir librement de fruits est plus importante (88,7 %) dans les familles dont les parents (ou responsables) sont peu diplômés (secondaire, primaire ou aucun diplôme) que dans celles dont les parents ont un niveau d'éducation supérieur de type court (81,4 %). Cette différence est significative après standardisation selon l'âge et le sexe (OR 1,88 ; IC 95 % 1,08-3,25).

En termes de localisation géographique, cet indicateur ne varie pas significativement d'une région à l'autre (Wallonie *versus* Flandre).

3.1.2. Accessibilité des collations

En Belgique, en 2014, 34,9 % des enfants âgés de 3 à 9 ans sont autorisés à se servir librement de collations autres que les fruits (tels que des biscuits, par exemple). Ce pourcentage ne varie pas significativement d'un genre à l'autre. Comme pour l'accès aux fruits, cette proportion est significativement plus élevée chez les enfants plus âgés (OR 1,90 ; IC 95 % 1,38-2,60) : 40,8 % des enfants âgés de 6 à 9 ans ont un libre accès aux collations, contre 26,7 % chez les enfants les plus jeunes, âgés de 3 à 5 ans (Figure 3).

Figure 3 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de collations, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Le pourcentage d'enfants ayant un libre accès aux collations est plus important dans les ménages dont les parents ont un faible niveau d'éducation (diplôme de secondaire, de primaire ou aucun diplôme) (44,2 %) que dans les ménages dont les parents ont un niveau d'éducation supérieur de type court (32,6 %) (OR 1,67 ; IC 95 % 1,15-2,42) ou long (25,6 %) (OR 2,31 ; IC 95 % 1,56-3,43). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

D'un point de vue géographique, cet indicateur ne varie pas significativement en fonction de la région (Wallonie *versus* Flandre).

Les différentes catégories de collations dont les enfants peuvent se servir librement ont été classées en fonction de leur fréquence d'occurrence (Tableau 1). Les biscuits sucrés représentent la collation la plus souvent mentionnée (46,6 % des réponses, plusieurs réponses par personne interrogée étant possible), suivis des produits laitiers (15,8 %) et des bonbons (11,2 %). Parmi les enfants ayant un libre accès aux collations, les biscuits sucrés ont été mentionnés dans près de 90 % des cas.

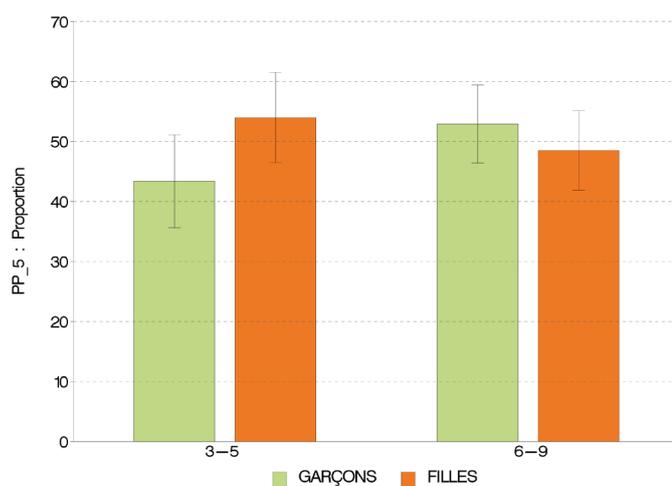
Tableau 1 | Types de collations consommées par les enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de collations (nombre de réponses divisé par le nombre total de réponses, plusieurs réponses par participant étant possible), Belgique, 2014

Types de collations (PP_4)	% brut	N
Biscuits sucrés, gaufres, cakes, crêpes	46,6	324
Produits laitiers : yaourts, puddings, crèmes, riz au lait, lait	15,7	109
Bonbons	11,2	78
Chocolat	4,9	34
Pain, biscottes, galettes de riz	3,6	25
Compote, jus de fruits, smoothie, fruits au sirop	3,2	22
Chips, biscuits salés, popcorn	3,2	22
Céréales	2,7	19
Fromage	2,4	17
Glace	2,0	14
Légumes, soupe	1,3	9
Tous types de collations	1,2	8
Viande, charcuterie	0,9	6
Boissons (autres que jus de fruit)	0,7	5
Brioche, croissant	0,3	2
Fruits secs (noix, raisins secs)	0,1	1
TOTAL	100	695

3.1.3. Contrôle du type d'aliments consommés

En Belgique, en 2014, la moitié des enfants âgés de 3 à 9 ans peuvent décider du type d'aliments qu'ils souhaitent manger et ne subissent donc pas de pression ni de restriction à ce sujet de la part de leur(s) parent(s). On n'observe pas de différence à ce sujet en fonction du sexe ou de l'âge de l'enfant (Figure 4), ni du niveau d'éducation des parents.

Figure 4 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent décider du type d'aliments qu'ils mangent, par sexe et par âge, Belgique, 2014

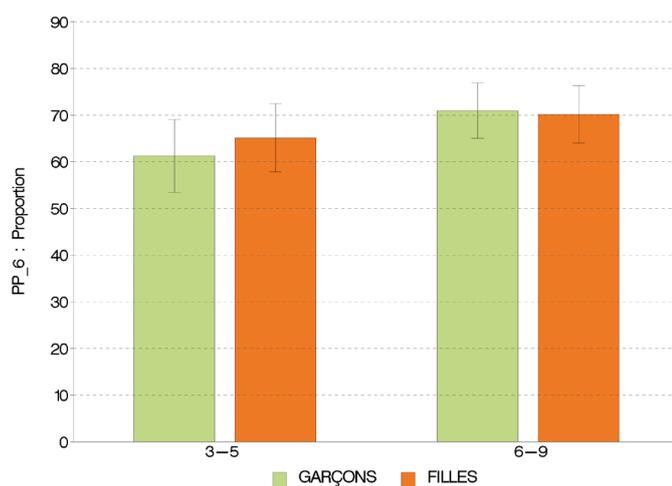


A contrario, une forte différence existe entre les deux régions : la proportion d'enfants autorisés à choisir le type d'aliments qu'ils désirent manger est quasiment trois fois plus élevée en Flandre (66,3 %) qu'en Wallonie (23,5 %). Cette différence est significative après standardisation selon l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (OR 7,06 ; IC 95 % 4,94-10,10).

3.1.4. Contrôle de la quantité d'aliments consommés

En Belgique, en 2014, 67,5 % des enfants âgés de 3 à 9 ans peuvent choisir les quantités d'aliments qu'ils souhaitent consommer. Ce pourcentage est similaire pour les filles et les garçons. Les enfants âgés de 6 à 9 ans sont plus nombreux à pouvoir choisir la quantité d'aliments qu'ils souhaitent consommer (70,6 %) par rapport aux enfants âgés de 3 à 5 ans (63,2 %) ; cette différence est significative après standardisation selon le sexe (OR 1,40 ; IC 95 % 1,02-1,91) (Figure 5).

Figure 5 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent décider des quantités d'aliments consommés, par sexe et par âge, Belgique, 2014

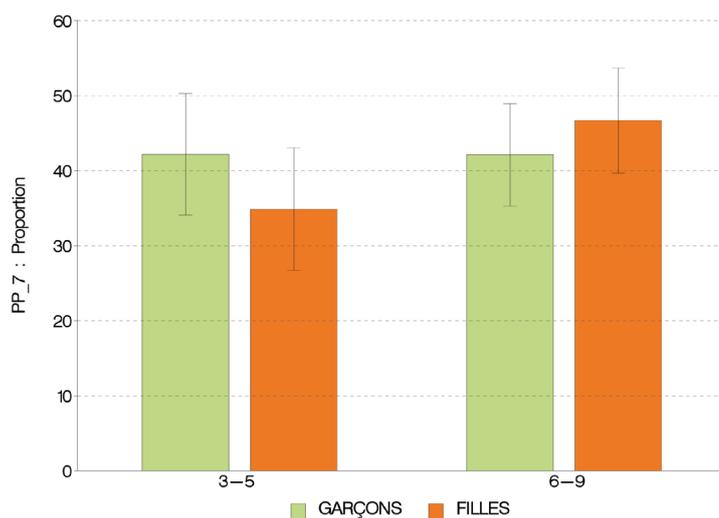


Il n'y a pas de différences significatives à ce sujet en fonction du niveau d'éducation des parents. Le pourcentage d'enfants autorisés à choisir les quantités d'aliments qu'ils désirent consommer est, par contre, lié au lieu de résidence : celui-ci est, en effet, plus élevé en Flandre (73,8 %) qu'en Wallonie (56,4 %), une différence qui est significative après standardisation selon l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (OR 2,19 ; IC 95 % 1,56-3,07).

3.1.5. Obligation de terminer son assiette

En Belgique, en 2014, 41,9 % des enfants âgés de 3 à 9 ans sont obligés de manger tout ce qui se trouve dans leur assiette. Ce pourcentage ne varie pas significativement en fonction du sexe ou de l'âge de l'enfant (Figure 6), ni en fonction du niveau d'éducation des parents ou de la région de résidence (Wallonie versus Flandre).

Figure 6 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui doivent terminer de manger tout ce qui se trouve dans leur assiette, par sexe et par âge, Belgique, 2014

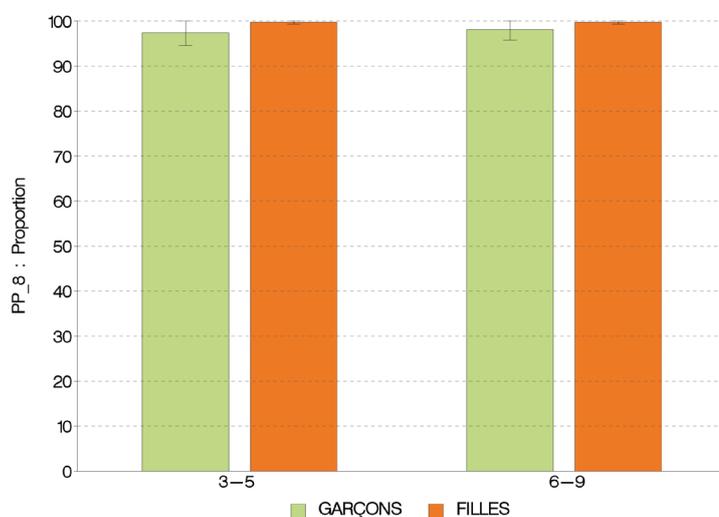


3.2. ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL LES REPAS SONT PRIS

3.2.1. Repas en famille

En Belgique, en 2014, la quasi-totalité des enfants âgés de 3 à 9 ans (98,8 %) mangent à table avec le reste de la famille. Ce pourcentage est légèrement plus élevé chez les filles (99,8 %) que chez les garçons (97,8 %); cette différence est significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 10,01 ; IC 95 % 1,95-51,27) (Figure 7). Les pourcentages calculés sont similaires quel que soit la catégorie d'âge étudiée, le niveau d'éducation des parents ou la région de résidence.

Figure 7 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui prennent leurs repas en famille, par sexe et par âge, Belgique, 2014

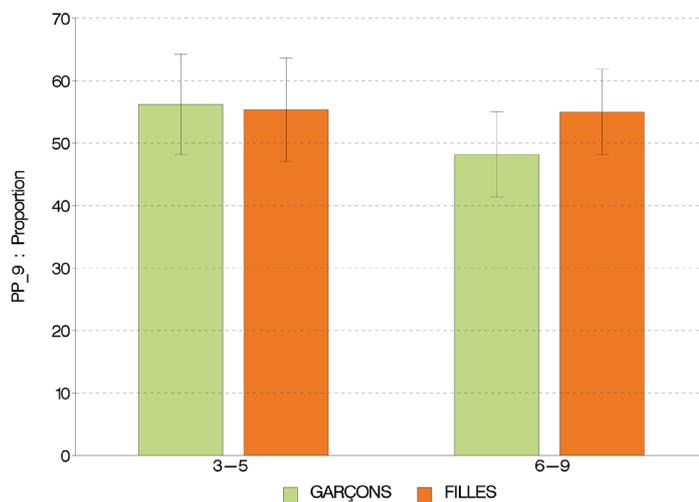


3.2.2. Place de la télévision

Pendant le petit-déjeuner

En Belgique, en 2014, 53,3 % des enfants âgés de 3 à 9 ans ne regardent jamais la télévision lors du petit-déjeuner. Aucune relation entre cette proportion et le sexe de l'enfant ou son âge n'a pu être observée à partir des résultats de l'enquête (Figure 8).

Figure 8 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision pendant le petit-déjeuner, par sexe et par âge, Belgique, 2014



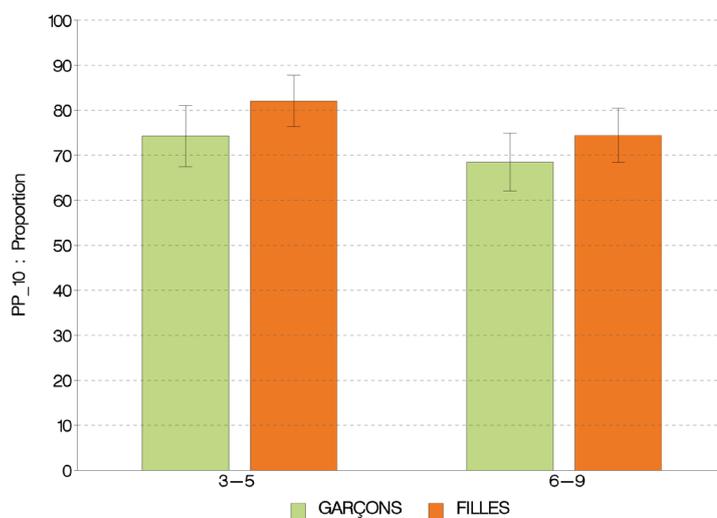
Le pourcentage d'enfants ne regardant jamais la télévision lors du petit-déjeuner est inférieur parmi les enfants dont les parents ont un niveau d'instruction faible (43,8 % pour les diplômés du secondaire, du primaire ou les personnes sans diplôme), en comparaison à ceux dont les parents possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (55,9 %) (OR 0,61 ; IC 95 % 0,43-0,88) ou long (60,6 %) (OR 0,51 ; IC 95 % 0,35-0,75) ; ces différences sont significatives après standardisation selon l'âge et le sexe.

Ce pourcentage varie également selon le lieu de résidence : l'absence de télévision pendant le petit-déjeuner des enfants est plus fréquente en Flandre (58,2 %) qu'en Wallonie (47,2 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (OR 1,49 ; IC 95 % 1,08-2,07).

Pendant le dîner

En Belgique, en 2014, 74,2 % des enfants âgés de 3 à 9 ans ne regardent jamais la télévision lors du dîner. Un tel résultat est à relier au fait que ce repas est moins fréquemment pris à la maison que le petit-déjeuner ou le souper (cf. Chapitre « Lieu de consommation des repas »). Davantage de filles (77,6 %) que de garçons (70,9 %) ne regardent jamais la télévision au cours du dîner ; cette différence est significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 1,43 ; IC 95 % 1,02-2,00). Les enfants plus jeunes sont significativement plus nombreux à ne jamais regarder la télévision lors du repas de midi (78,1 % *versus* 71,4 %) (OR 1,43 ; IC 95 % 1,02-2,01) (Figure 9).

Figure 9 | Pourcentage d'enfants (âgés de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision pendant le dîner, par sexe et par âge, Belgique, 2014



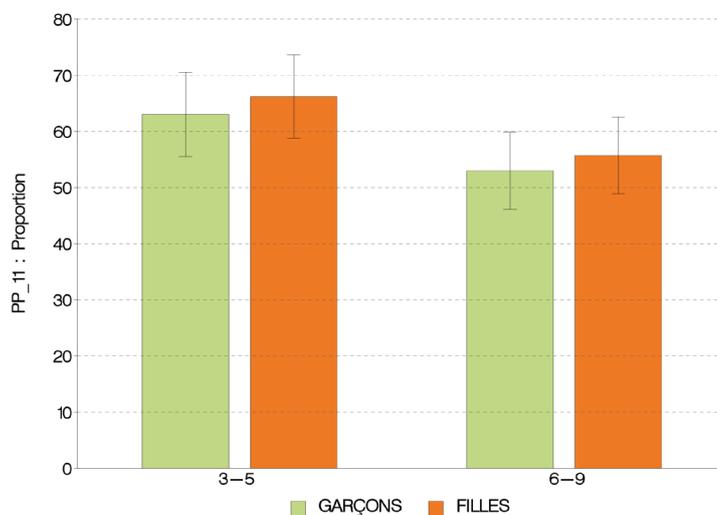
La proportion d'enfants ne regardant jamais la télévision pendant le dîner montre un gradient en fonction du niveau d'éducation. Elle passe de 58,5 % chez les enfants dont les parents ont un diplôme du secondaire, du primaire ou ne sont pas diplômés à 87,8 % chez les enfants dont les parents ont le niveau d'éducation le plus élevé (enseignement supérieur de type long). Ce gradient reste significatif après standardisation pour le sexe et l'âge.

La proportion d'enfants ne regardant pas la télévision durant le dîner est plus importante en Flandre (79,7 %) qu'en Wallonie (64,3 %) ; cette différence est significative après standardisation selon l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (OR 2,02 ; IC 95 % 1,40-2,92).

Pendant le souper

En Belgique, en 2014, 58,6 % des enfants âgés de 3 à 9 ans ne regardent jamais la télévision lors du souper. Ce pourcentage ne varie pas de manière significative en fonction du sexe mais bien en fonction de l'âge. Les enfants les plus jeunes sont, en effet, significativement plus nombreux (64,6 %) à ne pas regarder la télévision au cours du souper, en comparaison aux enfants âgés de 6 à 9 ans (54,3 %) (OR 1,53 ; IC 95 % 1,14-2,07) (Figure 10).

Figure 10 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision pendant le souper, par sexe et par âge, Belgique, 2014



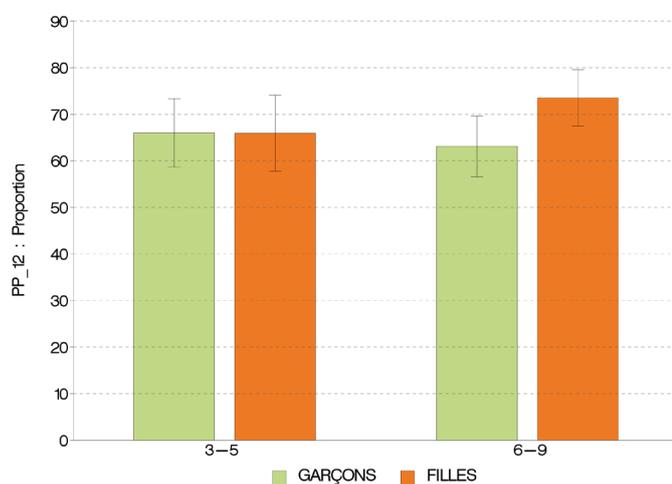
Le pourcentage d'enfants ne regardant pas la télévision au cours du repas du soir est plus faible parmi les enfants dont les parents ont un niveau d'instruction faible (secondaire, primaire ou absence de diplôme) (47,1 %) que parmi les enfants dont les parents possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (61,1 %) (OR 0,56 ; IC 95 % 0,39-0,81) ou long (67,7 %) (OR 0,43 ; IC 95 % 0,30-0,62). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation selon le sexe et l'âge.

Comme pour les autres repas principaux, la proportion d'enfants ne regardant pas la télévision durant le souper est plus importante en Flandre (64,8 %) qu'en Wallonie (47,9 %) ; une telle différence est significative après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (OR 1,88 ; IC 95 % 1,36-2,62).

Pendant la collation du matin

Parmi les enfants prenant une collation le matin (à savoir plus de 95 % des enfants, cf. Chapitre « Régularité des repas »), 67,3 % ne regardent jamais la télévision durant cette collation. Des pourcentages similaires sont observés quel que soit le sexe ou l'âge de l'enfant. Cependant, parmi les enfants âgés de 6 à 9 ans, les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à ne jamais regarder la télévision lors de la collation du matin (OR 1,62 IC 95 % 1,06-2,48) (Figure 11).

Figure 11 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision pendant la collation du matin, par sexe et par âge, Belgique, 2014



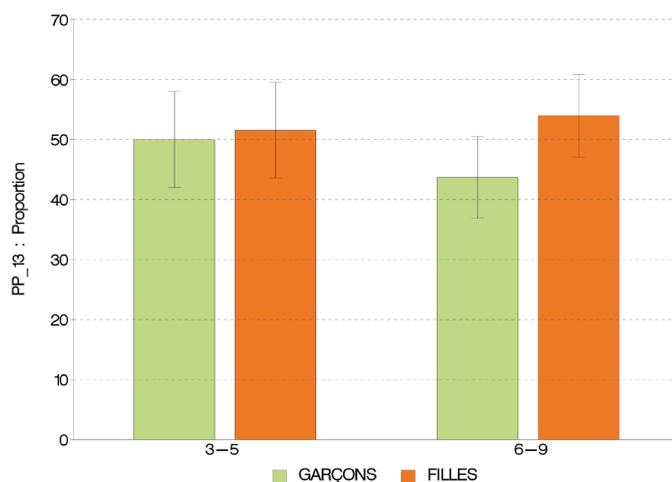
Les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation relativement faible (secondaire, primaire ou absence de diplôme) sont moins nombreux (55,4 %) à ne jamais regarder la télévision pendant la collation du matin que ceux dont les parents ont un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (72,6 %) (OR 0,46 ; IC 95 % 0,32-0,68) ou long (75,3 %) (OR 0,40 ; IC 95 % 0,27-0,62). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Contrairement aux autres repas, la proportion d'enfants ne regardant jamais la télévision pendant la collation du matin est légèrement plus élevée en Wallonie (69,7 %) qu'en Flandre (64,1 %), cette différence étant significative après standardisation pour le sexe, l'âge et le niveau d'éducation (OR 1,48 ; IC 95 % 1,05-2,10).

Pendant la collation de l'après-midi

Parmi les enfants prenant une collation l'après-midi (à savoir plus de 95 % des enfants, cf. Chapitre « Régularité des repas »), près de la moitié (49,6 %) ne regardent jamais la télévision durant cette collation. Ce pourcentage ne varie pas significativement selon le sexe ni l'âge de l'enfant. Cependant, parmi les enfants âgés de 6 à 9 ans, les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à ne jamais regarder la télévision lors du goûter (OR 1,51 IC 95 % 1,02-2,24) (Figure 12).

Figure 12 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision pendant le goûter, par sexe et par âge, Belgique, 2014



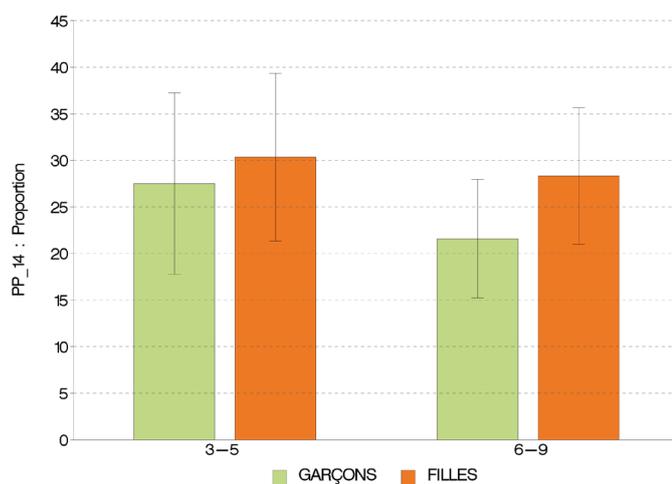
Les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation élevé (enseignement supérieur de type long) sont significativement plus nombreux (60,8 %) à ne jamais regarder la télévision pendant le goûter, en comparaison aux enfants dont les parents ont un niveau d'instruction inférieur (48,5 % pour les parents diplômés de l'enseignement supérieur de type court et 41,1 % pour les parents ayant un diplôme du secondaire, du primaire ou n'ayant pas de diplôme) (OR 1,62 ; IC 95 % 1,11-2,38 & OR 2,21 ; IC 95 % 1,53-3,19).

Des pourcentages similaires ont été observés pour cet indicateur en Wallonie (47,6 %) et en Flandre (50,0 %).

Pendant la collation du soir

Parmi les enfants prenant une collation le soir (à savoir environ 50 % des enfants, cf. Chapitre « Régularité des repas »), seul un quart (26,3 %) ne regarde jamais la télévision pendant cette collation. Comme pour les deux indicateurs précédents, ce pourcentage ne varie pas significativement en fonction du sexe de l'enfant ni de son âge (Figure 13).

Figure 13 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision pendant la collation du soir, par sexe et par âge, Belgique, 2014



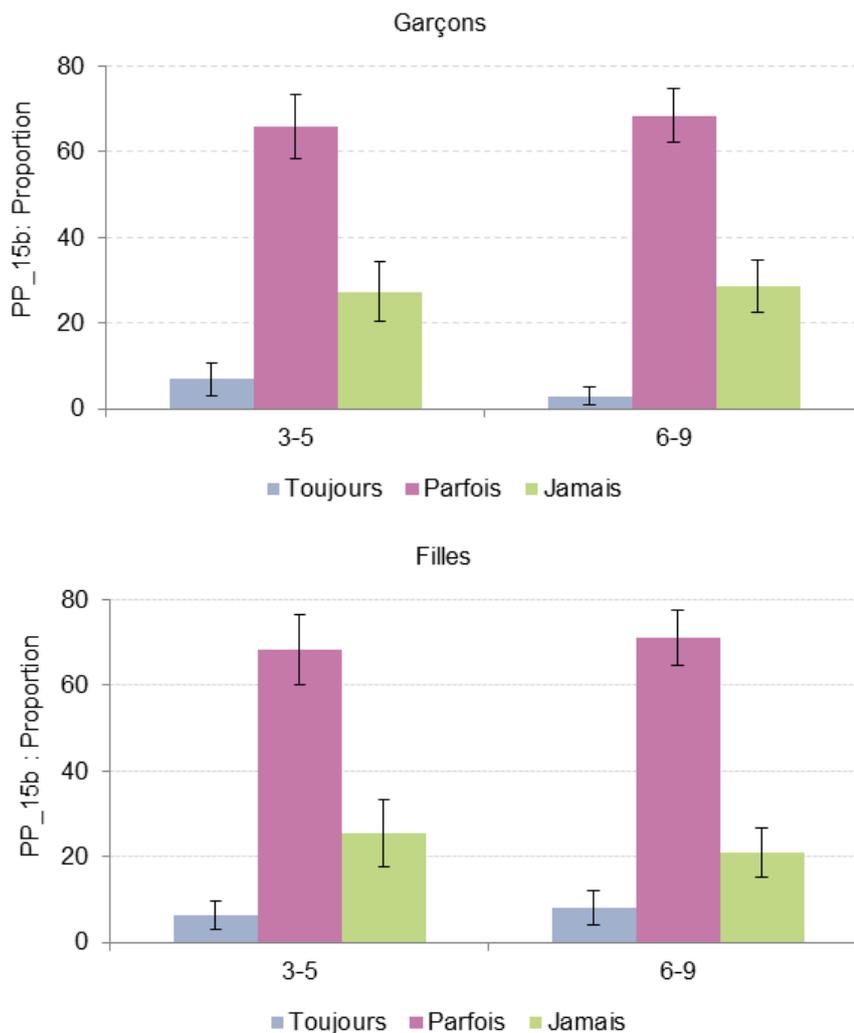
Après standardisation pour l'âge et le sexe, les enfants dont les parents possèdent un niveau d'instruction relativement faible (sans diplôme, diplôme de primaire ou diplôme de secondaire) sont significativement moins nombreux (21,2 %) à ne jamais regarder la télévision lorsqu'ils prennent une collation en soirée que les enfants dont les parents sont issus de l'enseignement supérieur de type long (35,3 %) (OR 0,49 ; IC 95 % 0,30-0,79).

Il n'existe pas de différence régionale significative (Wallonie *versus* Flandre) concernant cet indicateur.

3.3. IMPLICATION DES ENFANTS DANS LA PRÉPARATION DES REPAS

Seuls 5,8 % des enfants sont impliqués systématiquement dans la préparation des repas à la maison. Plus de deux tiers des enfants (68,6 %) participent parfois à la préparation des repas, tandis 25,5 % des enfants ne sont jamais impliqués dans cette tâche. La proportion d'enfants systématiquement impliqués dans la préparation des repas ne varie pas significativement en fonction de l'âge ni du sexe des enfants (Figure 14). De même, ce pourcentage ne diffère pas significativement selon le niveau d'éducation des parents, ni la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

Figure 14 | Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon leur implication dans la préparation des repas, par sexe et par âge, Belgique, 2014

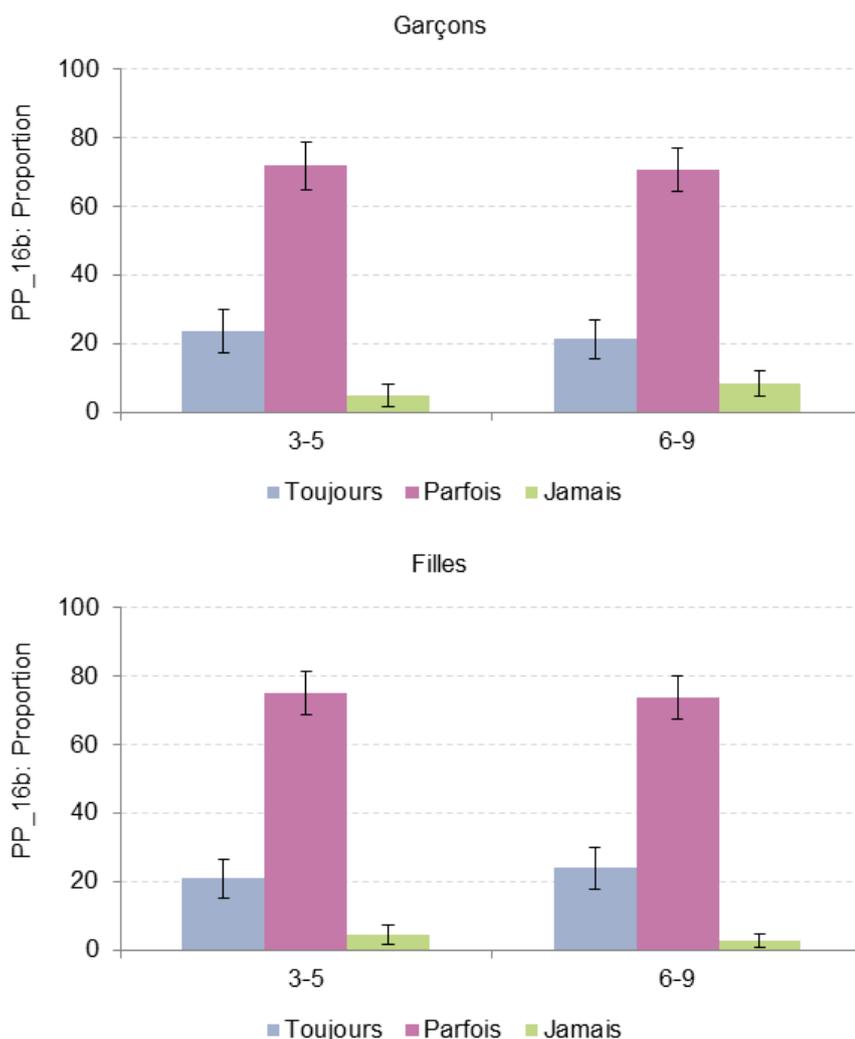


3.4. PARTICIPATION DES ENFANTS AUX COURSES DU MÉNAGE

Environ un cinquième (22,4 %) des parents d'enfants âgés de 3 à 9 ans se font systématiquement accompagner de leurs enfants lors des courses. Une majorité d'enfants (72,5 %) accompagnent parfois leurs parents pour réaliser les courses du ménage, quand seulement 5,1 % ne les accompagnent jamais.

Les garçons sont plus nombreux (6,9 %) que les filles (3,3 %) à ne jamais accompagner leurs parents pour faire les courses ; cette différence est significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 2,18 ; IC 95 % 1,14-4,15) (Figure 15). La part d'enfants n'accompagnant jamais leurs parents lors des courses est, par contre, similaire quel que soit l'âge de l'enfant, le niveau d'éducation des parents ou la région de résidence.

Figure 15 | Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon leur implication dans la réalisation des courses, par sexe et par âge, Belgique, 2014



La part d'enfants accompagnant systématiquement leurs parents lors des courses ne varie pas significativement selon le sexe ou l'âge de l'enfant. Cette proportion est, par contre, plus importante (28,9 %) parmi les enfants dont les parents ont un faible niveau d'instruction (sans diplôme, diplôme de primaire ou de secondaire) que parmi les enfants dont les parents sont diplômés de l'enseignement supérieur de type court (20,5 %) (OR 1,58 ; IC 95 % 1,04-2,40) ou long (17,8 %) (OR 1,89 ; IC 95 % 1,22-2,91). Ces différences sont significatives après standardisation selon le sexe et l'âge.

La part d'enfants qui sont toujours impliqués dans la réalisation des courses est plus faible en Flandre (18,4 %) qu'en Wallonie (29,4 %) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (OR 0,58 ; IC 95 % 0,40-0,83).

4. DISCUSSION

L'enfance constitue une période critique au niveau du développement des habitudes alimentaires et des facteurs de risque comportementaux pour l'obésité (13). De nombreuses recherches ont documenté l'influence des pratiques parentales sur l'alimentation de leurs enfants, ceci comprenant le développement de leurs préférences gustatives, leurs habitudes alimentaires, la qualité de leur régime alimentaire et leur statut pondéral (12). Afin d'obtenir une image de ce type de pratiques en Belgique, les parents des enfants participant à l'enquête de consommation alimentaire ont été interrogés sur la manière dont ceux-ci contrôlent l'alimentation de leurs enfants (l'accès aux collations ou l'obligation de terminer son assiette, par exemple), sur l'environnement dans lequel les enfants prennent leurs repas (repas familiaux et place de la télévision) et sur l'implication des enfants dans la préparation des repas.

Concernant l'accessibilité des aliments aux enfants, les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 indiquent que les parents réalisent une distinction forte entre les fruits et les autres types de collations : 85 % des enfants âgés de 3 à 9 ans peuvent se servir librement de fruits, contre seulement 35 % pour les autres collations. Les parents belges ont donc tendance à exercer une restriction marquée vis-à-vis de ces aliments, souvent considérés comme « mauvais pour la santé ». Limiter l'accès des enfants à un aliment appétissant a, cependant, pour effet d'augmenter leur désir pour cet aliment (14;15). Certaines études ont mis en évidence que les enfants dont les parents adoptaient de telles restrictions étaient davantage susceptibles d'être en surpoids au cours de leur vie (13). Ce type de comportement peut, en effet, inhiber la capacité des enfants à s'autoréguler, c'est-à-dire à être attentifs à leurs signaux physiques de faim et de satiété (15). Néanmoins, des limitations modérées pourraient s'avérer bénéfiques : il a ainsi été constaté que les enfants dont les parents restreignaient modérément l'alimentation consommaient moins de calories que ceux dont les parents exerçaient des restrictions très faibles ou, à l'inverse, très élevées (13;15).

A l'opposé des restrictions alimentaires, le fait de contraindre l'enfant à manger certains aliments (tels que les fruits et les légumes), en certaines quantités, possède également un impact négatif sur son mécanisme d'autorégulation. Cela peut, en outre, créer un « environnement alimentaire » négatif et provoquer l'aversion de l'enfant pour certains aliments (13;15). L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a montré qu'entre un tiers et la moitié des enfants interviewés sont soumis à de telles contraintes alimentaires de la part de leurs parents. En ce qui concerne le choix du type et de la quantité d'aliments consommés, des différences ont été notées entre la Wallonie et la Flandre ; le niveau d'instruction ne semble, par contre, pas jouer un rôle significatif à cet égard.

Selon les résultats de l'enquête, le repas en famille constitue une habitude ancrée au sein des ménages belges avec enfants. Or, la prise des repas en famille constitue une habitude importante afin de promouvoir une alimentation saine. Plusieurs études ont ainsi mis en évidence une relation entre la durée et la fréquence des repas familiaux, d'une part, et une diminution de la fréquence de troubles du comportement alimentaire, ainsi qu'une consommation supérieure de fruits, de légumes et d'aliments riches en minéraux et calcium, d'autre part (16). Les données récoltées ici ne permettent cependant pas de donner une description détaillée de la fréquence avec laquelle les enfants prennent leurs repas en famille ; seules trois catégories de réponse étaient en effet possibles : toujours, parfois, jamais. Les résultats obtenus doivent donc être considérés avec prudence et devraient être complétés pour pouvoir tirer des conclusions plus précises sur les habitudes des enfants concernant la prise des repas en famille.

Le fait de regarder la télévision lors des repas (essentiellement le petit-déjeuner et le souper ; le dîner est, en effet, pris plus fréquemment en-dehors de la maison) est fort présent chez les enfants vivant en Belgique. Or, le fait de ne pas prendre ses repas devant la télévision constitue un facteur protecteur contre l'obésité chez les enfants, notamment les plus jeunes (4-5 ans) (16). En outre, certaines études ont montré que les enfants prenant leurs repas ou collations devant la télévision possèdent un régime alimentaire de moindre qualité, contenant davantage de sucres, de graisses et moins de protéines (17;18). Ces enfants ont aussi tendance à consommer davantage de boissons sucrées et moins de fruits et légumes (17;18). A l'instar d'autres études (18;19), l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 met en évidence que les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation inférieur regardent plus souvent la télévision pendant les repas. Les résultats obtenus montrent également que la proportion d'enfants ne regardant jamais la télévision au cours de ces repas est plus élevée en Flandre qu'en Wallonie.

Un quatrième élément abordé au cours de l'enquête concerne l'implication des enfants dans la préparation des repas et la réalisation des courses, celle-ci étant susceptible de favoriser des comportements alimentaires sains en stimulant la consommation de fruits et de légumes (9;10). Un faible pourcentage (6 %) des enfants est systématiquement impliqué dans la préparation des repas, alors que 69 % des enfants sont impliqués de manière occasionnelle. Enfin, un enfant sur cinq accompagne toujours ses parents lorsqu'ils effectuent leurs courses ; cette prévalence est plus importante dans les ménages caractérisés par un niveau d'instruction inférieur.

Deux éléments n'ont pas pu être explorés sur base des résultats de l'enquête. D'une part, il existait un déséquilibre trop important dans la représentation des différentes classes d'indice de masse corporelle (IMC : minceur, normal, surpoids et obésité) au sein de l'échantillon d'enfants pour pouvoir comparer ces quatre classes en matière de pratiques parentales d'alimentation². Ce chapitre s'est donc uniquement focalisé sur la description des pratiques parentales, sans pouvoir analyser les relations entre ces pratiques et le statut pondéral des enfants. D'autre part, le lien entre les pratiques parentales et la qualité du régime alimentaire des enfants (la consommation de fruits et de légumes, par exemple) n'a pas pu être abordé dans ce module : les données de consommation alimentaire n'étaient, en effet, pas encore disponibles au moment de rédiger le présent chapitre. Une fois de telles données disponibles, il serait dès lors intéressant d'étudier si la consommation habituelle de certains aliments (fruits, légumes, boissons sucrées, snacks) varie en fonction de ces indicateurs (le fait de regarder la télévision, par exemple).

En conclusion, ces différents résultats soulignent plusieurs pistes à développer, dans le domaine de la santé publique, afin de promouvoir une alimentation saine chez les enfants et de prévenir ainsi le risque d'obésité infantile.

- Il est notamment crucial d'informer les parents du rôle clé qu'ils ont à jouer dans le domaine de l'alimentation de leur enfant. En évitant un contrôle et des contraintes trop stricts, les parents devraient laisser la possibilité aux enfants de s'autoréguler, c'est-à-dire de les laisser percevoir lorsqu'ils ont faim et lorsqu'ils sont rassasiés (15).
- En ce qui concerne les aliments appétissants mais pas nécessairement sains, une restriction modérée est requise de la part des parents, tous les aliments pouvant être associés à une alimentation saine, s'ils sont présents en quantité adaptée (15).
- Au sujet de la télévision, il s'avère essentiel d'inciter les parents à limiter les périodes passées par l'enfant devant la télévision, et plus particulièrement au cours des repas, afin de favoriser une consommation et un comportement alimentaire sain (18). A ce sujet, les parents ayant un statut socio-économique plus faible devraient constituer un groupe-cible, compte tenu de la place importante que prend la télévision pendant les repas au sein de ce groupe.
- Le fait de manger en famille semble déjà relativement ancré dans les habitudes belges. Il reste néanmoins important de suivre et d'analyser l'évolution de cette pratique sur le long terme.
- Au vu des résultats, la sensibilisation des parents afin que ceux-ci impliquent de manière plus marquée leurs enfants lors des courses et de la préparation des repas constitue également une voie à valoriser afin de stimuler leur consommation de fruits et légumes.

Outre ces différents aspects, d'autres actions peuvent être mises en œuvre par les parents afin d'influencer positivement le régime alimentaire de leurs enfants : il s'agit notamment de donner l'exemple en consommant une variété de fruits et légumes, de faire goûter aux enfants une diversité de fruits et de légumes dès la plus jeune enfance, de présenter plusieurs fois (cinq à dix fois) les aliments rejetés par les enfants ou encore de cuisiner les fruits et les légumes en les rendant visuellement attrayants (15).

² 75,8 % des enfants possèdent un IMC normal, tandis que seulement 8,7 % ont un IMC trop faible, 11,9 % sont en surpoids et 3,6 % sont obèses.

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Types de collations consommées par les enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de collations (nombre de réponses divisé par le nombre total de réponses, plusieurs réponses par participant étant possible), Belgique, 2014	160
Tableau 2 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents considèrent l'alimentation comme importante pour leur santé, Belgique, 2014	172
Tableau 3 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de fruits, Belgique, 2014	173
Tableau 4 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de collations (autres que des fruits), Belgique, 2014	174
Tableau 5 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent décider le type d'aliments qu'ils désirent manger, Belgique, 2014	175
Tableau 6 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent décider la quantité d'aliments qu'ils désirent manger, Belgique, 2014	176
Tableau 7 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui sont obligés de manger tout ce qui se trouve dans leur assiette, Belgique, 2014	177
Tableau 8 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui prennent leurs repas en famille, Belgique, 2014 ...	178
Tableau 9 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le petit-déjeuner, Belgique, 2014	179
Tableau 10 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le dîner, Belgique, 2014	180
Tableau 11 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le souper Belgique, 2014	181
Tableau 12 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant la collation du matin, Belgique, 2014	182
Tableau 13 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le goûter, Belgique, 2014	183
Tableau 14 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant la collation du soir, Belgique, 2014.....	184
Tableau 15 	Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon leur implication dans la préparation des repas à la maison, Belgique, 2014	185
Tableau 16 	Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon leur participation aux courses ménagères, Belgique, 2014	186

Tableau 2 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents considèrent l'alimentation comme importante pour leur santé, Belgique, 2014

PP_1		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	98,0	(96,6-99,4)	98,0	(96,0-99,0)	548
	Filles	99,5	(98,9-100,0)	99,5	(98,4-99,8)	515
AGE	3 - 5	98,8	(97,6-100,0)	99,0	(97,3-99,7)	488
	6 - 9	98,7	(97,7-99,7)	98,9	(97,6-99,5)	575
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire u secondaire	97,8	(96,0-99,6)	98,2	(96,3-99,2)	374
	Supérieur de type court	99,7	(99,0-100,0)	99,7	(97,6-100,0)	331
	Supérieur de type long	98,7	(97,4-100,0)	98,9	(97,0-99,6)	340
REGION ^{****}	Flandre	98,6	(97,5-99,7)	99,1	(97,9-99,6)	603
	Wallonie	98,8	(97,5-100,0)	99,2	(97,2-99,8)	378
TOTAL		98,7	(98,0-99,5)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de fruits, Belgique, 2014

PP_2		Taux brut (%)*	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	84,5	(80,5-88,6)	86,3	(82,4-89,4)	548
	Filles	85,4	(81,7-89,0)	87,2	(82,8-90,5)	515
AGE	3 - 5	74,4	(69,3-79,5)	74,4	(68,9-79,1)	488
	6 - 9	92,4	(89,9-95,0)	92,5	(89,5-94,6)	575
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	88,7	(84,8-92,7)	90,2	(85,8-93,3)	374
	Supérieur de type court	81,4	(75,9-87,0)	83,0	(77,0-87,8)	331
	Supérieur de type long	83,5	(78,7-88,4)	85,7	(80,6-89,6)	340
REGION****	Flandre	82,9	(79,0-86,9)	84,8	(80,7-88,2)	603
	Wallonie	87,8	(84,0-91,7)	89,2	(84,7-92,6)	378
TOTAL		84,9	(82,2-87,7)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent se servir librement de collations (autres que des fruits), Belgique, 2014

PP_3		Taux brut (%)*	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	37,1	(32,1-42,1)	36,4	(31,6-41,5)	548
	Filles	32,7	(27,9-37,5)	32,0	(27,4-37,0)	515
AGE	3 - 5	26,7	(21,9-31,5)	26,6	(22,1-31,7)	488
	6 - 9	40,8	(36,1-45,5)	40,8	(36,1-45,6)	575
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	44,2	(38,3-50,1)	43,4	(37,6-49,4)	374
	Supérieur de type court	32,6	(26,6-38,6)	31,5	(25,8-37,8)	331
	Supérieur de type long	25,6	(19,6-31,5)	24,9	(19,5-31,2)	340
REGION****	Flandre	30,6	(26,1-35,0)	29,8	(25,5-34,5)	603
	Wallonie	37,3	(31,4-43,3)	36,4	(30,8-42,4)	378
TOTAL		34,9	(31,5-38,4)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent décider le type d'aliments qu'ils désirent manger, Belgique, 2014

PP_5		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	49,0	(44,0-54,0)	48,9	(43,9-54,0)	548
	Filles	50,8	(45,8-55,8)	50,8	(45,6-55,9)	515
AGE	3 - 5	48,6	(43,2-54,0)	48,6	(43,1-54,1)	488
	6 - 9	50,8	(46,2-55,4)	50,8	(46,1-55,5)	575
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	54,3	(48,6-60,0)	54,2	(48,4-59,9)	374
	Supérieur de type court	47,0	(40,9-53,1)	46,9	(40,6-53,3)	331
	Supérieur de type long	47,7	(41,2-54,3)	47,7	(41,0-54,5)	340
REGION ^{****}	Flandre	66,3	(61,7-70,9)	66,2	(61,4-70,6)	603
	Wallonie	23,5	(18,3-28,7)	23,2	(18,5-28,7)	378
TOTAL		49,9	(46,4-53,4)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui peuvent décider la quantité d'aliments qu'ils désirent manger, Belgique, 2014

PP_6		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	67,0	(62,2-71,7)	66,9	(61,9-71,5)	548
	Filles	68,1	(63,4-72,8)	68,0	(63,1-72,6)	515
AGE	3 - 5	63,2	(57,8-68,5)	63,2	(57,6-68,3)	488
	6 - 9	70,6	(66,3-74,8)	70,6	(66,1-74,6)	575
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	66,3	(60,6-71,9)	66,1	(60,3-71,5)	374
	Supérieur de type court	67,0	(60,8-73,2)	66,8	(60,4-72,6)	331
	Supérieur de type long	70,1	(64,4-75,8)	70,1	(64,0-75,7)	340
REGION ^{****}	Flandre	73,8	(69,5-78,1)	73,8	(69,3-77,8)	603
	Wallonie	56,4	(50,4-62,5)	56,1	(50,0-62,0)	378
TOTAL		67,5	(64,1-70,8)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 7 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui sont obligés de manger tout ce qui se trouve dans leur assiette, Belgique, 2014

PP_7		Taux brut (%)*	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	42,1	(37,0-47,3)	42,0	(36,8-47,3)	548
	Filles	41,7	(36,4-47,0)	41,6	(36,4-46,9)	515
AGE	3 - 5	38,6	(32,8-44,3)	38,6	(33,0-44,4)	488
	6 - 9	44,3	(39,5-49,2)	44,3	(39,5-49,2)	575
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	42,2	(36,3-48,1)	41,9	(36,1-48,0)	374
	Supérieur de type court	40,0	(33,4-46,6)	39,8	(33,4-46,5)	331
	Supérieur de type long	43,8	(36,8-50,7)	43,7	(36,9-50,7)	340
REGION****	Flandre	40,2	(35,3-45,0)	40,0	(35,2-44,9)	603
	Wallonie	44,5	(38,4-50,7)	44,2	(38,2-50,4)	378
TOTAL		41,9	(38,3-45,6)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 8 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui prennent leurs repas en famille, Belgique, 2014

PP_8		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	97,8	(96,0-99,6)	97,8	(95,1-99,0)	548
	Filles	99,8	(99,5-100,0)	99,8	(99,1-99,9)	515
AGE	3 - 5	98,6	(97,1-100,0)	99,2	(97,6-99,7)	488
	6 - 9	98,9	(97,7-100,0)	99,4	(98,0-99,8)	575
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	97,9	(96,0-99,8)	98,8	(96,7-99,5)	374
	Supérieur de type court	98,3	(96,3-100,0)	99,0	(96,6-99,7)	331
	Supérieur de type long	100	(100,0-100,0)	100	(100,0-100,0)	340
REGION ^{****}	Flandre	99,2	(98,4-100,0)	99,4	(98,2-99,8)	603
	Wallonie	99,2	(98,3-100,0)	99,4	(98,1-99,8)	378
TOTAL		98,8	(97,8-99,7)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 9 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le petit-déjeuner, Belgique, 2014

PP_9		Taux brut (%)*	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	51,5	(46,3-56,8)	51,6	(46,4-56,8)	533
	Filles	55,2	(49,9-60,4)	55,3	(49,9-60,5)	507
AGE	3 - 5	55,8	(50,1-61,5)	55,8	(50,0-61,4)	474
	6 - 9	51,6	(46,7-56,5)	51,6	(46,7-56,4)	566
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	43,8	(37,8-49,8)	43,9	(38,0-50,0)	363
	Supérieur de type court	55,9	(49,3-62,5)	56,1	(49,5-62,5)	327
	Supérieur de type long	60,6	(53,6-67,5)	60,5	(53,4-67,2)	335
REGION	Flandre	58,2	(53,4-63,0)	58,3	(53,4-63,0)	593
	Wallonie	47,2	(40,9-53,5)	47,4	(41,2-53,6)	368
TOTAL		53,3	(49,6-57,0)			1040

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 10 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le dîner, Belgique, 2014

PP_10		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	70,9	(66,2-75,6)	71,2	(66,3-75,6)	546
	Filles	77,6	(73,4-81,9)	77,9	(73,4-81,8)	513
AGE	3 - 5	78,1	(73,6-82,6)	78,2	(73,5-82,3)	487
	6 - 9	71,4	(67,0-75,8)	71,5	(66,9-75,7)	572
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	58,5	(52,7-64,4)	59,0	(53,0-64,7)	374
	Supérieur de type court	77,9	(72,5-83,4)	78,7	(72,7-83,6)	330
	Supérieur de type long	87,8	(83,5-92,2)	88,1	(83,2-91,7)	338
REGION ^{****}	Flandre	79,7	(75,9-83,6)	80,1	(76,0-83,7)	601
	Wallonie	64,3	(58,4-70,3)	64,9	(58,9-70,4)	378
TOTAL		74,2	(71,0-77,4)			1059

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 11 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le souper Belgique, 2014

PP_11		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	57,2	(52,1-62,3)	57,5	(52,3-62,5)	546
	Filles	60,1	(55,0-65,2)	60,4	(55,3-65,4)	513
AGE	3 - 5	64,6	(59,4-69,8)	64,6	(59,2-69,6)	487
	6 - 9	54,3	(49,5-59,2)	54,3	(49,5-59,1)	572
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	47,1	(41,2-53,0)	47,4	(41,5-53,4)	374
	Supérieur de type court	61,1	(54,6-67,6)	61,7	(55,0-67,9)	330
	Supérieur de type long	67,7	(61,5-73,8)	67,8	(61,5-73,6)	338
REGION ^{****}	Flandre	64,8	(60,2-69,4)	65,0	(60,3-69,5)	601
	Wallonie	47,9	(41,7-54,1)	48,2	(42,1-54,4)	378
TOTAL		58,6	(55,0-62,2)			1059

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 12 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant la collation du matin, Belgique, 2014

PP_12		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	64,3	(59,4-69,2)	64,3	(59,2-69,0)	541
	Filles	70,3	(65,4-75,3)	70,3	(65,1-75,0)	509
AGE	3 - 5	65,9	(60,4-71,4)	66,0	(60,2-71,3)	484
	6 - 9	68,2	(63,8-72,7)	68,3	(63,6-72,6)	566
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	55,4	(49,4-61,3)	55,3	(49,2-61,1)	369
	Supérieur de type court	72,6	(66,7-78,5)	72,6	(66,4-78,1)	329
	Supérieur de type long	75,3	(69,0-81,6)	75,3	(68,4-81,0)	334
REGION ^{****}	Flandre	64,1	(59,5-68,8)	64,2	(59,4-68,7)	597
	Wallonie	69,7	(64,2-75,3)	69,8	(64,0-75,1)	374
TOTAL		67,3	(63,8-70,7)			1050

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 13 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant le goûter, Belgique, 2014

PP_13		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	46,3	(41,1-51,5)	46,4	(41,2-51,6)	537
	Filles	52,9	(47,8-58,1)	53,0	(47,8-58,1)	509
AGE	3 - 5	50,8	(45,1-56,4)	50,7	(45,1-56,3)	482
	6 - 9	48,8	(43,9-53,7)	48,7	(43,9-53,6)	564
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	41,1	(35,1-47,1)	41,1	(35,3-47,1)	368
	Supérieur de type court	48,5	(41,8-55,2)	48,7	(42,0-55,4)	325
	Supérieur de type long	60,8	(54,2-67,3)	60,6	(54,0-66,9)	336
REGION ^{****}	Flandre	50,0	(45,2-54,8)	49,9	(45,0-54,7)	598
	Wallonie	47,6	(41,4-53,9)	47,6	(41,5-53,8)	371
TOTAL		49,6	(45,9-53,3)			1046

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 14 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) qui ne regardent jamais la télévision durant la collation du soir, Belgique, 2014

PP_14		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	23,8	(18,4-29,2)	24,0	(19,0-29,8)	357
	Filles	29,1	(23,4-34,7)	29,3	(23,9-35,4)	326
AGE	3 - 5	28,9	(22,3-35,4)	28,8	(22,7-35,8)	289
	6 - 9	24,8	(19,9-29,7)	24,8	(20,2-29,9)	394
NIVEAU D'EDUCATION ^{***}	Sans diplôme, primaire ou secondaire	21,2	(15,8-26,6)	21,2	(16,3-27,2)	270
	Supérieur de type court	24,4	(17,6-31,2)	24,8	(18,5-32,3)	216
	Supérieur de type long	35,3	(26,9-43,7)	35,7	(27,7-44,5)	189
REGION ^{****}	Flandre	26,1	(21,1-31,0)	26,1	(21,5-31,4)	449
	Wallonie	25,7	(18,8-32,6)	26,0	(19,6-33,5)	201
TOTAL		26,3	(22,4-30,2)			683

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 15 | Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon leur implication dans la préparation des repas à la maison, Belgique, 2014

PP_15b		Toujours	Parfois	Jamais	N
SEXE	Garçons	4,5	67,3	28,1	548
	Filles	7,2	69,9	22,8	515
AGE	3 - 5	6,5	67,1	26,4	488
	6 - 9	5,4	69,7	24,9	575
NIVEAU D'EDUCATION*	Sans diplôme, primaire ou secondaire	7,3	64,0	28,6	374
	Supérieur de type court	6,1	71,8	22,1	331
	Supérieur de type long	4,2	71,8	24,1	340
REGION****	Flandre	6,1	71,8	22,1	603
	Wallonie	7,1	66,5	26,4	378
TOTAL		5,8	68,6	25,5	1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 16 | Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon leur participation aux courses ménagères, Belgique, 2014

PP_16b		Toujours	Parfois	Jamais
SEXE	Garçons	22,2	71,0	6,9
	Filles	22,6	74,2	3,3
AGE	3 - 5	22,2	73,3	4,5
	6 - 9	22,5	72,0	5,5
NIVEAU D'EDUCATION*	Sans diplôme, primaire ou secondaire	28,9	65,7	5,3
	Supérieur de type court	20,5	74,4	5,2
	Supérieur de type long	17,8	77,4	4,8
REGION****	Flandre	18,4	77,1	4,5
	Wallonie	29,4	65,5	5,1
TOTAL		22,4	72,5	5,1

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Vaughn AE, Tabak RG, Bryant MJ, Ward DS. Measuring parent food practices: a systematic review of existing measures and examination of instruments. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013 May;10(61). doi: 10.1186/1479-5868-10-61.
- (2) Wehrly SE, Bonilla C, Perez M, Liew J. Controlling parental feeding practices and child body composition in ethnically and economically diverse preschool children. *Appetite* 2014 Feb;73:163-71. doi: 10.1016/j.appet.2013.11.009.
- (3) Vereecken C, Rovner A, Maes L. Associations of parenting styles, parental feeding practices and child characteristics with young children's fruit and vegetable consumption. *Appetite* 2010 Dec;55(3):589-96.
- (4) Cross MB, Hallett AM, Ledoux TA, O'Connor DP, Hughes SO. Effects of children's self-regulation of eating on parental feeding practices and child weight. *Appetite* 2014 Jun 12;81C:76-83. doi: 10.1016/j.appet.2014.06.014.
- (5) Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011 Jun;127(6):e1565-e1574.
- (6) Chan JC, Sobal J. Family meals and body weight. Analysis of multiple family members in family units. *Appetite* 2011 Oct;57(2):517-24.
- (7) Vik FN, Bjornara HB, Overby NC, Lien N, Androutsos O, Maes L, et al. Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10--12 years in eight European countries: the ENERGY cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013 May 15;10(1):58.
- (8) Roos E, Pajunen T, Ray C, Lynch C, Kristiansdottir AG, Halldorsson TI, et al. Does eating family meals and having the television on during dinner correlate with overweight? A sub-study of the PRO GREENS project, looking at children from nine European countries. *Public health nutrition* 2014;17(11):2528-36.
- (9) Van der Horst K, Ferrage A, Rytz A. Involving children in meal preparation. Effects on food intake. *Appetite* 2014 Apr 4;79C:18-24. doi: 10.1016/j.appet.2014.03.030.
- (10) Chu YL, Storey KE, Veugelers PJ. Involvement in meal preparation at home is associated with better diet quality among Canadian children. *Journal of nutrition education and behavior* 2014;46(4):304-8.
- (11) Wardle J, Carnell S. Parental feeding practices and children's weight. *Acta Paediatrica* 2007;96(s454):5-11.
- (12) Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of pediatric psychology* 2007;32(8):960-72.
- (13) Gibson EL, Kreichauf S, Wildgruber A, V+|gele C, Summerbell CD, Nixon C, et al. A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviours aimed at reducing obesity risk. *obesity reviews* 2012;13(s1):85-95.
- (14) Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr* 1999 Jun;69(6):1264-72.
- (15) European Food Information Council. L'influence des parents sur les préférences alimentaires et l'apport énergétique des enfants. 2012. 10-8-2015.
- (16) Pelicand J., Doumont D. Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants ? Implication et influence dans les stratégies éducatives. UCL - RESO. Unité d'Éducation pour la Santé; 2005. Report No.: 05-36.
- (17) Liang T, Kuhle S, Veugelers PJ. Nutrition and body weights of Canadian children watching television and eating while watching television. *Public Health Nutr* 2009 Dec;12(12):2457-63.
- (18) Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children. *Public Health Nutr* 2008 Dec;11(12):1267-79.
- (19) Kourlaba G, Kondaki K, Liarigkovinos T, Manios Y. Factors associated with television viewing time in toddlers and preschoolers in Greece: the GENESIS study. *Journal of public health* 2009;31(2):222-30.

ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

AUTEUR

Thérèse LEBACQ

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Lebacq T. Allaitement maternel exclusif. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	193
1. Introduction	194
2. Instruments	195
2.1. Questions	195
2.2. Indicateurs	195
3. Résultats	196
3.1. Durée moyenne d'allaitement maternel exclusif	196
3.2. Distribution selon la durée d'allaitement maternel exclusif	196
3.3. Prévalence de l'allaitement maternel exclusif	197
3.3.1. À la naissance	197
3.3.2. À 12 semaines	198
3.3.3. À 24 semaines	199
4. Discussion	200
5. Tableaux	202
6. Bibliographie	209

RÉSUMÉ

L'allaitement maternel présentant de nombreux avantages pour la santé des enfants comme pour celle des mères, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif des enfants jusque six mois. Afin de décrire la situation en Belgique à ce sujet, il a été demandé aux parents des enfants (de 3 à 9 ans) enquêtés de reporter la durée pendant laquelle ceux-ci avaient reçu un allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire la période durant laquelle l'enfant a été nourri uniquement avec du lait maternel sans aucun autre complément, excepté d'éventuels médicaments ou vitamines.

En Belgique, la durée moyenne pendant laquelle les enfants âgés de 3 à 9 ans – c'est-à-dire nés entre 2005 et 2011 – ont été nourris par allaitement maternel exclusif est de 11 semaines. 22 % des enfants n'ont jamais été allaités de manière exclusive, 38 % ont été allaités exclusivement entre une et 12 semaines, 39 % entre 13 et 24 semaines et 1 % pendant plus de 24 semaines. La durée moyenne d'allaitement maternel exclusif est plus longue (12 semaines) pour les enfants dont les parents ont le niveau d'éducation le plus élevé, en comparaison aux enfants dont les parents ont un niveau d'éducation relativement faible (10 semaines). Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet entre la Flandre et la Wallonie.

Le taux d'allaitement maternel exclusif à la naissance s'élève à 78 %, parmi les enfants âgés de 3 à 9 ans. Ce pourcentage chute de 25 % environ, pour atteindre 52 % après 12 semaines. À 24 semaines d'âge, le taux d'allaitement maternel exclusif est de 19 %. Un lien significatif existe entre le niveau d'éducation des parents et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à la naissance et à 12 semaines : ces prévalences sont, en effet, plus faibles chez les enfants dont les parents sont relativement peu diplômés (69 % à la naissance et 46 % à 12 semaines). Le pourcentage d'enfants allaités exclusivement jusque 24 semaines (ou plus) ne varie, par contre, pas selon le niveau d'instruction des parents. Pour ces trois prévalences, aucune différence significative n'a été observée entre la Flandre et la Wallonie.

1. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif des enfants (c'est-à-dire un allaitement sans aucun autre aliment, excepté d'éventuels médicaments ou vitamines) jusqu'à l'âge de six mois, ainsi que l'allaitement mixte (c'est-à-dire l'association de l'allaitement maternel avec d'autres aliments) jusqu'à l'âge de deux ans ou plus (1). En effet, le lait maternel apporte tous les nutriments nécessaires au développement de l'enfant ; il contient également des anticorps qui le protègent de maladies courantes telles que la diarrhée et la pneumonie (1). Plusieurs études ont, en outre, mis en évidence l'influence à long terme de l'allaitement sur la santé de l'enfant, à savoir notamment une réduction du risque d'obésité et de diabète de type 2, ainsi qu'une diminution de la pression artérielle et du niveau de cholestérol (2). Il a également été démontré qu'un allaitement maternel exclusif prolongé possède un effet positif sur le développement cognitif des enfants (3;4).

En 2007-2008, l'étude européenne IDEFICS a montré que, parmi 10 pays européens, la Belgique avait la proportion la plus élevée d'enfants (de 2 à 9 ans) n'ayant jamais été allaités exclusivement (46 %), de même que la durée d'allaitement maternel exclusif la plus courte (1,7 mois) (5). Par ailleurs, une étude réalisée en Flandre a montré que la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à la naissance était de 66 %, parmi les enfants âgés de 0 à 3 ans en 2004 ; cette prévalence chutait fortement – de 20 % – dès le premier mois de l'enfant. A six mois, la prévalence d'allaitement maternel exclusif était d'environ 25 % (6). En Belgique francophone, une étude menée en 2012 a évalué la durée médiane d'allaitement maternel exclusif des enfants ayant entre 18 et 24 mois (nés en 2010) à trois mois (7). Selon cette étude, 73 % des enfants étaient allaités de manière exclusive à la naissance. A trois mois, 41 % des enfants étaient allaités de manière exclusive ; un pourcentage qui chutait ensuite à 13 % à six mois (7).

L'allaitement maternel exclusif constituant une thématique clé en termes de santé publique et de nutrition, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avait notamment pour objectif d'évaluer la durée moyenne et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif en Belgique, de manière rétrospective, à partir de données concernant des enfants âgés de 3 à 9 ans, c'est-à-dire nés entre 2005 et 2011.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

L'allaitement maternel exclusif ne faisait pas partie des thématiques abordées lors de l'enquête de consommation alimentaire de 2004. Les enfants faisant partie de la population cible de la présente enquête, l'allaitement a été étudié en 2014 en raison de son lien direct avec l'alimentation et de son importance en matière de santé publique.

La question portant sur l'allaitement maternel exclusif a été formulée par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

BF01 Jusqu'à combien de semaines avez-vous nourri votre enfant exclusivement par allaitement maternel ?

Cette question a été posée oralement, lors de la première visite de l'enquêteur ; elle faisait partie du questionnaire administré de manière informatique. La durée d'allaitement maternel exclusif a été systématiquement demandée aux mères des enfants interrogés. Dès lors, les données collectées concernaient des enfants âgés de 3 à 9 ans, c'est-à-dire nés entre 2005 et 2011. Plusieurs études scientifiques ont souligné la fiabilité et la validité du rappel maternel concernant la durée de l'allaitement, que ce soit après une courte ou une longue période (2;8).

2.2. INDICATEURS

A partir de la question BF01, la durée moyenne et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif ont été évalués au moyen des cinq indicateurs suivants :

- BF_1** Cet indicateur reprend la durée moyenne d'allaitement maternel exclusif (en semaines), c'est-à-dire la période moyenne durant laquelle les enfants (de 3 à 9 ans) ont été nourris uniquement avec du lait maternel.
- BF_2** Cet indicateur présente la distribution des enfants âgés de 3 à 9 ans selon la durée d'allaitement maternel exclusif. Quatre catégories ont été créées (5) :
- (1) enfants n'ayant jamais été allaités exclusivement ;
 - (2) enfants allaités de manière exclusive pendant 1 à 12 semaines ;
 - (3) enfants allaités exclusivement durant 13 à 24 semaines ;
 - (4) enfants allaités de manière exclusive pendant plus de 24 semaines.
- BF_3** Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive à la naissance.
- BF_4** Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusqu'à 12 semaines ou plus.
- BF_5** Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusqu'à 24 semaines ou plus.

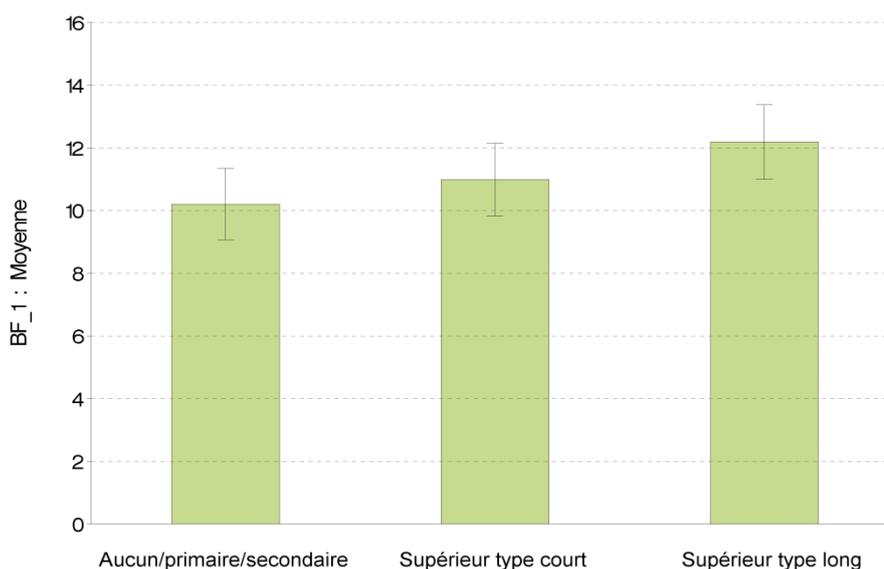
3. RÉSULTATS

3.1. DURÉE MOYENNE D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

En Belgique, la durée moyenne de la période durant laquelle les enfants (âgés de 3 à 9 ans au moment de l'enquête) ont été allaités de manière exclusive est de 11,2 semaines. Cette durée est similaire quel que soit le sexe de l'enfant, son âge¹ ou sa région de résidence².

La durée moyenne d'allaitement maternel exclusif a tendance à augmenter avec le niveau d'éducation du ménage (Figure 1) : ainsi, les enfants dont les parents sont diplômés de l'enseignement supérieur de type long ont été allaités de manière exclusive plus longtemps (12,2 semaines) que les enfants dont les parents sont peu diplômés (10,2 semaines). Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe³.

Figure 1 | Durée moyenne d'allaitement maternel exclusif (en semaines) des enfants (de 3 à 9 ans), selon le niveau d'éducation des parents, Belgique, 2014



3.2. DISTRIBUTION SELON LA DURÉE D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

En Belgique, 22,4 % des enfants (de 3 à 9 ans) n'ont jamais été allaités de manière exclusive, 37,6 % des enfants ont été allaités exclusivement entre 1 et 12 semaines et 38,6 % entre 13 et 24 semaines. Seuls 1,4 % des enfants ont été allaités de manière exclusive pendant plus de 24 semaines, ce qui correspond à l'âge auquel il est recommandé de compléter le lait par de nouveaux aliments (1). Cette distribution s'avère relativement similaire quel que soit l'âge, le sexe et la région de résidence de l'enfant.

Il existe un lien entre le niveau d'éducation et la proportion d'enfants n'ayant jamais été allaités de manière exclusive (Figure 2). Les enfants dont les parents ont un niveau d'instruction faible (sans diplôme, diplôme de primaire ou du secondaire) sont plus nombreux (31,3 %) que les enfants dont les parents ont un diplôme de l'enseignement de type court (19,8 %) (OR 1,85 ; IC 95 % 1,23-2,78) ou long (16,2 %) (OR 2,38 ; IC 95 % 1,56-3,64) à n'avoir jamais été allaités de manière exclusive ; ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe et l'âge.

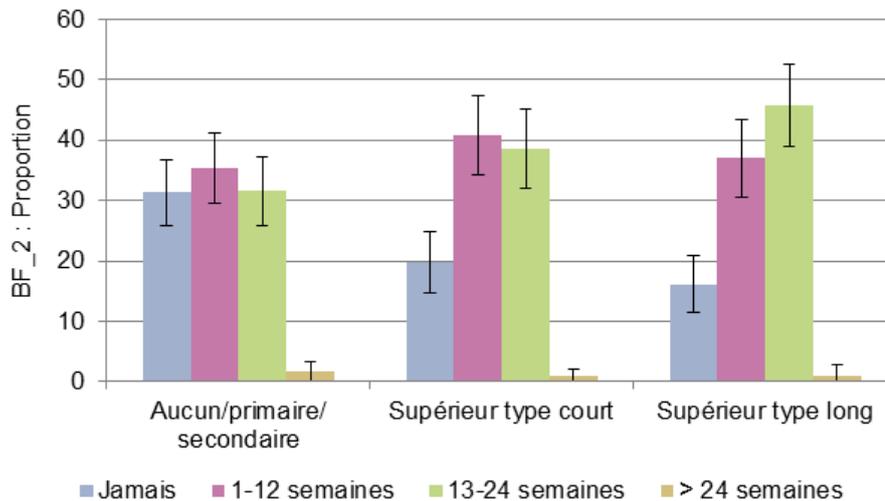
¹ C'est l'âge de l'enfant au moment de l'enquête qui est ici considéré.

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

³ Ce sont l'âge et le sexe de l'enfant qui sont considérés pour la standardisation des résultats.

La proportion d'enfants à avoir été allaités de manière exclusive pendant 13 à 24 semaines varie également selon le niveau d'éducation (Figure 2) : ainsi, les enfants dont les parents ont un faible niveau d'éducation sont moins nombreux (31,6 %) que ceux dont les parents ont le niveau d'éducation le plus élevé (45,8 %) à avoir été allaités exclusivement pendant 13 à 24 semaines. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,55 ; IC 95 % 0,37-0,80).

Figure 2 | Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon la durée d'allaitement maternel exclusif, en fonction du niveau d'éducation des parents, Belgique, 2014



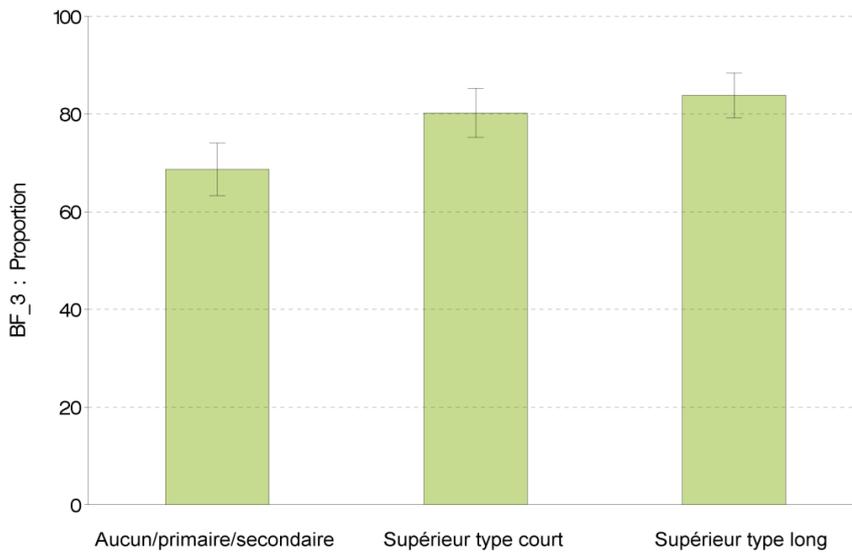
3.3. PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

3.3.1. À la naissance

En Belgique, 77,6 % des enfants âgés de 3 à 9 ans ont été allaités de manière exclusive à la naissance. Ce pourcentage ne diffère pas significativement en fonction du sexe de l'enfant, de son âge ou de sa région de résidence.

Comme pour les deux indicateurs précédents, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à la naissance varie selon le niveau d'éducation (Figure 3). Ainsi, la proportion d'enfants allaités de manière exclusive à la naissance est moins élevée (68,7 %) parmi les enfants dont les parents sont relativement peu diplômés, que parmi les enfants dont les parents possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (80,2 %) (OR 0,54 ; IC 95 % 0,36-0,82) ou long (83,8 %) (OR 0,42 ; IC 95 % 0,27-0,64). Ces différences sont significatives après standardisation selon l'âge et le sexe.

Figure 3 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive à la naissance, selon le niveau d'éducation des parents, Belgique, 2014

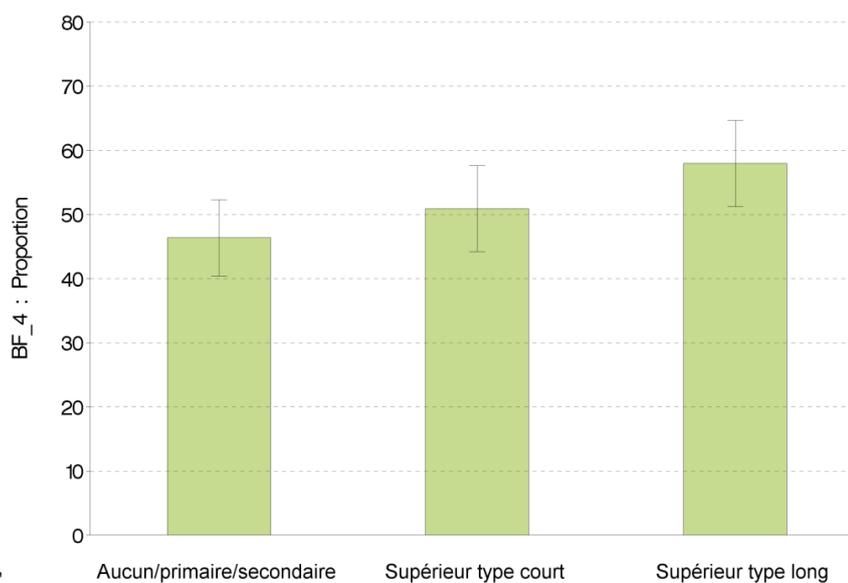


3.3.2. À 12 semaines

Douze semaines (c'est-à-dire environ trois mois) après la naissance, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif atteint 52,1 %, soit environ 25 % de moins qu'à la naissance. En Belgique, environ la moitié des enfants (de 3 à 9 ans) ont donc été allaités de manière exclusive jusqu'à 12 semaines ou plus. Cette proportion est similaire quel que soit le sexe de l'enfant, son âge ou sa région de résidence.

Après standardisation selon l'âge et le sexe, les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation élevé sont significativement plus nombreux (58,0 %) que les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation relativement faible (46,4 %) à avoir été allaités jusqu'au moins 12 semaines (OR 1,59 ; IC 95 % 1,10-2,29) (Figure 4).

Figure 4 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusqu'à 12 semaines ou plus, selon le niveau d'éducation des parents, Belgique, 2014

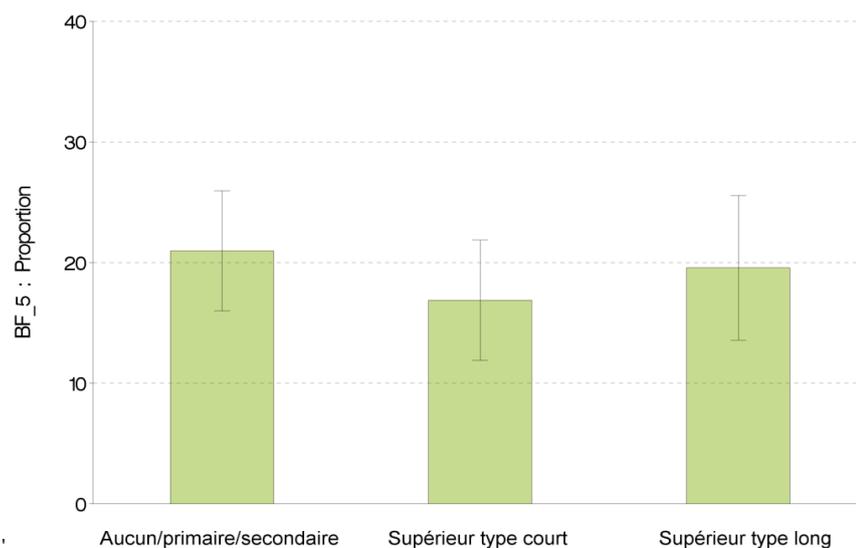


3.3.3. À 24 semaines

En Belgique, 19,3 % des enfants (de 3 à 9 ans) ont été allaités de manière exclusive jusque 24 semaines (c'est-à-dire environ six mois) ou plus, soit l'âge jusqu'auquel l'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (1). Ce pourcentage est similaire quel que soit l'âge de l'enfant, son sexe ou sa région de résidence.

En outre, contrairement aux autres indicateurs décrits dans ce chapitre, aucune relation entre cette proportion et le niveau d'éducation des parents n'a pu être mise en évidence à partir des résultats de l'enquête (Figure 5).

Figure 5 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusque 24 semaines ou plus, selon le niveau d'éducation des parents, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

L'allaitement maternel des enfants a pour atout de les protéger de maladies telles que la gastro-entérite, les infections des voies respiratoires inférieures, le diabète et la mort subite du nourrisson, y compris dans les pays industrialisés (5). C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les enfants soient allaités de manière exclusive jusqu'à l'âge de six mois (1), un avis qui est également soutenu par la Société européenne pour la gastro-entérologie, l'hépatologie et la nutrition pédiatrique (« *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* » – ESPGHAN) (5). Afin de fournir une image de l'allaitement maternel exclusif en Belgique, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a inclus cette thématique dans les questionnaires adressés aux enfants et à leurs parents.

Les résultats obtenus nous apprennent que la durée moyenne d'allaitement maternel exclusif des enfants âgés de 3 à 9 ans – c'est-à-dire nés entre 2005 et 2011 – est de 11 semaines. Parmi les enfants âgés de 3 à 9 ans en 2014, les taux d'allaitement maternel exclusif sont de 78 % à la naissance, 52 % à 12 semaines et 19 % à 24 semaines. Ces taux s'avèrent plus élevés que ceux reportés par Robert et al. en Belgique francophone en 2012, à savoir 73 % à la naissance, 41 % à trois mois et 13 % à six mois (7). Un tel écart peut s'expliquer par la présence de différences méthodologiques entre les deux études ; celles-ci concernent notamment le mode de collecte de données (rappel de longue durée *versus* de courte durée), la population étudiée (Belgique *versus* Belgique francophone) et l'unité de durée utilisée (en semaines *versus* en mois).

D'un point de vue méthodologique, les résultats obtenus se fondent sur des données de rappel maternel, un rappel qui peut remonter jusqu'à neuf ans plus tôt pour certaines mères, l'échantillon étant composé d'enfants âgés de 3 à 9 ans. Certaines études de validation ont néanmoins montré que le rappel maternel concernant l'allaitement (et les pratiques d'alimentation des enfants, plus globalement) présente une bonne exactitude et une bonne fiabilité, après une courte période (moins de trois ans) comme après une période de longue durée (jusqu'à 20 ans) (2;8).

En ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif, plus particulièrement, un premier élément pouvant biaiser l'exactitude du rappel maternel concerne la surestimation potentielle de la durée d'allaitement par les mères, pour des raisons de désirabilité sociale (9). Un tel biais serait d'autant plus problématique dans les régions dans lesquelles l'allaitement maternel exclusif est fortement promu et conseillé (9). L'enregistrement de la durée d'allaitement maternel exclusif en semaines plutôt qu'en mois pourrait être à la source d'un second biais. En effet, au-delà d'une certaine durée, les parents évaluent et retiennent la durée d'allaitement en mois plutôt qu'en semaines. Or, la conversion de cette durée en semaines (par le parent lui-même ou par l'enquêteur) n'a pas pu être contrôlée et uniformisée lors de la phase de collecte des données, ce qui peut également être à la source d'une surestimation des taux d'allaitement.

L'analyse détaillée dans ce chapitre présente, par ailleurs, la limite de ne pas avoir exploré d'autres facteurs susceptibles d'influencer la durée d'allaitement maternel exclusif, tels que l'âge de la mère au moment de l'allaitement, sa nationalité, son statut professionnel, son environnement social, sa confiance en soi ou son état de santé (10). La présente enquête a néanmoins pour atout de fournir une image représentative de l'allaitement maternel exclusif à l'échelle de la Belgique, ainsi que de comparer cette thématique entre différents sous-groupes de la population (entre niveaux d'éducation et régions, essentiellement).

A l'instar d'autres études sur le sujet (11), un lien clair entre le niveau d'éducation des parents et la durée d'allaitement maternel exclusif des enfants a été mis en évidence dans ce chapitre. Les enfants dont les parents possèdent un niveau d'éducation supérieur sont allaités de manière exclusive plus longtemps : ceci se reflète dans les différents indicateurs étudiés, à savoir la durée moyenne d'allaitement maternel exclusif, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à la naissance et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à 12 semaines. Seul le taux d'allaitement maternel exclusif à 24 semaines ne varie pas significativement selon le niveau d'instruction. Un tel résultat suggère que l'allaitement maternel exclusif prolongé (c'est-à-dire au-delà de trois mois) est influencé par d'autres facteurs que le niveau d'éducation. A titre d'exemple, il a été démontré que le statut professionnel des mères possède un impact significatif sur la durée d'allaitement ; les mères ayant recommencé à travailler sont, en effet, moins nombreuses à allaiter leur enfant de manière prolongée, en comparaison aux mères n'ayant pas d'activité professionnelle (12).

En termes de santé publique, les résultats montrent que les recommandations de l'OMS, à savoir un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, sont loin d'être rencontrées en Belgique puisque seuls 19 % des

enfants âgés de 3 à 9 ans ont été allaités exclusivement jusque 24 semaines. Par rapport à d'autres pays européens, comme la Suède ou la Norvège, la Belgique accuse un certain retard (13). Il est donc essentiel de mettre en place des politiques de santé publique soutenant l'allaitement maternel. Dans ce cadre, les mères issues de milieux moins favorisés et ayant un faible niveau d'éducation devraient constituer des groupes-cibles.

Afin d'atteindre les objectifs recommandés par l'OMS, il est important de mettre en œuvre des actions visant à renforcer l'information des mères, mais aussi l'implication des pères dans la préparation à la naissance et la formation des professionnels de la santé, en particulier les médecins et les sages-femmes (10). Au niveau politique, le soutien de l'allaitement maternel prolongé (au-delà de trois mois) implique aussi d'informer les mères et les employeurs sur les droits des mères, notamment en ce qui concerne les « pauses d'allaitement » (10). L'amélioration des différents congés (congé de maternité et congé parental) pourrait également contribuer à favoriser l'allaitement prolongé (13). Enfin, la meilleure acceptation et le soutien de l'allaitement maternel en public, de même que le contrôle du marketing des préparations pour nourrissons constituent d'autres aspects importants pour la promotion et le soutien de l'allaitement (13).

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Durée moyenne d'allaitement maternel exclusif (en semaines) des enfants (de 3 à 9 ans), Belgique, 2014	203
Tableau 2 	Durée d'allaitement maternel exclusif (en semaines) des enfants (de 3 à 9 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	204
Tableau 3 	Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon la durée d'allaitement maternel exclusif (en semaines), Belgique, 2014	205
Tableau 4 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive à la naissance, Belgique, 2014	206
Tableau 5 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusqu'à 12 semaines ou plus, Belgique, 2014	207
Tableau 6 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusqu'à 24 semaines ou plus, Belgique, 2014	208

Tableau 1 | Durée moyenne d'allaitement maternel exclusif (en semaines) des enfants (de 3 à 9 ans), Belgique, 2014

BF_1		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	11,2	(10,3-12,1)	11,2	(10,3-12,1)	541
	Filles	11,2	(10,2-12,2)	11,2	(10,2-12,2)	502
AGE	3 - 5	11,4	(10,3-12,4)	11,4	(10,3-12,4)	479
	6 - 9	11,1	(10,2-12,0)	11,1	(10,2-12,0)	564
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	10,2	(9,0-11,4)	10,1	(9,0-11,3)	367
	Supérieur de type court	11,0	(9,8-12,1)	10,9	(9,8-12,1)	327
	Supérieur de type long	12,2	(11,0-13,4)	12,2	(11,1-13,3)	331
REGION****	Flandre	10,5	(9,6-11,3)	10,5	(9,6-11,3)	592
	Wallonie	11,0	(9,8-12,2)	11,0	(9,8-12,1)	369
TOTAL		11,2	(10,5-11,9)			1043

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Durée d'allaitement maternel exclusif (en semaines) des enfants (de 3 à 9 ans) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

BF_1		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Garçons	11,2	1,7	11,2	17,7	541
	Filles	11,2	0,1	11,2	19,0	502
AGE	3 - 5	11,4	1,0	11,3	18,4	479
	6 - 9	11,1	0,9	11,0	18,3	564
NIVEAU D'EDUCATION**	Sans diplôme, primaire ou secondaire	10,2	0,0	7,9	17,9	367
	Supérieur de type court	11,0	1,5	11,1	16,2	327
	Supérieur de type long	12,2	3,4	11,7	19,5	331
REGION***	Flandre	10,5	0,0	11,0	15,8	592
	Wallonie	11,0	0,7	9,6	18,9	369
TOTAL		11,2	0,9	11,2	18,3	1043

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Distribution des enfants (de 3 à 9 ans) selon la durée d'allaitement maternel exclusif (en semaines), Belgique, 2014

BF_2		Jamais	1 à 12 semaines	13 à 24 semaines	Plus de 24 semaines	N
SEXE	Garçons	20,3	41,6	36,0	2,2	541
	Filles	24,6	33,4	41,3	0,7	502
AGE	3 - 5	23,4	35,2	40,2	1,3	479
	6 - 9	21,7	39,3	37,4	1,6	564
NIVEAU D'EDUCATION*	Sans diplôme, primaire ou secondaire	31,3	35,5	31,6	1,6	367
	Supérieur de type court	19,8	40,8	38,6	0,8	327
	Supérieur de type long	16,2	37,0	45,8	1,0	331
REGION**	Flandre	25,8	37,0	36,5	0,7	592
	Wallonie	21,8	41,2	35,7	1,3	369
TOTAL		22,4	37,6	38,6	1,4	1043

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive à la naissance, Belgique, 2014

BF_3		Taux brut* (%)	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	79,7	(75,8-83,6)	79,6	(75,7-83,5)	541
	Filles	75,4	(71,0-79,8)	75,4	(71,0-79,8)	502
AGE	3 - 5	76,6	(72,1-81,1)	76,6	(72,1-81,1)	479
	6 - 9	78,3	(74,4-82,2)	78,3	(74,5-82,1)	564
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	68,7	(63,2-74,2)	68,5	(63,1-73,9)	367
	Supérieur de type court	80,2	(75,2-85,3)	79,8	(74,8-84,9)	327
	Supérieur de type long	83,8	(79,3-88,4)	83,8	(79,3-88,4)	331
REGION****	Flandre	74,2	(70,0-78,4)	74,1	(70,0-78,3)	592
	Wallonie	78,2	(73,3-83,1)	78,3	(73,4-83,1)	369
TOTAL		77,6	(74,7-80,5)			1043

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusque 12 semaines ou plus, Belgique, 2014

BF_4		Taux brut* (%)	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	52,7	(47,5-57,8)	52,7	(47,5-57,8)	541
	Filles	51,5	(46,2-56,8)	51,7	(46,4-56,9)	502
AGE	3 - 5	54,4	(48,8-59,9)	54,4	(48,8-59,9)	479
	6 - 9	50,5	(45,6-55,4)	50,5	(45,6-55,4)	564
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	46,4	(40,4-52,4)	46,2	(40,2-52,1)	367
	Supérieur de type court	50,9	(44,3-57,5)	50,5	(43,9-57,2)	327
	Supérieur de type long	58,0	(51,3-64,7)	58,0	(51,5-64,4)	331
REGION****	Flandre	50,6	(45,7-55,5)	50,6	(45,8-55,5)	592
	Wallonie	48,6	(42,4-54,8)	48,5	(42,4-54,6)	369
TOTAL		52,1	(48,4-55,8)			1043

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) allaités de manière exclusive jusque 24 semaines ou plus, Belgique, 2014

BF_5		Taux brut* (%)	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Garçons	18,0	(14,0-22,0)	17,9	(13,9-21,8)	541
	Filles	20,8	(16,1-25,5)	20,8	(16,1-25,5)	502
AGE	3 - 5	18,1	(13,2-22,9)	18,1	(13,3-22,8)	479
	6 - 9	20,3	(16,3-24,3)	20,3	(16,3-24,3)	564
NIVEAU D'EDUCATION***	Sans diplôme, primaire ou secondaire	21,0	(16,0-26,0)	20,7	(15,8-25,5)	367
	Supérieur de type court	16,9	(11,8-22,0)	16,8	(11,8-21,8)	327
	Supérieur de type long	19,6	(13,6-25,6)	19,6	(13,9-25,3)	331
REGION****	Flandre	15,3	(11,9-18,7)	15,3	(11,9-18,6)	592
	Wallonie	20,6	(15,3-25,8)	20,4	(15,3-25,5)	369
TOTAL		19,3	(16,3-22,4)			1043

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Niveau d'éducation le plus élevé du ménage (parents ou responsables de l'enfant).

**** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) World Health Organization. Thème de santé. L'allaitement. 2014. 17-6-2015.
- (2) Natland ST, Andersen LF, Nilsen TI, Forsmo S, Jacobsen GW. Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol* 2012 Nov 23;12:179. doi: 10.1186/1471-2288-12-179.:179-12.
- (3) Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry* 2008;65(5):578-84.
- (4) Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *The Journal of Pediatrics* 2012;160(1):25-32.
- (5) Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, et al. Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries: the IDEFICS study. *Public health nutrition* 2013;16(02):219-27.
- (6) Roelants M, Hauspie R, Hoppenbrouwers K. Breastfeeding, growth and growth standards: Performance of the WHO growth standards for monitoring growth of Belgian children. *Ann Hum Biol* 2010 Jan;37(1):2-9.
- (7) Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding duration: a survival analysis—data from a regional immunization survey. *BioMed research international* 2014;2014.
- (8) Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 2005 Apr;63(4):103-10.
- (9) Greiner T. Exclusive breastfeeding: measurement and indicators. *International breastfeeding journal* 2014;9(1):18.
- (10) Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois: une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2009;22(3):112-20.
- (11) Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M., Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? UCL - RESO. Unité d'Education pour la Santé; 2006.
- (12) Bai DL, Fong DYT, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Maternal and child health journal* 2015;19(5):990-9.
- (13) SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Mythes et vérités sur l'allaitement. 2014. 14-8-2014.

ANTHROPOMÉTRIE (IMC, TOUR DE TAILLE ET RATIO TOUR DE TAILLE/TAILLE)

AUTEUR

Thérèse LEBACQ

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Lebacq T. Anthropométrie (IMC, tour de taille et ratio tour de taille/taille). Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	215
1. Introduction	217
1.1. Indice de masse corporelle (IMC).....	217
1.2. Tour de taille	218
1.3. Ratio tour de taille/taille	218
2. Instruments	219
2.1. Questions et mesures.....	219
2.2. Indicateurs	219
3. Résultats	220
3.1. Indice de masse corporelle mesuré.....	220
3.1.1. IMC moyen de la population adulte.....	220
3.1.2. Catégories d'IMC : carence pondérale, normal, surpoids et obésité	220
3.2. Tour de taille mesuré	222
3.2.1. Tour de taille moyen de la population adulte.....	222
3.2.2. Catégories de tour de taille : normal, risque modéré et risque élevé	223
3.3. Ratio tour de taille/taille mesuré	225
3.3.1. Ratio tour de taille/taille moyen de la population belge.....	225
3.3.2. Premier niveau de risque de maladies liées à l'obésité abdominale	226
4. Discussion	228
5. Tableaux	231
6. Bibliographie.....	241

RÉSUMÉ

En Belgique, en 2014, la valeur moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes âgés de 18 à 64 ans est de 26,3. En moyenne, les adultes vivant en Belgique sont donc en surpoids, la limite étant fixée à 25 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les hommes possèdent un IMC moyen supérieur aux femmes ; l'IMC moyen augmente, par ailleurs, en fonction de l'âge. D'un point de vue socio-économique, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long ont un IMC moyen plus faible (24,7) que les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur. Une différence régionale est également observée, l'IMC moyen étant plus élevé en Wallonie (26,9) qu'en Flandre (26,0).

En Belgique, en 2014, 45 % de la population âgée de 3 à 64 ans possède un IMC mesuré trop élevé : 29 % est en surpoids et 16 % est obèse (selon les valeurs seuils définies par l'*International Obesity Task Force* – IOTF – et l'OMS). Davantage d'hommes (33 %) que de femmes (25 %) sont en situation de surpoids, tandis que la proportion d'individus obèses est relativement similaire pour les deux sexes. Le surpoids et l'obésité sont liés à l'âge : ces prévalences sont, en effet, supérieures chez les adultes (de 18 à 64 ans) que chez les enfants et adolescents (de 3 à 17 ans). Au sein de la population adulte, une augmentation de ces prévalences est observée d'une catégorie d'âge à l'autre. A partir de 35 ans, plus d'un tiers de la population est en situation de surpoids et plus d'un cinquième d'entre elle souffre d'obésité. La proportion de personnes obèses – sur base de leur IMC – augmente lorsque le niveau d'instruction du ménage diminue, ce qui n'est pas le cas pour la proportion de personnes en surpoids. La prévalence de surpoids et d'obésité ne varie pas significativement d'une région belge à l'autre.

Le tour de taille constitue un second indicateur anthropométrique pertinent à considérer afin d'évaluer l'état nutritionnel des individus ; celui-ci a, en effet, pour atout d'évaluer l'accumulation abdominale de graisse corporelle, celle-ci étant étroitement associée au développement de complications métaboliques liées à l'obésité. En Belgique, en 2014, la valeur moyenne du tour de taille mesuré chez les adultes âgés de 18 à 64 ans est de 91 cm. Cette moyenne est plus élevée chez les hommes que chez les femmes ; elle augmente, par ailleurs, en fonction de l'âge. Un lien avec le niveau d'instruction a été établi, le tour de taille moyen ayant tendance à augmenter lorsque le niveau d'instruction des individus diminue. Après standardisation selon l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, le tour de taille moyen est plus faible parmi les personnes vivant en Flandre que parmi celles vivant en Wallonie.

En 2014, la moitié de la population âgée de 3 à 64 ans possède un tour de taille supérieur à la normale : 21 % de la population possède un tour de taille « limite », indiquant un risque modéré de maladies métaboliques liées à l'obésité abdominale, tandis que 29 % de la population possède un tour de taille trop élevé, suggérant un risque élevé de complications. Davantage de femmes (34 %) que d'hommes (25 %) présentent un tour de taille trop élevé. Ce pourcentage est également lié à l'âge : alors qu'il est compris entre 6 et 9 % chez les enfants et adolescents (de 3 à 17 ans), il passe de 19 % chez les personnes de 18-34 ans à 54 % chez les personnes de 51-64 ans. D'autre part, la prévalence de personnes ayant un tour de taille trop élevé tend à augmenter lorsque le niveau d'éducation diminue. Le lieu de résidence est également lié à cette prévalence, celle-ci étant plus élevée en Wallonie (34 %) qu'en Flandre (29 %). Entre 2004 et 2014, une augmentation de la prévalence de personnes âgées de 15 à 64 ans présentant un tour de taille trop élevé a été observée (25 % en 2004 et 34 % en 2014).

Le ratio tour de taille/taille a pour atout de tenir compte, en plus du tour de taille, de la taille des individus et d'ainsi prendre en considération les différences de sexe et d'âge entre individus. En Belgique, en 2014, la valeur moyenne du ratio tour de taille/taille mesuré chez les personnes âgées de 10 à 64 ans est de 0,52, c'est-à-dire légèrement plus que la valeur seuil de 0,5 indiquant un premier niveau de risque associé à l'obésité abdominale (maladies métaboliques). Les hommes présentent un ratio moyen plus élevé que les femmes. Le ratio moyen tour de taille/taille augmente avec l'âge : celui-ci est le plus faible (0,45) chez les jeunes âgés de 10 à 17 ans et augmente ensuite progressivement dans les classes d'âge supérieures (0,49, 0,54 et 0,57 pour les classes d'âge de 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans, respectivement). La valeur moyenne de ce ratio augmente de manière significative lorsque le niveau d'instruction diminue ; il est, par ailleurs, plus élevé en Wallonie qu'en Flandre.

En 2014, 55 % de la population âgée de 10 à 64 ans présente un ratio tour de taille/taille indiquant un premier niveau de risque concernant les maladies métaboliques et cardiovasculaires liées à l'obésité abdominale. Cette prévalence est plus élevée chez les hommes (60 %) que chez les femmes (49 %). La probabilité de dépasser le niveau de risque de 0,5 varie également avec l'âge : cette prévalence est de 20 % chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et augmente ensuite jusqu'à plus de 80 % chez les personnes âgées de 51 à 64 ans. Cette prévalence augmente lorsque le niveau d'instruction diminue ; elle est, par ailleurs, plus élevée en Wallonie (65 %) qu'en Flandre (51 %).

1. INTRODUCTION

Ces dernières décennies, l'obésité a augmenté de manière alarmante dans de nombreux pays. En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) faisait état de plus de 1,9 milliards d'adultes en surpoids, à travers le monde. Parmi ces derniers, 600 millions avaient dépassé le seuil de l'obésité. En outre, en 2013, 42 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids ou obèses (1). Le manque d'activité physique et la consommation accrue d'aliments énergétiques à haute teneur en graisses et en sucres constituent les principaux facteurs à l'origine de cette problématique (1).

Le surpoids et l'obésité peuvent être définis comme une accumulation excessive de graisse corporelle, celle-ci étant susceptible de nuire à la santé (1). En effet, l'excès de graisse corporelle, et plus particulièrement de graisse abdominale, est associé à une augmentation de la pression artérielle et du risque d'hyperinsulinémie (ou insulino-résistance), favorisant le développement de maladies chroniques telles que le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires (2). L'obésité et le surpoids augmentent également le risque de souffrir de troubles musculaires (l'arthrose, principalement), ainsi que de certains cancers (endomètre, colon, sein) (1). En ce qui concerne les enfants, plus particulièrement, l'obésité infantile est associée à une augmentation du risque d'obésité, de mort prématurée et de limitations fonctionnelles à l'âge adulte (1).

1.1. INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

Afin de définir des mesures politiques adéquates pour enrayer cette problématique, il est nécessaire de disposer de données fiables permettant d'évaluer la prévalence et l'évolution de l'obésité et du surpoids dans l'ensemble de la population belge. Les individus présentant un surpoids ou étant obèses sont généralement identifiés à partir de leur indice de masse corporelle (IMC ou *Body Mass Index*, BMI). Cet indice correspond au rapport entre le poids d'un individu et le carré de sa taille (kg/m^2). Chez l'adulte (à partir de 18 ans), des valeurs seuils internationalement reconnues existent afin de classer les individus selon leur IMC et d'identifier les personnes dont le statut pondéral est associé à un risque en termes de santé (3) :

- un IMC < **18,50** indique une **carence pondérale**;
- **entre 18,50 et 24,99**, l'IMC est considéré comme **normal**;
- un IMC compris **entre 25 et 29,99** indique une **surcharge pondérale**;
- les individus présentant un **IMC \geq 30** sont considérés comme **obèses**.

Chez les enfants et adolescents, l'IMC varie en fonction de l'âge et du sexe (4), c'est pourquoi des valeurs seuils spécifiques à chaque sexe et à chaque tranche d'âge sont nécessaires. Afin d'identifier la prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents belges, les valeurs seuils recommandées par l'*International Obesity Task Force* (IOTF) ont été utilisées (4-6). Celles-ci possèdent, en effet, un caractère international favorisant la comparaison des résultats d'un pays à l'autre (4).

Lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, en 2004, l'IMC avait été évalué sur base de données (poids et taille) rapportées par les participants interviewés. De manière générale, à l'échelle de la Belgique, les études nationales précédentes menées afin d'évaluer l'IMC des individus et la prévalence de surpoids et d'obésité dans la population se basent sur les informations rapportées par les individus interrogés (7). Or, certaines études de validation ont montré que les individus interrogés ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille (8;9). Afin d'éviter un tel biais, il est par conséquent recommandé de collecter des données mesurées par des professionnels plutôt que rapportées par les individus interrogés (9;10). L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avait, par conséquent, comme objectif d'évaluer la prévalence du surpoids et de l'obésité en Belgique, à partir de données de poids et de taille mesurées de manière standardisée par des professionnels.

1.2. TOUR DE TAILLE

Bien que l'IMC permette d'évaluer et de suivre l'évolution de l'excès de graisse corporelle dans la population (11), celui-ci ne fournit pas d'indication sur la distribution de cette graisse (12). Or, il a été démontré qu'un excès de graisse abdominale provoque un risque particulièrement élevé de complications métaboliques associées à l'obésité, telles que l'insulino-résistance, le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle (12;13). De plus, la proportion de graisse abdominale peut varier fortement pour des individus ayant une masse grasseuse et un IMC similaires (14). Récemment, plusieurs études ont montré que les indicateurs d'obésité abdominale (c'est-à-dire de l'accumulation excessive de graisse abdominale), tels que le tour de taille (*Waist circumference*, WC) et le ratio tour de taille/taille (*Waist-to-height ratio*, WHtR), constituent de meilleurs prédicteurs du risque de maladies cardiovasculaires et métaboliques que l'IMC (2;14-16). Il a également été admis que l'IMC ne devrait pas être utilisé comme unique critère pour définir le surpoids et l'obésité (17).

A l'heure actuelle, peu d'études représentatives au niveau national ont été consacrées à la mesure du tour de taille de la population belge. Les dernières données représentatives datent de la précédente enquête de consommation alimentaire, menée en 2004. Afin d'actualiser de telles données, la présente enquête avait pour objectif d'analyser la distribution du tour de taille dans la population.

Des valeurs seuils ont été utilisées afin d'évaluer la proportion de personnes présentant un tour de taille trop élevé. Chez l'adulte européen, des valeurs de tour de taille supérieures à 80 et 94 cm, respectivement pour les femmes et les hommes, sont liées à un risque modéré de complications métaboliques associées à l'obésité abdominale. Des valeurs supérieures à 88 et 102 cm, respectivement pour les femmes et les hommes, indiquent quant à elles un risque élevé de complications métaboliques (14). Chez les enfants et les adolescents, il n'existe actuellement pas de consensus concernant les valeurs seuils à utiliser pour identifier les sujets présentant un risque de complications métaboliques liées à l'obésité abdominale (14;15). En absence de valeurs de référence nationales, les valeurs seuils définies aux Pays-Bas à partir d'une étude réalisée sur 14500 enfants ont été utilisées afin d'identifier les enfants et adolescents à risque (18).

1.3. RATIO TOUR DE TAILLE/TAILLE

L'un des désavantages de l'utilisation du tour de taille comme proxy pour évaluer l'obésité abdominale est lié au fait que ce dernier varie en fonction de l'âge, du sexe et de la population (plus précisément, d'un groupe ethnique à l'autre). Cette caractéristique rend problématique le développement et l'adoption de valeurs seuils internationalement reconnues et limite dès lors l'utilisation en routine de cet indicateur (19). Ces dernières années, le rapport entre le tour de taille et la taille d'un individu (*waist-to-height ratio*, WHtR) est apparu comme une option permettant de surmonter ces obstacles, notamment chez les enfants (20). Ce dernier a pour avantage de minimiser les erreurs au niveau de l'évaluation des risques pour des individus ayant le même tour de taille mais des tailles différentes ; il permet ainsi de prendre en compte les différences d'âge et de sexe des individus, ces deux éléments influençant la taille (19).

Certaines études ont montré que ce ratio constitue un bon prédicteur des risques métaboliques et cardiovasculaires associés à l'obésité abdominale (davantage que le tour de taille et l'IMC), tant chez les adultes que chez les adolescents et les enfants (12;16). D'un point de vue pratique, celui-ci donne l'avantage de pouvoir utiliser une valeur seuil unique quel que soit l'âge, le sexe et le groupe ethnique (16). La valeur seuil de 0,5 a ainsi été identifiée comme indiquant un premier niveau de risque associé à l'obésité abdominale (20). Cependant, peu d'études se sont consacrées à l'analyse du ratio tour de taille/taille chez les enfants d'âge préscolaire (c'est-à-dire de moins de 6-7 ans). La validité de la valeur seuil de 0,5 pour cette tranche d'âge spécifique est, en outre, fortement controversée (21-24). Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, le rapport entre le tour de taille et la taille a, par conséquent, été analysé uniquement pour les adolescents (de 10 à 17 ans) et les adultes (de 18 à 64 ans).

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS ET MESURES

Lors de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, le poids (en kg), la taille (en cm) et le tour de taille (en cm) des personnes interrogées ont été mesurés par des diététicien(ne)s expérimenté(e)s lors de la seconde visite à domicile. Les participants ont été mesurés en habits légers et sans chaussures. Le poids a été mesuré à l'aide d'une balance électronique (type SECA 815 et 804), avec une précision de 0,1 kg. La taille a été mesurée à l'aide d'une toise (type SECA 213), au demi-centimètre près. Le tour de taille des personnes interrogées a été mesuré suivant la procédure standardisée recommandée par l'OMS : la mesure a été réalisée au demi-centimètre près, avec un mètre ruban non extensible (type Meterex), de manière horizontale à mi-chemin entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque (après que le participant ait totalement expiré) (14). Les poids, tailles et tours de taille des personnes interviewées ont été directement encodés de manière informatique par les diététiciens.

2.2. INDICATEURS

A partir des mesures de poids, de taille et de tour de taille, les indicateurs suivants ont été calculés :

- AM_1** Cet indicateur présente l'indice de masse corporelle (IMC) moyen de la population adulte (de 18 à 64 ans), en Belgique. L'IMC est le rapport entre le poids (exprimé en kg) et le carré de la taille (exprimée en m) de l'individu. Il s'agit ici de l'IMC calculé sur base de données de poids et de taille mesurées par des professionnels.
- AM_2** Cet indicateur présente la distribution de la population (de 3 à 64 ans) en quatre catégories, en fonction de l'IMC : 1) carence pondérale ; 2) normal ; 3) surpoids ; 4) obésité. Pour le calcul de cet indicateur, les valeurs seuils recommandées par l'OMS ont été utilisées pour les adultes (3), tandis que celles recommandées par l'IOTF ont été utilisées pour les enfants et les adolescents (6) (cf. Section 1.1).
- AM_3** Cet indicateur présente le tour de taille moyen (en cm) de la population adulte (de 18 à 64 ans), en Belgique. Il s'agit ici du tour de taille des individus mesuré par des professionnels.
- AM_4** Cet indicateur présente la distribution de la population (de 3 à 64 ans) en trois catégories, en fonction du tour de taille : (1) normal ; (2) risque modéré de complications métaboliques associées à l'obésité abdominale ; (3) risque élevé de complications métaboliques associées à l'obésité abdominale. Pour le calcul de cet indicateur, les valeurs seuils proposées par l'OMS ont été utilisées pour les adultes (14), tandis que les valeurs seuils identifiées par Fredriks et al. ont été utilisées pour les enfants et les adolescents (18) (cf. Section 1.2).
- AM_5** Cet indicateur présente le ratio tour de taille/taille moyen de la population âgée de 10 à 64 ans, en Belgique. Ce ratio est le rapport entre le tour de taille (exprimé en cm) et la taille (exprimée en cm) de l'individu. Il s'agit ici du ratio calculé sur base du tour de taille et de la taille des individus mesurés par des professionnels.
- AM_6** Cet indicateur présente la proportion de la population âgée de 10 à 64 ans ayant un ratio tour de taille/taille supérieur ou égal à 0,5, c'est-à-dire présentant un premier niveau de risque de complications métaboliques liées à l'obésité abdominale (16;20) (cf. Section 1.3).

3. RÉSULTATS

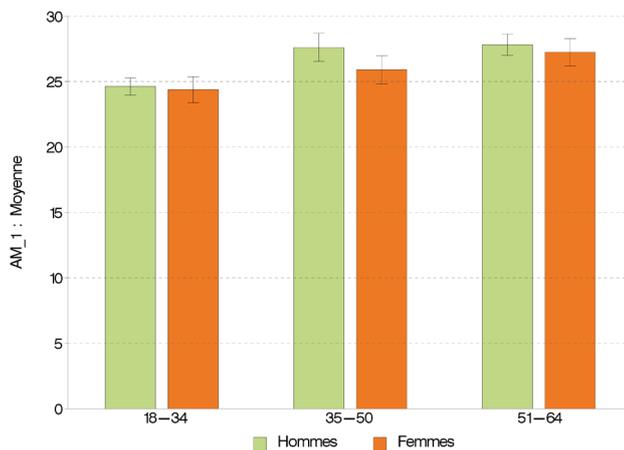
3.1. INDICE DE MASSE CORPORELLE MESURÉ

3.1.1. IMC moyen de la population adulte

L'IMC moyen a été analysé spécifiquement pour la population adulte, âgée de 18 à 64 ans. Chez les enfants et adolescents (de 3 à 17 ans), il n'est en effet pas pertinent de présenter une valeur moyenne globale d'IMC pour l'ensemble des catégories d'âge en raison de l'évolution de cet indicateur et des valeurs seuils définissant le surpoids et l'obésité, d'un sexe et d'un âge à l'autre¹.

En Belgique, en 2014, l'IMC moyen, calculé à partir des poids et tailles mesurés, s'élève à 26,3 kg/m² dans la population adulte (de 18 à 64 ans). En moyenne, les adultes vivant en Belgique dépassent donc le seuil du surpoids, fixé à 25 par l'OMS (3). Cette moyenne est significativement plus élevée chez les hommes (26,7 kg/m²) que chez les femmes (25,9 kg/m²). L'IMC moyen a tendance à augmenter en fonction de l'âge (respectivement 24,5, 26,8 et 27,5 kg/m² pour les adultes de 18-34, 35-50 et 51-64 ans). Après standardisation selon le sexe, les personnes âgées de 18 à 34 ans possèdent un IMC moyen significativement inférieur aux personnes des deux catégories d'âge supérieures (35-50 ans et 51-64 ans) (Figure 1).

Figure 1 | Indice de masse corporelle (IMC) moyen mesuré au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long ont un IMC moyen plus faible (24,7 kg/m²) que celles ayant un niveau d'éducation inférieur (27,2 kg/m² pour les personnes n'ayant aucun diplôme, un diplôme de primaire ou de secondaire et 26,5 kg/m² pour les diplômés de l'enseignement supérieur de type court). Ces différences sont significatives après standardisation en fonction du sexe et de l'âge.

Les personnes domiciliées en Flandre² possèdent un IMC légèrement inférieur (26,0 kg/m²) aux personnes vivant en Wallonie (26,9 kg/m²). Cette différence est significative après standardisation selon le sexe, l'âge et le niveau d'éducation.

3.1.2. Catégories d'IMC : carence pondérale, normal, surpoids et obésité

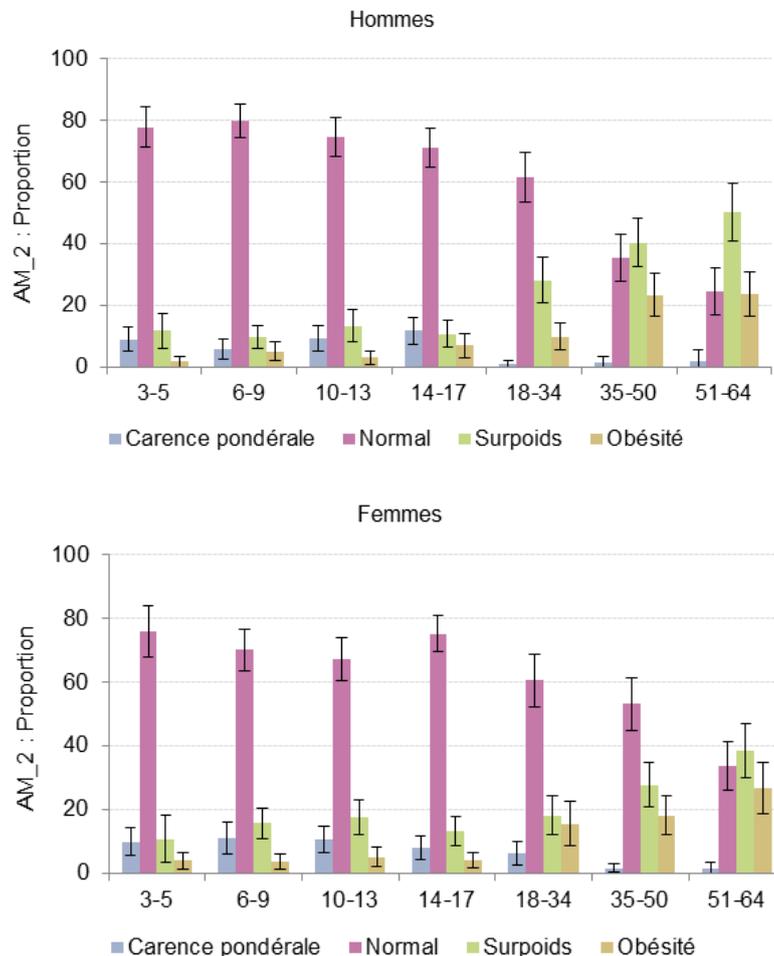
En Belgique, en 2014, 51,3 % de la population âgée de 3 à 64 ans présente un IMC considéré comme normal, 29,0 % de la population est considérée comme étant en surcharge pondérale et 16,0 % comme étant obèse. A l'inverse, 3,7 % de la population possède une carence pondérale. Cette distribution varie en fonction de l'âge : alors que dans les tranches d'âge les plus jeunes (de 3 à 17 ans), 70 à 75 % des individus possèdent un IMC normal, ce pourcentage diminue ensuite pour être finalement dépassé par le pourcentage de personnes en surpoids chez les plus âgés (Figure 2).

¹ Chez les enfants et adolescents, les valeurs seuils sont différentes selon le genre et pour chaque tranche d'âge d'un mois (les valeurs seuils sont, par exemple, différentes pour les enfants de 36 mois et ceux de 37 mois).

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Comme le montre la Figure 2, un décalage est observé à ce niveau entre les hommes et les femmes : chez les hommes, le pourcentage de personnes en surpoids dépasse le pourcentage de personnes ayant un poids normal dès 35 ans, tandis que ce dépassement n'est visible qu'à partir de 51 ans chez les femmes.

Figure 2 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, par sexe et par âge, Belgique, 2014



L'analyse qui suit se focalise essentiellement sur la population en situation de surpoids et sur celle souffrant d'obésité. Le pourcentage de personnes en surpoids est plus élevé chez les hommes (32,7 %) que chez les femmes (25,0 %) (OR 1,52 ; IC 95 % 1,18-1,98), tandis que la proportion d'individus obèses est relativement similaire pour les deux genres.

La proportion de personnes souffrant de surpoids et d'obésité tend à augmenter en fonction de l'âge : plus particulièrement, un « saut » est observé entre, d'une part, les enfants et les adolescents et, d'autre part, les adultes. Au sein de la population adulte, la prévalence de personnes en surpoids montre un gradient en fonction de l'âge, ce gradient étant significatif après standardisation pour le sexe. Le pourcentage de personnes obèses est plus faible dans la catégorie d'âge 18-34 ans (12,4 %), que dans les catégories d'âge 35-50 ans (20,7 %) (OR 0,55 ; IC 95 % 0,34-0,87) et 51-64 ans (25,3 %) (OR 0,42 ; IC 95 % 0,26-0,68). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation pour le sexe. A partir de 35 ans, plus d'un tiers de la population est en situation de surpoids et plus d'un cinquième d'entre elle souffre d'obésité.

La proportion de personnes obèses est liée au niveau d'instruction, ce qui n'est pas le cas pour la proportion de personnes en surpoids. La prévalence de l'obésité augmente, en effet, lorsque le niveau d'éducation diminue ; ce gradient est significatif après standardisation selon l'âge et le sexe.

Après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, les prévalences de surpoids et d'obésité ne varient pas significativement selon la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

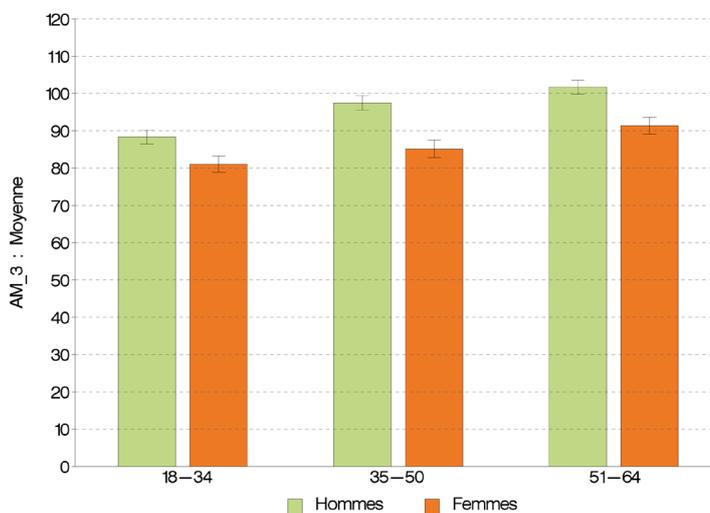
3.2. TOUR DE TAILLE MESURÉ

3.2.1. Tour de taille moyen de la population adulte

Le tour de taille moyen a été analysé uniquement pour la population adulte, âgée de 18 à 64 ans. Chez les enfants et adolescents (de 3 à 17 ans), il n'est en effet pas pertinent de présenter une valeur moyenne globale de tour de taille pour l'ensemble des catégories d'âge en raison de la forte variation de cet indicateur et des valeurs seuils identifiant les personnes à risque, d'un sexe et d'un âge à l'autre³.

En Belgique, en 2014, le tour de taille moyen de la population adulte (de 18 à 64 ans) s'élève à 90,8 cm. Le tour de taille est, en moyenne, plus élevé chez les hommes (95,7 cm) que chez les femmes (85,9 cm) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge. La valeur moyenne du tour de taille augmente également avec l'âge ; les différences entre les trois catégories d'âge adulte sont significatives après standardisation pour le sexe (Figure 3).

Figure 3 | Tour de taille moyen (en cm) de la population adulte (de 18 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



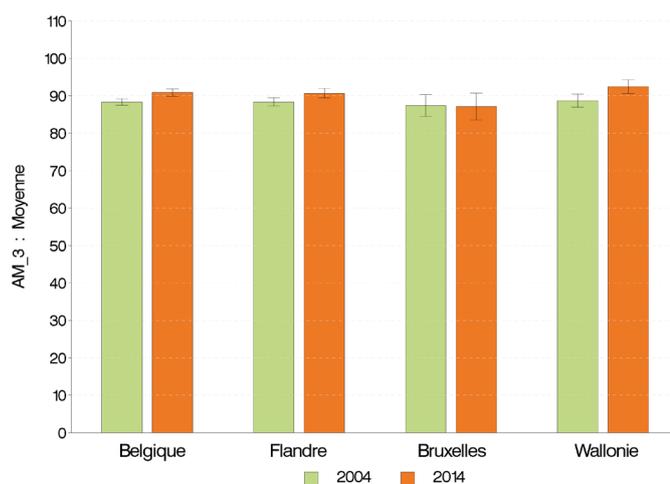
Le tour de taille moyen a tendance à augmenter lorsque le niveau d'instruction des individus diminue. Les différences observées entre les trois niveaux d'éducation analysés sont significatives après standardisation en fonction du sexe et de l'âge.

Au niveau géographique, le tour de taille moyen de la population adulte est plus faible en Flandre (90,7 cm) qu'en Wallonie (92,5 cm). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.

Par ailleurs, la comparaison des données de 2014 avec celles de la précédente enquête montre que le tour de taille moyen de la population adulte est plus élevé en 2014 (90,8 cm) qu'en 2004 (88,4 cm), cette différence étant significative après standardisation en fonction de l'âge et du sexe. Une telle différence est observée en Flandre comme en Wallonie, tandis qu'il est difficile de tirer des conclusions pour la région de Bruxelles-Capitale en raison de sa plus faible représentation (Figure 4).

³ Chez les enfants et adolescents, les valeurs seuils sont différentes selon le genre et pour chaque tranche d'âge d'une demi-année (les valeurs seuils sont, par exemple, différentes pour les enfants de quatre ans et ceux de quatre ans et demi).

Figure 4 | Tour de taille moyen (en cm) de la population adulte (de 18 à 64 ans), par région et par année, Belgique



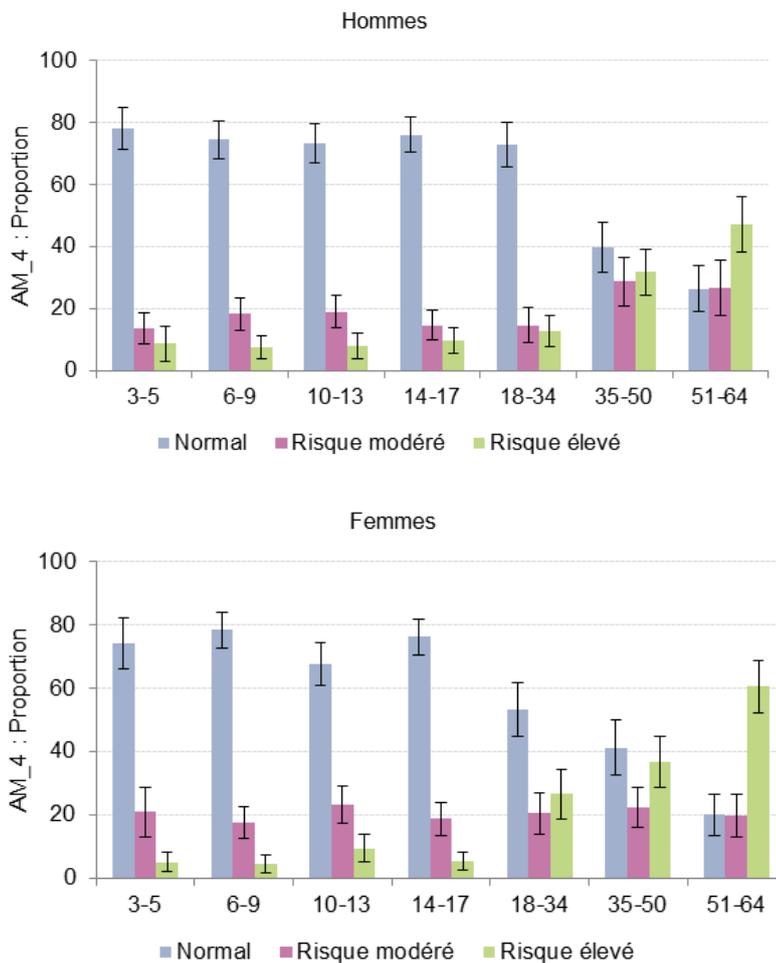
3.2.2. Catégories de tour de taille : normal, risque modéré et risque élevé

En Belgique, en 2014, 49,6 % de la population âgée de 3 à 64 ans présente un tour de taille considéré comme normal. Un cinquième (21,2 %) de la population possède un tour de taille indiquant un risque modéré de maladies métaboliques liées à l'obésité abdominale, tandis que 29,1 % de la population est catégorisée comme ayant un risque élevé de complications métaboliques associées à l'obésité abdominale. Cette répartition varie cependant en fonction de l'âge : alors que la part de personnes ayant un tour de taille normal est de plus de 70 % chez les enfants et adolescents, celle-ci chute à 40 % et moins chez les adultes à partir de 35 ans (Figure 5).

Le pourcentage de la population ayant un tour de taille indiquant un risque modéré de complications métaboliques liées à l'obésité abdominale s'avère relativement similaire quel que soit le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le lieu de résidence ou l'année de l'enquête (2004 *versus* 2014). L'analyse qui suit se focalise dès lors uniquement sur la proportion de la population présentant un tour de taille indiquant un risque élevé de complications métaboliques associées à l'obésité abdominale. Davantage de femmes (33,5 %) que d'hommes (24,9 %) présentent un tour de taille très élevé, cette différence persistant après standardisation en fonction de l'âge (OR 1,53 ; IC 95 % 1,16-2,01).

La prévalence de personnes ayant un tour de taille très élevé s'avère particulièrement préoccupante chez les adultes. Un « saut » est, en effet, observé entre la prévalence calculée chez les enfants et adolescents (entre 6 % et 9 %) et celle mesurée chez les adultes (de 19 % à 54 % chez les plus âgés), ces différences étant significatives après standardisation en fonction du genre. Au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans), un lien entre cette prévalence et l'âge est également observé : celle-ci augmente, en effet, graduellement lors du passage à une classe d'âge supérieure. Un tel gradient est significatif après standardisation selon le sexe.

Figure 5 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la catégorie de tour de taille, par sexe et par âge, Belgique, 2014

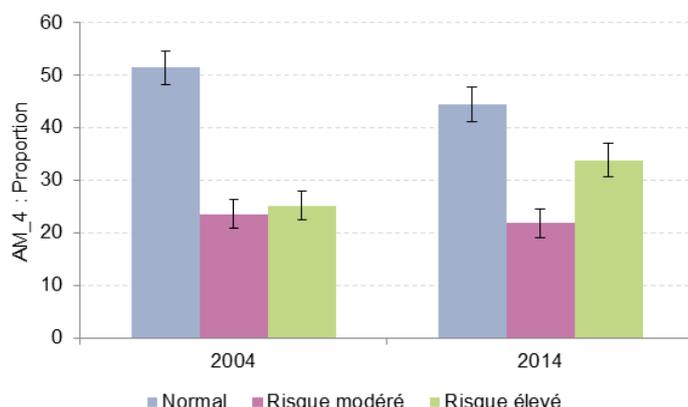


La prévalence de personnes ayant un tour de taille très élevé tend à augmenter lorsque le niveau d'éducation diminue. Les personnes ayant un niveau d'éducation relativement bas sont les plus nombreuses (37,7 %) à présenter un risque élevé de complications dues à leur tour de taille, tandis que cette proportion est la plus faible (19,1 %) chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long. La différence entre ces deux niveaux d'éducation est significative après standardisation en fonction de l'âge et du genre (OR 2,48 ; IC 95 % 1,74-3,53).

Une relation entre le lieu de résidence et le pourcentage de la population ayant un tour de taille très élevé est également notée : davantage de personnes vivant en Wallonie (33,9 %) ont un tour de taille indiquant un risque élevé de complications métaboliques associées à l'obésité abdominale, en comparaison aux personnes résidant en Flandre (29,1 %). Cette différence est significative après standardisation selon le sexe, l'âge et le niveau d'éducation (OR 1,39 ; IC 95 % 1,02-1,89).

La proportion de la population âgée de 15 à 64 ans présentant un tour de taille associé à un risque élevé de maladies métaboliques liées à l'obésité abdominale est plus élevée en 2014 qu'en 2004 (33,8 % versus 25,1 %) (Figure 6). Cette différence est significative, après standardisation selon l'âge et le sexe (OR 1,50 ; IC 95 % 1,22-1,85).

Figure 6 | Distribution de la population (de 15 à 64 ans) par catégorie de tour de taille, en 2004 et 2014, Belgique



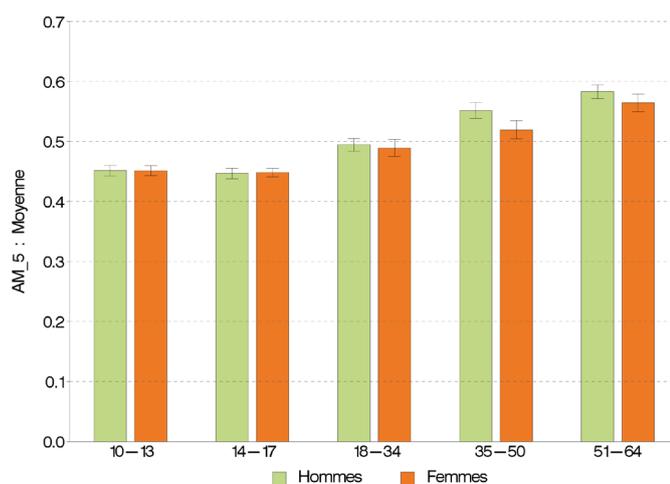
3.3. RATIO TOUR DE TAILLE/TAILLE MESURÉ

3.3.1. Ratio tour de taille/taille moyen de la population belge

Afin d'identifier les individus présentant un risque de développer des maladies associées à l'obésité à partir du ratio tour de taille/taille, une valeur seuil unique ($\geq 0,5$) a été utilisée, quel que soit l'âge et le sexe des individus (16;20). La validité de la valeur seuil de 0,5 étant controversée pour les enfants d'âge préscolaire (c'est-à-dire de moins de sept ans) (21-24), seuls les ratios des adolescents (de 10 à 17 ans) et des adultes (de 18 à 64 ans) ont été considérés dans les analyses présentées ci-après.

En Belgique, en 2014, le ratio moyen tour de taille/taille de la population âgée de 10 à 64 ans est de 0,52 et dépasse donc légèrement le premier niveau de risque concernant les maladies métaboliques et cardiovasculaires liées à l'obésité abdominale. Les hommes présentent un ratio tour de taille/taille plus élevé que les femmes, cette différence étant significative après standardisation pour l'âge. La Figure 7 met en évidence que cette différence entre sexes se marque essentiellement à partir de 35 ans, tandis que des ratios similaires sont observés pour les deux genres chez les personnes âgées de 10 à 34 ans. Le ratio tour de taille/taille augmente avec l'âge (Figure 7) : celui-ci est le plus faible (0,45) chez les jeunes âgés de 10 à 17 ans et augmente ensuite progressivement dans les classes d'âge supérieures (0,49, 0,54 et 0,57 pour les classes d'âge de 18-34 ans, 35-50 ans et 51-64 ans, respectivement) ; ces différences sont significatives après standardisation en fonction du sexe.

Figure 7 | Ratio moyen tour de taille/taille de la population (de 10 à 64 ans), par sexe et par âge, Belgique, 2014



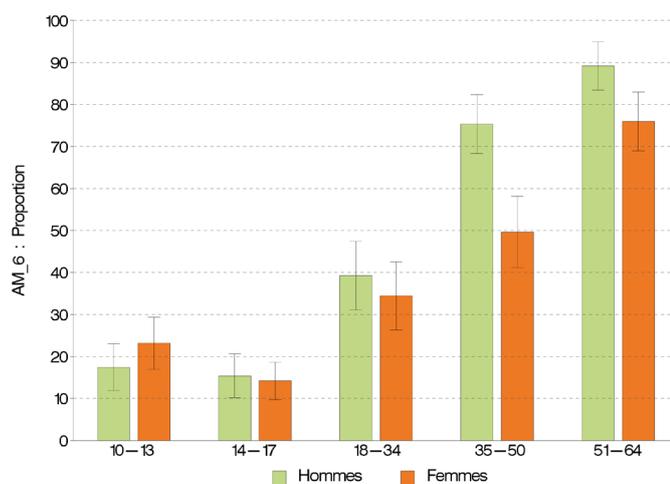
Le ratio moyen tour de taille/taille augmente de manière significative lorsque le niveau d'instruction diminue : celui-ci passe de 0,49 chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de type long à 0,54 chez les personnes peu diplômées. Les différences reportées entre les trois niveaux d'éducation étudiés sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Après standardisation selon le sexe, l'âge et le niveau d'éducation, le ratio tour de taille/taille moyen est significativement plus élevé en Wallonie (0,54) qu'en Flandre (0,52).

3.3.2. Premier niveau de risque de maladies liées à l'obésité abdominale

En Belgique, en 2014, 54,8 % de la population âgée de 10 à 64 ans présente un ratio tour de taille/taille indiquant un premier niveau de risque concernant les maladies métaboliques et cardiovasculaires liées à l'obésité abdominale. Cette prévalence est plus élevée chez les hommes (60,5 %) que chez les femmes (48,9 %) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,91 ; IC 95 % 1,44-2,52). Les différences observées entre hommes et femmes sont principalement présentes chez les personnes âgées de 35 à 64 ans (Figure 8). La probabilité de dépasser le niveau de risque de 0,5 varie également avec l'âge : cette prévalence est de 20,2 % chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans et augmente ensuite jusqu'à 82,2 % chez les personnes âgées de 51 à 64 ans. Un « creux » est observé pour la tranche d'âge 14-17 ans (prévalence de 14,8 %) mais ce pourcentage ne diffère pas significativement de celui observé chez les plus jeunes, après standardisation selon le sexe (Figure 8).

Figure 8 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) ayant un ratio tour de taille/taille indiquant un premier niveau de risque de complications liées à l'obésité abdominale ($\geq 0,5$), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Le pourcentage de personnes ayant un ratio tour de taille/taille indiquant un risque de développer des maladies liées à l'obésité abdominale augmente lorsque le niveau d'instruction diminue. Les différences observées entre les trois niveaux d'éducation étudiés sont significatives après standardisation selon l'âge et le sexe.

Cette prévalence varie également selon le lieu de résidence : celle-ci s'avère être plus élevée en Wallonie (64,9 %) qu'en Flandre (51,0 %), une différence qui est significative après standardisation en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation (OR 2,32 ; IC 95 % 1,69-3,19).

4. DISCUSSION

Les indicateurs anthropométriques décrits et analysés dans ce chapitre ont été calculés sur base de données (poids, taille et tour de taille) mesurées par des diététicien(ne)s expérimenté(e)s, selon des procédures standardisées. De telles données permettent, par conséquent, d'éviter le biais souvent mentionné dans les études faisant intervenir de tels indicateurs et lié à l'utilisation de données auto-rapportées. Il a, en effet, été démontré que les individus ont tendance à sous-estimer leur poids et surestimer leur taille, menant ainsi à une sous-estimation de l'indice de masse corporelle et à des erreurs de classification entre catégories d'IMC (normal, surpoids ou obésité) (9;25;26). L'approche méthodologique utilisée dans l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a donc pour atout de fournir une image précise de la proportion de personnes souffrant de surpoids et d'obésité en Belgique.

L'indice de masse corporelle est un indicateur fréquemment utilisé dans les études portant sur le surpoids et l'obésité. Dans la présente enquête, celui-ci a été mesuré afin d'estimer la prévalence de surpoids et d'obésité dans la population, à partir de valeurs seuils internationalement reconnues (3;6). L'IMC a cependant pour limite de ne pas prendre en compte la distribution de graisse corporelle des individus, notamment au niveau abdominal. Or, un excès de graisse abdominale est associée au développement de complications métaboliques, telles que le diabète (12). Afin de tenir compte de cette limite, le tour de taille et le ratio tour de taille/taille (*waist-to-height ratio*) ont été calculés et analysés en parallèle.

L'analyse de l'IMC indique que 29 % de la population âgée de 3 à 64 ans est en situation de surpoids et que 16 % de la population est obèse ; 45 % de la population vivant en Belgique possède, par conséquent, un IMC trop élevé. Si l'on considère le tour de taille, c'est 50 % de la population qui présente un risque de développer des complications métaboliques associées à l'obésité abdominale : plus particulièrement, 21 % ont un risque modéré et 29 % un risque élevé de développer ce type de complications. L'analyse du ratio tour de taille/taille fournit des résultats similaires : 55 % de la population dépasse le premier niveau de risque de développer des maladies métaboliques associées à l'obésité abdominale. En résumé, ces résultats indiquent qu'environ la moitié de la population possède un poids et/ou un tour de taille supérieur aux valeurs considérées comme normales. Une telle problématique peut être attribuée à de multiples facteurs, le plus important étant lié au déséquilibre entre, d'une part, les apports alimentaires qui s'avèrent trop élevés en raison de mauvaises habitudes alimentaires et, d'autre part, les dépenses énergétiques qui ne sont pas suffisamment importantes (1).

Les différents indicateurs anthropométriques étudiés dans ce chapitre montrent une augmentation des problèmes de surpoids et d'obésité avec l'âge. Plusieurs éléments contribuent à expliquer cette relation. D'une part, la composition corporelle se modifie avec l'âge : à partir de 20-30 ans, la masse maigre (c'est-à-dire la peau, les os, les muscles, les organes) diminue, tandis que la masse grasseuse augmente, ce qui peut influencer la mesure du tour de taille. La tendance à prendre du poids avec l'âge est également liée à une diminution de la dépense totale d'énergie, c'est-à-dire du métabolisme de base (chute de 2 à 3 % par an à partir de 20 ans), de l'effet thermique des aliments (c'est-à-dire l'énergie utilisée pour convertir les aliments ingérés en énergie utilisable) et de l'activité physique. Les changements hormonaux expliquent aussi l'évolution du poids avec l'âge : après la ménopause, la quantité d'œstrogène et de progestérone produite diminue, ce qui modifie le métabolisme lipidique et entraîne une augmentation du stockage de graisse viscérale chez la femme, ceci contribuant également à expliquer les différences observées entre hommes et femmes au niveau du tour de taille (27).

Les résultats de l'enquête mettent en évidence la présence de disparités socio-économiques en termes de surpoids et d'obésité. Le pourcentage d'obésité (sur base de l'IMC) a ainsi tendance à augmenter lorsque le niveau d'instruction diminue. Il en est de même en ce qui concerne la prévalence de personnes ayant un tour de taille ou un ratio tour de taille/taille trop élevé et présentant un risque accru de développer des complications métaboliques associées à l'obésité.

De tels résultats peuvent s'expliquer par différents éléments :

- les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur possèdent une meilleure connaissance des risques liés à l'obésité et des habitudes alimentaires saines ; elles sont donc moins touchées par ce problème (28;29) ;
- le niveau d'éducation des parents influence les habitudes familiales (habitudes alimentaires et nutrition, niveau d'activité physique, présence de la télévision), celles-ci ayant un impact sur l'état nutritionnel des enfants et de la famille (30;31) ;
- le type d'aliments consommé varie selon le niveau d'éducation : la consommation de fruits et de légumes est notamment plus élevée chez les personnes étant plus instruites, tandis que la consommation de sucreries, de boissons sucrées et de « *fast food* » est plus importante chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation (26;31) ;
- d'un point de vue économique, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ont davantage de moyens financiers pour acheter des aliments sains, tels que des fruits et des légumes (28) ;
- les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur sont moins nombreuses à avoir des loisirs physiquement actifs (26).

C'est donc en influençant conjointement les apports alimentaires et le niveau d'activité physique que le niveau d'éducation se voit relié à la proportion de surpoids et d'obésité dans la population.

Au niveau géographique, les prévalences de surpoids et d'obésité calculées sur base de l'IMC ne varient pas significativement entre la Wallonie et la Flandre (après standardisation pour le sexe, l'âge et le niveau d'éducation), malgré un IMC moyen significativement plus élevé chez les personnes adultes résidant en Wallonie. Par contre, la proportion de personnes ayant un tour de taille ou un ratio tour de taille/taille trop élevé est significativement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre. Ce résultat pourrait s'expliquer par certaines différences en termes de mode de vie, notamment le fait de réaliser moins d'activités physiques au cours des loisirs.

En 2014, les pourcentages d'adultes (de 18 à 64 ans) souffrant de surpoids (23 à 44 %, selon la catégorie d'âge) ou d'obésité (12 à 25 %) – sur base de leur IMC – sont supérieurs à ceux observés dans les mêmes tranches d'âge en 2004 (19 à 38 % pour le surpoids et 4 à 19 % pour l'obésité). De telles différences ne peuvent cependant pas être associées avec certitude à une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans le temps ; le fait que les données aient été rapportées par les individus interrogés en 2004 mais mesurées en 2014 pourrait, en effet, expliquer cette augmentation. A partir de données de poids et de taille rapportées, l'enquête de santé belge de 2013 a montré que 17 à 41 % des adultes âgés de 18 à 64 ans sont en situation de surpoids, tandis que 4 à 19 % des adultes de 18 à 64 ans souffrent d'obésité (7). Ici également, le fait que ces chiffres soient légèrement inférieurs à ceux obtenus dans la présente enquête est probablement lié aux différences méthodologiques entre ces deux études.

Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 montrent que 11 à 15 % des enfants et adolescents belges (de 3 à 17 ans) sont en situation de surpoids (sur base de leur IMC). En outre, 3 à 5 % des enfants et adolescents (de 3 à 17 ans) souffrent d'obésité, en 2014. De tels résultats sont similaires à ceux rapportés chez les élèves du primaire et du secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles, en 2010. Cette enquête estimait, en effet, que 3 % des enfants de cinquième et sixième primaire (de 10 à 13 ans) et 5 % des enfants du secondaire (de 12 à 20 ans) étaient obèses (32;33). Les résultats obtenus dans l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 indiquent, par ailleurs, que la prévalence de l'obésité chez les jeunes est nettement inférieure en Belgique, en comparaison à celle observée au Canada et aux Etats-Unis. Le pourcentage d'enfants (de 3 à 19 ans) souffrant d'obésité s'élevait, en effet, à 13 % (de 11 à 15 % selon l'âge) entre 2009 et 2012 au Canada et à 17,5 % (de 12 à 19 % selon l'âge) entre 2009 et 2013 aux Etats-Unis (34). En termes d'évolution, Rockolm et al. ont observé que la prévalence de l'obésité chez les enfants et adolescents a tendance à se stabiliser depuis 1999, en Europe, comme aux Etats-Unis (35).

En 2014, le pourcentage d'adultes (de 18 à 64 ans) ayant un ratio tour de taille/taille supérieur à 0,5 et présentant donc un certain risque de complications liées à l'obésité (37 à 82 % selon la catégorie d'âge) est légèrement supérieur à celui observé sur base des données de l'enquête de 2004 (32 à 78 %). Bien que le tour de taille ait été mesuré dans les deux enquêtes, le fait que la taille ait été rapportée en 2004 mais mesurée en 2014 peut biaiser cette comparaison. Cependant, la taille a tendance à être rapportée avec davantage de précision que le poids (16) ; un tel biais est, par conséquent, probablement inférieur à celui concernant l'estimation de l'IMC. Contrairement à l'IMC et au ratio tour de taille/taille, le tour de taille a pu être comparé de manière précise entre l'enquête de 2004 et celle de 2014 puisqu'il s'agissait de données mesurées dans les deux cas. Une augmentation de près de 10 % de la proportion de personnes ayant un tour de taille trop élevé a été observée entre ces deux années (de 25 à 34 %). Le fait de disposer de deux années uniquement ne permet cependant pas de tirer des conclusions sur une éventuelle tendance au cours du temps.

En conclusion, en Belgique, en 2014, une proportion importante de la population souffre d'un excès de poids et/ou présente un tour de taille trop élevé. Afin d'enrayer cette problématique, il s'avère primordial de mettre en place des actions visant à promouvoir l'adoption d'habitudes alimentaires saines mais également d'améliorer la qualité des produits alimentaires, ainsi que de promouvoir l'activité physique et des modes de vie moins sédentaires. En effet, une pratique régulière d'activité physique est nécessaire afin d'éviter la prise de poids et de lutter contre l'obésité (36). Vu les relations observées avec le niveau d'éducation, les personnes les moins instruites devraient constituer des groupes-cibles pour ce type d'actions. D'un point de vue économique, des mesures devraient également être prises afin que les moyens financiers ne constituent pas un obstacle à l'accès à une alimentation saine et aux activités sportives.

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Indice de masse corporelle moyen de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (IMC mesuré), Belgique, 2014	232
Tableau 2 	Indice de masse corporelle de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (IMC mesuré) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014	233
Tableau 3 	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC mesuré), Belgique, 2014	234
Tableau 4 	Tour de taille moyen (en cm) de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (tour de taille mesuré), Belgique	235
Tableau 5 	Tour de taille (en cm) de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (tour de taille mesuré) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique	236
Tableau 6 	Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction du tour de taille (tour de taille mesuré), Belgique	237
Tableau 7 	Ratio moyen tour de taille/taille de la population âgée de 10 à 64 ans (ratio mesuré), Belgique, 2014	238
Tableau 8 	Ratio tour de taille/taille de la population âgée de 10 à 64 ans (ratio mesuré) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014.....	239
Tableau 9 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) ayant un ratio tour de taille/taille indiquant un premier niveau de risque de maladies associées à l'obésité abdominale ($\geq 0,5$), Belgique, 2014	240

Tableau 1 | Indice de masse corporelle moyen de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (IMC mesuré), Belgique, 2014

AM_1		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	26,7	(26,2-27,2)	26,6	(26,1-27,1)	612
	Femmes	25,9	(25,3-26,5)	25,8	(25,2-26,4)	633
AGE	18 - 34	24,5	(23,9-25,1)	24,5	(23,9-25,1)	469
	35 - 50	26,8	(26,0-27,6)	26,8	(26,0-27,5)	424
	51 - 64	27,5	(26,9-28,2)	27,5	(26,9-28,2)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	27,2	(26,5-27,8)	27,1	(26,4-27,7)	560
	Supérieur de type court	26,5	(25,7-27,3)	26,4	(25,6-27,2)	348
	Supérieur de type long	24,7	(24,1-25,4)	24,8	(24,2-25,4)	322
REGION***	Flandre	26,0	(25,6-26,5)	25,9	(25,5-26,3)	722
	Wallonie	26,9	(26,2-27,5)	26,8	(26,2-27,5)	429
TOTAL		26,3	(25,9-26,7)			1245

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Indice de masse corporelle de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (IMC mesuré) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

AM_1		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	26,7	23,3	25,7	29,0	612
	Femmes	25,9	21,6	24,7	28,5	633
AGE	18 - 34	24,5	21,3	23,3	26,6	469
	35 - 50	26,8	22,8	25,5	29,0	424
	51 - 64	27,5	24,4	26,7	30,1	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	27,2	23,0	26,5	30,3	560
	Supérieur de type court	26,5	22,6	25,3	28,4	348
	Supérieur de type long	24,7	21,7	23,9	26,7	322
REGION**	Flandre	26,0	22,4	25,2	28,7	722
	Wallonie	26,9	22,9	26,3	29,5	429
TOTAL		26,3	22,5	25,3	28,8	1245

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC mesuré), Belgique, 2014

AM_2		Carence pondérale*	Normal*	Surpoids*	Obésité*	N
SEXE	Hommes	3,0	48,7	32,7	15,6	1628
	Femmes	4,4	54,0	25,0	16,5	1639
AGE	3 - 5	9,4	76,8	11,2	2,7	488
	6 - 9	8,2	75,1	12,4	4,2	575
	10 - 13	9,9	71,0	15,3	3,9	467
	14 - 17	9,8	73,0	11,8	5,4	492
	18 - 34	3,4	60,9	23,3	12,4	469
	35 - 50	1,3	43,9	34,2	20,7	424
	51 - 64	1,6	29,3	43,8	25,3	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	3,6	42,9	30,6	22,9	1325
	Supérieur de type court	2,7	52,0	30,5	14,8	945
	Supérieur de type long	4,8	62,2	25,3	7,7	944
REGION**	Flandre	3,5	52,9	28,6	14,9	1870
	Wallonie	3,6	46,9	30,1	19,5	1143
TOTAL		3,7	51,3	29,0	16,0	3267

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Catégorisation réalisée selon les recommandations de l'IOTF pour les enfants et adolescents (valeurs seuils selon l'âge et le sexe) et selon les recommandations de l'OMS pour les adultes.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Tour de taille moyen (en cm) de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (tour de taille mesuré), Belgique

AM_3		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	95,7	(94,4-96,9)	95,5	(94,4-96,6)	607
	Femmes	85,9	(84,5-87,3)	85,5	(84,2-86,8)	631
AGE	18 - 34	84,9	(83,4-86,4)	84,7	(83,3-86,1)	467
	35 - 50	91,5	(89,8-93,3)	91,3	(89,8-92,9)	419
	51 - 64	96,3	(94,7-97,9)	96,6	(95,1-98,1)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	93,5	(92,1-95,0)	92,9	(91,5-94,3)	559
	Supérieur de type court	90,9	(89,3-92,6)	90,5	(89,0-92,0)	345
	Supérieur de type long	86,7	(84,8-88,7)	87,6	(86,0-89,1)	320
REGION***	Flandre	90,7	(89,4-91,9)	90,1	(89,1-91,1)	717
	Wallonie	92,5	(90,7-94,2)	92,4	(90,9-93,9)	427
TOTAL		90,8	(89,9-91,8)			1238
ANNEE	2004	88,4	(87,5-89,2)	88,5	(87,7-89,3)	1251
	2014	90,8	(89,9-91,8)	90,6	(89,7-91,4)	1238

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Tour de taille (en cm) de la population adulte âgée de 18 à 64 ans (tour de taille mesuré) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique

AM_3		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	95,7	85,7	94,6	103	607
	Femmes	85,9	74,9	83,9	93,7	631
AGE	18 - 34	84,9	75,5	83,0	91,2	467
	35 - 50	91,5	80,4	90,2	101	419
	51 - 64	96,3	87,1	95,0	104	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	93,5	81,5	92,4	104	559
	Supérieur de type court	90,9	81,1	89,9	98,9	345
	Supérieur de type long	86,7	76,5	84,8	94,9	320
REGION**	Flandre	90,7	79,8	89,4	100	717
	Wallonie	92,5	81,7	90,8	102	427
TOTAL		90,8	79,9	89,8	100	1238
ANNEE	2004	88,4	77,2	86,6	97,0	1251
	2014	90,8	79,9	89,8	100	1238

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en fonction du tour de taille (tour de taille mesuré), Belgique

AM_4		Normal*	Risque modéré*	Risque élevé*	N
SEXE	Hommes	53,2	21,8	24,9	1609
	Femmes	45,9	20,6	33,5	1628
AGE	3 - 5	76,1	17,1	6,8	483
	6 - 9	76,3	17,7	6,0	565
	10 - 13	70,3	21,0	8,6	463
	14 - 17	76,0	16,5	7,5	488
	18 - 34	63,5	17,3	19,2	467
	35 - 50	40,4	25,5	34,1	419
	51 - 64	22,9	23,0	54,1	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	41,8	20,5	37,7	1319
	Supérieur de type court	50,0	22,6	27,4	936
	Supérieur de type long	60,7	20,2	19,1	930
REGION**	Flandre	49,7	21,3	29,1	1841
	Wallonie	46,1	20,0	33,9	1141
TOTAL		49,6	21,2	29,1	3237
ANNEE***	2004	51,4	23,5	25,1	1839
	2014	44,4	21,8	33,8	1615

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Catégorisation réalisée sur base des valeurs seuils définies par Fredriks et al. (2005) pour les enfants et adolescents et sur base des valeurs seuils suggérées par l'OMS pour les adultes : (1) tour de taille normal ; (2) risque modéré de développer des complications métaboliques associées à l'obésité abdominale ; (3) risque élevé de développer des complications métaboliques associées à l'obésité abdominale.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

*** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 7 | Ratio moyen tour de taille/taille de la population âgée de 10 à 64 ans (ratio mesuré), Belgique, 2014

AM_5		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	0,53	(0,52-0,54)	0,53	(0,52-0,54)	1071
	Femmes	0,51	(0,51-0,52)	0,51	(0,51-0,52)	1118
AGE	10 - 13	0,45	(0,45-0,46)	0,45	(0,45-0,46)	463
	14 - 17	0,45	(0,44-0,45)	0,45	(0,44-0,45)	488
	18 - 34	0,49	(0,48-0,50)	0,49	(0,48-0,50)	467
	35 - 50	0,54	(0,53-0,55)	0,54	(0,53-0,55)	419
	51 - 64	0,57	(0,56-0,58)	0,57	(0,56-0,58)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	0,54	(0,53-0,55)	0,54	(0,53-0,55)	947
	Supérieur de type court	0,52	(0,51-0,53)	0,52	(0,51-0,53)	610
	Supérieur de type long	0,49	(0,48-0,50)	0,50	(0,49-0,51)	597
REGION***	Flandre	0,52	(0,51-0,53)	0,52	(0,51-0,52)	1252
	Wallonie	0,54	(0,53-0,54)	0,54	(0,53-0,55)	763
TOTAL		0,52	(0,52-0,53)			2189

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 8 | Ratio tour de taille/taille de la population âgée de 10 à 64 ans (ratio mesuré) : moyenne, médiane et percentiles, Belgique, 2014

AM_5		Moyenne*	P25	Médiane	P75	N
SEXE	Hommes	0,53	0,46	0,52	0,58	1071
	Femmes	0,51	0,44	0,50	0,57	1118
AGE	10 - 13	0,45	0,41	0,44	0,48	463
	14 - 17	0,45	0,41	0,43	0,47	488
	18 - 34	0,49	0,44	0,48	0,53	467
	35 - 50	0,54	0,48	0,52	0,58	419
	51 - 64	0,57	0,52	0,57	0,62	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	0,54	0,47	0,54	0,60	947
	Supérieur de type court	0,52	0,46	0,51	0,57	610
	Supérieur de type long	0,49	0,43	0,48	0,54	597
REGION**	Flandre	0,52	0,45	0,50	0,57	1252
	Wallonie	0,54	0,46	0,53	0,58	763
TOTAL		0,52	0,45	0,51	0,58	2189

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 9 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) ayant un ratio tour de taille/taille indiquant un premier niveau de risque de maladies associées à l'obésité abdominale ($\geq 0,5$), Belgique, 2014

AM_6		Taux brut (%) [*]	IC 95 % brut	Taux stand ^{**}	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	60,5	(56,3-64,6)	60,6	(57,0-64,3)	1071
	Femmes	48,9	(44,6-53,2)	48,0	(43,9-52,0)	1118
AGE	10 - 13	20,2	(16,0-24,4)	20,3	(16,1-24,4)	463
	14 - 17	14,8	(11,2-18,4)	14,8	(11,2-18,3)	488
	18 - 34	37,0	(31,2-42,7)	36,8	(31,1-42,6)	467
	35 - 50	62,9	(57,1-68,7)	62,6	(57,1-68,0)	419
	51 - 64	82,2	(77,6-86,9)	82,6	(78,1-87,1)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	64,4	(60,2-68,6)	62,9	(58,9-66,9)	947
	Supérieur de type court	55,4	(49,8-61,0)	54,3	(49,0-59,7)	610
	Supérieur de type long	40,3	(34,5-46,1)	43,3	(38,2-48,4)	597
REGION ^{***}	Flandre	51,0	(47,1-55,0)	49,3	(45,9-52,6)	1252
	Wallonie	64,9	(60,1-69,8)	65,5	(61,0-69,9)	763
TOTAL		54,8	(51,8-57,8)			2189

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet n°311. 2015. 15-4-2015.
- (2) Spolidoro JV, Pitrez Filho ML, Vargas LT, Santana JC, Pitrez E, Hauschild JA, et al. Waist circumference in children and adolescents correlate with metabolic syndrome and fat deposits in young adults. *Clinical Nutrition* 2013;32(1):93-7.
- (3) World Health Organization. BMI classification. 23-4-2015. 23-4-2015.
- (4) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.
- (5) Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007 Jul 28;335(7612):194.
- (6) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity* 2012 Aug 1;7(4):284-94.
- (7) Drieskens S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel: WIV-ISP; 2014.
- (8) Perez C, Lopez de CA, Bello J. Modulation of mutagenic activity in meat samples after deep-frying in vegetable oils. *Mutagenesis* 2002 Jan;17(1):63-6.
- (9) De Vriendt T, Huybrechts I, Ottevaere C, Van Trimpont I, De Henauw S. Validity of self-reported weight and height of adolescents, its impact on classification into BMI-categories and the association with weighing behaviour. *International journal of environmental research and public health* 2009;6(10):2696-711.
- (10) European Food Safety Authority. General principles for the collection of national food consumption data in the view of a pan-European dietary survey. *EFSA Journal* 2009;7(12):1435.
- (11) Hall DMB, Cole TJ. What use is the BMI? *Archives of disease in childhood* 2006;91(4):283-6.
- (12) McCarthy HD, Ashwell M. A study of central fatness using waist-to-height ratios in UK children and adolescents over two decades supports the simple message "keep your waist circumference to less than half your height". *International Journal of Obesity* 2006;30(6):988-92.
- (13) Obésité abdominale: complications. Université de Laval, Chaire de recherche sur l'obésité; 2015. Report No.: 9.
- (14) Waist circumference and waist-hip ratio. Geneva: World Health Organisation; 2008.
- (15) De Moraes ACF, Fadoni RP, Ricardi LM, Souza TC, Rosaneli CF, Nakashima ATA, et al. Prevalence of abdominal obesity in adolescents: a systematic review. *obesity reviews* 2011;12(2):69-77.
- (16) Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews* 2012;13(3):275-86.
- (17) Duvigneaud N, Wijndaele K, Matton L, Deriemaeker P, Philippaerts R, Lefevre J, et al. Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in Flemish adults. *Arch Public Health* 2006;64:123-42.
- (18) Fredriks AM, van Buuren S, Fekkes M, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice? *European journal of pediatrics* 2005;164(4):216-22.
- (19) Leone C, Nascimento VG, da Silva JPC, Bertoli CJ. Waist/height ratio: A marker of nutritional alteration in preschool children". 2014;24(3):289-94.
- (20) Kuba VM, Leone C, Damiani D. Is waist-to-height ratio a useful indicator of cardio-metabolic risk in 6-10-year-old children? 2013;13(1).
- (21) Roswall J, Bergman S, Almqvist-Tangen G, Alm B, Niklasson A, Nierop AF, et al. Population-based waist circumference and waist-to-height ratio reference values in preschool children. *Acta Paediatrica* 2009;98(10):1632-6.
- (22) Brannsether B, Roelants M, Bjerknes R, Juliusson PB. Waist circumference and waist-to-height ratio in Norwegian children 4-18 years of age: Reference values and cut-off levels. *International Journal of Paediatrics* 2011;100(12):1576-82.
- (23) Campagnolo PDB, Hoffman DJ, Vitolo MR. Waist-to-height ratio as a screening tool for children with risk factors for cardiovascular disease. 2011;38(3):265-70.
- (24) Sijtsma A, Bocca G, L'Abée C, Liem ET, Sauer PJJ, Corpeleijn E. Waist-to-height ratio, waist circumference and BMI as indicators of percentage fat mass and cardiometabolic risk factors in children aged 3-7 years. *Clinical Nutrition* 2014;33(2):311-5.
- (25) Flood V, Webb K, Lazarus R, Pang G. Use of self-report to monitor overweight and obesity in populations: some issues for consideration. *Australian and New Zealand journal of public health* 2000;24(1):96-9.

- (26) Proper KI, Cerin E, Brown WJ, Owen N. Sitting time and socio-economic differences in overweight and obesity. *Int J Obes* 2006 Apr 25;31(1):169-76.
- (27) Thiébaud S, Pataky Z, Golay A. Obésité chez la personne âgée : quelle attitude. *Revue médicale suisse* 6, 666-669. 2010. 18-9-2015.
- (28) Duvigneaud N, Wijndaele K, Matton L, Deriemaeker P, Philippaerts R, Lefevre J, et al. Socio-economic and lifestyle factors associated with overweight in Flemish adult men and women. *BMC Public Health* 2007;7(1):23.
- (29) Devaux M, Sassi F. Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *The European Journal of Public Health* 2012;1-5.
- (30) Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R. Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socio-economic differences. *Journal of public health* 2008;30(3):258-65.
- (31) Kristiansen H, Juliusson PB, Eide GE, Roelants M, Bjercknes R. TV viewing and obesity among Norwegian children: the importance of parental education. *Acta Paediatrica* 2013;102(2):199-205.
- (32) Moreau N., de Smet P., Godin I. La santé des élèves du secondaire. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles; 2013.
- (33) Decant P., de Smet P., Favresse D., Godin I. La santé des élèves de 5e et 6e années primaires: résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles; 2013.
- (34) Carroll MD, Navaneelan T, Bryan S, Ogden CL. Prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents aux Etats-Unis et au Canada. NCHS Data Brief No. 211. 2015. U.S. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention.
- (35) Rokholm B, Baker JL, Sorensen TI. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999: oa review of evidence and perspectives. *obesity reviews* 2010;11(12):835-46.
- (36) Drieskens S, Van der Heyden J, Demarest S, Tafforeau J. Is the different time trend (1997–2008) of the obesity prevalence among adults in the three Belgian regions associated with lifestyle changes? *Archives of Public Health* 2014;72(1):18.

ATTITUDE VIS-À-VIS DE SON POIDS

AUTEUR
Cloë OST

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérésa Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Ost C. Attitude vis-à-vis de son poids. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	247
1. Introduction	248
2. Instruments	249
2.1. Questions	249
2.1.1. Attitude vis-à-vis de son poids	249
2.1.2. Méthodes utilisées afin de maigrir ou garder un poids stable	249
2.1.3. Motivations poussant à maigrir ou garder un poids stable	250
2.2. Indicateurs	250
2.2.1. Attitude vis-à-vis de son poids	250
2.2.2. Méthodes utilisées afin de maigrir ou garder un poids stable	251
2.2.3. Motivations poussant à maigrir ou garder un poids stable	251
3. Résultats	252
3.1. Attitude vis-à-vis de son poids	252
3.2. Méthodes utilisées afin de maigrir ou garder un poids stable	254
3.2.1. Modification du type d'aliments consommés	254
3.2.2. Modification des habitudes alimentaires	254
3.2.3. Augmentation de l'activité physique	254
3.2.4. Utilisation de produits amaigrissants	255
3.2.5. Utilisation de méthodes inappropriées	255
3.2.6. Suivi par un professionnel	255
3.3. Motivations poussant à maigrir ou garder un poids stable	257
3.3.1. Sur avis d'un médecin ou d'un diététicien	257
3.3.2. Influence des médias et de la presse	257
3.3.3. Influence de la famille, d'amis ou de connaissances	257
3.3.4. Initiative personnelle	258
4. Discussion	260
5. Tableaux	262
6. Bibliographie	274

RÉSUMÉ

Le présent chapitre étudie l'attitude de la population belge (de 10 à 64 ans) vis-à-vis de son poids, ainsi que les motivations et les méthodes utilisées afin de perdre du poids ou de garder un poids stable.

En Belgique, en 2014, 28 % de la population souhaite maigrir, 45 % désire garder un poids stable et 3 % seulement cherche à prendre du poids. Par ailleurs, 24 % de la population indique ne pas se soucier de son poids. Une telle distribution varie en fonction du sexe : ainsi, les femmes sont plus nombreuses à vouloir perdre du poids (35 %) mais sont moins nombreuses à souhaiter prendre du poids (2 %) ou à ne pas se préoccuper de leur poids (18 %), comparativement aux hommes (22 %, 5 % et 30 %, respectivement). L'IMC est également associé à l'attitude adoptée vis-à-vis de son poids : le pourcentage de personnes souhaitant maigrir s'avère, en effet, supérieur parmi les personnes en surpoids (35 %) ou obèses (64 %) que parmi celles ayant un IMC considéré comme normal (13 %). Par ailleurs, des différences en fonction de l'année ont également été observées : en 2014, davantage de personnes (de 15 à 64 ans) souhaitent maigrir (29 %) et garder un poids stable (46 %), tandis qu'une proportion inférieure de personnes ne se soucie pas de leur poids (22 %), en comparaison à 2004 (18 %, 27 % et 52%, respectivement).

Les personnes qui cherchent à maigrir ou garder un poids stable choisissent quasiment toutes (95 %) d'adapter le type d'aliments qu'elles consomment. Par ailleurs, 20 % des personnes désirant perdre du poids ou garder un poids stable choisissent de changer leurs habitudes alimentaires. En 2014, cette méthode s'avère davantage utilisée par les personnes âgées de 15 à 64 ans qu'en 2004 (10 %).

En outre, 54 % de la population belge déclare faire davantage d'exercices physiques afin de maigrir ou de garder un poids stable. Davantage d'hommes (60 %) que de femmes (49 %) indiquent faire davantage d'exercices physiques. En comparaison à 2004, la pratique plus fréquente d'activités physiques a gagné en popularité (54 % en 2014 *versus* 40 % en 2004), ce qui constitue une évolution positive étant donnée l'importance du sport afin de maintenir un poids adéquat.

Les produits amaigrissants sont utilisés par une faible part de la population dans le but de perdre ou de garder un poids stable : en effet, seulement 4 % de la population utilise de tels produits.

En 2014, 30 % de la population recourt à des méthodes de régime ayant un impact négatif sur la santé. Davantage d'hommes (37 %) que de femmes (24 %) utilisent de telles méthodes : les hommes sont, en effet, plus nombreux à sauter un repas ou fumer afin de maigrir ou de garder un poids stable. Par ailleurs, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus nombreuses (38 %) à recourir à des méthodes de régime ayant un impact négatif sur la santé, en comparaison aux personnes disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (27 %) ou long (20 %). En Wallonie, le pourcentage de personne utilisant ce type de méthodes est plus élevé (37 %) qu'en Flandre (26 %). Enfin, ce pourcentage est également plus élevé en 2014 (31 %) qu'en 2004 (20 %).

En Belgique, en 2014, 6 % de la population est suivie par un professionnel afin de maigrir ou de garder un poids stable.

Les motivations poussant certains individus à perdre du poids ou garder un poids stable ont finalement été étudiées. 80 % des individus indiquent que cette décision a été prise de leur propre initiative, parmi lesquels davantage de femmes (84 %) que d'hommes (74 %). Bien que ces pourcentages soient élevés, la proportion de personnes prenant eux-mêmes l'initiative de perdre du poids s'avère plus faible en 2014 (81 %) qu'en 2004 (89 %). L'influence de la famille, des amis et des connaissances a, par contre, fortement augmenté : de 13 % en 2004 à 23 % en 2014. L'avis d'un médecin ou d'un diététicien constitue la motivation poussant 21 % de la population à chercher à maigrir ou garder un poids stable. L'influence des médias et de la presse sur ce choix reste limitée puisqu'elle n'a été rapportée que par 5 % des personnes cherchant à maigrir ou maintenir leur poids.

1. INTRODUCTION

Le statut pondéral d'un individu joue un rôle capital pour sa santé. Le surpoids et l'obésité sont, en effet, à la source de nombreux problèmes de santé, tels que le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer (1;2). Chez les individus en surpoids ou obèses, une perte de poids et, plus particulièrement, une réduction du tour de taille s'avèrent bénéfiques pour la santé, entraînant par exemple une baisse du taux de cholestérol. Par ailleurs, une perte de poids de 5 à 10 % permet d'améliorer le contrôle de la glycémie chez les patients diabétiques de type 2, mais également de prévenir le développement du diabète de type 2 chez les patients à risque (3).

Le type de méthode utilisée afin de perdre du poids s'avère important car l'utilisation de méthodes inadéquates est susceptibles de mener, contrairement à l'objectif attendu, à une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) sur le long terme (4). Une méthode adéquate consiste à limiter l'apport en énergie, tout en ayant de bonnes habitudes alimentaires. Il s'agit, par exemple, de limiter la taille des portions, en consommant simultanément davantage de fruits et de légumes. La pratique d'une activité physique régulière est également essentielle (4-6). A l'inverse, certaines méthodes utilisées afin de perdre du poids ont un impact négatif sur la santé ; il s'agit notamment du fait de sauter des repas, de se faire vomir après le repas, d'utiliser des laxatifs et/ou de fumer davantage. Le projet EAT (« *Eating and Activity in Teens and Young Adults* ») a mis en évidence que, chez les adolescents et les jeunes adultes, de telles méthodes engendrent une prise de poids sur le long terme (4). Outre l'analyse de l'attitude de la population vis-à-vis de son poids, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 s'est, par conséquent, également penchée sur les méthodes utilisées afin de maigrir ou de garder un poids stable.

Les motivations étant à l'origine de la décision de perdre du poids ou de maintenir son poids ont également été analysées dans le cadre de la présente enquête. Cette décision constitue-t-elle une initiative personnelle ? Ou émerge-t-elle de l'avis d'un médecin/spécialiste/diététicien ? La famille, les amis et les connaissances ont-ils influencé ce choix ? Quel est le rôle des médias dans cette décision ? Ce dernier point a été analysé en raison de l'attention marquée que les médias portent aux régimes les plus récents visant à perdre « rapidement » du poids. Il en résulte que de nombreux jeunes passent d'un régime à l'autre, une telle attitude ayant été associée à une prise de poids sur le long terme (4).

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Les questions relatives à l'attitude de la population vis-à-vis de son poids faisaient partie du questionnaire de santé. Lors de la précédente enquête, en 2004, ces questions avaient été posées oralement ; cependant, en raison du caractère potentiellement sensible de ces questions, celles-ci ont été intégrées, en 2014, au questionnaire complété par écrit. Le questionnaire de santé a été remis à la personne interrogée lors de la première visite à domicile de l'enquêteur, en lui demandant de le compléter dans l'intervalle entre les deux interviews. Lors de la seconde visite, le questionnaire complété a été rendu à l'enquêteur, sous enveloppe fermée. Ces questions ont été uniquement adressées aux adolescents (de 10 à 17 ans) et aux adultes (de 18 à 34 ans).

Une première série de questions concerne l'attitude qu'ont les participants vis-à-vis de leur poids. Il a également été demandé aux personnes souhaitant maigrir ou garder un poids stable quelles méthodes celles-ci utilisaient dans cet objectif. Enfin, les motivations expliquant la décision de maigrir ou de garder un poids stable ont été examinées.

2.1.1. Attitude vis-à-vis de son poids

L'attitude de la population vis-à-vis de son poids a été abordée au départ de la question suivante :

DB01 En ce moment, essayez-vous de perdre du poids, de prendre du poids ou de garder un poids stable ? Ou bien vous ne vous souciez pas de votre poids ?

A cette question, les personnes interrogées pouvaient choisir parmi les quatre possibilités suivantes : (1) J'essaie de maigrir ; (2) J'essaie de garder un poids stable ; (3) J'essaie de prendre du poids ; (4) Je ne me soucie pas de mon poids.

2.1.2. Méthodes utilisées afin de maigrir ou garder un poids stable

Les questions concernant les méthodes utilisées afin de maigrir ou de garder un poids stable ont été posées uniquement aux personnes ayant répondu « J'essaie de maigrir » ou « J'essaie de garder un poids stable » à la question DB01.

« Que faites-vous en ce moment pour perdre du poids ou pour garder un poids stable ? »

DB02 Je fais attention au type d'aliments que je mange ;

DB03 Je mange moins de calories ;

DB04 Je fais plus d'exercices ;

DB05 Je saute des repas ;

DB06 Je modifie l'importance relative des différents repas : je mange plus le matin que le soir ;

DB07 Je mange moins d'aliments sucrés ;

DB08 Je mange moins d'aliments gras ;

DB09 Je mange plus de fruits et légumes ;

DB10 Je bois plus d'eau ;

DB11 Je jeûne pendant 24 heures ou plus ;

DB12 J'utilise des produits de régime (par exemple, des produits allégés en sucre et/ou en matière grasse) ;

- DB13 J'utilise des produits amaigrissants (par exemple, des poudres hyper-protéinées ou des tisanes amaigrissantes) ;
- DB14 Je fume ;
- DB15 Je prends des laxatifs ;
- DB16 Je participe à des groupes de discussion (par exemple, Weight Watchers) ;
- DB17 Je vomis après avoir mangé ;
- DB18 Je suis un régime sur les conseils d'un diététicien ou d'un médecin.

Pour l'ensemble de ces questions, quatre catégories de réponse étaient possibles : (1) Oui ; (2) Non ; (3) Je ne sais pas ; (4) Aucune réponse. Les catégories de réponse « Je ne sais pas » et « Aucune réponse » n'ont pas fait ici l'objet d'une analyse détaillée.

Cette partie intégrait finalement la question suivante :

- DB19 Autre méthode : précisez.

Les réponses à cette question ont été analysées et regroupées avec l'une des précédentes catégories (DB02-DB18).

2.1.3. Motivations poussant à maigrir ou garder un poids stable

Les personnes ayant indiqué souhaiter maigrir ou garder un poids stable ont également été interrogées sur la personne ou la raison qui les pousse à se préoccuper de leur poids. Cette partie incluait les propositions suivantes :

- DB20 Médecin de famille ;
- DB21 Médecin spécialiste ;
- DB22 Diététicien(ne) ;
- DB23 Médias, presse, revues hebdomadaires ;
- DB24 Famille, amis, connaissances ;
- DB25 De votre propre initiative.

A ces questions, les participants pouvaient répondre : (1) Oui ; (2) Non.

Ici aussi, le participant avait la possibilité d'indiquer d'autres options que celles proposées :

- DB26 Qui d'autre ?

Les réponses à cette question ont été analysées et regroupées avec l'une des précédentes catégories (DB20-DB25).

2.2. INDICATEURS

A partir des questions présentées dans la section précédente, différents indicateurs ont été calculés afin d'évaluer l'attitude de la population vis-à-vis de son poids, les méthodes utilisées pour maigrir ou garder un poids stable, ainsi que les raisons ayant motivé la décision de perdre du poids ou de maintenir son poids.

2.2.1. Attitude vis-à-vis de son poids

- DB_01 Distribution de la population (de 10 à 64 ans) en quatre catégories selon l'attitude vis-à-vis de son poids : (1) J'essaie de maigrir ; (2) J'essaie de garder un poids stable ; (3) J'essaie de prendre du poids ; (4) Je ne me préoccupe pas de mon poids.

2.2.2. Méthodes utilisées afin de maigrir ou garder un poids stable

Sur base des questions DB02 à DB18, six indicateurs ont été créés :

- DB_02** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable en modifiant le type d'aliments consommés. Cet indicateur regroupe les personnes ayant répondu positivement aux questions DB02, DB03, DB07-DB10 ou DB12.
- DB_03** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable en modifiant ses habitudes alimentaires (DB06).
- DB_04** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable en effectuant davantage d'exercices physiques (DB04).
- DB_05** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable en consommant des produits amaigrissants (DB13).
- DB_06** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable en utilisant une méthode de contrôle du poids ayant un impact négatif sur la santé. Cet indicateur regroupe les personnes ayant répondu positivement aux questions DB05, DB11, DB14, DB15 ou DB17.
- DB_07** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable en étant suivi par un professionnel. Cet indicateur regroupe les personnes ayant répondu positivement aux questions DB16 ou DB18.

2.2.3. Motivations poussant à maigrir ou garder un poids stable

A partir des questions relatives aux motivations, quatre indicateurs ont été calculés :

- DB_08** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable suite à l'avis d'un médecin ou diététicien. Cet indicateur regroupe les personnes ayant répondu positivement aux questions DB20 ou DB22.
- DB_09** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable suite à l'influence des médias ou de la presse (DB23).
- DB_10** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable suite à l'influence de la famille, d'amis ou de connaissances (DB24).
- DB_11** Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) cherchant à maigrir ou garder un poids stable de sa propre initiative (DB25).

3. RÉSULTATS

3.1. ATTITUDE VIS-À-VIS DE SON POIDS

En Belgique, en 2014, 28,2 % de la population (de 10 à 64 ans) souhaite maigrir, 44,8 % désire garder un poids stable et seulement 3,2 % cherche à prendre du poids. Les 23,8 % restants indiquent ne pas se soucier de leur poids.

Après standardisation pour l'âge, les différences observées en fonction du sexe sont significatives. Les femmes souhaitent plus fréquemment maigrir (34,7 %) (OR 1,91 ; IC 95 % 1,44-2,54) mais sont moins nombreuses à vouloir prendre du poids (1,5 %) (OR 0,30 ; IC 95 % 0,15-0,61) ou à ne pas se préoccuper de leur poids (17,7 %) (OR 0,50 ; IC 95 % 0,37-0,68), comparativement aux hommes (21,7 %, 4,9 % et 29,8 %, respectivement).

Le pourcentage de personnes qui ne se préoccupent pas de leur poids a tendance à diminuer en fonction de l'âge. À l'inverse, le souhait de maigrir tend à augmenter avec l'âge : le pourcentage de personnes souhaitant maigrir est le plus faible (14,2 %) chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans, puis augmente progressivement pour atteindre un maximum de 36,5 % dans la catégorie 35-50 ans, avant de diminuer à nouveau, jusqu'à 25,7 % chez les personnes âgées de 51 à 64 ans. Le pourcentage de personnes qui souhaitent garder un poids stable montre également une évolution positive en fonction de l'âge (Figure 1).

L'attitude de la population vis-à-vis de son poids ne varie pas significativement en fonction du niveau d'éducation.

En Flandre, 47,5 % de la population cherche à garder un poids stable, tandis que 41,4 % des personnes résidant en Wallonie poursuivent cet objectif¹. Parallèlement, en Flandre, les proportions de personnes souhaitant maigrir (26,3 %) ou ne se préoccupant pas de leur poids (22,6 %) sont inférieures à celles observées en Wallonie (30,5 % et 24,7 %, respectivement). Après standardisation pour l'âge et le sexe, ces résultats ne sont cependant pas significatifs.

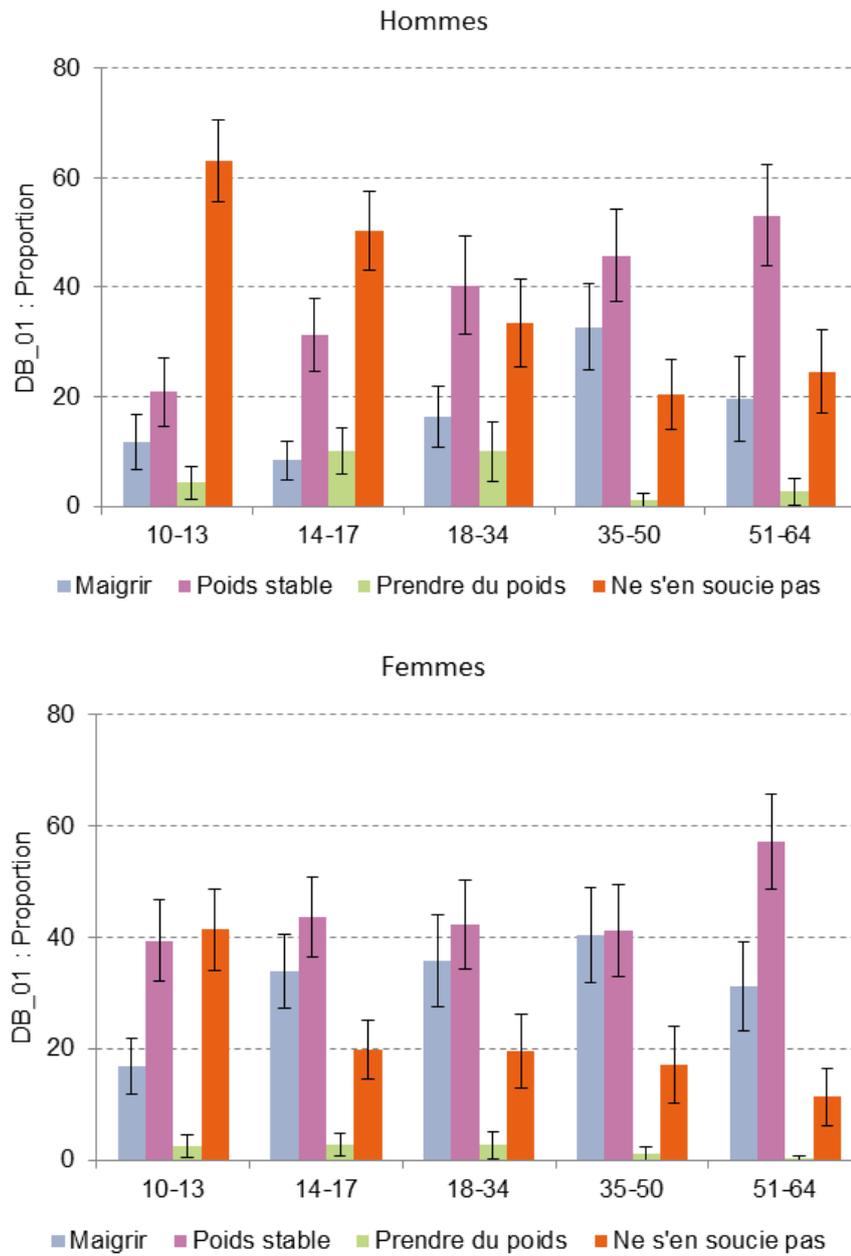
Les personnes en situation de surpoids (35,2 %) (OR 5,27 ; IC 95 % 3,62-7,69) et souffrant d'obésité (63,7 %) (OR 17,44 ; IC 95 % 11,04-27,54) sont plus nombreuses à souhaiter maigrir que les personnes ayant un IMC normal (12,9 %)². Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe. Toutefois, une partie considérable des personnes en surpoids (50,2 %) ou souffrant d'obésité (27,0 %) souhaitent garder un poids stable. Enfin, 14,2 % des personnes en situation de surpoids et 9,1 % des personnes obèses ne se soucient pas de leur poids.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) souhaitant maigrir (29,3 %) (OR 1,85 ; IC 95 % 1,49-2,28), de même que le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) désirant garder un poids stable (45,8 %) (OR 2,32 ; IC 95 % 1,91-2,81) sont significativement plus élevés en 2014 qu'en 2004 (18,0 % et 26,9 %, respectivement). En corollaire, la proportion de personnes âgées de 15 à 64 ans qui ne se soucient pas de leur poids est significativement plus faible en 2014 (21,7 %) qu'en 2004 (52,4 %) (OR 0,26 ; IC 95 % 0,21-0,31).

¹ Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

² Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

Figure 1 | Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon l'attitude vis-à-vis de son poids, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.2. MÉTHODES UTILISÉES AFIN DE MAIGRIR OU GARDER UN POIDS STABLE

Les personnes ayant mentionné qu'elles désiraient à maigrir ou garder un poids stable ont été interrogées sur la (les) méthode(s) qu'elles utilisaient dans cet objectif.

3.2.1. Modification du type d'aliments consommés

La modification du type d'aliments consommés fait référence à différents éléments : faire attention au type d'aliments consommés, consommer moins de calories, consommer moins d'aliments gras et/ou sucrés, consommer davantage de fruits et légumes, boire plus d'eau et utiliser des produits diététiques.

En Belgique, en 2014, la quasi-totalité (95,1 %) des personnes (de 10 à 64 ans) qui souhaitent perdre du poids ou garder un poids stable adaptent le type d'aliments consommés. Des pourcentages similaires ont été observés pour les deux genres (93,6 % et 96,4 % pour les hommes et les femmes, respectivement) (Figure 2). De même, il existe peu de différences à ce sujet en fonction de l'âge.

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long sont plus nombreuses (98,7 %) à modifier le type d'aliments consommés afin de maigrir ou de garder un poids stable, en comparaison aux personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible (92,4 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 6,72 ; IC 95% 2,44-18,45).

Aucune différence significative n'a, par contre, été observée à ce sujet en fonction de la région de résidence (Wallonie versus Flandre) ou de l'année de l'enquête (2004 versus 2014).

3.2.2. Modification des habitudes alimentaires

En Belgique, en 2014, 19,5 % de la population (de 10 à 64 ans) choisit d'adapter ses habitudes alimentaires (à savoir l'importance relative des repas) afin de perdre du poids ou de maintenir son poids. Davantage de femmes (21,4 %) que d'hommes (17,2 %) utilisent une telle méthode ; cette différence n'est cependant pas significative après standardisation pour l'âge. De même, il n'existe pas de différence significative à ce sujet en fonction de l'âge (Figure 2).

En 2014, cette méthode de régime est davantage rapportée (19,5 %) par les personnes âgées de 15 à 64 ans qu'elle ne l'était en 2004 (10,2 %). Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 2,25 ; IC 95% 1,55-3,27).

Aucune différence significative n'a été identifiée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence (Wallonie versus Flandre).

3.2.3. Augmentation de l'activité physique

En Belgique, en 2014, 54,0 % de la population (de 10 à 64 ans) déclare faire davantage d'exercices physiques afin de perdre du poids ou de garder un poids stable. Après standardisation pour l'âge, une proportion significativement inférieure de femmes (49,1 %) que d'hommes (59,9 %) choisit de faire davantage d'exercices (OR 0,64 ; IC 95 % 0,47-0,87) (Figure 2).

Les jeunes âgés de 10 à 17 ans sont plus nombreux (61 à 64 %) à déclarer augmenter leur activité physique afin de maigrir ou de maintenir leur poids, en comparaison aux personnes âgées de 18 à 50 ans (55 à 56%) et de 51 à 64 ans (48,6 %).

La proportion de personnes cherchant à perdre du poids ou maintenir leur poids en augmentant leur activité physique a tendance à augmenter avec le niveau d'éducation. Après standardisation pour l'âge et le sexe, les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (56,9 %) (OR 1,53 ; IC 95 % 1,05-2,23) ou long (62,8 %) (OR 1,98 ; IC 95 % 1,35-2,89) sont significativement plus nombreuses que les personnes sans diplôme de l'enseignement supérieur (45,8 %) à utiliser une telle méthode.

Une différence régionale a également été observée : une proportion inférieure de personnes résidant en Wallonie (45,6 %) choisissent d'augmenter leur activité physique, en comparaison aux personnes domiciliées en Flandre (54,0 %) (OR 0,59 ; IC 95 % 0,42-0,81). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Enfin, après standardisation pour l'âge et le sexe, les résultats de 2014 diffèrent significativement de ceux de 2004. Ainsi, en 2014, davantage de personnes âgées de 15 à 64 ans cherchent à maigrir ou garder un poids stable en augmentant leur activité physique (53,7 %), en comparaison à 2004 (39,8 %) (OR 1,81 ; IC 95 % 1,42-2,32).

3.2.4. Utilisation de produits amaigrissants

En Belgique, en 2014, seulement 4,4 % de la population (de 10 à 64 ans) souhaitant maigrir ou garder un poids stable déclare utiliser des produits amaigrissants. Les femmes sont plus nombreuses (5,7 %) que les hommes (2,7 %) à utiliser ce type de produits ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 2,17 ; IC 95 % 1,02-4,61) (Figure 2).

Les personnes âgées de 18 à 34 ans sont les plus nombreuses à utiliser des produits amaigrissants comme méthode de régime (6,6 %), tandis que ce pourcentage est le plus faible chez les jeunes âgés de 10 à 13 ans (0,0 %). Dans toutes les autres catégories d'âge, ce pourcentage est d'environ 4 %.

Il n'existe pas de relation claire entre le niveau d'éducation ou la région de résidence (Wallonie versus Flandre), d'une part, et l'utilisation de produits amaigrissants, d'autre part.

Le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) ayant recours à des produits amaigrissants dans l'objectif de perdre du poids ou de garder un poids stable est plus élevé en 2014 (4,5 %) qu'en 2004 (1,1 %) (OR 5,22 ; IC 95 % 2,50-10,91). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

3.2.5. Utilisation de méthodes inappropriées

Les participants ont également été interrogés sur leur recours éventuel à différentes méthodes considérées comme ayant un impact négatif sur la santé ; il s'agit du fait de sauter des repas, de jeûner pendant 24 heures ou plus, de fumer, de prendre des laxatifs et de se faire vomir après les repas.

En Belgique, en 2014, 29,6 % de la population (de 10 à 64) utilise une ou plusieurs de ces méthodes en vue de perdre du poids ou de garder un poids stable. Les femmes sont moins nombreuses (23,5 %) que les hommes (37,0 %) à recourir à de telles méthodes, cette différence étant significative après standardisation pour l'âge (OR 0,52 ; IC 95 % 0,38-0,73). Cette différence hommes-femmes est essentiellement liée au fait que davantage d'hommes fument (18,8 % contre 10,4 % des femmes) et sautent des repas (19,6 % contre 15,2 % des femmes) dans l'objectif de maigrir ou de maintenir leur poids (Figure 2).

L'utilisation de méthodes appropriées est moins fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation relativement élevé. Ainsi, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (26,5 %) (OR 0,54 ; IC 95 % 0,36-0,82) ou long (20,4 %) (OR 0,38 ; IC 95 % 0,25-0,60) sont moins nombreuses à recourir à ce type de méthodes, en comparaison aux personnes ayant un niveau d'éducation plus faible (38,0 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

En outre, la proportion de personnes utilisant des méthodes inappropriées afin de maigrir ou de garder un poids stable s'avère supérieur en Wallonie (37,4 %) qu'en Flandre (26,1 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,74 ; IC 95 % 1,22-2,48).

Enfin, le pourcentage de personnes (de 15 à 64 ans) qui ont recours à une ou plusieurs de ces méthodes inappropriées est plus élevé en 2014 (30,5 %) qu'en 2004 (19,9 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,72 ; IC 95 % 1,29-2,28).

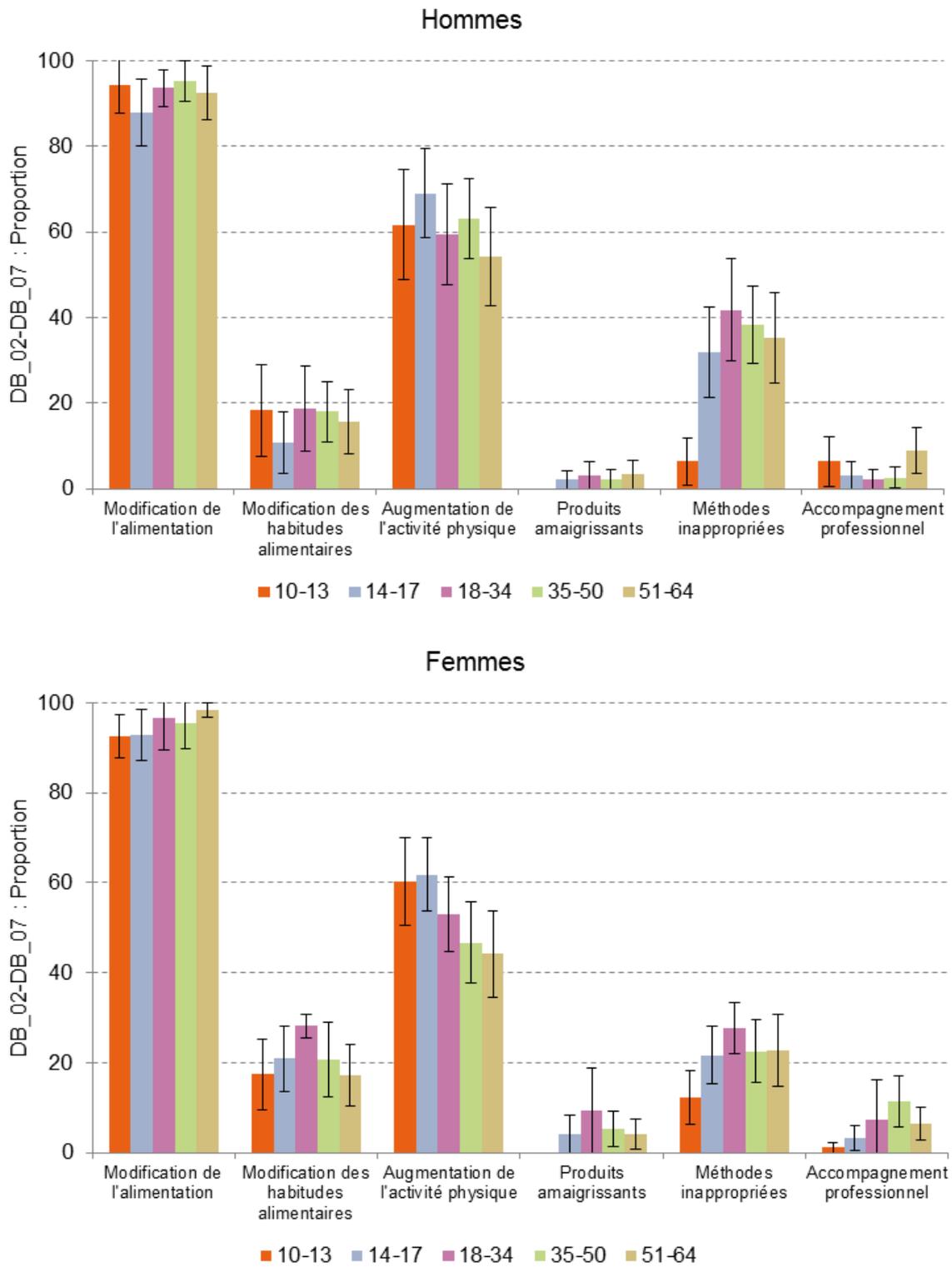
3.2.6. Suivi par un professionnel

En Belgique, en 2014, 6,2 % de la population (de 10 à 64 ans) effectue un régime en étant suivi par un professionnel (participation à des groupes de discussion ou suivi par un médecin/diététicien). Davantage de femmes (7,8 %) que d'hommes (4,4 %) réalisent un régime sous contrôle d'un professionnel. Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge (OR 1,87 ; IC 95 % 1,05-3,35) (Figure 2).

La proportion de la population suivie par un professionnel afin de maigrir ou de garder un poids stable a tendance à augmenter avec l'âge : il passe de 3,2 % chez les adolescents âgés de 10 à 13 ans à 7,4 % chez les adultes âgés de 51 à 64 ans.

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation, de la région de résidence (Wallonie versus Flandre) ou de l'année de l'enquête (2004 versus 2014).

Figure 2 | Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon la méthode utilisée afin de maigrir ou de garder un poids stable, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.3. MOTIVATIONS POUSSANT À MAIGRIR OU GARDER UN POIDS STABLE

Enfin, il a été demandé aux personnes interrogées ayant signalé qu'elles souhaitaient maigrir ou garder un poids stable qui leur avait conseillé d'adopter une telle attitude.

3.3.1. Sur avis d'un médecin ou d'un diététicien

En Belgique, en 2014, 21,3 % de la population (de 10 à 64 ans) souhaitant perdre du poids ou garder un poids stable déclare le faire sur conseil d'un médecin ou d'un diététicien. Il n'existe pas de différence significative à ce sujet en fonction du genre (Figure 3).

A partir de 14-17 ans, le pourcentage de personnes qui cherchent à maigrir ou garder un poids stable sur conseil d'un médecin ou d'un diététicien a tendance à augmenter avec l'âge : il passe ainsi de 11,9 % chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans à 30,3 % chez les adultes âgés de 51 à 64 ans. Par ailleurs, 19,9 % des adolescents âgés de 10 à 13 ans cherchent à maigrir ou maintenir leur poids sur avis d'un médecin ou d'un diététicien.

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long sont moins nombreuses (16,2 %) que les personnes ayant un diplôme du secondaire, du primaire ou n'ayant pas de diplôme (26,3 %) à considérer l'avis d'un professionnel comme une motivation pour perdre du poids ou garder un poids stable. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,57 ; IC 95 % 0,34-0,95).

En Wallonie, le pourcentage de personnes qui suivent l'avis d'un médecin ou d'un diététicien s'avère plus élevé qu'en Flandre (25,7 % versus 18,1 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,63 ; IC 95 % 1,06-2,52).

Ce pourcentage ne varie, par contre, pas significativement en fonction de l'année de l'enquête (2004 versus 2014).

3.3.2. Influence des médias et de la presse

En Belgique, en 2014, 5,2 % de la population (de 10 à 64 ans) cherche à perdre du poids ou garder un poids stable suite à l'influence des médias ou de la presse. Légèrement plus de femmes (6,5 %) que d'hommes (3,6 %) indiquent cette raison ; cette différence n'est toutefois pas significative après standardisation pour l'âge (Figure 3).

La presse et les médias ont une influence marquée sur les adolescents âgés de 14 à 17 ans : en effet, 7,8 % d'entre eux souhaitent maigrir ou garder un poids stable suite à leur influence. A contrario, très peu (0,3 %) d'adolescents âgés de 10 à 13 ans mentionnent la presse et les médias comme étant à l'origine de leur attitude vis-à-vis de leur poids.

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet selon le niveau d'éducation, la région de résidence (Wallonie versus Flandre) ou l'année de l'enquête (2004 versus 2014).

3.3.3. Influence de la famille, d'amis ou de connaissances

En Belgique, en 2014, 23,3 % de la population (de 10 à 64 ans) cherche à perdre du poids ou garder un poids stable sur conseil de leur famille, d'amis ou de connaissances. Ce pourcentage ne varie pas significativement selon le genre (Figure 3). L'influence de la famille, des amis et des connaissances a, par contre, tendance à diminuer en fonction de l'âge : le pourcentage de personnes mentionnant cette motivation passe, en effet, de 34,9 % dans la catégorie d'âge 10-13 ans à 15,2 % dans la catégorie d'âge 51-64 ans.

Ce pourcentage ne varie pas significativement en fonction du niveau d'éducation ni de la région de résidence (Wallonie versus Flandre).

En 2014, la proportion de la population (de 15 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable sur conseil de la famille, d'amis ou de connaissances s'avère supérieure d'environ 10 % à celle observée en 2004 (22,8 % versus 12,6 %). Une telle différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 2,12 ; IC 95 % 1,50-3,00).

3.3.4. Initiative personnelle

En Belgique, en 2014, 79,7 % de la population (de 10 à 64 ans) déclare que le choix de perdre du poids ou de le stabiliser constitue, entre autres, une initiative personnelle. Davantage de femmes (84,2 %) que d'hommes (74,2 %) cherchent à maigrir ou à garder un poids stable de leur propre initiative. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,87 ; IC 95 % 1,32-2,65) (Figure 3).

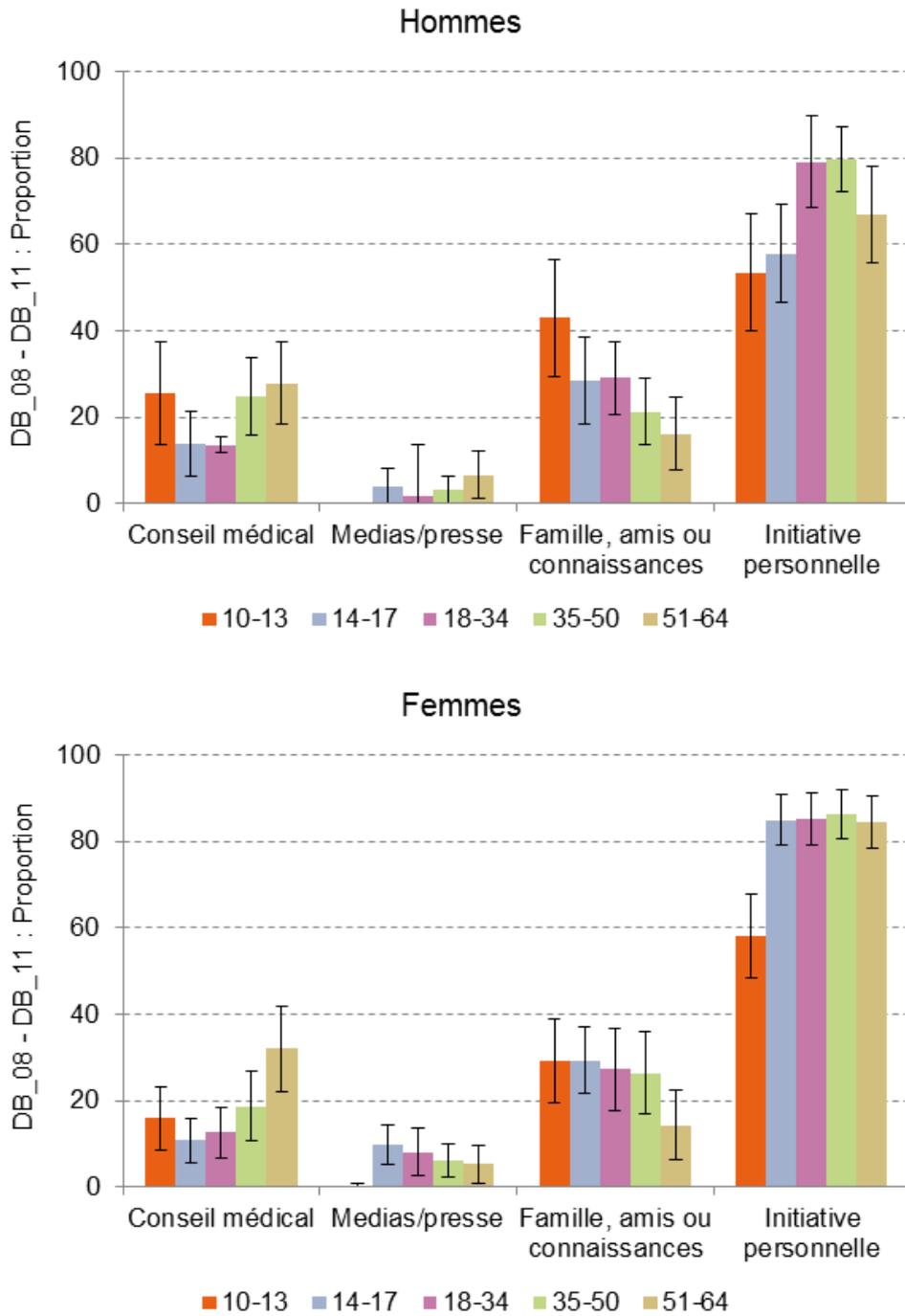
Les adolescents âgés de 10 à 13 ans sont les moins nombreux à chercher d'eux-mêmes à maigrir ou garder un poids stable (56,2 %). Le pourcentage de personnes dont le choix de maigrir ou garder un poids stable constitue une initiative personnelle a ensuite tendance à augmenter avec l'âge pour atteindre un maximum chez les personnes âgées de 18 à 50 ans (83 %). Il diminue finalement à nouveau légèrement dans la catégorie d'âge la plus élevée (76,8 %).

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (87,5 %) (OR 2,54 ; IC 95 % 1,60-4,05) ou court (83,4 %) (OR 1,88 ; IC 95 % 1,19-2,97) sont plus nombreuses à mentionner l'initiative personnelle comme raison expliquant le choix de maigrir ou de garder un poids stable, en comparaison aux personnes n'ayant pas de diplôme de l'enseignement supérieur (73,0 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Il n'existe pas de relation claire entre la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre) et le fait d'indiquer l'initiative personnelle comme motivation pour maigrir ou garder un poids stable.

Enfin, l'initiative personnelle a été moins fréquemment citée – par les personnes âgées de 15 à 64 ans – en 2014 qu'en 2004 (80,8 % *versus* 89,0 %). Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,51 ; IC 95 % 0,36-0,72).

Figure 3 | Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon la motivation à maigrir ou garder un poids stable, par sexe et par âge, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

Lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, menée en 2004, les personnes interrogées avaient répondu oralement au questionnaire de santé. Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, ce questionnaire a, par contre, été complété par écrit par le participant, et ce en l'absence de l'enquêteur. Une fois complété, le questionnaire a ensuite été remis à l'enquêteur, sous enveloppe fermée. Une telle procédure a été utilisée en 2014 en raison de la présence de questions potentiellement sensibles (telles que celle concernant le fait de se faire vomir après le repas) dans ce questionnaire. Si de telles questions sont posées oralement par l'enquêteur, les personnes interrogées peuvent éprouver des difficultés à donner des réponses honnêtes ; cette problématique s'avère, par contre, réduite lorsqu'il s'agit de répondre à ce type de questions par écrit (7;8). En raison de cette différence méthodologique entre 2004 et 2014, les résultats concernant la comparaison entre ces deux années doivent être interprétés avec précaution.

En Belgique, en 2014, 28 % de la population (de 10 à 64 ans) souhaite maigrir, 45 % essaie de garder un poids stable et seulement 3 % désire prendre du poids. Les 24 % restants indiquent ne pas se soucier de leur poids. En 2014, le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) qui souhaite maigrir (29 %) ou garder un poids stable (46 %) s'avère plus élevé qu'en 2004 (18 % et 27 %, respectivement). En parallèle, le pourcentage de personnes (de 15 à 64 ans) qui ne se préoccupent pas de leur poids est plus faible en 2014 qu'en 2004 (22 % *versus* 52 %).

Le surpoids et l'obésité constituant des facteurs de risque pour le développement de maladies chroniques (telles que le diabète de type 2, l'hypertension, les troubles cardiovasculaires, l'apoplexie, les problèmes rénaux et certains cancers), un poids adéquat est essentiel pour être en bonne santé (2). Malgré cela, seules 35 % des personnes en surpoids et 64 % des personnes obèses déclarent vouloir maigrir. Ces pourcentages sont néanmoins supérieurs à celui observé chez les personnes ayant un IMC normal (13 %). En outre, 14 % des personnes en surpoids et 9 % des personnes souffrant d'obésité déclarent qu'elles ne se préoccupent pas de leur poids. Une telle situation est inquiétante étant donné les risques potentiels qu'un excès de poids engendre pour la santé. Il est dès lors important que les personnes en surpoids ou obèses reconnaissent que leur poids est trop élevé, sans quoi il est peu probable que celles-ci prennent conscience de la nécessité d'adopter un régime alimentaire sain et une activité physique suffisante (2;9).

Afin de maigrir ou de garder un poids stable, il s'avère important d'adapter le type d'aliments consommés. Il s'agit notamment de consommer moins de calories, de diminuer l'apport en graisses et en glucides et de consommer davantage de fruits et de légumes (6;10). Tout comme en 2004, la grande majorité (95 %) des personnes qui souhaitent maigrir ou garder un poids stable affirment utiliser une ou plusieurs de ces méthodes. À côté d'une consommation limitée de calories et d'un régime alimentaire de bonne qualité, une activité physique suffisante est également importante afin de perdre ou de garder un poids stable (5;9;10). Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 montrent que 54 % des personnes souhaitant maigrir ou maintenir leur poids appliquent une telle méthode. Bien qu'une marge d'amélioration existe, la proportion de personnes (de 15 à 64 ans) qui déclarent augmenter leur activité physique est plus élevée en 2014 qu'en 2004 (54 % *versus* 40 %). Les hommes, les personnes ayant un niveau d'instruction élevé et les personnes domiciliées en Flandre choisissent plus souvent de faire davantage d'exercices physiques afin de maigrir ou de garder un poids stable.

Par ailleurs, un soutien social suffisant s'avère également important afin de maigrir ou de garder un poids stable. Un encadrement professionnel ou la participation à des groupes de discussion peuvent notamment constituer une aide afin d'atteindre cet objectif (10). Or, seules 6 % des personnes souhaitant maigrir ou garder un poids stable déclarent être encadrées par un professionnel.

Dans le cadre d'un régime, la régularité des repas et la consommation quotidienne d'un petit-déjeuner sont essentielles car elles permettent de diminuer la sensation de faim. Dans le courant de la journée, il convient ensuite de consommer des aliments moins caloriques (9;10). En Belgique, en 2014, 20 % de la population (de 15 à 64 ans) déclare modifier ses habitudes alimentaires afin de maigrir ou de garder un poids stable, soit un pourcentage supérieur à celui observé en 2004 (10 %).

L'utilisation de méthodes de contrôle du poids inappropriées, telles que le fait de sauter des repas, de se faire vomir ou d'utiliser des laxatifs, a été associée à une augmentation de l'IMC sur le long terme (4).

Malheureusement, en 2014, 30 % de la population belge (de 10 à 64 ans) déclare utiliser de telles méthodes ayant un impact négatif sur la santé. Le niveau d'éducation et la région de résidence sont liés à ce choix : en effet, les personnes ayant un faible niveau d'éducation et celles domiciliées en Wallonie ont davantage recours à ce type de méthodes.

L'utilisation de produits amaigrissants semble peu populaire en Belgique : en effet, seulement 4 % de la population (de 10 à 64 ans) qui souhaite maigrir ou garder un poids stable a recours à de tels produits.

En Belgique, en 2014, la majorité de la population (de 10 à 64 ans) souhaitant maigrir ou garder un poids stable le fait de sa propre initiative. Un tel résultat s'avère positif ; en effet, les personnes dont le choix de maigrir ou de garder un poids stable constitue une initiative personnelle ont davantage de chances de réussite que les personnes qui effectue un régime sous la pression d'autres individus ou pour des raisons médicales (10). Toutefois, en 2014, la proportion de personnes (de 15 à 64 ans) indiquant l'initiative personnelle comme étant à l'origine de leur choix s'avère inférieure qu'en 2004 (80 % versus 89 %). Les femmes et les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont plus nombreuses à vouloir maigrir ou garder un poids stable de leur propre initiative.

En 2014, seulement 21 % de la population (de 10 à 64 ans) cherche à perdre du poids ou garder un poids stable sur conseil d'un médecin ou diététicien ; cette raison est plus fréquemment évoquée par les personnes ayant un faible niveau d'éducation et celles habitant en Wallonie.

Enfin, en 2014, 23 % de la population (de 10 à 64 ans) déclare que la famille, des amis ou des connaissances sont à l'origine de la décision de chercher à maigrir ou garder un poids stable. Cette raison a été davantage évoquée (par les personnes âgées de 15 à 64 ans) en 2014 qu'en 2004.

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon l'attitude vis-à-vis de son poids, Belgique	263
Tableau 2 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui modifie le type d'aliments consommés afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique	264
Tableau 3 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui modifie ses habitudes alimentaires afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique	265
Tableau 4 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui fait davantage d'exercice physique afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique	266
Tableau 5 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui consomme des produits amaigrissants afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique	267
Tableau 6 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui a recours à des méthodes de régime ayant un impact négatif sur la santé afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique	268
Tableau 7 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui est suivie par un professionnel afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique	269
Tableau 8 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable suite à l'avis d'un médecin/diététicien, Belgique	270
Tableau 9 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable suite à l'influence des médias ou de la presse, Belgique	271
Tableau 10 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable sur conseil de la famille, d'amis ou de connaissances, Belgique	272
Tableau 11 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable de leur propre initiative, Belgique	273

Tableau 1 | Distribution de la population (de 10 à 64 ans) selon l'attitude vis-à-vis de son poids, Belgique

DB_01		1*	2*	3*	4*	N
SEXE	Hommes	21,7	43,6	4,9	29,8	1032
	Femmes	34,7	46,1	1,5	17,7	1095
AGE	10 - 13	14,2	29,9	3,4	52,5	422
	14 - 17	20,8	37,4	6,5	35,3	476
	18 - 34	25,8	41,3	6,4	26,6	470
	35 - 50	36,5	43,6	1,2	18,8	413
	51 - 64	25,7	55,3	1,4	17,6	346
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	31,6	41,2	5,0	22,1	912
	Supérieur de type court	24,3	49,0	1,6	25,1	591
	Supérieur de type long	27,5	45,9	2,2	24,4	590
REGION**	Flandre	26,3	47,5	3,6	22,6	1228
	Wallonie	30,5	41,4	3,4	24,7	740
TOTAL		28,2	44,8	3,2	23,8	2127
ANNEE***	2004	18,0	26,9	2,6	52,4	1939
	2014	29,3	45,8	3,2	21,7	1596

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Pourcentages pondérés.

* 1 = maigrir ; 2 = garder un poids stable ; 3 = prendre du poids ; 4 = ne s'en soucie pas.

** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

*** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 2 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui modifie le type d'aliments consommés afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique

DB_02		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	93,6	(90,8-96,4)	93,4	(90,8-96,1)	566
	Femmes	96,4	(94,4-98,4)	96,2	(94,3-98,2)	834
AGE	10 - 13	93,2	(89,4-97,0)	93,4	(89,4-97,4)	197
	14 - 17	91,2	(86,7-95,7)	90,4	(85,7-95,1)	283
	18 - 34	95,4	(92,9-97,8)	95,1	(92,5-97,7)	314
	35 - 50	95,2	(91,6-98,8)	95,2	(91,6-98,8)	329
	51 - 64	95,8	(93,0-98,7)	95,4	(92,2-98,6)	277
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	92,4	(88,9-95,9)	91,8	(88,2-95,5)	609
	Supérieur de type court	95,9	(93,5-98,3)	95,6	(93,4-97,9)	393
	Supérieur de type long	98,7	(97,6-99,8)	98,7	(97,7-99,6)	377
REGION***	Flandre	95,3	(93,3-97,3)	94,5	(92,4-96,6)	805
	Wallonie	95,5	(93,1-97,9)	95,4	(93,0-97,8)	488
TOTAL		95,1	(93,5-96,8)			1400
ANNEE****	2004	96,1	(94,3-97,9)	96,2	(94,6-97,9)	868
	2014	95,2	(93,5-97,0)	95,0	(93,2-96,7)	1140

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 3 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui modifie ses habitudes alimentaires afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique

DB_03		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	17,2	(12,9-21,5)	17,1	(12,9-21,3)	534
	Femmes	21,4	(17,3-25,6)	21,8	(17,7-25,9)	761
AGE	10 - 13	17,8	(11,4-24,1)	17,9	(11,2-24,6)	173
	14 - 17	17,3	(12,0-22,6)	15,7	(10,8-20,6)	252
	18 - 34	23,9	(17,5-30,3)	23,4	(17,0-29,9)	291
	35 - 50	19,3	(13,9-24,6)	19,3	(13,9-24,6)	313
	51 - 64	16,4	(11,5-21,4)	16,3	(11,3-21,3)	266
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	20,4	(15,6-25,1)	21,0	(16,2-25,8)	565
	Supérieur de type court	18,9	(13,9-23,9)	18,9	(13,9-23,8)	361
	Supérieur de type long	18,7	(12,9-24,5)	17,6	(12,7-22,5)	352
REGION***	Flandre	17,8	(14,0-21,5)	17,5	(14,1-21,0)	746
	Wallonie	22,1	(16,5-27,6)	23,0	(17,7-28,3)	449
TOTAL		19,5	(16,5-22,5)			1295
ANNEE****	2004	10,2	(7,3-13,0)	10,1	(7,3-12,8)	859
	2014	19,5	(16,4-22,7)	19,6	(16,5-22,8)	1067

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 4 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui fait davantage d'exercice physique afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique

DB_04		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	59,9	(54,2-65,6)	59,9	(54,4-65,4)	536
	Femmes	49,1	(44,2-54,0)	49,7	(44,9-54,5)	770
AGE	10 - 13	60,8	(53,0-68,7)	60,9	(52,9-69,0)	182
	14 - 17	64,4	(58,1-70,8)	65,4	(59,0-71,9)	258
	18 - 34	55,6	(48,2-63,0)	56,1	(48,6-63,6)	294
	35 - 50	55,1	(48,6-61,6)	54,9	(48,5-61,3)	321
	51 - 64	48,6	(41,1-56,1)	49,2	(41,8-56,7)	251
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	45,8	(40,0-51,7)	48,0	(42,4-53,6)	557
	Supérieur de type court	56,9	(49,9-63,8)	57,5	(50,7-64,3)	368
	Supérieur de type long	62,8	(56,0-69,6)	63,8	(57,4-70,3)	361
REGION***	Flandre	58,6	(53,9-63,4)	59,7	(55,2-64,2)	756
	Wallonie	45,6	(39,1-52,1)	46,9	(40,7-53,0)	451
TOTAL		54,0	(50,3-57,8)			1306
ANNEE****	2004	39,8	(35,3-44,3)	39,8	(35,3-44,2)	863
	2014	53,7	(49,7-57,6)	54,4	(50,5-58,3)	1065

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 5 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui consomme des produits amaigrissants afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique

DB_05		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	2,7	(1,0-4,4)	2,7	(1,0-4,3)	557
	Femmes	5,7	(3,5-7,9)	5,8	(3,5-8,1)	826
AGE	10 - 13	0,0	.	0,0	(0,0-0,0)	195
	14 - 17	3,5	(0,4-6,5)	3,1	(0,5-5,7)	277
	18 - 34	6,6	(3,0-10,3)	6,2	(2,8-9,6)	308
	35 - 50	3,8	(1,5-6,0)	3,8	(1,5-6,0)	326
	51 - 64	3,8	(1,3-6,2)	3,7	(1,3-6,1)	277
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	5,4	(2,9-7,9)	5,2	(2,9-7,5)	598
	Supérieur de type court	3,4	(1,1-5,7)	3,3	(1,0-5,5)	390
	Supérieur de type long	4,0	(1,4-6,6)	3,4	(1,2-5,6)	374
REGION***	Flandre	4,8	(2,8-6,8)	4,5	(2,6-6,3)	795
	Wallonie	3,7	(1,5-5,9)	4,0	(1,6-6,4)	481
TOTAL		4,4	(2,9-5,8)			1383
ANNEE****	2004	1,1	(0,4-1,8)	1,1	(0,4-1,7)	866
	2014	4,5	(3,0-6,0)	4,5	(3,0-6,0)	1127

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 6 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui a recours à des méthodes de régime ayant un impact négatif sur la santé afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique

DB_06		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	37,0	(31,5-42,6)	36,2	(30,8-41,5)	565
	Femmes	23,5	(19,4-27,6)	23,4	(19,4-27,4)	834
AGE	10 - 13	9,9	(5,8-14,0)	9,3	(5,4-13,1)	197
	14 - 17	25,2	(19,6-30,8)	26,8	(20,9-32,8)	283
	18 - 34	33,8	(26,8-40,8)	34,8	(27,6-42,0)	313
	35 - 50	30,6	(24,6-36,5)	30,5	(24,7-36,2)	329
	51 - 64	28,0	(21,5-34,5)	28,9	(22,3-35,6)	277
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	38,0	(32,6-43,4)	39,0	(33,7-44,3)	609
	Supérieur de type court	26,5	(20,3-32,7)	26,7	(21,0-32,4)	393
	Supérieur de type long	20,4	(14,3-26,4)	20,1	(14,4-25,9)	376
REGION***	Flandre	26,1	(22,0-30,3)	26,8	(22,6-30,9)	804
	Wallonie	37,4	(31,1-43,8)	37,0	(31,1-43,0)	488
TOTAL		29,6	(26,2-33,0)			1399
ANNEE****	2004	19,9	(16,4-23,4)	20,1	(16,6-23,5)	866
	2014	30,5	(27,0-34,1)	31,4	(27,8-35,0)	1139

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 7 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui est suivie par un professionnel afin de maigrir ou de garder un poids stable, Belgique

DB_07		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	4,4	(2,4-6,3)	4,3	(2,5-6,2)	564
	Femmes	7,8	(5,3-10,2)	7,7	(5,2-10,1)	832
AGE	10 - 13	3,2	(0,7-5,6)	3,7	(0,8-6,7)	197
	14 - 17	3,2	(1,0-5,3)	3,1	(0,9-5,4)	282
	18 - 34	5,1	(2,0-8,2)	4,7	(1,8-7,6)	312
	35 - 50	6,9	(3,9-10,0)	6,9	(3,9-9,9)	328
	51 - 64	7,4	(4,3-10,5)	7,6	(4,4-10,8)	277
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	7,1	(4,6-9,5)	6,5	(4,3-8,7)	607
	Supérieur de type court	6,1	(2,6-9,5)	6,2	(2,8-9,6)	392
	Supérieur de type long	5,4	(2,5-8,3)	4,4	(2,2-6,6)	376
REGION***	Flandre	5,6	(3,5-7,7)	5,2	(3,3-7,1)	802
	Wallonie	7,4	(4,6-10,2)	7,6	(4,7-10,6)	487
TOTAL		6,2	(4,6-7,9)			1396
ANNEE****	2004	7,0	(4,7-9,2)	7,0	(4,7-9,2)	866
	2014	6,4	(4,7-8,1)	6,2	(4,6-7,9)	1136

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 8 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable suite à l'avis d'un médecin/diététicien, Belgique

DB_08		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	22,3	(17,1-27,4)	21,6	(16,7-26,6)	512
	Femmes	20,4	(16,0-24,8)	19,6	(15,6-23,6)	729
AGE	10 - 13	19,9	(13,2-26,6)	20,8	(13,7-27,9)	168
	14 - 17	11,9	(7,6-16,3)	12,4	(7,7-17,1)	250
	18 - 34	13,1	(7,3-18,8)	13,1	(7,1-19,1)	288
	35 - 50	21,9	(15,9-27,9)	21,8	(15,9-27,8)	297
	51 - 64	30,3	(23,3-37,3)	29,9	(23,1-36,8)	238
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	26,3	(20,9-31,8)	25,1	(20,0-30,1)	540
	Supérieur de type court	18,5	(12,4-24,6)	18,6	(12,6-24,6)	357
	Supérieur de type long	16,2	(10,5-22,0)	16,6	(11,6-21,7)	323
REGION***	Flandre	18,1	(14,1-22,1)	17,9	(13,7-22,1)	716
	Wallonie	25,7	(19,5-32,0)	24,0	(18,8-29,2)	438
TOTAL		21,3	(17,9-24,6)			1241
ANNEE****	2004	19,2	(15,5-22,9)	19,0	(15,4-22,6)	828
	2014	21,4	(17,9-24,9)	20,7	(17,3-24,2)	1015

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 9 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable suite à l'influence des médias ou de la presse, Belgique

DB_09		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	3,6	(1,5-5,8)	3,5	(1,5-5,5)	499
	Femmes	6,5	(4,2-8,8)	6,4	(4,1-8,7)	714
AGE	10 - 13	0,3	(0,0-0,8)	0,2	(-0,2-0,6)	166
	14 - 17	7,8	(4,3-11,3)	6,9	(3,6-10,3)	250
	18 - 34	5,3	(2,1-8,5)	4,9	(2,0-7,8)	282
	35 - 50	4,7	(2,0-7,3)	4,7	(2,1-7,3)	288
	51 - 64	5,9	(2,5-9,3)	6,0	(2,5-9,5)	227
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	5,0	(2,4-7,5)	4,5	(2,3-6,8)	522
	Supérieur de type court	4,0	(1,7-6,2)	3,9	(1,8-6,0)	353
	Supérieur de type long	7,2	(3,6-10,9)	7,1	(3,4-10,8)	317
REGION***	Flandre	5,8	(3,5-8,0)	5,3	(3,3-7,4)	701
	Wallonie	3,5	(1,6-5,3)	3,5	(1,6-5,3)	426
TOTAL		5,2	(3,6-6,8)			1213
ANNEE****	2004	3,6	(1,8-5,5)	3,7	(1,8-5,5)	813
	2014	5,4	(3,8-7,1)	5,3	(3,7-7,0)	990

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 10 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable sur conseil de la famille, d'amis ou de connaissances, Belgique

DB_10		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	23,1	(18,1-28,1)	24,2	(19,3-29,0)	505
	Femmes	23,4	(18,7-28,1)	23,9	(19,3-28,5)	721
AGE	10 - 13	34,9	(26,8-43,0)	36,2	(27,9-44,5)	170
	14 - 17	29,0	(22,9-35,1)	28,8	(22,5-35,1)	252
	18 - 34	28,1	(20,6-35,6)	28,2	(20,7-35,7)	285
	35 - 50	23,8	(17,8-29,8)	23,8	(17,9-29,8)	287
	51 - 64	15,2	(9,3-21,0)	15,3	(9,5-21,1)	232
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	23,5	(18,4-28,6)	24,2	(19,4-29,1)	527
	Supérieur de type court	25,5	(18,7-32,2)	26,3	(20,2-32,5)	356
	Supérieur de type long	20,5	(14,0-26,9)	20,8	(14,8-26,8)	322
REGION***	Flandre	23,6	(19,0-28,2)	24,8	(20,3-29,4)	704
	Wallonie	23,1	(17,3-28,9)	23,5	(18,3-28,7)	433
TOTAL		23,3	(19,8-26,7)			1226
ANNEE****	2004	12,6	(9,5-15,6)	12,4	(9,4-15,4)	816
	2014	22,8	(19,2-26,4)	23,2	(19,6-26,7)	999

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 11 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui cherche à maigrir ou garder un poids stable de leur propre initiative, Belgique

DB_11		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	74,2	(69,3-79,2)	73,1	(68,5-77,8)	527
	Femmes	84,2	(81,1-87,3)	83,6	(80,6-86,6)	772
AGE	10 - 13	56,2	(48,2-64,2)	55,7	(47,2-64,2)	174
	14 - 17	75,9	(70,2-81,6)	71,3	(64,9-77,6)	263
	18 - 34	82,5	(77,6-87,4)	82,0	(76,9-87,2)	300
	35 - 50	82,8	(78,1-87,5)	82,9	(78,2-87,6)	308
	51 - 64	76,8	(70,6-83,1)	75,6	(69,2-82,0)	254
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	73,0	(68,1-77,9)	71,8	(67,0-76,7)	565
	Supérieur de type court	83,4	(78,1-88,7)	81,7	(76,9-86,4)	372
	Supérieur de type long	87,5	(83,5-91,6)	85,3	(81,0-89,6)	341
REGION***	Flandre	79,9	(76,2-83,6)	78,0	(74,4-81,7)	758
	Wallonie	77,2	(72,1-82,3)	76,0	(71,1-80,9)	447
TOTAL		79,7	(76,8-82,6)			1299
ANNEE****	2004	89,0	(86,2-91,9)	89,1	(86,2-91,9)	855
	2014	80,8	(77,8-83,7)	80,2	(77,3-83,1)	1064

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Cannon CP, Kumar A. Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clinical cornerstone* 2009;9(4):55-71.
- (2) Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011;8(1):20.
- (3) Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes care* 2011;34(7):1481-6.
- (4) Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health* 2012;50(1):80-6.
- (5) Andreyeva T, Long MW, Henderson KE, Grode GM. Trying to lose weight: diet strategies among Americans with overweight or obesity in 1996 and 2003. *Journal of the American Dietetic Association* 2010;110(4):535-42.
- (6) Nicklas JM, Huskey KW, Davis RB, Wee CC. Successful weight loss among obese US adults. *American journal of preventive medicine* 2012;42(5):481-5.
- (7) Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health* 2005;27(3):281-91.
- (8) Christensen AI, Ekholm O, Glümer C, Juel K. Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. *The European Journal of Public Health* 2013;ckt067.
- (9) Blake CE, Hebert JR, Lee DC, Adams SA, Steck SE, Sui X, et al. Adults with greater weight satisfaction report more positive health behaviors and have better health status regardless of BMI. *Journal of obesity* 2013;2013.
- (10) Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews* 2005;6(1):67-85

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

AUTEUR

Thérèse **LEBACQ**

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Lebacq T. Troubles du comportement alimentaire. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	279
1. Introduction	280
2. Instruments	281
2.1. Questions	281
2.2. Indicateurs	282
3. Résultats	283
3.1. Prévalence des troubles du comportement alimentaire	283
3.2. Score moyen pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A)	284
3.3. Score moyen pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B)	285
4. Discussion	286
5. Tableaux	288
6. Bibliographie	292

RÉSUMÉ

Ce module a pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire en Belgique et d'étudier les relations possibles entre la présence de ces troubles et l'état nutritionnel des individus. Pour ce faire, l'outil *Eating Attitudes Test* (EAT), se focalisant sur l'identification de sept symptômes particuliers, a été utilisé comme instrument de mesure. Cet outil combine deux composantes, l'une visant à identifier la présence de symptômes de restriction alimentaire (associés à l'anorexie) et la seconde cherchant à déterminer la présence de symptômes de préoccupation alimentaire (associés à la boulimie), au sein de la population.

En Belgique, en 2014, près de 4 % de la population âgée de 10 à 64 ans pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire, tels que l'anorexie ou la boulimie. Cette proportion est similaire chez les hommes et chez les femmes. Les adolescents âgés de 14 à 17 ans sont les plus nombreux (6 %) à présenter ce type de troubles. Un gradient décroissant est ensuite observé en fonction de l'âge. Chez les hommes, cependant, la proportion la plus élevée est observée chez les adolescents plus jeunes, âgés de 10 à 13 ans (7 %). Au sein de la population, les personnes en situation de carence pondérale sont plus nombreuses à courir le risque de souffrir de tels troubles (16 % contre 3 à 4 % dans les autres catégories d'IMC). Au niveau socio-économique, enfin, le pourcentage de troubles observé chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long s'avère nettement inférieur (2 %) à celui observé chez les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur (4 %).

L'analyse complémentaire des deux composantes de l'EAT (restriction alimentaire et préoccupation alimentaire) montre que celles-ci sont significativement associées à l'indice de masse corporelle, de manière opposée. Ainsi, le niveau moyen de restriction alimentaire est le plus élevé pour les personnes en situation de carence pondérale et diminue ensuite chez les personnes ayant un statut pondéral normal et celles étant en surpoids. A l'inverse, le niveau moyen de préoccupation alimentaire est le plus élevé pour les personnes en surpoids et obèses ; celui-ci est inférieur chez les personnes ayant un IMC normal et diminue encore chez les individus en situation de carence pondérale.

1. INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire se caractérisent par un mal-être en rapport à l'alimentation. Ces troubles sont associés à des émotions, des attitudes et des comportements extrêmes vis-à-vis du poids corporel et des questions alimentaires (1). Différentes formes de troubles du comportement alimentaire existent (2) :

- l'anorexie mentale : les personnes touchées par ce trouble ont une peur intense de prendre du poids, malgré une insuffisance pondérale ; elles cherchent à garder un poids faible ou à perdre continuellement du poids, en ayant recours à des restrictions alimentaires drastiques, une activité physique intense ou d'autres stratégies (vomissement, utilisation de laxatifs) ;
- la boulimie : ce trouble est caractérisé par des épisodes réguliers d'ingestion excessive d'aliments, suivis de comportements compensatoires (vomissement, utilisation de laxatifs, jeûne, activité physique intense) visant à éviter la prise de poids ;
- les troubles atypiques (« eating disorder not otherwise specified ») : ces troubles du comportement alimentaire sont assez proches de l'anorexie mentale et de la boulimie mais sont considérés comme atypiques car ils ne rencontrent pas l'ensemble des critères de diagnostic de ces derniers.

De multiples facteurs – biologiques, psychologiques et socioculturels – peuvent être à la source du développement de troubles du comportement alimentaire (3). Plus particulièrement, le fait d'être exposé à un idéal de minceur, l'internalisation de cet idéal et les préoccupations à l'égard de son poids qui en résultent constituent des facteurs psychosociaux fréquemment évoqués dans les études portant sur les troubles du comportement alimentaire (4).

Les adolescents et les jeunes adultes constituent des groupes particulièrement sensibles à la problématique des troubles du comportement alimentaire. Bien que la prévalence de ces troubles – estimée à partir d'études de population – soit relativement faible (0,5 à 1,0 % pour l'anorexie et 0,5 à 3,0 % pour la boulimie), ceux-ci ont un impact sévère et dramatique sur les personnes qui en souffrent (5). Les troubles du comportement alimentaire sont, en effet, à la source de problèmes psychosociaux et physiques sérieux (6). Ils sont également associés à un taux élevé de complications médicales, de comorbidité, de mortalité et de suicide (5). Les traitements médicaux qui s'en suivent possèdent un coût économique important, renforçant encore l'intérêt des actions de prévention (1;6).

Dans ce contexte, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avait pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire en Belgique et d'étudier les relations possibles entre la présence de ces troubles et l'état nutritionnel des individus.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

L'évaluation des troubles du comportement alimentaire ne faisait pas partie de l'enquête de 2004 ; cette thématique a été intégrée à la présente enquête car elle est étroitement liée à l'alimentation et au statut pondéral des individus. Différents outils existent afin d'identifier la proportion de personnes susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire au sein d'une population. Ceux-ci cherchent généralement à identifier, sur base d'une échelle de dépistage, une série – plus ou moins longue – de symptômes particuliers chez les personnes interrogées. A titre d'exemple, le *SCOFF* – utilisé dans le cadre de l'enquête de santé – est une échelle de dépistage constituée de cinq questions (7) ; l'*Eating Attitudes Test* est un outil constitué de 40, 26, 12 ou 7 items, selon les versions (2) ; et le questionnaire *Eating Disorders Examination* (EDE-Q) comporte une série de 36 items (8).

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, l'*Eating Attitudes Test* (EAT), développé initialement par Garner and Garfunkel en 1969 (9), a été utilisé comme instrument de mesure afin d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire dans la population. La version utilisée dans la présente enquête se base sur l'identification de sept symptômes particuliers. Il permet d'indiquer l'éventuelle présence de ces symptômes chez les participants sans toutefois poser un diagnostic de l'existence de troubles alimentaires précis. La validité, la fiabilité et la sensibilité de cet instrument comme outil de dépistage (*screening*) des troubles du comportement alimentaire à des fins non cliniques ont été reconnues scientifiquement (2). Les outils de dépistage ont néanmoins pour défaut de surestimer la fréquence des troubles étudiés (7). L'utilisation d'un tel outil est, en effet, supposée être suivie, dans une seconde phase, par une interview visant à établir un diagnostic confirmatoire (8).

Les questions relatives aux troubles du comportement alimentaire se trouvaient dans le « questionnaire santé » auquel les participants (adolescents et adultes âgés de 10 à 64 ans) ont répondu par écrit, de manière confidentielle. Le questionnaire consistait en une liste de comportements alimentaires pour chacun desquels le répondant pouvait fournir l'une des réponses suivantes : (1) Jamais ; (2) Rarement ; (3) Souvent ; (4) Toujours.

- ED01 Quand je commence à manger, c'est difficile pour moi d'arrêter.
- ED02 Je passe trop de temps à penser à la nourriture.
- ED03 J'ai l'impression que la nourriture dirige ma vie.
- ED04 Je découpe ma nourriture en petits morceaux.
- ED05 Je prends plus de temps que les autres pour consommer mon repas.
- ED06 Les autres pensent que je suis trop maigre.
- ED07 J'ai l'impression que les gens me mettent la pression pour que je mange.

Les trois premiers comportements constituent la composante du test ayant trait aux préoccupations alimentaires (EAT-B), tandis que les quatre derniers constituent la composante concernant les restrictions alimentaires (EAT-A) (10). Ces deux composantes ont été appelées « préoccupation alimentaire » et « restriction alimentaire » afin de les distinguer des termes « boulimie » et « anorexie » nécessitant un diagnostic clinique (10).

2.2. INDICATEURS

L'outil *Eating Attitudes Test* (EAT) implique d'attribuer des scores aux réponses apportées par les participants aux sept questions décrites dans la Section 2.1. Pour chaque question, les scores suivants ont été attribués (2) :

- 0 aux réponses « Jamais » et « Rarement » ;
- 1 à la réponse « Souvent » ;
- 2 à la réponse « Toujours ».

Des sous-totaux ont ensuite été calculés pour chacune des deux composantes du test : celle ayant trait aux restrictions alimentaires (EAT-A, score maximal de huit) et celle concernant les préoccupations alimentaires (EAT-B, score maximal de six) (2;10). La somme de ces deux sous-totaux fournit le score EAT total.

A partir de ces scores, les trois indicateurs suivants ont été calculés :

- ED_1** Cet indicateur évalue la proportion de la population adulte et adolescente belge (de 10 à 64 ans) présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire. Les individus ayant un score EAT total strictement supérieur à quatre (> 4) ont été considérés comme présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire (11).
- ED_3** Cet indicateur présente le score moyen de la composante du test ayant trait aux restrictions alimentaires (EAT-A) pour la population belge âgée de 10 à 64 ans. Ce score est la somme des scores attribués aux quatre questions de cette composante (score maximal de huit). Plus ce score est élevé, plus l'individu présente des symptômes de restriction alimentaire.
- ED_4** Cet indicateur présente le score moyen de la composante du test ayant trait aux préoccupations alimentaires (EAT-B) pour la population belge âgée de 10 à 64 ans. Ce score est la somme des scores attribués aux trois questions de cette composante (score maximal de six). Plus ce score est élevé, plus l'individu présente des symptômes de préoccupation alimentaire.

3. RÉSULTATS

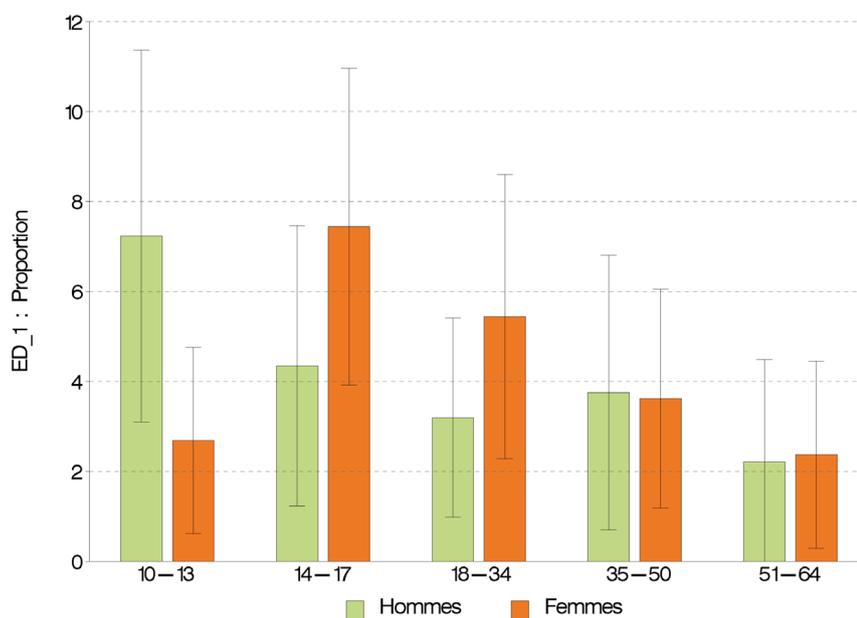
3.1. PRÉVALENCE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

La présence de troubles du comportement alimentaire en Belgique a été évaluée au départ d'un indicateur construit à partir d'une échelle de dépistage (EAT, *Eating Attitudes Test*) composée de sept questions. La somme de l'ensemble des scores attribués à chaque question a été dichotomisée (cf. Section 2.2), sur base d'un seuil de quatre, afin d'identifier les personnes susceptibles de souffrir de ces troubles. Il est important de préciser que cet indicateur constitue uniquement un outil de dépistage, ne faisant pas intervenir de diagnostic médical. Les résultats présentés dans cette section doivent donc être interprétés avec précaution.

En considérant comme valeur seuil un score EAT total de quatre, 3,7 % de la population âgée de 10 à 64 ans pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire, en Belgique, en 2014. Ce pourcentage est similaire pour les femmes (4,0 %) et pour les hommes (3,5 %). Les différences entre hommes et femmes varient cependant selon l'âge (Figure 1) : parmi les personnes âgées de 10 à 13 ans, la prévalence de troubles du comportement alimentaire est significativement plus élevée chez les hommes (7,2 %) que chez les femmes (2,7 %) (OR 2,82 ; IC 95 % 1,04-7,69). Chez les personnes plus âgées, les différences observées ne sont pas significatives.

La part de personnes susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire est la plus élevée chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans (5,8 %). Ce pourcentage diminue ensuite en fonction de l'âge, pour atteindre 2,3 % chez les personnes âgées de 51 à 64 ans. La distribution par âge varie cependant selon le sexe des individus (Figure 1). Chez les hommes, la prévalence la plus importante de suspicion de troubles du comportement alimentaire est observée dans la catégorie d'âge 10-13 ans (7,2 %). Une distribution relativement stable de la prévalence des troubles en fonction de l'âge est ensuite observée pour les catégories d'âge supérieures (2 à 4 %). Chez les femmes, cette prévalence est la plus élevée dans la catégorie d'âge 14-17 ans (7,4 %) et diminue ensuite en fonction de l'âge pour atteindre 2,4 % chez les plus âgées (51 à 64 ans).

Figure 1 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) susceptible de souffrir de troubles du comportement alimentaire (score EAT > 4), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long sont deux fois moins nombreuses (1,9 %) à présenter une suspicion de troubles du comportement alimentaire, en comparaison aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (4,5 %) (OR 0,38 ; IC 95 % 0,17-0,84) et à celles ayant un diplôme du secondaire, du primaire ou n'ayant pas de diplôme (4,4 %) (OR 0,38 ; IC 95 % 0,18-0,76). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation selon l'âge et le sexe.

La part de personnes susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire est significativement plus importante (15,6 %) chez les personnes ayant un indice de masse corporelle¹ (IMC) indiquant une situation de carence pondérale, en comparaison aux personnes ayant un IMC normal (3,1 %) (OR 5,55 ; IC 95 % 2,19-14,04), aux personnes en situation de surpoids (3,4 %) (OR 4,00 ; IC 95 % 1,43-11,23) et aux personnes obèses (4,1 %) (OR 3,29 ; IC 95 % 1,03-10,48).

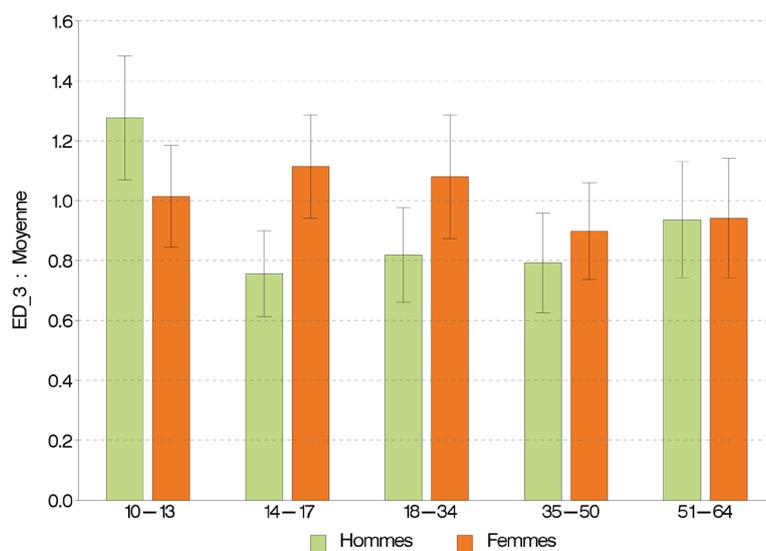
D'un point de vue géographique, la prévalence de troubles du comportement alimentaire ne varie pas significativement d'une région belge à l'autre (Wallonie *versus* Flandre)².

3.2. SCORE MOYEN POUR LA COMPOSANTE « RESTRICTION ALIMENTAIRE » (EAT-A)

En Belgique, en 2014, le score moyen de la population âgée de 10 à 64 ans pour la composante « restriction alimentaire » de l'*Eating Attitudes Test* (EAT-A) est de 0,9. Cette moyenne est similaire pour les hommes et pour les femmes. Les différences entre sexes varient cependant selon l'âge (Figure 2) : alors que le score moyen n'est pas significativement différent entre genres dans les catégories d'âge « 10-13 », « 35-50 » et « 51-64 », la valeur moyenne du score EAT-A est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les catégories d'âge « 14-17 » et « 18-34 ». Dans ces tranches d'âge, les femmes présentent, en moyenne, des symptômes de restriction alimentaire plus marqués que les hommes.

Les adolescents âgés de 10 à 13 ans possèdent le score EAT-A moyen le plus élevé (1,1) ; après standardisation selon le sexe, ce score est significativement plus élevé que celui observé dans les tranches d'âge supérieures. La Figure 2 met cependant en évidence que cette différence se marque uniquement chez les hommes, tandis que chez les femmes, le score moyen s'avère similaire pour les cinq catégories d'âge.

Figure 2 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Les personnes ayant un niveau d'instruction relativement faible (aucun diplôme, diplôme de primaire ou diplôme de secondaire) obtiennent un score moyen de 1,0 pour la composante « restriction alimentaire », tandis que cette moyenne est de 0,8 pour les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le degré moyen de restriction alimentaire a tendance à augmenter lorsque l'IMC diminue : ainsi, le score moyen pour la composante « restriction alimentaire » passe de 0,7 chez les personnes en surpoids, à 1,0 chez les personnes ayant un statut pondéral normal et 2,4 chez les personnes ayant une carence pondérale.

¹ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Les différences observées entre ces trois catégories d'IMC sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

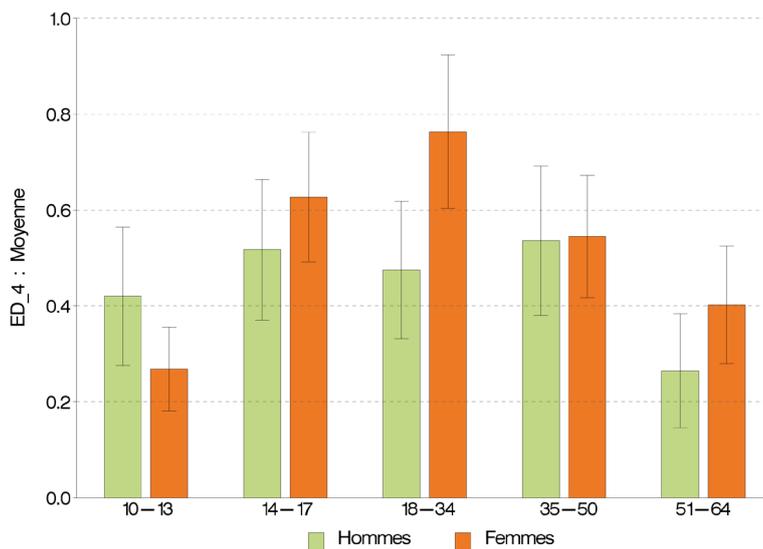
On n'observe pas ici de variation en fonction de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

3.3. SCORE MOYEN POUR LA COMPOSANTE « PRÉOCCUPATION ALIMENTAIRE » (EAT-B)

En Belgique, en 2014, le score moyen de la population âgée de 10 à 64 ans pour la composante « préoccupation alimentaire » de l'*Eating Attitudes Test* (EAT-B) est de 0,5. Cette moyenne est légèrement plus élevée chez les femmes (0,6) que chez les hommes (0,4) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge. La Figure 3 met en exergue que cette différence entre genres concerne particulièrement les personnes âgées de 18 à 34 ans.

Les adolescents âgés de 10 à 13 ans et les adultes âgés de 51 à 64 ans possèdent un degré moyen de préoccupation alimentaire inférieur (0,3) à ceux des personnes appartenant aux catégories d'âge intermédiaires (0,6, 0,6 et 0,5 pour les catégories « 14-17 », « 18-34 » et « 35-50 » respectivement). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 3 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B), par sexe et par âge, Belgique, 2014



A l'inverse des restrictions alimentaires, le degré moyen de préoccupation alimentaire augmente lorsque l'IMC augmente. Le score moyen pour la composante « préoccupation alimentaire » passe ainsi de 0,2 chez les personnes étant en carence pondérale, à 0,4 chez les personnes ayant un statut pondéral normal. Les personnes en situation de surpoids et les personnes obèses possèdent le degré moyen de préoccupation alimentaire le plus élevé (0,6 et 0,7). De telles différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Après standardisation pour le sexe et l'âge, aucune différence significative en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence n'a été observée pour cet indicateur.

4. DISCUSSION

Les troubles du comportement alimentaire constituent une thématique de santé publique importante, étant donné l'impact que ceux-ci ont sur les individus (essentiellement les adolescents et les jeunes adultes) au niveau physique, psychologique et social, ainsi que le coût économique qu'ils représentent pour la société (6). L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avait pour objectif d'évaluer l'importance de ces troubles, en Belgique, et d'identifier les groupes de la population les plus susceptibles d'être touchés par cette problématique. Pour ce faire, l'échelle de symptômes « *Eating Attitudes Test* », et plus spécifiquement l'EAT composé de 7 questions (*EAT-7 items*) (10;11), a été utilisée comme outil d'analyse.

Sur base de cet outil, l'enquête de consommation alimentaire nous apprend qu'en Belgique, près de 4 % de la population âgée de 10 à 64 ans pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire, en 2014. Plus de 300 000 personnes pourraient donc être touchées par cette problématique. Le pourcentage observé dans la présente enquête est nettement inférieur à celui reporté par l'enquête de santé en 2013 qui estimait à 8 % la proportion de la population de 15 ans et plus susceptible de souffrir de tels troubles (7). L'utilisation d'un outil de dépistage différent (le SCOFF) pourrait expliquer cette différence. *A contrario*, la prévalence de 4 % obtenue dans l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 est supérieure aux prévalences observées dans d'autres études, celles-ci étant de l'ordre de 1,0 %³ pour la boulimie et de 0,3 % pour l'anorexie (12;13). Étant donnée l'absence de diagnostic confirmatoire individuel, les chiffres obtenus dans la présente enquête sont probablement surestimés et doivent, par conséquent, être interprétés avec précaution.

En Belgique, en 2014, la prévalence de troubles du comportement alimentaire s'avère similaire parmi les femmes et parmi les hommes (4,0 % et 3,5 %, respectivement). Un tel résultat contraste avec ceux habituellement reportés et montrant une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (7;12). Une explication potentielle est la prise en compte, dans la présente enquête, des individus dès l'âge de 10 ans ; or, les résultats indiquent, pour les adolescents âgés de 10 à 13 ans, une prévalence plus élevée parmi les garçons que parmi les filles, ce qui pourrait avoir pour effet d'« équilibrer » les prévalences observées pour les deux sexes dans l'ensemble de la population étudiée.

L'analyse détaillée des deux composantes du test EAT a néanmoins montré que les femmes âgées de 14 à 34 ans obtiennent un score moyen plus élevé que les hommes pour la première composante (EAT-A), signifiant que celles-ci présentent des symptômes de restriction alimentaire plus marqués. En outre, le score moyen pour la seconde composante (EAT-B, préoccupation alimentaire) est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. De tels résultats suggèrent, par conséquent, que les femmes constituent effectivement un groupe sensible à ces deux problématiques de restriction et de préoccupation alimentaire.

Un lien entre la prévalence des troubles du comportement alimentaire et l'âge a été observé : la part de personnes susceptibles de présenter des troubles du comportement alimentaire s'avère la plus élevée chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans et diminue ensuite avec l'âge. Une différence existe néanmoins à ce sujet, en fonction du sexe : ainsi, chez les hommes, la proportion la plus élevée est observée chez les adolescents plus jeunes, âgés de 10 à 13 ans.

Au niveau de l'indice de masse corporelle, les résultats de l'enquête mettent en évidence que les personnes en situation de carence pondérale sont plus nombreuses à courir le risque de souffrir de tels troubles. À l'instar d'autres travaux (10), une association entre les deux composantes du test et l'indice de masse corporelle a été mise en évidence. Ainsi, le niveau moyen de restriction alimentaire dans la population est le plus élevé pour les personnes en situation de carence pondérale et diminue ensuite chez les personnes ayant un statut pondéral normal et celles en surpoids. À l'inverse, le niveau moyen de préoccupation alimentaire est le plus élevé chez les personnes en surpoids et obèses pour diminuer ensuite chez les personnes ayant un IMC normal et celles étant en carence pondérale.

³ Dans ce domaine, il est important de distinguer la prévalence ponctuelle (c'est-à-dire à un instant donné) de la prévalence vie-entière, cette dernière correspondant au pourcentage de personnes ayant souffert de troubles du comportement alimentaire au moins une fois dans leur vie.

Au niveau socio-économique, enfin, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long s'avèrent nettement moins nombreuses à souffrir de troubles du comportement alimentaire que les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur.

Les résultats obtenus ne permettent cependant pas de conclure à l'existence d'un gradient socio-économique linéaire. Un résultat semblable avait été reporté dans l'enquête de santé de 2013 : une prévalence inférieure de troubles du comportement alimentaire avait, en effet, été observée chez les personnes issues des ménages les plus instruits, sans toutefois pouvoir noter un gradient linéaire (7). Des avis controversés peuvent être notés à ce sujet dans la littérature, certaines études montrant un risque plus important de développer des troubles du comportement alimentaire chez les personnes ayant un statut socioéconomique élevé (14;15) et d'autres études nuançant l'existence d'une telle association (16).

D'un point de vue méthodologique, l'approche utilisée dans cette enquête présente certaines limites. D'une part, ces estimations se basent sur un outil de dépistage (*screening*) et non pas sur des diagnostics médicaux, ces derniers apportant des résultats plus précis et nuancés (7). La validité de l'*Eating Attitudes Test* a, en outre, été testée en se concentrant sur la population adolescente (12-19 ans) (17;18), tandis que l'enquête de consommation alimentaire mobilise cet outil pour la population adulte jusqu'à 64 ans également. D'autre part, les troubles du comportement alimentaire approchés par cet indicateur se réfèrent aux deux formes les plus connues : les restrictions alimentaires ayant trait à l'anorexie et les préoccupations alimentaires concernant la boulimie. Cet indicateur donne dès lors une image simplifiée de la réalité, d'une part parce que ces deux catégories de troubles peuvent être liées et, d'autre part, parce qu'il existe d'autres troubles du comportement alimentaire atypiques (tels que l'hyperphagie compulsive ou « *binge eating* ») (7).

En conclusion, en termes de santé publique, les résultats obtenus ont pour atout d'identifier les sous-groupes de la population présentant davantage de risques de développer ce type de troubles, à savoir les adolescents, les femmes, les personnes caractérisées par un niveau d'éducation plus faible et les personnes en situation de carence pondérale. Ces groupes devraient dès lors être particulièrement ciblés lors de la mise en place d'actions de prévention et d'accompagnement. De telles actions peuvent, par exemple, passer par des campagnes visant à informer la population des conséquences néfastes résultant de ces troubles et des comportements alimentaires adéquats à adopter (tels qu'un régime sain et équilibré, des principes diététiques et une activité sportive régulière) ou encore par la mise en place d'actions visant à faire face aux pressions socioculturelles liées aux idéaux de minceur et de régime (19).

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire (score EAT > 4), Belgique, 2014	289
Tableau 2 	Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A), Belgique, 2014	290
Tableau 3 	Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B), Belgique, 2014	291

Tableau 1 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire (score EAT > 4), Belgique, 2014

ED_1		Taux brut* (%)	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	3,5	(2,1-4,8)	3,4	(2,1-4,8)	1027
	Femmes	4,0	(2,7-5,4)	4,0	(2,7-5,4)	1078
AGE	10 - 13	5,0	(2,7-7,4)	5,0	(2,7-7,3)	417
	14 - 17	5,8	(3,5-8,2)	5,9	(3,6-8,2)	476
	18 - 34	4,3	(2,4-6,2)	4,3	(2,4-6,2)	469
	35 - 50	3,7	(1,7-5,6)	3,7	(1,7-5,6)	410
	51 - 64	2,3	(0,8-3,8)	2,3	(0,8-3,8)	333
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	4,4	(2,9-6,0)	4,6	(3,0-6,3)	906
	Supérieur de type court	4,5	(2,3-6,6)	4,3	(2,3-6,3)	584
	Supérieur de type long	1,9	(0,7-3,0)	1,7	(0,7-2,7)	583
REGION***	Flandre	3,1	(1,9-4,3)	3,2	(2,0-4,3)	1216
	Wallonie	4,6	(2,8-6,4)	4,5	(2,7-6,3)	728
TOTAL		3,7	(2,8-4,7)			2105

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A), Belgique, 2014

ED_3		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	0,9	(0,8-0,9)	0,9	(0,8-1,0)	1037
	Femmes	1,0	(0,9-1,1)	1,0	(0,9-1,1)	1092
AGE	10 - 13	1,1	(1,0-1,3)	1,1	(1,0-1,3)	422
	14 - 17	0,9	(0,8-1,0)	0,9	(0,8-1,0)	480
	18 - 34	0,9	(0,8-1,1)	0,9	(0,8-1,1)	471
	35 - 50	0,8	(0,7-1,0)	0,8	(0,7-1,0)	415
	51 - 64	0,9	(0,8-1,1)	0,9	(0,8-1,1)	341
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	1,0	(0,9-1,1)	1,1	(1,0-1,2)	916
	Supérieur de type court	0,8	(0,7-0,9)	0,8	(0,7-0,9)	591
	Supérieur de type long	0,8	(0,7-1,0)	0,8	(0,7-1,0)	589
REGION***	Flandre	0,9	(0,8-1,0)	0,9	(0,8-1,0)	1231
	Wallonie	1,0	(0,9-1,1)	1,0	(0,9-1,1)	736
TOTAL		0,9	(0,9-1,0)			2129

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B), Belgique, 2014

ED_4		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	0,4	(0,4-0,5)	0,4	(0,4-0,5)	1036
	Femmes	0,6	(0,5-0,6)	0,6	(0,5-0,6)	1091
AGE	10 - 13	0,3	(0,3-0,4)	0,3	(0,3-0,4)	422
	14 - 17	0,6	(0,5-0,7)	0,6	(0,5-0,7)	480
	18 - 34	0,6	(0,5-0,7)	0,6	(0,5-0,7)	474
	35 - 50	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	411
	51 - 64	0,3	(0,3-0,4)	0,3	(0,2-0,4)	340
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,5-0,6)	915
	Supérieur de type court	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	591
	Supérieur de type long	0,5	(0,4-0,5)	0,4	(0,3-0,5)	588
REGION***	Flandre	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	1229
	Wallonie	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	736
TOTAL		0,5	(0,4-0,6)			2127

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) National Eating Disorders Association. Types & Symptoms of Eating Disorders. 2015. 13-5-2015.
- (2) Bjørnelv S. Eating- and weight problems in adolescents. The Young-HUNT study. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine.; 2009.
- (3) Thelen MH, Lawrence CM, Powell AL. Body image, weight control, and eating disorders among children.: Taylor & Francis; 2013 p. 81.
- (4) Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2013;46(5):433-9.
- (5) Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
- (6) Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of clinical nursing* 2012;21(9-10):1355-63.
- (7) Gisle L. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Santé mentale. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
- (8) Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy* 2004;42(5):551- 67.
- (9) Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine* 1979;9(02):273-9.
- (10) Bjørnelv S, Nordahl HM, Holmen TL. Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 May;46(5):353-62.
- (11) Jeppesen E, Bjelland I, Fossa SD, Loge JH, Sorebo O, Dahl AA. Does a parental history of cancer moderate the associations between impaired health status in parents and psychosocial problems in teenagers: a HUNT study. *Cancer medicine* 2014;3(4):919-26.
- (12) Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research* 2009;43(14):1125- 32.
- (13) Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PloS one* 2008;3(2):e1541.
- (14) Wardle J, Griffith J. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of epidemiology and community health* 2001;55(3):185-90.
- (15) Story M, French SA, Resnick MD, Blum RW. Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 1995;18(2):173-9.
- (16) Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, Blum RW. The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22(1):15-23.
- (17) Wichstrom L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological medicine* 1995;25(03):567-79.
- (18) Bjørnelv S, Mykletun A, Dahl AA. The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2002;7(4):284- 92.
- (19) Réseau troubles alimentaires suisse. Prévention des troubles du comportement alimentaire. 2012. 12-8-2015.

RÉGIMES SPÉCIFIQUES

AUTEUR

CLOË OST

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacqz, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Ost C. Régimes spécifiques. Dans : Lebacqz T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	297
1. Introduction	298
2. Instruments	299
2.1. Questions	299
2.1.1. Régimes spécifiques	299
2.1.2. Régimes spécifiques à certaines maladies	299
2.2. Indicateurs	300
3. Résultats	301
3.1. Régimes spécifiques	301
3.1.1. Régime hypocalorique	301
3.1.2. Régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol	302
3.1.3. Régime pauvre en protéines	302
3.1.4. Régime pauvre en sel	302
3.1.5. Régime spécifique au diabète	302
3.1.6. Régime facilitant la digestion	303
3.1.7. Régime riche en fibres	303
3.1.8. Régime en raison d'une intolérance/allergie alimentaire	303
3.1.9. Régime avec une part limitée en produits d'origine animale	303
3.1.10. Régime pour des raisons d'ordre idéologique ou religieux	303
3.1.11. Régime en raison d'une grossesse ou de l'allaitement	304
3.2. Régimes spécifiques à certaines maladies	304
3.2.1. Surpoids et obésité	304
3.2.2. Diabète	304
3.2.3. Hypertension	304
3.2.4. Hypercholestérolémie	304
4. Discussion	305
5. Tableaux	306
6. Bibliographie	316

RÉSUMÉ

En Belgique, en 2014, 19 % de la population âgée de 3 à 64 ans suit un ou plusieurs régimes spécifiques. Davantage de femmes que d'hommes suivent un régime spécifique (22 % *versus* 16 %). En 2014, le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) qui suit un régime spécifique (21 %) s'avère plus élevé que celui rapporté en 2004 (15 %).

En Belgique, en 2014, 5 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare suivre un régime hypocalorique. Le régime hypocalorique est davantage suivi par des femmes (7 %) que par des hommes (4 %). 3 % de la population suit un régime pour des raisons d'ordre idéologique ou religieux. Le suivi d'un tel régime est lié au niveau d'éducation: les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (2 %) ou long (1 %) sont moins nombreuses à suivre un régime lié à leur religion ou à leur idéologie, en comparaison aux personnes n'ayant pas de diplôme de l'enseignement supérieur (5 %). 3 % de la population suit un régime en raison d'une intolérance ou d'une allergie alimentaire. 2 % de la population suit un régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol. La proportion de personnes suivant un tel régime est plus élevée en Wallonie (4 %) qu'en Flandre (1 %). 2 % de la population suit un régime avec une part limitée en produits d'origine animale. 2 % de la population suit un régime spécifique au diabète. 1 % des femmes suivent un régime spécifique à la grossesse ou à l'allaitement. 2 % de la population déclare suivre un régime pauvre en sel. Il existe un lien entre le niveau d'éducation et le suivi d'un régime pauvre en sel : ainsi, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (1 %) ou long (0,2 %) sont moins nombreuses à suivre un régime pauvre en sel que les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur (3 %). Moins d'1 % de la population suit un régime facilitant la digestion. Un régime riche en fibres a été indiqué par seulement quatre personnes interrogées. Enfin, aucune des personnes interrogées ne suit un régime pauvre en protéines.

Les personnes en situation de surpoids ou souffrant d'obésité peuvent tirer profit d'une perte de poids modérée. Il existe une relation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le fait de suivre un régime hypocalorique : les personnes souffrant de surpoids (7 %) ou d'obésité (14 %) sont, en effet, plus nombreuses à suivre un régime hypocalorique que les personnes ayant un IMC considéré comme normal (2 %).

Pour certaines maladies, telles que le diabète, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, un régime adapté peut constituer l'une des composantes du traitement. Dans le cadre de la présente enquête, relativement peu de personnes souffrant de l'une de ces affections suivent un régime adapté. En Belgique, en 2014, seulement 2 % de la population générale (de 3 à 64 ans) suit un régime spécifique au diabète. Dans le sous-groupe des patients diabétiques, ce pourcentage s'élève à 36 %. Par ailleurs, un régime pauvre en sel est suivi par 2 % de la population, un pourcentage qui n'est que très légèrement supérieur chez les personnes souffrant d'hypertension (3 %). Enfin, 2 % de la population suit un régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol. Ce pourcentage atteint 9 % chez les personnes souffrant d'hypercholestérolémie.

1. INTRODUCTION

Le suivi d'un régime alimentaire peut s'avérer bénéfique pour la santé. Ainsi, pour les individus en situation de surpoids ou obèses, une perte de poids modérée – de 5 à 10 % – et durable a été associée à une diminution du risque de maladies cardiovasculaires. Une amélioration de la tension artérielle, du contrôle glycémique et des concentrations en lipides a également été observée suite à une telle perte de poids. De plus, chez les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité, une perte de poids supérieure engendre des effets d'autant plus bénéfiques en termes de santé (1).

Par ailleurs, une réduction de la consommation de sel pendant au moins quatre semaines a été associée à une diminution de la tension artérielle, cette diminution contribuant elle-même à une diminution du risque de maladies cardiovasculaires (2). Un apport limité en graisses saturées peut également contribuer – à hauteur de 14 % – à réduire le risque de maladies cardiovasculaires. La consommation de graisses saturées peut être limitée en diminuant l'apport total en graisses ou en consommant d'autres types de graisses (3). Une diminution de l'apport en graisses saturées et en cholestérol peut également contribuer à diminuer le taux de cholestérol dans le sang (4).

Pour certains problèmes de santé, tels que le diabète, il est conseillé d'opter pour un régime adapté. A titre d'exemple, le suivi d'un régime spécifique au diabète est important afin de maintenir le taux de sucre, de même que le profil lipidique et lipoprotéique, à un niveau optimal dans le sang et de limiter ainsi le risque de complications macrovasculaires. Il s'agit également de normaliser la tension artérielle afin de réduire le risque de développement de maladies cardiovasculaires (5).

Plusieurs études ont démontré qu'un régime adapté peut être efficace afin de prévenir et traiter certaines maladies, telles que le diabète, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Une perte de poids modérée peut, par ailleurs, avoir des effets bénéfiques sur la santé des personnes souffrant de surpoids ou d'obésité (1-5). Les régimes suivis par la population belge constituent, par conséquent, l'une des thématiques abordées dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Les relations entre certaines affections rapportées par les patients (telles que le diabète, l'hypertension et l'hypercholestérolémie) et plusieurs de ces régimes ont, en outre, été analysées. De même, la présence d'une éventuelle relation entre l'IMC et le suivi de certains régimes a été étudiée.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

2.1.1. Régimes spécifiques

Préalablement au rappel de consommation alimentaire de 24 heures, il a été demandé aux personnes interrogées – au moyen du logiciel GloboDiet^{®1} (6) – si celles-ci suivaient un régime spécifique : « Faites-vous un régime ou avez-vous des habitudes alimentaires spécifiques ? ». Cette question a été adressée au participant de manière ouverte, sans liste de possibilités de réponse prédéfinie, en lui laissant la possibilité de donner plusieurs réponses. Seul l'enquêteur avait accès aux catégories de réponses suivantes :

- Aucun régime (00) ;
- Hypocalorique – sur conseil du médecin/diététicien (01) ;
- Hypocalorique – de sa propre initiative (02) ;
- Pauvre en graisse et/ou cholestérol (03) ;
- Pauvre en protéines (04) ;
- Pauvre en sel (par ex. hypertension) (05) ;
- Diabète (06) ;
- Régime facilitant la digestion (07) ;
- Alimentation riche en fibres (08) ;
- Allergie – lait de vache (protéine) (09) ;
- Allergie – œufs (protéine) (10) ;
- Allergie – soja (protéine) (31) ;
- Allergie – arachides (protéine) (27) ;
- Sans gluten (11) ;
- Pauvre en lactose (12) ;
- Autre intolérance/allergie alimentaire (13) ;
- Végétarien – pas de poisson/viande (14) ;
- Viande < 1x par semaine (15) ;
- Pas de viande, mais bien du poisson (16) ;
- Végétalien (pas de produits d'origine animale) (17) ;
- Macrobiotique (18) ;
- Anthroposophique (19) ;
- Islamique (20) ;
- Juif (21) ;
- Pendant la grossesse (22) ;
- Pendant l'allaitement (23) ;
- Autre (99).

¹ Davantage d'informations concernant le logiciel GloboDiet[®] sont fournies dans l'introduction de ce rapport (Section 2.2.1 le rappel de consommation alimentaire de 24 heures).

2.1.2. Régimes spécifiques à certaines maladies

La prévalence de différentes affections a été abordée au moyen de questions se trouvant dans le questionnaire « santé », qui a été complété par écrit par le participant : « Ci-dessous un certain nombre de maladies ou affections sont citées. Pouvez-vous, pour chacune d'entre elles, préciser si vous en avez souffert durant ces 12 derniers mois ? »

HS07 Diabète ;

HS08 Hypertension (c'est-à-dire une tension artérielle élevée) ;

HS09 Hypercholestérolémie (c'est-à-dire un taux de cholestérol élevé).

Pour chacune de ces différentes affections, les réponses suivantes étaient possibles : (1) oui ; (2) non ; et (9) je ne sais pas. La catégorie de réponse « je ne sais pas » n'a pas fait l'objet d'une analyse détaillée.

Les informations collectées sur ces affections ont uniquement été utilisées comme des variables à relier aux régimes étudiés. La présente enquête n'avait pas pour objectif de calculer la prévalence de ces maladies. De tels résultats ont été obtenus dans le cadre de l'enquête de santé de 2013 (7) ; la taille de l'échantillon de l'enquête de santé de 2013 est, en effet, nettement plus importante ($n = 10829$), ce qui permet un calcul plus précis des prévalences de ces maladies.

2.2. INDICATEURS

Parmi les indicateurs créés, certains concernent les régimes spécifiques énumérés dans la section précédente, tandis que d'autres regroupent plusieurs régimes spécifiques. Tous ces indicateurs sont binaires (avec deux possibilités de réponse : « oui » ou « non »).

DIET_00 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un ou plusieurs régimes.

DIET_50 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime hypocalorique. Cet indicateur regroupe les régimes 01 (sur conseil du médecin) et 02 (de sa propre initiative).

DIET_03 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en graisse et/ou cholestérol (03).

DIET_04 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en protéines (04).

DIET_05 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en sel (05).

DIET_06 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime spécifique au diabète (06).

DIET_07 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime facilitant la digestion (07).

DIET_08 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime riche en fibres (08).

DIET_51 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime en raison d'une intolérance ou d'une allergie alimentaire. Cet indicateur regroupe les régimes 09, 10, 11, 12, 13, 27 et 31.

DIET_52 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime avec une part limitée de produits d'origine animale. Cet indicateur regroupe les régimes 14, 15, 16, 17 et 18.

DIET_53 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pour des raisons d'ordre idéologique ou religieux. Cet indicateur regroupe les régimes 19, 20 et 21.

DIET_54 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime en raison d'une grossesse ou d'un allaitement. Cet indicateur regroupe les régimes 22 et 23.

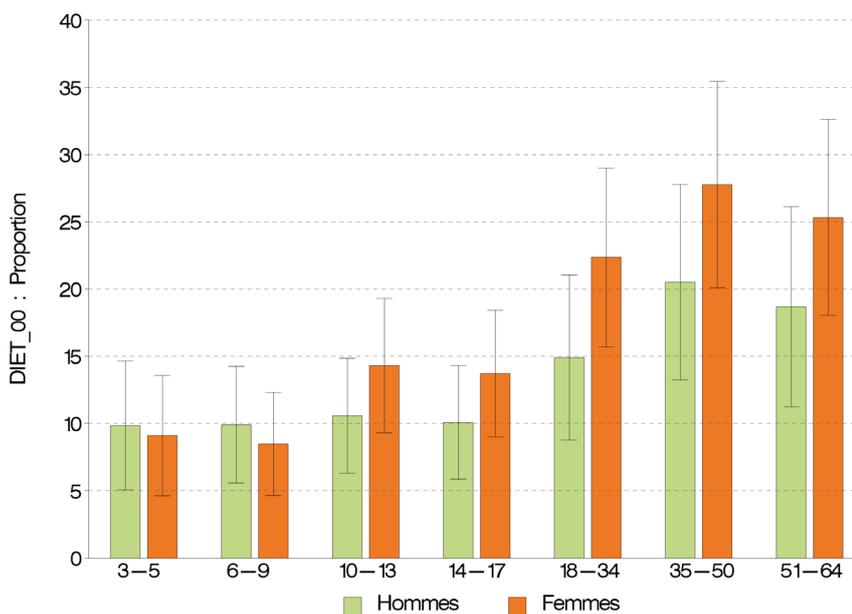
DIET_99 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un autre type de régime (99).

3. RÉSULTATS

3.1. RÉGIMES SPÉCIFIQUES

En Belgique, en 2014, 19,3 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare suivre un ou plusieurs régimes alimentaires spécifiques. Les femmes sont plus nombreuses à suivre un régime spécifique que les hommes (22,3 % versus 16,4 %). Cette différence est significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 1,46 ; IC 95 % 1,07-1,98). Le pourcentage de la population qui suit un ou plusieurs régimes spécifiques a tendance à augmenter avec l'âge. Comme le montre la Figure 1, cette tendance se marque davantage chez les femmes que chez les hommes.

Figure 1 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime spécifique, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Aucune différence significative n'a été observée pour cet indicateur en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre)².

En 2014, le pourcentage de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant suivi un régime spécifique est plus élevé qu'en 2004 (21,2 % *versus* 15,1 %). Cette différence s'avère significative après standardisation en fonction de l'âge et du sexe (OR 1,48 ; IC 95 % 1,17-1,86).

3.1.1. Régime hypocalorique

En Belgique, en 2014, 5,1 % de la population (de 3 à 64 ans) suit un régime hypocalorique. 6,7 % des femmes suivent un régime hypocalorique, tandis que ce pourcentage n'est que de 3,5 % parmi les hommes. Une telle différence s'avère significative après standardisation en fonction de l'âge (OR 1,94 ; IC 95 % 1,02-3,71).

Le pourcentage de la population qui suit un régime hypocalorique augmente progressivement avec l'âge jusqu'à atteindre un maximum dans la catégorie d'âge 35-50 ans.

Après standardisation en fonction de l'âge et du sexe, ce pourcentage ne diffère pas significativement selon le niveau d'éducation ni selon la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

3.1.2. Régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol

En Belgique, en 2014, la proportion de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol s'avère relativement restreinte (2,1 %). Davantage d'hommes (2,9 %) que de femmes (1,3 %) suivent un régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol. Après standardisation en fonction de l'âge, cette différence n'est toutefois pas significative.

Quasiment aucun enfant ou adolescent (de 3 à 17 ans) ne suit un régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol. Au sein de la population adulte (de 18 à 64 ans), le pourcentage de la population qui suit un tel régime a tendance à augmenter avec l'âge.

Il n'existe pas de relation claire entre le niveau d'instruction et cet indicateur. Le pourcentage de la population qui suit un régime pauvre en graisse et/ou en cholestérol est, par contre, significativement plus élevé en Wallonie (3,8 %) qu'en Flandre (1,2 %) (OR 3,64 ; IC 95 % 1,36-9,72).

3.1.3. Régime pauvre en protéines

Aucune des personnes interrogées n'a indiqué avoir recours à un régime pauvre en protéines.

3.1.4. Régime pauvre en sel

En Belgique, en 2014, seulement 1,5 % de la population (de 3 à 64 ans) indique suivre un régime pauvre en sel. Les hommes sont plus nombreux (2,0 %) que les femmes (1,0 %) à suivre ce type de régime. Cette différence n'est toutefois pas significative après standardisation en fonction de l'âge.

Les enfants (de 3 à 9 ans), les adolescents (de 10 à 17 ans) et les jeunes adultes (de 18 à 34 ans) suivent rarement un régime pauvre en sel, ce pourcentage étant de 0,5 % ou moins dans ces catégories d'âge. Les adultes à partir de 35 ans sont plus nombreux que les individus plus jeunes à suivre un régime pauvre en sel : ainsi, 3,1 % des adultes âgés de 35 à 50 ans et 2,1 % des adultes âgés de 51 à 64 ans suivent un tel régime.

Le pourcentage de la population qui suit un régime pauvre en sel a tendance à diminuer lorsque le niveau d'éducation augmente. Ainsi, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (0,7 %) (OR 0,22 ; IC 95 % 0,06-0,86) ou long (0,2 %) (OR 0,06 ; IC 95 % 0,01-0,39) sont moins nombreuses à suivre un régime pauvre en sel, en comparaison aux personnes ayant un niveau d'éducation inférieur (3,0 %). Une telle différence est significative après standardisation selon l'âge et le sexe.

Le pourcentage de personnes suivant un régime pauvre en sel est légèrement plus élevé en Wallonie (2,3 %) qu'en Flandre (0,8 %) ; cette différence n'est cependant pas significative après standardisation en fonction de l'âge et du sexe.

3.1.5. Régime spécifique au diabète

En Belgique, en 2014, 1,6 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare suivre un régime spécifique au diabète. Des pourcentages relativement similaires sont observés chez les femmes (1,9 %) et chez les hommes (1,2 %).

Les personnes plus âgées semblent plus nombreuses à suivre un régime spécifique au diabète : en effet, le pourcentage de la population suivant ce type de régime est de 4,3 % chez les personnes âgées de 51 à 64 ans et de 1,6 % chez les personnes âgées de 35 à 50 ans, tandis qu'il est inférieur à 1 % dans les catégories d'âge plus jeunes.

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

3.1.6. Régime facilitant la digestion

En Belgique, en 2014, seulement 0,9 % de la population (de 3 à 64 ans) suit un régime facilitant la digestion. 0,6 % des hommes et 1,2 % des femmes suivent ce type de régime, cette différence n'étant pas significative après standardisation en fonction de l'âge.

Le pourcentage de la population qui suit un régime facilitant la digestion a tendance à augmenter avec l'âge. Alors que ce pourcentage est quasiment nul chez les enfants et adolescents (de 3 à 17 ans), il est de 0,6 % chez les adultes âgés de 18 à 34 ans, de 0,9 % chez les adultes âgés de 35 à 50 ans et de 2,0 % chez les adultes âgés de 51 à 64 ans.

Il n'existe de relation significative entre le niveau d'éducation et le suivi d'un tel régime. Le pourcentage de la population qui suit ce type de régime est plus élevé en Wallonie (1,1 %) qu'en Flandre (0,5 %). Cette différence n'est toutefois pas significative après standardisation en fonction de l'âge et du sexe.

3.1.7. Régime riche en fibres

Seules deux personnes interrogées ont indiqué suivre un régime riche en fibres.

3.1.8. Régime en raison d'une intolérance/allergie alimentaire

En Belgique, en 2014, 3,1 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare suivre un régime en raison d'une intolérance ou d'une allergie alimentaire. 3,6 % des femmes et 2,6 % des hommes indiquent suivre un tel régime, cette différence n'étant pas significative après standardisation en fonction de l'âge. Ce pourcentage ne varie pas non plus selon l'âge ou le niveau d'éducation.

En Wallonie, le pourcentage de la population suivant un régime en raison d'une intolérance ou d'une allergie alimentaire s'avère plus élevé (3,6 %) qu'en Flandre (2,3 %), cette différence régionale n'est toutefois pas significative après standardisation en fonction de l'âge et du sexe.

3.1.9. Régime avec une part limitée en produits d'origine animale

En Belgique, en 2014, 1,7 % de la population (de 3 à 64 ans) suit un régime caractérisé par une part limitée de produits d'origine animale. Davantage de femmes (2,4 %) que d'hommes (1,1 %) suivent ce type de régime ; cette différence n'est toutefois pas significative après standardisation en fonction de l'âge. Ce pourcentage ne diffère pas significativement selon l'âge ni selon la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre)

Le niveau d'éducation semble être lié au fait de suivre un tel régime : 2,9 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long, 1,6 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court et 1,0 % des personnes n'ayant pas de diplôme de l'enseignement supérieur suivent un régime avec une part limitée de produits d'origine animale. Ces différences ne sont toutefois pas significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

3.1.10. Régime pour des raisons d'ordre idéologique ou religieux

En Belgique, en 2014, 2,9 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare suivre un régime pour des raisons d'ordre idéologique ou religieux. Ce régime est suivi par 2,4 % des hommes et 3,4 % des femmes, cette différence n'étant pas significative après standardisation en fonction de l'âge.

Le pourcentage de la population suivant ce type de régime est le plus élevé dans les catégories d'âge les plus jeunes.

Après standardisation en fonction de l'âge et du sexe, ce pourcentage est significativement inférieur chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (2,3 %) (OR 0,41 ; IC 95 % 0,19-0,81) ou long (0,6 %) (OR 0,09 ; IC 95 % 0,04-0,22), en comparaison aux personnes ayant un niveau d'instruction inférieur (4,9 %).

En Wallonie, le pourcentage de personnes suivant un régime pour des raisons idéologiques ou religieuses est plus élevé (2,7 %) qu'en Flandre (1,5 %). Cette différence n'est toutefois pas significative après standardisation en fonction de l'âge et du sexe.

3.1.11. Régime en raison d'une grossesse ou de l'allaitement

En Belgique, en 2014, 0,7 % des femmes (de 18 à 50 ans) suivent un régime parce qu'elles sont enceintes ou allaitent leur enfant.

3.2. RÉGIMES SPÉCIFIQUES À CERTAINES MALADIES

3.2.1. Surpoids et obésité

En Belgique, en 2014, 5,1 % de la population (de 3 à 64 ans) indique suivre un régime hypocalorique. Une relation entre l'indice de masse corporelle (IMC)³ et le fait de suivre un régime hypocalorique a été observée : ainsi, 0,9 % des personnes en carence pondérale, 1,7 % des individus ayant un IMC considéré comme normal, 6,6 % des individus en situation de surpoids et 14,0 % des individus souffrant d'obésité suivent un régime hypocalorique. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent à 1,1 %, 2,0 %, 10,3 % et 18,0 %, respectivement, tandis qu'ils sont de 0,5 %, 1,4 %, 3,8 % et 9,9 %, respectivement, chez les hommes. Les différences entre catégories d'IMC s'avèrent significatives après standardisation pour l'âge et le sexe. Les personnes en situations de surpoids (OR 4,23 ; IC 95 % 1,60-11,15) et celles souffrant d'obésité (OR 8,99 ; IC 95 % 3,46-23,39) sont bien plus nombreuses que les personnes ayant un IMC considéré comme normal à suivre un régime hypocalorique. Les personnes souffrant d'obésité sont, en outre, significativement plus nombreuses que celles en situation de surpoids à suivre un tel régime (OR 2,13 ; IC 95 % 1,09-4,15).

3.2.2. Diabète

L'enquête de santé de 2013 a mis en évidence que 5,4 % des hommes et 5,2 % des femmes de 15 ans et plus souffrent de diabète (7). Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 montrent que 1,6 % de la population (de 3 à 64 ans) suit un régime spécifique au diabète. Parmi les patients diabétiques (de 3 à 64 ans) plus spécifiquement, ce pourcentage grimpe jusqu'à 35,6 %.

3.2.3. Hypertension

Selon l'enquête de santé de 2013, 15,6 % des hommes et 17,3 % des femmes de 15 ans et plus souffrent d'une tension artérielle trop élevée (7). Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, seuls 2,8 % des patients souffrant d'hypertension (de 3 à 64 ans) indiquent suivre un régime pauvre en sel. Ce pourcentage s'avère légèrement inférieur (1,5 %) dans la population générale (de 3 à 64 ans).

3.2.4. Hypercholestérolémie

L'enquête de santé de 2013 a révélé que 16,3 % des hommes et 17,3 % des femmes de 15 ans et plus souffrent d'hypercholestérolémie (7). Dans la présente enquête, 8,9 % des personnes souffrant d'hypercholestérolémie (de 3 à 64 ans) indiquent suivre un régime pauvre en graisse ou en cholestérol. Ce pourcentage est plus élevé que celui observé dans la population générale (de 3 à 64 ans) où 2,1 % des individus suivent un tel régime.

³ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

4. DISCUSSION

Les résultats présentés dans le présent chapitre doivent être interprétés avec précaution. D'une part, les questions relatives au diabète, à l'hypertension et à l'hypercholestérolémie ont été complétées par les personnes interrogées ; ces maladies n'ont pas été diagnostiquées de manière objective par un médecin. La taille de la sous-population souffrant de ces maladies pourrait, par conséquent, être sous-estimée : il est, en effet, possible que certaines personnes ignorent qu'elles souffrent de l'une de ces affections. D'autre part, il est également possible qu'au moment de répondre à la question : « Faites-vous un régime ou avez-vous des habitudes alimentaires spécifiques ? », les personnes interrogées n'aient pas pensé immédiatement à l'ensemble des possibilités énumérées dans la Section 2.1, partie à laquelle seul l'enquêteur avait accès. Ceci pourrait également être à la source d'une sous-estimation du nombre réel d'individus suivant un ou plusieurs de ces régimes spécifiques.

La proportion de la population (de 15 à 64 ans) qui suit un ou plusieurs régimes spécifiques est plus élevée en 2014 (21 %) qu'en 2004 (15 %). En 2014, davantage de femmes que d'hommes (de 3 à 64 ans) suivent un régime (22 % *versus* 16 %). Parmi tous les régimes spécifiques mentionnés, c'est le régime hypocalorique (5 %) qui est le plus fréquemment indiqué, vient ensuite le régime suivi en raison d'une allergie/intolérance alimentaire ou pour des raisons religieuses/idéologiques (3 % pour ces deux types de régime). Les autres régimes spécifiques mentionnés sont suivis par moins de 2,5 % de la population.

Effectuer un régime hypocalorique peut avoir un effet bénéfique sur la santé des personnes en situation de surpoids ou souffrant d'obésité. Chez ces individus, une perte durable (au moins un an) de poids de 5 % à 10 % a été associée à une baisse considérable du risque de troubles cardiovasculaires, ainsi qu'à l'amélioration de la tension artérielle, du contrôle du taux de sucre dans le sang et des concentrations lipidiques (1). En Belgique, en 2014, 7 % des individus en surpoids et 14 % des individus obèses indiquent suivre un régime hypocalorique. Ces pourcentages sont nettement supérieurs à celui observé chez les personnes ayant IMC considéré comme normal (2 %).

Le fait de suivre un régime adapté peut être bénéfique dans le cas d'autres maladies également. Ainsi, un apport réduit en sel pendant au moins quatre semaines peut engendrer une baisse de la tension artérielle et ainsi donner lieu à une baisse du risque de développement de maladies cardiovasculaires (2). Cependant, seuls 3 % des patients souffrant d'hypertension déclarent suivre un régime pauvre en sel. Dans le cas du diabète, un régime adapté constitue également une composante essentielle du traitement (5). Or, seuls 36 % des patients qui déclarent souffrir de diabète indiquent suivre un régime spécifique à cette maladie. Troisièmement, l'hypercholestérolémie engendre aussi un risque pour la santé en augmentant le risque de troubles cardiovasculaires (4), d'où l'importance de suivre dans ce cas un régime pauvre en graisse et en cholestérol. Cependant, en 2014, seules 9 % des personnes souffrant d'hypercholestérolémie semblent suivre un tel régime. En conclusion, en Belgique, en 2014, seule une partie restreinte de la population est consciente de l'importance de suivre un régime adapté dans le cadre du traitement de maladies telles que le diabète, l'hypertension ou l'hypercholestérolémie.

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime spécifique, Belgique	307
Tableau 2 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime hypocalorique, Belgique, 2014	308
Tableau 3 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en graisse et/ou cholestérol, Belgique, 2014	309
Tableau 4 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en sel, Belgique, 2014	310
Tableau 5 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime spécifique au diabète, Belgique, 2014	311
Tableau 6 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime facilitant la digestion, Belgique, 2014	312
Tableau 7 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime en raison d'une intolérance ou une allergie alimentaire, Belgique, 2014	313
Tableau 8 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime avec une part limitée en produits d'origine animale, Belgique, 2014	314
Tableau 9 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pour des raisons d'ordre religieux ou idéologique, Belgique, 2014	315

Tableau 1 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime spécifique, Belgique

DIET_00		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	16,4	(13,2-19,6)	16,3	(13,2-19,4)	1586
	Femmes	22,3	(19,0-25,7)	22,2	(18,9-25,5)	1629
AGE	3 - 5	9,5	(6,2-12,7)	9,5	(6,2-12,7)	460
	6 - 9	9,2	(6,3-12,1)	9,2	(6,3-12,1)	545
	10 - 13	12,4	(9,2-15,6)	12,4	(9,2-15,7)	464
	14 - 17	11,8	(8,6-15,0)	11,9	(8,7-15,1)	489
	18 - 34	18,6	(14,0-23,1)	18,6	(14,1-23,1)	483
	35 - 50	24,0	(18,7-29,3)	24,1	(18,8-29,4)	422
	51 - 64	22,2	(17,0-27,4)	22,0	(16,8-27,2)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	22,0	(18,1-25,8)	22,2	(18,4-26,0)	1315
	Supérieur de type court	16,5	(12,7-20,2)	16,3	(12,5-20,0)	918
	Supérieur de type long	18,0	(13,6-22,4)	17,8	(13,5-22,2)	931
REGION***	Flandre	16,8	(14,0-19,6)	16,7	(14,1-19,4)	1819
	Wallonie	19,9	(15,7-24,2)	19,8	(15,8-23,8)	1139
TOTAL		19,3	(17,0-21,7)			3215
ANNEE****	2004	15,1	(13,0-17,2)	15,2	(13,1-17,3)	1943
	2014	21,2	(18,4-24,0)	21,1	(18,4-23,9)	1634

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

Tableau 2 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime hypocalorique, Belgique, 2014

DIET_50		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	3,5	(1,6-5,4)	3,4	(1,7-5,2)	1586
	Femmes	6,7	(4,6-8,7)	6,6	(4,6-8,7)	1629
AGE	3 - 5	0,0		0,0	(0,0-0,0)	460
	6 - 9	0,0	(0,0-0,1)	0,0	(0,0-0,1)	545
	10 - 13	1,5	(0,2-2,8)	1,5	(0,2-2,8)	464
	14 - 17	2,0	(0,8-3,2)	2,0	(0,8-3,2)	489
	18 - 34	5,3	(2,5-8,2)	5,4	(2,5-8,2)	483
	35 - 50	8,7	(5,1-12,3)	8,7	(5,1-12,3)	422
	51 - 64	4,2	(2,1-6,3)	4,0	(2,0-6,0)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	5,6	(3,5-7,8)	5,8	(3,6-8,1)	1315
	Supérieur de type court	4,3	(2,0-6,5)	4,3	(2,0-6,6)	918
	Supérieur de type long	5,3	(2,3-8,2)	5,2	(2,4-7,9)	931
REGION***	Flandre	4,5	(3,1-6,0)	4,6	(3,1-6,0)	1819
	Wallonie	4,5	(1,9-7,2)	4,4	(2,1-6,7)	1139
TOTAL		5,1	(3,7-6,5)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en graisse et/ou cholestérol, Belgique, 2014

DIET_03		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	2,9	(1,3-4,4)	2,8	(1,3-4,3)	1586
	Femmes	1,3	(0,4-2,1)	1,2	(0,4-2,0)	1629
AGE	3 - 5	0,1	(0,0-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	460
	6 - 9	0,1	(0,0-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	545
	10 - 13	0,0		0,0		464
	14 - 17	0,0		0,0	(0,0-0,0)	489
	18 - 34	1,0	(0,0-2,1)	1,0	(0,0-2,1)	483
	35 - 50	3,1	(0,9-5,3)	3,0	(0,9-5,1)	422
	51 - 64	3,8	(1,4-6,2)	3,8	(1,4-6,3)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	2,5	(1,0-4,0)	2,3	(0,9-3,7)	1315
	Supérieur de type court	2,2	(0,6-3,8)	2,1	(0,6-3,6)	918
	Supérieur de type long	1,4	(0,0-2,9)	1,5	(0,0-3,0)	931
REGION***	Flandre	1,2	(0,2-2,2)	1,1	(0,2-2,0)	1819
	Wallonie	3,8	(1,8-5,9)	3,8	(1,9-5,8)	1139
TOTAL		2,1	(1,2-3,0)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pauvre en sel, Belgique, 2014

DIET_05		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	2,0	(0,6-3,5)	2,0	(0,6-3,4)	1586
	Femmes	1,0	(0,0-2,2)	1,0	(0,0-2,2)	1629
AGE	3 - 5	0,1	(0,0-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	460
	6 - 9	0,5	(0,0-1,6)	0,5	(0,0-1,6)	545
	10 - 13	0,3	(0,0-0,8)	0,3	(0,0-0,8)	464
	14 - 17	0,0		0,0	(0,0-0,0)	489
	18 - 34	0,2	(0,0-0,6)	0,2	(0,0-0,6)	483
	35 - 50	3,1	(0,3-5,8)	3,1	(0,3-5,8)	422
	51 - 64	2,1	(0,1-4,2)	2,2	(0,1-4,4)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	3,0	(0,8-5,2)	3,1	(0,7-5,6)	1315
	Supérieur de type court	0,7	(0,0-1,5)	0,7	(0,0-1,5)	918
	Supérieur de type long	0,2	(0,0-0,5)	0,3	(0,0-0,8)	931
REGION***	Flandre	0,8	(0,0-1,7)	0,8	(0,0-1,5)	1819
	Wallonie	2,3	(0,4-4,1)	2,2	(0,6-3,9)	1139
TOTAL		1,5	(0,5-2,4)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime spécifique au diabète, Belgique, 2014

DIET_06		Taux brut (%)*	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	1,2	(0,5-2,0)	1,2	(0,5-2,0)	1586
	Femmes	1,9	(0,7-3,1)	1,8	(0,7-2,9)	1629
AGE	3 - 5	0,0		0,0		460
	6 - 9	0,5	(0,0-1,6)	0,5	(0,0-1,6)	545
	10 - 13	0,1	(0,0-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	464
	14 - 17	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	489
	18 - 34	0,0		0,0		483
	35 - 50	1,6	(0,3-3,0)	1,6	(0,3-3,0)	422
	51 - 64	4,3	(1,9-6,8)	4,3	(1,9-6,6)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	2,0	(0,9-3,1)	1,8	(0,8-2,8)	1315
	Supérieur de type court	1,4	(0,0-2,9)	1,3	(0,0-2,6)	918
	Supérieur de type long	1,2	(0,0-2,4)	1,1	(0,0-2,1)	931
REGION***	Flandre	1,6	(0,6-2,6)	1,5	(0,6-2,4)	1819
	Wallonie	1,7	(0,5-3,0)	1,8	(0,6-3,0)	1139
TOTAL		1,6	(0,8-2,3)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime facilitant la digestion, Belgique, 2014

DIET_07		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	0,6	(0,0-1,4)	0,6	(0,0-1,5)	1586
	Femmes	1,2	(0,4-2,0)	1,2	(0,4-2,0)	1629
AGE	3 - 5	0,1	(0,0-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	460
	6 - 9	0,1	(0,0-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	545
	10 - 13	0,0		0,0	(0,0-0,0)	464
	14 - 17	0,0		0,0	(0,0-0,0)	489
	18 - 34	0,6	(0,0-1,4)	0,6	(0,0-1,5)	483
	35 - 50	0,9	(0,0-1,8)	0,9	(0,0-1,8)	422
	51 - 64	2,0	(0,1-4,0)	2,1	(0,0-4,1)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	0,8	(0,1-1,6)	0,9	(0,1-1,7)	1315
	Supérieur de type court	0,9	(0,1-1,7)	0,9	(0,1-1,6)	918
	Supérieur de type long	1,0	(0,0-2,6)	1,4	(0,0-3,4)	931
REGION***	Flandre	0,5	(0,0-1,0)	0,5	(0,0-1,0)	1819
	Wallonie	1,1	(0,2-2,0)	1,1	(0,2-1,9)	1139
TOTAL		0,9	(0,3-1,5)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 7 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime en raison d'une intolérance ou une allergie alimentaire, Belgique, 2014

DIET_51		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	2,6	(1,1-4,1)	2,6	(1,1-4,1)	1586
	Femmes	3,6	(2,0-5,1)	3,5	(2,0-5,0)	1629
AGE	3 - 5	2,7	(1,1-4,2)	2,7	(1,1-4,3)	460
	6 - 9	2,6	(1,1-4,0)	2,6	(1,2-4,1)	545
	10 - 13	3,0	(1,3-4,7)	3,0	(1,3-4,8)	464
	14 - 17	3,9	(1,9-5,8)	3,8	(1,9-5,7)	489
	18 - 34	3,3	(0,9-5,8)	3,3	(0,9-5,7)	483
	35 - 50	3,5	(0,9-6,0)	3,5	(0,9-6,1)	422
	51 - 64	2,4	(0,6-4,2)	2,2	(0,6-3,9)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	2,2	(0,5-3,8)	2,2	(0,6-3,9)	1315
	Supérieur de type court	3,3	(1,6-5,0)	3,2	(1,6-4,8)	918
	Supérieur de type long	3,5	(1,3-5,6)	3,0	(1,3-4,7)	931
REGION***	Flandre	2,3	(1,1-3,5)	2,4	(1,2-3,6)	1819
	Wallonie	3,6	(1,3-5,8)	3,4	(1,4-5,5)	1139
TOTAL		3,1	(2,0-4,2)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 8 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime avec une part limitée en produits d'origine animale, Belgique, 2014

DIET_52		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	1,1	(0,3-2,0)	1,2	(0,3-2,0)	1586
	Femmes	2,4	(1,0-3,7)	2,4	(1,1-3,8)	1629
AGE	3 - 5	0,5	(0,0-1,2)	0,5	(0,0-1,2)	460
	6 - 9	1,2	(0,0-2,4)	1,2	(0,0-2,4)	545
	10 - 13	0,5	(0,0-1,1)	0,5	(0,0-1,1)	464
	14 - 17	0,9	(0,1-1,8)	1,0	(0,1-1,8)	489
	18 - 34	3,5	(1,2-5,9)	3,5	(1,2-5,9)	483
	35 - 50	2,1	(0,5-3,7)	2,1	(0,5-3,8)	422
	51 - 64	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,6)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	1,0	(0,0-1,9)	1,1	(0,0-2,1)	1315
	Supérieur de type court	1,6	(0,2-3,0)	1,5	(0,2-2,8)	918
	Supérieur de type long	2,9	(1,1-4,8)	2,9	(1,0-4,7)	931
REGION***	Flandre	1,8	(0,8-2,9)	1,9	(0,8-3,0)	1819
	Wallonie	1,2	(0,2-2,2)	1,3	(0,2-2,3)	1139
TOTAL		1,7	(1,0-2,5)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 9 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui suit un régime pour des raisons d'ordre religieux ou idéologique, Belgique, 2014

DIET_53		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	2,4	(1,4-3,4)	2,4	(1,4-3,4)	1586
	Femmes	3,4	(2,0-4,9)	3,5	(2,0-5,0)	1629
AGE	3 - 5	4,5	(2,2-6,8)	4,5	(2,2-6,8)	460
	6 - 9	4,0	(2,1-6,0)	4,0	(2,1-6,0)	545
	10 - 13	4,3	(2,3-6,3)	4,3	(2,4-6,3)	464
	14 - 17	3,6	(1,7-5,6)	3,7	(1,7-5,7)	489
	18 - 34	3,0	(1,3-4,8)	3,0	(1,3-4,8)	483
	35 - 50	3,4	(0,9-5,9)	3,5	(1,0-6,0)	422
	51 - 64	1,1	(0,1-2,1)	1,1	(0,1-2,1)	352
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	4,9	(3,0-6,8)	5,5	(3,2-7,7)	1315
	Supérieur de type court	2,3	(0,9-3,7)	2,3	(0,9-3,7)	918
	Supérieur de type long	0,6	(0,2-1,0)	0,5	(0,1-0,8)	931
REGION***	Flandre	1,5	(0,8-2,1)	1,5	(0,8-2,2)	1819
	Wallonie	2,7	(1,4-3,9)	2,7	(1,5-3,9)	1139
TOTAL		2,9	(2,0-3,8)			3215

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes care* 2011;34(7):1481-6.
- (2) He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ: British Medical Journal* 2013;346.
- (3) Hooper L, Summerbell CD, Thompson R, Sills D, Roberts FG, Moore HJ, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *The Cochrane Library* 2012.
- (4) Willett WC. Dietary fats and coronary heart disease. *Journal of internal medicine* 2012;272(1):13-24.
- (5) Wheeler ML, Dunbar SA, Jaacks LM, Karmally W, Mayer-Davis EJ, Wylie-Rosett J, et al. Macronutrients, Food Groups, and Eating Patterns in the Management of Diabetes A systematic review of the literature, 2010. *Diabetes care* 2012;35(2):434-45.
- (6) Slimani N, Casagrande C, Nicolas G, Freisling H, Huybrechts i, Ocké MC, et al. The standardized computerized 24-h dietary recall method EPIC-Soft adapted for pan-European dietary monitoring. *European journal of clinical nutrition* 2011;65:S5-S15.
- (7) Van der Heyden J. Chronische aandoeningen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. WIV-ISP, Brussel, 2014.

ALIMENTATION BIOLOGIQUE

AUTEUR
Sarah BEL

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Bel S. Alimentation biologique. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	321
1. Introduction	322
2. Instruments	323
2.1. Questions	323
2.2. Indicateurs	323
3. Résultats	324
3.1. Consommation de produits biologiques	324
3.2. Raisons expliquant l'achat de produits biologiques	325
3.3. Type de produits biologiques	326
4. Discussion	328
5. Tableaux	329
6. Bibliographie.....	332

RÉSUMÉ

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, la consommation de produits biologiques a été examinée au sein de la population belge au moyen de plusieurs questions. La consommation d'aliments biologiques par les familles belges semble, en effet, augmenter chaque année.

En Belgique, en 2014, 66 % de la population déclare manger des produits biologiques : plus particulièrement, 20 % de la population indique en consommer rarement, 30 % parfois, 14 % souvent et 2 % toujours. Les femmes sont plus nombreuses (69 %) que les hommes (63 %) à consommer des produits biologiques.

Le pourcentage de personnes qui consomment des produits biologiques a tendance à augmenter avec le niveau d'éducation. Ce pourcentage est, en effet, inférieur parmi les personnes ayant un faible niveau d'éducation (52 %), en comparaison à celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (70 %) ou long (81 %).

En Wallonie, le pourcentage de personnes consommant des produits biologiques est plus élevé (69 %) qu'en Flandre (62 %).

En 2014, un pourcentage supérieur de la population (de 15 à 64 ans) déclare consommer des aliments biologiques (67 %), en comparaison à 2004 (52 %).

En Belgique, en 2014, les produits biologiques sont principalement achetés parce qu'ils sont considérés comme étant plus sains (53 %), ayant meilleur goût (38 %), ayant une qualité supérieure (38 %) et étant plus respectueux de l'environnement (31 %).

Les produits biologiques principalement achetés par la population belge, en 2014, sont les légumes (83 %), les fruits (64 %), les produits laitiers (36 %), la viande (26 %) et le pain (20 %).

1. INTRODUCTION

Les aliments commercialisés en tant que « biologiques » ou « bio » doivent satisfaire à plusieurs dispositions légales européennes. La production de produits biologiques est obligatoirement contrôlée par un organisme indépendant. L'agriculture biologique a pour principales caractéristiques : de recourir à un minimum de ressources externes, de ne recourir à aucun produit chimique synthétique (engrais minéraux, pesticides, médicaments) et aucun organisme génétiquement modifié, d'utiliser uniquement des engrais biologiques et des pesticides naturels, de recourir à une rotation pluriannuelle des cultures et de favoriser le maintien des matières organiques et de la vie microbienne dans le sol. En ce qui concerne l'élevage biologique, la réglementation met essentiellement l'accent sur le bien-être des animaux, l'utilisation d'aliments biologiques et la limitation des traitements thérapeutiques (tels que les antibiotiques) (1).

Les aliments détenant le label « biologique » doivent obligatoirement être composés d'au moins 95 % d'ingrédients biologiques. Il est permis d'utiliser jusqu'à 5 % d'ingrédients non biologiques parmi une liste restreinte d'ingrédients autorisés (1). Les aliments « bio » préemballés produits au sein de l'Union européenne doivent obligatoirement indiquer le logo européen sur leur emballage (Figure 1). Si l'aliment est produit en Belgique, le label « biogarantie » peut également être utilisé (Figure 2). Ce label signifie que le produit satisfait à toute une liste d'exigences supplémentaires et a été certifié.



Figure 1 | Logo européen



Figure 2 | Logo belge

En matière de santé, il a été démontré que la consommation d'aliments biologiques réduit l'exposition aux résidus de pesticides et aux bactéries résistantes aux antibiotiques (2). L'agriculture biologique possède également un impact inférieur sur l'environnement, en comparaison aux modes de production conventionnels (3). A l'heure actuelle, aucun avantage ou inconvénient nutritionnel significatif n'a été associé à la consommation de produits biologiques, en comparaison aux aliments issus de l'agriculture conventionnelle (2;3). De même, on ne dispose pas encore de suffisamment d'études démontrant les avantages directs pour la santé de la consommation d'aliments biologiques (3).

Ces dernières années, le marché des produits biologiques s'est sensiblement développé. La superficie de l'agriculture biologique en Belgique est ainsi passée de 20 265 hectares en 2000 à 66 693 hectares en 2014, soit 5 % de l'ensemble des terres cultivables belges. Cette augmentation s'observe principalement en Wallonie (4). La demande d'aliments biologiques par les consommateurs est essentiellement motivée par le désir de consommer des produits respectueux de l'environnement, mais aussi pour des raisons éthiques et de santé. Une peur du « chimique » et un attrait pour le « naturel » constituent les principales raisons poussant les consommateurs à choisir des produits biologiques (1).

Il ressort d'une étude récente (2015) que le budget alloué par les ménages belges aux produits biologiques augmente chaque année (5). Près de neuf ménages belges sur dix achètent de temps en temps des produits biologiques. Un suivi en ligne de la consommation, réalisé par le VLAM en 2014, révèle que 18 % de la population belge mange, en moyenne, un produit bio par jour. Les produits bio qui sont le plus souvent consommés sont les légumes, suivis par les œufs, les fruits et les produits laitiers (5).

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Les participants à l'enquête (ou leur proxy) ont répondu aux questions relatives à la consommation d'aliments biologiques lors de la première visite à domicile de l'enquêteur, et ce à l'aide d'une méthode d'interview assistée par ordinateur (CAPI, « *Computer Assisted Personal Interview* »). Ces questions ont été rédigées par le WIV-ISP en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ces questions ont été posées à l'ensemble des participants (de 3 à 64 ans).

GF10 Vous arrive-t-il (ou arrive-t-il à votre enfant) de consommer des produits biologiques ?

A cette question, les personnes interrogées avaient le choix de répondre : (1) Jamais ; (2) Rarement ; (3) Parfois ; (4) Souvent ; (5) Toujours.

GF11 Pour quelle(s) raison(s) achetez-vous des produits biologiques ?

Afin de répondre à cette question, les participants pouvaient choisir une ou plusieurs réponses parmi la liste suivante : (1) Ces produits sont plus sains; (2) Ces produits coûtent moins cher; (3) Ces produits sont de meilleure qualité ; (4) Ces produits ont meilleur goût; (5) Ces produits sont meilleurs pour l'environnement ; (6) Autre raison, précisez.

GF12 Quels produits biologiques achetez-vous ?

Il s'agit également ici d'une question à laquelle le répondant pouvait donner une ou plusieurs réponses parmi les possibilités suivantes : (1) Légumes; (2) Fruits; (3) Viande; (4) Produits laitiers; (5) Pain; (6) Autres produits, précisez.

Lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, en 2004, il avait uniquement été demandé aux participants, par le biais d'un questionnaire papier auto-administré, si des produits biologiques étaient consommés au sein du ménage (oui/non).

2.2. INDICATEURS

Sur base des trois questions détaillées dans la section précédente, les quatre indicateurs suivants ont été créés :

- OP_1** Distribution de la population (de 3 à 64 ans) en cinq catégories en fonction de la fréquence de consommation de produits biologiques : (1) Jamais ; (2) Rarement ; (3) Parfois ; (4) Souvent ; (5) Toujours.
- OP_2** Cet indicateur présente le pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consomme des produits biologiques. Cet indicateur regroupe les catégories de réponse « rarement », « parfois », « souvent » et « toujours ».
- OP_3** Cet indicateur décrit les raisons pour lesquelles des aliments biologiques sont achetés par la population (de 3 à 64 ans). Plusieurs réponses par personne ont été autorisées. Les réponses entrant dans la catégorie de réponse « autre raison » ont été analysées et regroupées dans sept nouvelles catégories.
- OP_4** Cet indicateur décrit le type de produits biologiques acheté par la population (de 3 à 64 ans). Plusieurs réponses par personne ont été autorisées. Les réponses entrant dans la catégorie de réponse « autres produits » ont été analysées et regroupées dans 13 nouveaux types d'aliments (œufs, céréales, biscuits, sucre ou friandises, boissons, noix ou graines, sauces ou épices, substituts de viande, café ou thé, chocolat et produits à base de chocolat, huiles végétales, pommes de terre et poisson).

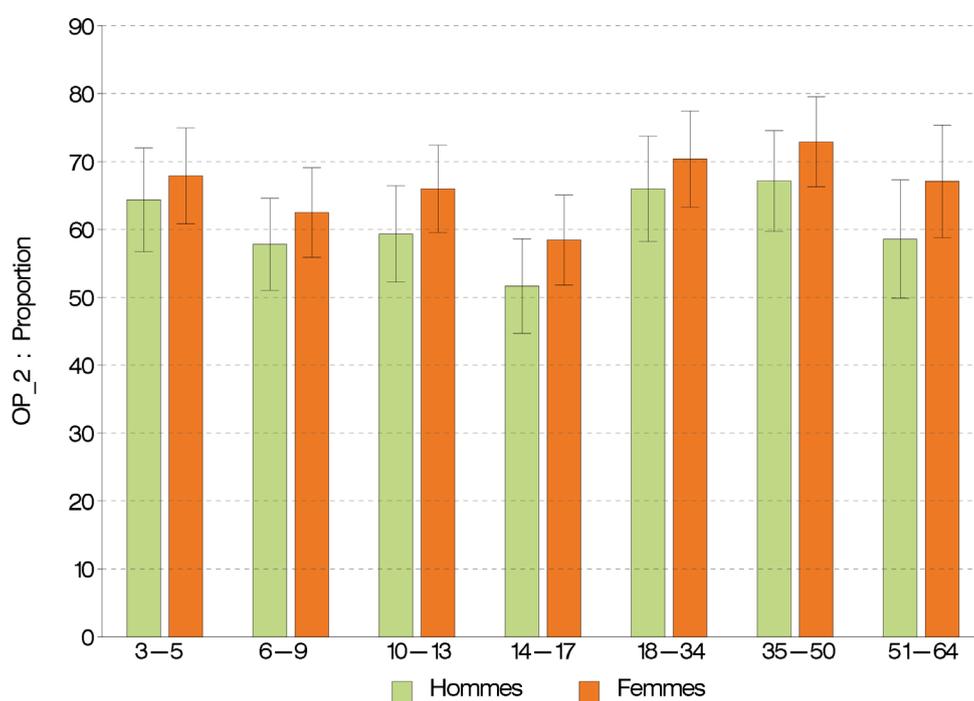
3. RÉSULTATS

3.1. CONSOMMATION DE PRODUITS BIOLOGIQUES

En Belgique, en 2014, 65,7 % de la population déclare manger des produits biologiques : 19,9 % de la population en consomme rarement, 30,4 % parfois, 13,7 % souvent et 1,7 % consomme toujours des aliments biologiques.

Davantage de femmes (68,7 %) que d'hommes (62,8 %) consomment des produits biologiques (Figure 3). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,30 ; IC 95 % 1,04-1,62). Après standardisation pour le sexe, les adolescents âgés de 14 à 17 ans sont significativement moins nombreux (55,0 %) à consommer des aliments biologiques que les autres catégories d'âge, dans lesquelles ce pourcentage varie de 60,1 % à 69,9 %.

Figure 3 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consomme des produits biologiques, par sexe et par âge, Belgique, 2014



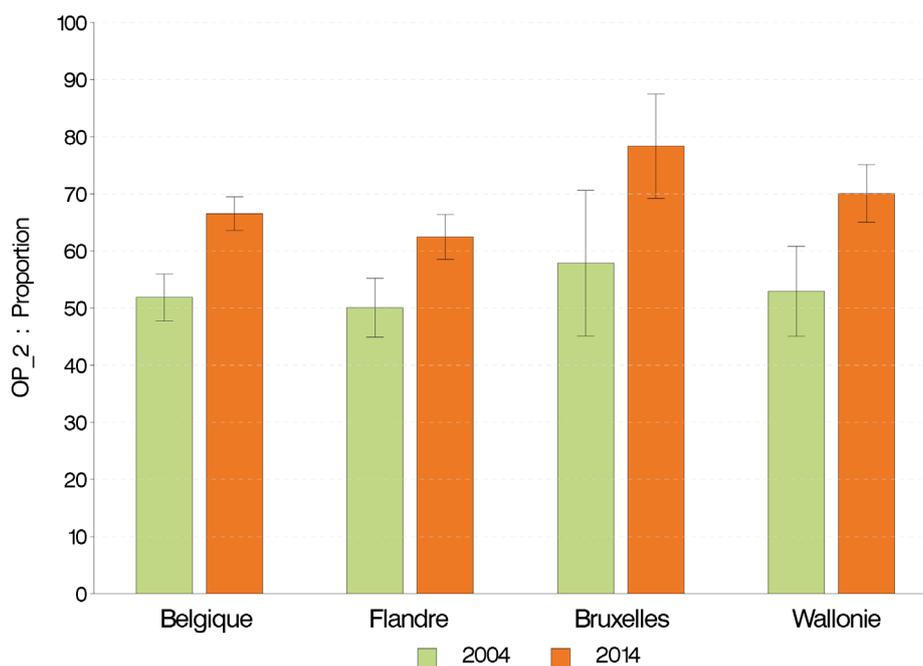
Le pourcentage de personnes qui mangent des produits biologiques augmente avec le niveau d'éducation. 80,8 % des personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé déclarent consommer des produits biologiques alors que seule la moitié (52,3 %) des personnes ayant un faible niveau d'éducation consomme de tels produits. Les différences observées entre les trois niveaux d'éducation étudiés sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, le pourcentage de personnes consommant des aliments biologiques est significativement plus élevé en Wallonie¹ (69,3 %) qu'en Flandre (61,6 %) (OR 1,41 ; IC 95 % 1,10-1,80).

En 2014, le pourcentage de la population (de 15 à 64 ans) qui déclare consommer des produits biologiques (66,5%) a considérablement augmenté par rapport à 2004 (51,9 %) (OR 1,90 ; IC 95 % 1,53-2,37) (Figure 4). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

¹ Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Figure 4 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consomme des produits biologiques, par région et par année, Belgique, 2014



3.2. RAISONS EXPLIQUANT L'ACHAT DE PRODUITS BIOLOGIQUES

En Belgique, en 2014, les produits biologiques sont principalement achetés parce que les gens trouvent que ces produits sont plus sains (53,4 %), qu'ils ont meilleur goût (38,4 %), qu'ils sont de qualité supérieure (37,7 %) et qu'ils sont davantage respectueux de l'environnement (30,8 %). Les « autres » raisons évoquées sont :

- ces produits ont été achetés par hasard ou involontairement (il ne s'agit pas d'un choix personnel) (7,1 %) ;
- des fruits ou légumes biologiques sont cultivés par la personne (ou la famille) dans le jardin (potager) (4,2 %) ;
- la variante non biologique de l'aliment n'est pas (plus) disponible dans le magasin (2,9 %).

Toutes les raisons évoquées pour expliquer l'achat de produits biologiques sont reprises dans le Tableau 1. Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet entre la Flandre et la Wallonie.

Tableau 1 | Principales raisons expliquant l'achat de produits biologiques par la population (de 3 à 64 ans) (nombre de réponses divisé par le nombre de personnes ayant répondu), Belgique, 2014 (n = 2053).

Raison (OP_3)	% brut
Ces produits sont plus sains	53,4
Ces produits ont meilleur goût	38,4
Ces produits possèdent une qualité supérieure	37,7
Ces produits ont un impact inférieur sur l'environnement	30,8
Par hasard ou involontairement	7,1
Ces produits coûtent moins cher	5,8
Provenant de son propre jardin (potager) ou de celui de la famille	4,2
La variante non biologique n'est pas (plus) disponible dans le magasin	2,9
Pour soutenir le marché biologique ou local/pour des raisons éthiques (par ex. le bien-être des animaux)	1,7
Pour tester les produits biologiques (curiosité)	0,8
Ces produits ont un meilleur aspect	0,7
Pour des raisons médicales (par ex. allergie ou intolérance au gluten)	0,6
TOTAL	184,1*

*Le total est supérieur à 100 % car plusieurs réponses par personne sont autorisées.

3.3. TYPE DE PRODUITS BIOLOGIQUES

En Belgique, en 2014, les principaux aliments biologiques que la population (de 3 à 64 ans) déclare acheter sont :

- les légumes (82,6 %);
- les fruits (63,5 %);
- les produits laitiers (36,2 %);
- la viande (25,6 %);
- le pain (19,9 %).

Les « autres » produits biologiques le plus souvent cités sont les œufs (6,4 %), les céréales (7,1 %) et les biscuits, les cakes ou les gaufres (3,3 %).

Les différents types d'aliments biologiques ayant été mentionnés sont repris dans le Tableau 2. Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet entre la Flandre et la Wallonie.

Tableau 2 | Produits biologiques que la population (de 3 à 64 ans) déclare acheter (nombre de réponses divisé par le nombre de personnes ayant répondu), Belgique, 2014 (n = 2055).

Type de produit biologique (OP_4)	% brut
Légumes	82,6
Fruits	63,5
Produits laitiers (lait, crème, beurre, fromage, yaourt, etc.)	36,2
Viande (produits à base de viande)	25,6
Pain	19,9
Œufs	6,4
Céréales (farine, pâtes, riz, etc.)	7,1
Biscuits, cakes ou gaufres	3,3
Sucre (produits à base de sucre) ou friandises	2,6
Boissons (jus de fruits, boisson rafraîchissante, vin, bière)	2,0
Noix ou graines	1,8
Sauces ou épices (ketchup, mayonnaise, bouillon, etc.)	1,8
Substituts de viande (tofu, quorn, seitan, burgers végétariens, etc.)	1,8
Café ou thé	1,7
Chocolat (produits à base de chocolat)	1,5
Huiles végétales	1,4
Pommes de terre	1,2
Poisson	1,0
TOTAL	261,4*

*Le total est supérieur à 100 % car la plupart des gens ont indiqué plus d'un seul produit

4. DISCUSSION

Une étude récente montre que le montant alloué par les ménages belges à l'achat de produits biologiques augmente chaque année (5). Parallèlement à ces résultats, il ressort de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 que le pourcentage de la population belge (de 15 à 64 ans) qui déclare consommer des aliments biologiques en 2014 (67 %) a augmenté par rapport à 2004 (52 %). En 2014, 66 % de la population belge globale (de 3 à 64 ans) consomme des aliments biologiques ; parmi celle-ci, la majorité en consomme parfois (30 %) ou rarement (20 %). A contrario, seule une faible partie de la population déclare consommer souvent (14 %) ou même toujours (2 %) des aliments biologiques. Ces résultats concordent avec l'étude du VLAM qui a mis en évidence que seuls 7 % des ménages belges achètent « fréquemment » bio, c'est-à-dire au moins une fois par semaine (5).

Davantage de femmes (69 %) que d'hommes (63 %) consomment des produits biologiques, un résultat qui apparaît aussi à plusieurs reprises dans la littérature (6-8). Les femmes semblent accorder davantage d'attention aux sujets tels que la santé, l'alimentation et l'environnement ; elles ont dès lors une attitude plus positive vis-à-vis des produits biologiques et sont dès lors davantage portées à consommer de tels produits (8;9).

Une relation claire existe entre le niveau d'éducation et la consommation de produits biologiques. Le pourcentage de personnes qui mangent des produits biologiques augmente, en effet, avec le niveau d'éducation. Une telle relation a également été relevée à plusieurs reprises dans d'autres études (6;10;11). En Belgique, les produits biologiques sont en moyenne un tiers plus chers que les produits courants (5). Une telle différence peut expliquer pourquoi les personnes moins instruites, qui perçoivent souvent un revenu plus faible, mangent moins souvent des aliments bio. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont aussi mieux informées à propos des organismes génétiquement modifiés (OGM), elles sont dès lors davantage susceptibles de refuser cette alimentation et d'ainsi se diriger vers les produits biologiques (11).

En Wallonie, les produits biologiques sont davantage (69 %) consommés qu'en Flandre (62 %). En 2014, la superficie de cultures biologiques était plus grande en Wallonie (61 651 hectares) qu'en Flandre (5 042 hectares) (4). La hausse des dépenses pour l'achat d'aliments biologiques frais entre 2013 et 2014 était également plus importante en Wallonie qu'en Flandre (15 % et 5 %, respectivement). En chiffres absolus, le budget alloué à l'achat de produits frais bio était néanmoins supérieur en Flandre qu'en Wallonie (5).

Bien qu'il n'y ait pas suffisamment d'études démontrant les avantages directs des aliments bio pour la santé, la principale raison indiquée par la population belge pour expliquer l'achat de produits biologiques est le fait que ces produits sont considérés comme étant plus sains (53 %). Les autres raisons mentionnées concernent le meilleur goût de ces produits (38 %), la meilleure qualité de ces derniers (38 %) et le fait que ceux-ci sont plus respectueux de l'environnement (31 %).

En Belgique, en 2014, les produits biologiques les plus souvent achetés sont les légumes (83 %), les fruits (64 %), les produits laitiers (36 %), la viande (26 %) et le pain (20 %). Ces résultats correspondent à ceux de l'étude du VLAM réalisée en 2014, celle-ci ayant montré que les produits biologiques le plus souvent achetés sont les légumes, les fruits, les produits laitiers et le pain (5).

5. TABLEAUX

Tableau 1 Principales raisons expliquant l'achat de produits biologiques par la population (de 3 à 64 ans) (nombre de réponses divisé par le nombre de personnes ayant répondu), Belgique, 2014 (n = 2053).	326
Tableau 2 Produits biologiques que la population (de 3 à 64 ans) déclare acheter (nombre de réponses divisé par le nombre de personnes ayant répondu), Belgique, 2014 (n = 2055).	327
Tableau 3 Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation de produits biologiques, Belgique, 2014	330
Tableau 4 Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consomme des produits biologiques, Belgique, 2014.	331

Tableau 3 | Distribution de la population (de 3 à 64 ans) selon la fréquence de consommation de produits biologiques, Belgique, 2014

OP_1		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	N
SEXE	Hommes	37,2	19,7	28,1	14,0	1,0	1629
	Femmes	31,3	20,2	32,8	13,4	2,3	1664
AGE	3 - 5	33,9	18,6	28,7	18,2	0,6	488
	6 - 9	39,9	16,7	25,4	16,6	1,3	575
	10 - 13	37,4	17,1	27,2	16,1	2,2	467
	14 - 17	45,0	15,2	24,3	15,1	0,3	495
	18 - 34	31,9	21,6	31,1	13,5	1,9	487
	35 - 50	30,1	22,5	34,5	11,9	1,0	425
	51 - 64	37,0	17,9	28,8	13,5	2,8	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	47,7	17,5	24,2	9,0	1,5	1336
	Supérieur de type court	29,6	25,0	31,4	13,1	0,9	952
	Supérieur de type long	19,2	18,7	38,2	21,1	2,7	951
REGION*	Flandre	38,4	19,4	31,8	9,3	1,1	1881
	Wallonie	30,7	23,0	27,8	16,3	2,1	1152
TOTAL		34,3	19,9	30,4	13,7	1,7	3293

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui consomme des produits biologiques, Belgique, 2014

OP_2		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	62,8	(59,2-66,5)	62,8	(59,1-66,4)	1629
	Femmes	68,7	(65,3-72,1)	68,8	(65,4-72,1)	1664
AGE	3 - 5	66,1	(60,8-71,3)	66,1	(60,9-71,3)	488
	6 - 9	60,1	(55,3-64,8)	60,1	(55,4-64,9)	575
	10 - 13	62,6	(57,8-67,4)	62,6	(57,8-67,4)	467
	14 - 17	55,0	(50,1-59,8)	55,0	(50,2-59,8)	495
	18 - 34	68,1	(63,0-73,3)	68,2	(63,0-73,3)	487
	35 - 50	69,9	(64,8-75,0)	70,0	(65,0-75,0)	425
	51 - 64	63,0	(57,1-69,0)	62,8	(56,8-68,8)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	52,3	(48,1-56,5)	51,9	(47,8-56,1)	1336
	Supérieur de type court	70,4	(66,0-74,9)	70,4	(66,0-74,9)	952
	Supérieur de type long	80,8	(77,1-84,4)	80,4	(76,6-84,3)	951
REGION***	Flandre	61,6	(58,3-65,0)	61,8	(58,5-65,1)	1881
	Wallonie	69,3	(65,1-73,5)	70,0	(65,9-74,0)	1152
TOTAL		65,7	(63,3-68,2)	.	.	3293
ANNEE****	2004	51,9	(47,7-56,0)	50,8	(46,4-55,1)	832
	2014	66,5	(63,6-69,5)	66,6	(63,7-69,5)	1649

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

**** La comparaison entre années concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 64 ans.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Guéguen L, Pascal G. Organic foods. Encyclopedia of Human Nutrition. Third edition ed. Elsevier; 2013.
- (2) Smith-Spangler C, Brandeau ML, Hunter GE, Bavinger JC, Pearson M, Eschbach PJ, et al. Are organic foods safer or healthier than conventional alternatives?: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012 Sep 4;157(5):348-66.
- (3) Forman J, Silverstein J. Organic foods: health and environmental advantages and disadvantages. *Pediatrics* 2012 Nov;130(5):e1406-e1415.
- (4) BIOwallonie. Les chiffres du bio 2014. 2014.
- (5) Samborski V, Van Belleghem L. De biologische landbouw in Vlaanderen: stand van zaken 2014. Brussel: Departement Landbouw en Visserij; 2015.
- (6) Curl CL, Beresford SA, Hajat A, Kaufman JD, Moore K, Nettleton JA, et al. Associations of organic produce consumption with socioeconomic status and the local food environment: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *PLoS One* 2013 Jul 31;8(7):e69778.
- (7) Rimal AP, Moon W, Balasubramanian S. Agro-biotechnology and organic food purchase in the United Kingdom. *British Food Journal* 2005;107(2):84-97.
- (8) Irianto H. Consumers' Attitude and Intention towards Organic Food Purchase: An Extension of Theory of Planned Behavior in Gender Perspective. *International Journal of Management, Economics and Social Sciences* 2015;4(1):17- 31.
- (9) Urena FÃ, Bernabéu R, Olmeda M. Women, men and organic food: differences in their attitudes and willingness to pay. A Spanish case study. *International Journal of Consumer Studies* 2007;32(1):18-26.
- (10) Kesse-Guyot E, Peneau S, Mejean C, Szabo de EF, Galan P, Hercberg S, et al. Profiles of organic food consumers in a large sample of French adults: results from the Nutrinet-Sante cohort study. *PLoS One* 2013 Oct 18;8(10):e76998.
- (11) Lockie S, Lyons K, Lawrence G, Mummery K. Eating 'Green': Motivations behind organic food consumption in Australia. *Sociologia Ruralis* 2002;42(1):23-40.
- (12) Guéguen L, Pascal G. Organic foods. Encyclopedia of Human Nutrition. Third edition ed. Elsevier; 2013.
- (13) Smith-Spangler C, Brandeau ML, Hunter GE, Bavinger JC, Pearson M, Eschbach PJ, et al. Are organic foods safer or healthier than conventional alternatives?: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012 Sep 4;157(5):348-66.
- (14) Forman J, Silverstein J. Organic foods: health and environmental advantages and disadvantages. *Pediatrics* 2012 Nov;130(5):e1406-e1415.
- (15) BIOwallonie. Les chiffres du bio 2014. 2014.
- (16) Samborski V, Van Belleghem L. De biologische landbouw in Vlaanderen: stand van zaken 2014. Brussel: Departement Landbouw en Visserij; 2015.
- (17) Curl CL, Beresford SA, Hajat A, Kaufman JD, Moore K, Nettleton JA, et al. Associations of organic produce consumption with socioeconomic status and the local food environment: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *PLoS One* 2013 Jul 31;8(7):e69778.
- (18) Rimal AP, Moon W, Balasubramanian S. Agro-biotechnology and organic food purchase in the United Kingdom. *British Food Journal* 2005;107(2):84-97.
- (19) Irianto H. Consumers' Attitude and Intention towards Organic Food Purchase: An Extension of Theory of Planned Behavior in Gender Perspective. *International Journal of Management, Economics and Social Sciences* 2015;4(1):17- 31.
- (20) Urena FÃ, Bernabéu R, Olmeda M. Women, men and organic food: differences in their attitudes and willingness to pay. A Spanish case study. *International Journal of Consumer Studies* 2007;32(1):18-26.
- (21) Kesse-Guyot E, Peneau S, Mejean C, Szabo de EF, Galan P, Hercberg S, et al. Profiles of organic food consumers in a large sample of French adults: results from the Nutrinet-Sante cohort study. *PLoS One* 2013 Oct 18;8(10):e76998.
- (22) Lockie S, Lyons K, Lawrence G, Mummery K. Eating 'Green': Motivations behind organic food consumption in Australia. *Sociologia Ruralis* 2002;42(1):23-40.

UTILISATION DE SEL (IODÉ)

AUTEUR

Sarah BEL

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérésa Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Bel S. Utilisation de sel (iodé). Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	337
1. Introduction	338
2. Instruments	339
2.1. Questions	339
2.2. Indicateurs	339
3. Résultats	340
3.1. Utilisation de sel durant la cuisson	340
3.1.1. Adultes (de 18 à 64 ans)	340
3.1.2. Enfants (de 3 à 9 ans)	341
3.2. Utilisation de sel à table	341
3.2.1. Adolescents et adultes (de 10 à 64 ans)	341
3.2.2. Enfants (de 3 à 9 ans)	342
3.3. Utilisation de sel durant la cuisson et à table	343
3.4. Utilisation de sel iodé	345
4. Discussion	346
5. Tableaux	348
6. Bibliographie	356

RÉSUMÉ

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a permis d'étudier, au moyen d'une série de questions, l'utilisation de sel lors de la cuisson et à table. Les parents ou responsables des enfants ont été interrogés afin de déterminer si ces derniers étaient autorisés à ajouter eux-mêmes du sel à table. Enfin, il a été demandé aux participants si le sel qu'ils utilisaient était enrichi en iode.

En Belgique, en 2014, 83 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) déclare ajouter du sel lors de la cuisson. Les femmes déclarent plus souvent (86 %) utiliser du sel lors de la cuisson que les hommes (80 %). Les personnes âgées de 51 à 64 ans sont moins nombreuses (77 %) à utiliser du sel lors de la cuisson que les personnes des catégories d'âge inférieures (de 18 à 50 ans) (85 %). Les personnes qui résident en Wallonie sont plus nombreuses (91 %) à utiliser du sel lors de la cuisson que celles résidant en Flandre (78 %). Les personnes en surpoids déclarent plus souvent (87 %) utiliser du sel lors de la cuisson que les personnes qui affichent un poids normal (81 %).

En 2014, 84 % des parents d'enfants âgés de 3 à 9 ans déclarent utiliser du sel lors de la cuisson. Les parents ayant un niveau d'éducation plus faible (qui ne sont diplômés de l'enseignement supérieur) sont plus nombreux (91 %) à indiquer utiliser du sel lors de la préparation des repas que les parents diplômés de l'enseignement supérieur de type court (84 %) ou long (78 %). Le pourcentage de parents qui affirment utiliser du sel lors de la cuisson est supérieur en Wallonie (91 %) qu'en Flandre (81 %).

En 2014, 39 % de la population belge (de 10 à 64 ans) utilise du sel à table, ce pourcentage étant inférieur chez les femmes (35 %) que chez les hommes (44 %). La catégorie d'âge la plus élevée (51-64 ans) déclare moins souvent (29 %) utiliser du sel à table que les catégories d'âge plus jeunes (de 41 % à 53 %). Les adolescents âgés de 14 à 17 ans sont plus nombreux (53 %) à utiliser du sel à table que les autres catégories d'âge.

En Belgique, en 2014, 33 % des parents d'enfants âgés de 3 à 9 ans déclarent utiliser du sel à table. 14 % des enfants âgés de 3 à 9 ans peuvent ajouter eux-mêmes du sel à table. Ce pourcentage est considérablement plus élevé chez les enfants âgés de 6 à 9 ans (20 %) que chez les enfants plus jeunes, âgés de 3 à 5 ans (6 %).

En ce qui concerne l'ajout total de sel (à la fois durant la cuisson et à table), les résultats indiquent qu'en 2014, 33 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) ajoute du sel à la fois durant la cuisson et à table. La moitié de la population belge (50 %) déclare n'ajouter du sel que durant la cuisson et 13 % a l'habitude de ne jamais ajouter de sel, ni lors de la cuisson ni à table. Une minorité utilise du sel uniquement à table (5 %).

Les femmes sont moins nombreuses (28 %) à ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table que les hommes (38 %). Les femmes sont plus nombreuses (59 %) à ajouter du sel uniquement durant la cuisson que les hommes (41 %). Les hommes sont quant à eux plus nombreux (15 %) à ne pas du tout ajouter de sel que les femmes (10 %). Les adultes âgés de 51 à 64 ans sont moins nombreux à ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table ; en parallèle, ils sont plus nombreux que les adultes plus jeunes (de 18 à 50 ans) à ne pas ajouter de sel du tout.

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long indiquent moins souvent (43 %) ajouter du sel uniquement durant la cuisson que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (53 %). Des différences régionales ont été constatées en termes d'utilisation du sel. Les personnes qui résident en Wallonie sont plus nombreuses (41 %) à ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table que celles qui résident en Flandre (29 %). Ces dernières sont, par contre, plus nombreuses à ajouter du sel uniquement à table ou à ne pas ajouter de sel du tout.

En ce qui concerne le statut nutritionnel des individus, les personnes ayant un IMC considéré comme normal sont plus nombreuses (14 %) à ne jamais ajouter de sel que les personnes obèses (9 %).

En 2014, seulement 36 % de la population belge déclare utiliser du sel iodé, un pourcentage qui s'avère similaire chez les femmes et chez les hommes. Une relation claire existe entre le niveau d'éducation et l'utilisation de sel iodé. Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long déclarent plus souvent (44 %) utiliser du sel iodé que les personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement primaire, secondaire ou n'ayant pas de diplôme (32 %) et que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (35 %). Le pourcentage de personnes qui utilisent du sel iodé est aussi plus élevé en Wallonie (42 %) qu'en Flandre (34 %).

1. INTRODUCTION

Une consommation élevée de sel (sodium) est associée à des risques pour la santé et notamment à une tension artérielle élevée qui peut entraîner des maladies cardiovasculaires. Il a été démontré qu'une consommation réduite de sodium et la diminution de la tension artérielle qui s'en suit offrent des avantages pour la santé (1;2). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de limiter la consommation de sodium à 2 g par jour (l'équivalent de 5 g de sel par jour). En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) se réfère à cette même recommandation journalière.

En pratique, afin de limiter la consommation de sel, le CSS conseille d'exclure tout ajout de sel à la fois durant la cuisson et à table (3). Par conséquent, la consommation d'aliments enrichis en sel, tels que la charcuterie, différents types de fromage ou des aliments en conserve, est également exclue (3). La plupart (environ 75 %) du sodium présent dans l'alimentation provient, en effet, des produits alimentaires préparés industriellement et enrichis en sel (4).

Il a été démontré que la consommation de sel de la population belge était, en 2009, deux fois supérieure (10,45 g en moyenne par jour) à la recommandation de l'OMS (5). Dès lors, une campagne a été mise en œuvre en Belgique, dans le cadre du Plan National Nutrition et Santé (PNNS), afin d'accroître la prise de conscience des consommateurs. Cette campagne visait également à conclure, entre l'industrie alimentaire belge, les commerçants et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, des accords visant à réduire la teneur en sel des produits alimentaires. De ce fait, les aliments contiennent aujourd'hui moins de sel qu'il y a quelques années. Une diminution considérable de la teneur en sel a déjà été observée dans les produits à base de viande, dans différentes sortes de pain, dans les soupes vendues sous forme de poudre, dans les plats préparés et dans les fromages.

Une étude menée en 2014 pour évaluer les efforts déployés afin de diminuer la consommation de sel, a révélé que la population belge consomme aujourd'hui en moyenne 9,5 g de sel par jour, soit une diminution d'environ 1 g par jour par rapport à l'étude précédente, en 2009 (6). Il a également été mis en évidence que 7,3 % de la population étudiée affiche une consommation de sel inférieure à la recommandation, alors qu'à peine 4 % de la population affichait une consommation inférieure à 5 g de sel par jour en 2009. Malgré cela, la consommation moyenne de sel de la population reste supérieure à celle recommandée.

À l'instar d'autres pays européens, la Belgique est confrontée à la fois à une consommation de sel supérieure à la quantité recommandée et à une carence en iode (1). La principale conséquence d'une carence en iode au sein d'une population adulte est une prévalence plus élevée de nodules thyroïdiens qui peuvent être responsables d'une hypothyroïdie. Une carence en iode chez les enfants peut, par ailleurs, les empêcher d'atteindre leur plein potentiel intellectuel (7).

Pour optimiser le statut iodé en Belgique, un accord a été conclu en 2009 entre le secteur de la boulangerie et le Ministre fédéral de la Santé publique en vue d'utiliser du sel iodé dans le pain. En outre, des efforts ont été fournis ces dernières années pour informer le corps médical et le grand public de l'importance d'une consommation régulière de produits alimentaires riches en iode (poisson, fruits de mer, lait et produits laitiers) et de l'utilisation de sel iodé (sans toutefois utiliser trop de sel) (8). Selon des données d'ESCOSALT, l'un des principaux fournisseurs de sel iodé aux boulangeries, seuls 44 % des boulangers en Belgique utilisaient du sel iodé en 2011 (9). Une étude menée en 2010 auprès d'enfants belges a révélé que seuls 37 % des ménages utilisaient alors du sel iodé (9). Une étude récente menée en 2014 a également révélé que 38 % de la population belge déclare utiliser du sel iodé pour la préparation des repas (6). Malgré cela, les efforts fournis semblent améliorer le statut iodé de la population belge et en particulier celui des enfants (8;9).

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

Les questions relatives à l'utilisation de sel au cours de la préparation des repas et à table ont été posées au participant (ou à son proxy) lors de la première visite à domicile de l'enquêteur, au moyen d'une méthode d'interview assistée par ordinateur (CAPI, « Computer Assisted Personal Interview »). Ces questions n'avaient pas été posées lors de la précédente enquête de consommation alimentaire, en 2004. Ces questions ont été formulées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Les participants ont tout d'abord été interrogés au sujet de leur utilisation du sel durant la préparation des repas et à table.

fb01 Utilisez-vous du sel lorsque vous cuisinez ?

(1) Oui ; (2) Non.

La question relative à l'utilisation du sel durant la cuisson (fb01) a été posée aux adultes (de 18 à 64 ans) et aux parents ou tuteurs des enfants participant à l'enquête (de 3 à 9 ans). Pour ces derniers, il est donc question ici du comportement du parent ou du tuteur et non pas de celui des enfants eux-mêmes.

fb02 Utilisez-vous du sel lorsque vous êtes à table ?

(1) Oui ; (2) Non ; (3) Parfois.

La question relative à l'utilisation du sel à table (fb02) a été posée à tous les participants (de 3 à 64 ans). En ce qui concerne les enfants (de 3 à 9 ans), cette question a été posée à un parent ou tuteur. Pour ces derniers, il s'agit donc ici du comportement du parent ou tuteur et non pas de celui des enfants eux-mêmes.

Il a ensuite été demandé aux participants (de 3 à 64 ans) si le sel qu'ils utilisaient était enrichi en iode. Cette question n'a été posée que si le participant utilisait du sel durant la cuisson ou à table.

fb03 Le sel que vous utilisez est-il iodé (c'est-à-dire enrichi en iode) ?

(1) Oui ; (2) Non.

Enfin, il a été demandé à un parent ou tuteur des enfants (de 3 à 9 ans) si ces derniers étaient autorisés à ajouter eux-mêmes du sel à table.

gf23 Votre enfant peut-il ajouter lui-même du sel à table ?

(1) Oui ; (2) Non.

2.2. INDICATEURS

Les sept indicateurs suivants ont été établis sur la base des questions relatives à l'utilisation de sel :

SI_1 Pourcentage d'adultes (de 18 à 64 ans) qui utilisent du sel lors de la préparation des repas.

SI_2 Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont le parent ou tuteur utilise du sel lors de la préparation des repas.

SI_3 Pourcentage de personnes (de 10 à 64 ans) qui utilisent du sel à table.

SI_4 Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont le parent ou tuteur utilise du sel à table.

SI_5 Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) autorisés à ajouter du sel dans leur assiette.

SI_6 Pourcentage de personnes (de 3 à 64 ans) qui utilisent du sel iodé.

SI_7 Distribution de la population adultes (de 18 à 64 ans) selon l'utilisation de sel lors de la préparation des repas et/ou à table.

3. RÉSULTATS

Les résultats concernant l'utilisation de sel sont tout d'abord présentés en se focalisant sur l'ajout de sel lors de la cuisson des repas (sans tenir compte de l'ajout de sel à table) (Section 3.1) ; une seconde partie se focalise ensuite sur l'ajout de sel à table (sans tenir compte de l'ajout de sel durant la cuisson) (Section 3.2). L'utilisation de sel durant la cuisson et à table – mentionnée comme l'ajout total de sel – est présentée dans une troisième partie (Section 3.3). Enfin, l'utilisation de sel iodé est analysée dans la dernière section (Section 3.4).

3.1. UTILISATION DE SEL DURANT LA CUISSON

3.1.1. Adultes (de 18 à 64 ans)

En Belgique, en 2014, 82,8 % des adultes déclarent utiliser du sel durant la préparation des repas. Davantage de femmes (85,9 %) que d'hommes (79,7 %) utilisent du sel durant la cuisson, une différence qui est significative après standardisation pour l'âge (OR 1,57 ; IC 95 % 1,07-2,30).

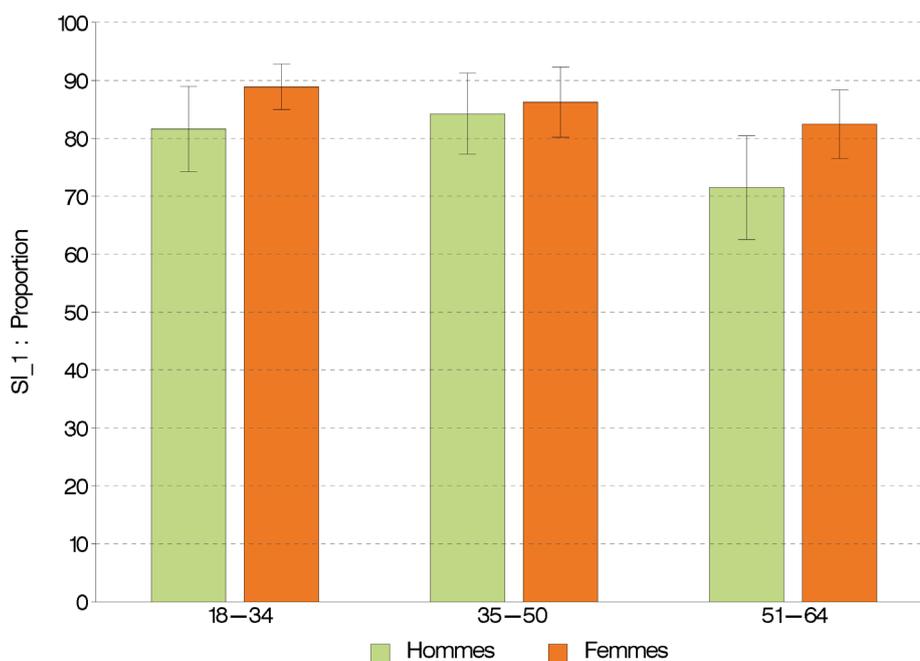
Après standardisation pour le sexe, la prévalence de l'utilisation du sel durant la cuisson est significativement plus élevée dans les catégories d'âge 18-34 ans (OR 1,73; IC 95 % 1,10-2,72) et 35-50 ans (OR 1,74 ; IC 95 % 1,08-2,82) (85,2 % pour les deux) que dans la catégorie d'âge 51-64 ans (77,2 %) (Figure 1).

En Wallonie, 91,3 % des adultes ajoutent du sel durant la cuisson. Ce pourcentage est supérieur à celui enregistré en Flandre (77,9 %), une différence qui est significative après standardisation pour l'âge et le sexe¹ (OR 2,93 ; IC 95 % 1,87-4,60).

Les personnes souffrant d'obésité² déclarent plus souvent (87,4 %) utiliser du sel durant la cuisson que les personnes ayant un IMC considéré comme normal (81,4 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,85 ; IC 95 % 1,10-3,13).

Aucune différence significative en termes d'utilisation du sel durant la cuisson n'a été observée en fonction du niveau d'éducation.

Figure 1 | Pourcentage de la population (de 18 à 64 ans) qui utilise du sel lors de la préparation des repas, par sexe et par âge, Belgique, 2014



¹ Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

² Davantage d'information sur l'IMC sont disponibles dans le Chapitre « Anthropométrie ».

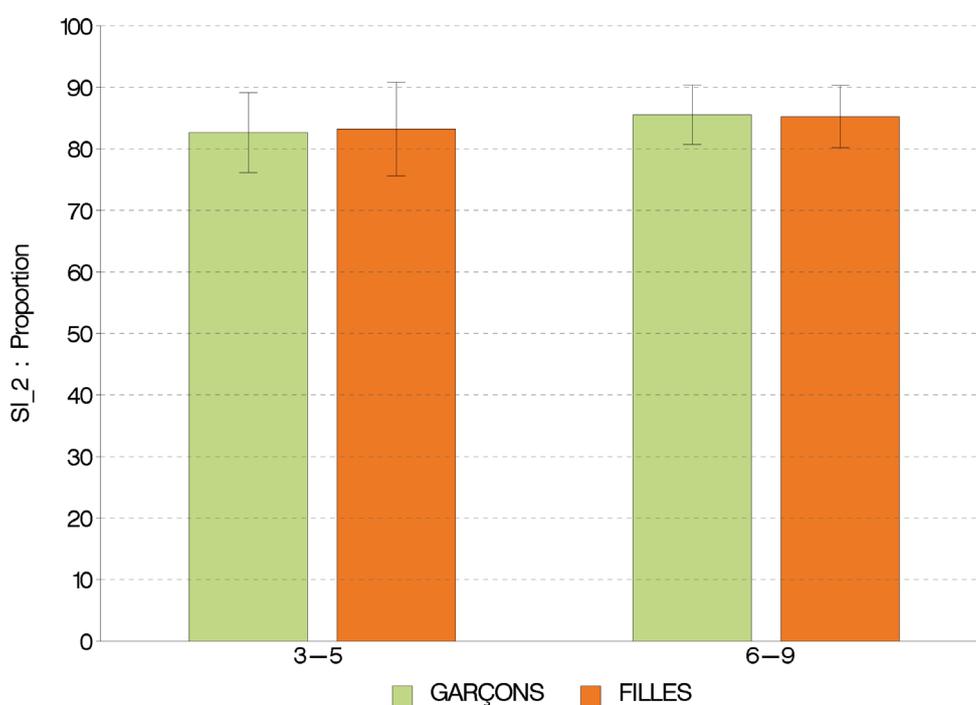
3.1.2. Enfants (de 3 à 9 ans)

En Belgique, en 2014, 84,4 % des parents ou tuteurs d'enfants âgés de 3 à 9 ans déclarent utiliser du sel durant la cuisson. Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du sexe ou de l'âge des enfants (Figure 2).

Une relation existe entre le niveau d'éducation des parents et l'ajout de sel durant la cuisson. Les parents diplômés de l'enseignement supérieur de type long (78,0 %) (OR 0,38 ; IC 95 % 0,22-0,65) ou court (84,1 %) (OR 0,56 ; IC 95 % 0,33-0,96) sont, en effet, moins nombreux à ajouter du sel durant la cuisson, en comparaison aux parents n'étant pas titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur (90,3 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le pourcentage de parents ou de tuteurs d'enfants qui utilisent du sel durant la cuisson est significativement plus élevé en Wallonie (91,0 %) qu'en Flandre (80,6 %) (OR 2,43 ; IC 95 % 1,42-4,13) et ceci après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 2 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents utilisent du sel lors de la préparation des repas, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.2. UTILISATION DE SEL À TABLE

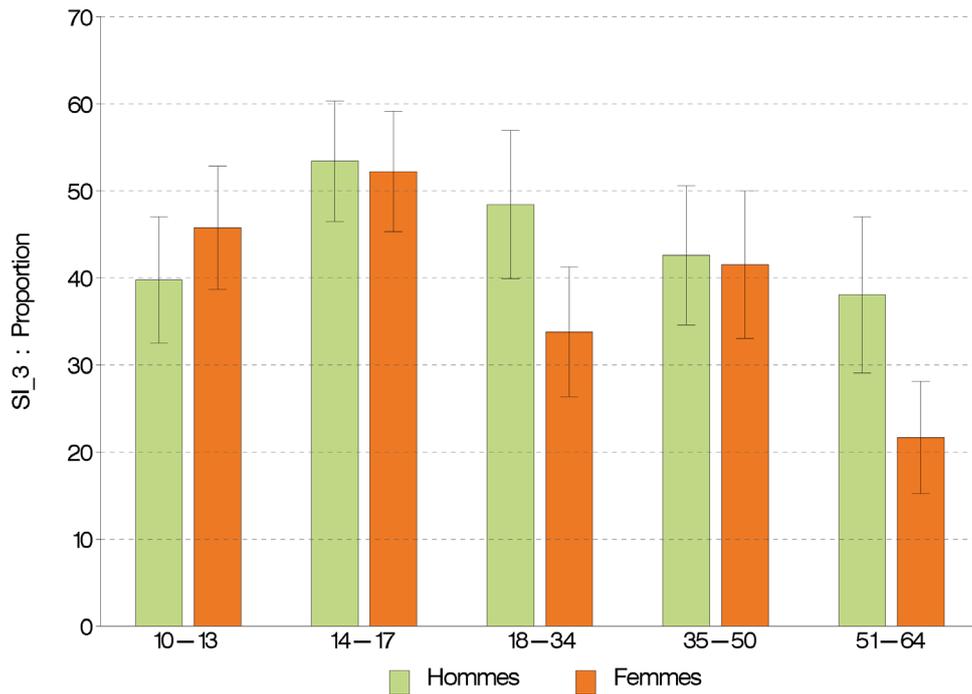
3.2.1. Adolescents et adultes (de 10 à 64 ans)

En Belgique, en 2014, 39,3 % de la population (de 10 à 64 ans) utilise du sel à table. Un pourcentage inférieur de femmes (34,8 %) que d'hommes (43,7 %) utilisent du sel à table, une différence qui s'avère significative après standardisation pour l'âge (OR 0,69 ; IC 95 % 0,54-0,88).

Les personnes âgées de 51 à 64 ans sont moins nombreuses (29,4 %) à utiliser du sel à table, en comparaison aux personnes plus jeunes (de 41,2 % à 52,8 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe. En outre, les adolescents âgés de 14 à 17 ans sont significativement plus nombreux (52,8 %) que les personnes plus âgées à utiliser du sel à table (Figure 3).

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence (Wallonie versus Flandre).

Figure 3 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui utilise du sel à table, par sexe et par âge, Belgique, 2014



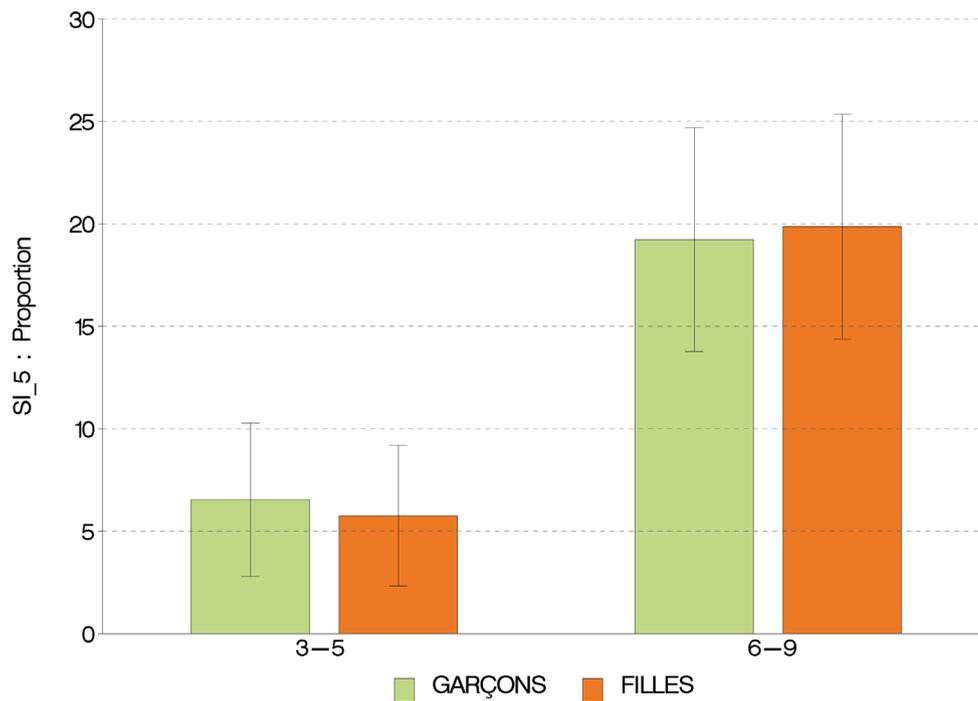
3.2.2. Enfants (de 3 à 9 ans)

En Belgique, en 2014, 32,8 % des parents ou tuteurs d'enfants âgés de 3 à 9 ans déclarent utiliser du sel à table. Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation ou de la région de résidence (Wallonie versus Flandre).

En Belgique, en 2014, 14 % des enfants âgés de 3 à 9 ans sont autorisés à ajouter eux-mêmes du sel à table. Ce pourcentage est identique pour les garçons et pour les filles. Après standardisation pour le sexe, ce pourcentage est significativement plus élevé chez les enfants âgés de 6 à 9 ans (19,5 %) que chez les enfants plus jeunes, âgés de 3 à 5 ans (6,1 %) (OR 3,71 ; IC 95 % 2,25-6,12) (Figure 4).

Le pourcentage d'enfants autorisés à ajouter du sel à table ne varie pas significativement en fonction du niveau d'éducation (des parents) ni de la région de résidence (Wallonie versus Flandre).

Figure 4 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) autorisés à ajouter du sel dans leur assiette, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.3. UTILISATION DE SEL DURANT LA CUISSON ET À TABLE

Dans cette section, la population adulte (de 18 à 64 ans) a été répartie en quatre groupes en fonction de l'utilisation du sel durant la cuisson (question fb01) et/ou à table (question fb02) :

- les personnes ajoutant du sel à la fois durant la cuisson et à table ;
- les personnes ajoutant du sel uniquement durant la cuisson ;
- les personnes ajoutant du sel uniquement à table ;
- les personnes n'ajoutant jamais de sel.

En Belgique, en 2014 :

- 33,3 % de la population (de 18 à 64 ans) ajoute du sel à la fois durant la cuisson et à table ;
- 49,5 % déclare ajouter du sel uniquement durant la cuisson ;
- 4,7 % utilise du sel uniquement à table ;
- 12,5 % a pour habitude de ne jamais ajouter de sel, ni durant la cuisson ni à table.

Davantage d'hommes (38,4 %) que de femmes (28,1 %) utilisent du sel à la fois pendant la cuisson et à table (OR 0,63 ; IC 95 % 0,47-0,85). Les femmes sont plus nombreuses (57,8 %) que les hommes (41,4 %) à ajouter du sel uniquement durant la cuisson (OR 1,93 ; IC 95 % 1,47-2,54). Elles sont, par contre, moins nombreuses (9,6 %) que les hommes (15,4 %) à ne pas du tout ajouter de sel (OR 0,57 ; IC 95 % 0,38-0,87). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge.

Les personnes âgées de 51 à 64 ans sont moins nombreuses (23,3 %) à ajouter du sel durant la cuisson et à table que les personnes âgées de 18 à 34 ans (37,5 %) (OR 0,51 ; IC 95 % 0,35-0,73) et de 35 à 50 ans (37,7 %) (OR 0,51 ; IC 95 % 0,35-0,73). Ces mêmes personnes sont également plus nombreuses (16,6 %) que les personnes âgées de 35 à 50 ans (10,4 %) à ne jamais ajouter de sel (OR 1,76 ; IC 95 % 1,02-3,05). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe (Figure 5).

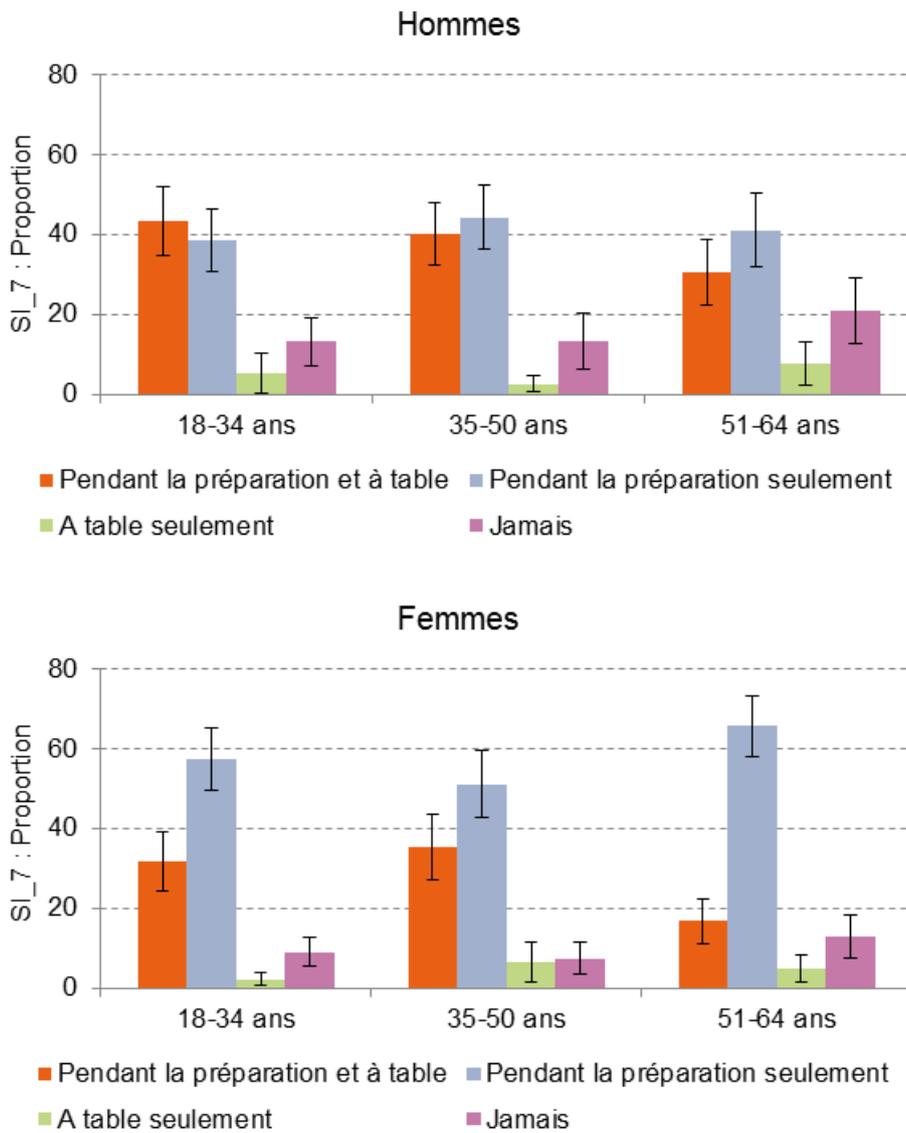
Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long sont moins nombreuses (43,2 %) que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (53,2 %) à ajouter du sel uniquement

durant la cuisson. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,66 ; IC 95 % 0,45-0,95).

Le pourcentage de personnes ajoutant du sel à la fois durant la cuisson et à table est plus élevé en Wallonie (40,7 %) qu'en Flandre (29,3 %) (OR 1,63 ; IC 95 % 1,19-2,23). Le pourcentage de personnes ajoutant du sel uniquement à table est, par contre, plus faible en Wallonie (2,2 %) qu'en Flandre (6,5 %) (OR 0,32 ; IC 95 % 0,15-0,70). Les personnes résidant en Wallonie sont, en outre, moins nombreuses (6,5 %) que celles résidant en Flandre (15,6%) à ne pas ajouter de sel du tout, ni lors de la cuisson ni à table (OR 0,38 ; IC 95 % 0,23-0,65). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le pourcentage de personnes qui n'ajoutent jamais de sel à table est significativement plus élevé parmi les personnes ayant un IMC considéré comme normal (14,3 %) que parmi les personnes souffrant d'obésité (8,6 %) (OR 2,07 ; IC 95 % 1,16-3,69). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 5 | Distribution de la population (de 18 à 64 ans) selon l'utilisation de sel lors de la préparation des repas et/ou à table, par sexe et par âge, Belgique, 2014



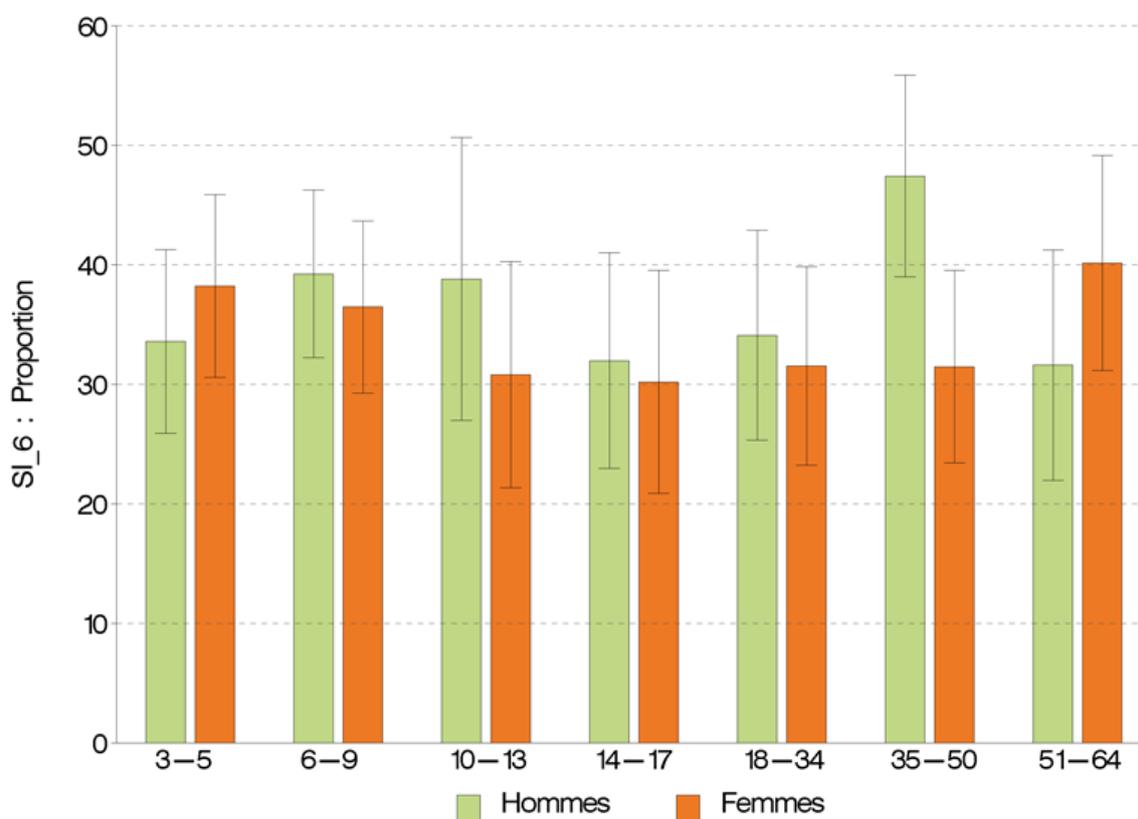
3.4. UTILISATION DE SEL IODÉ

En Belgique, en 2014, seulement 36,2 % de la population (de 3 à 64 ans) déclare utiliser du sel iodé. Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du sexe ou de l'âge (Figure 6).

Une relation claire existe entre le niveau d'éducation et l'utilisation de sel iodé. Les personnes diplômées de l'enseignement primaire, secondaire ou n'ayant pas de diplôme (31,8 %) (OR 0,58 ; IC 95 % 0,42-0,80) et les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (35,4 %) (OR 0,68 ; IC 95 % 0,48-0,96) sont moins nombreuses à utiliser du sel iodé que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (44,2 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le pourcentage de personnes qui utilisent du sel iodé est plus élevé en Wallonie (41,6 %) qu'en Flandre (33,7 %), une différence qui s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,41 ; IC 95 % 1,07-1,86).

Figure 6 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui utilise du sel iodé, par sexe et par âge, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

En Belgique, la consommation moyenne de sel est largement supérieure à la quantité de 5 g de sel par jour recommandée par l'OMS (1;5;6). En pratique, pour pouvoir respecter cette recommandation, le CSS conseille dès lors d'exclure tout ajout de sel à la fois durant la cuisson et à table (3). Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 indiquent toutefois que seule une faible partie de la population suit ces recommandations. En effet, seulement 13 % de la population (de 18 à 64 ans) n'ajoute jamais de sel, ni durant la cuisson ni à table. Inversement, 33 % de la population utilise du sel à la fois durant la cuisson et à table, 50 % déclare n'utiliser du sel que durant la cuisson et 5 % n'en ajoute qu'à table.

Différentes études ont mis en évidence que la consommation de sel, en Belgique, est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5;10). Les résultats de la présente enquête révèlent que les femmes sont, en effet, moins nombreuses (28 %) que les hommes (38 %) à ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table. Inversement, les femmes sont plus nombreuses (58 %) que les hommes (41 %) à ajouter du sel uniquement durant la cuisson. On constate, en outre, que les hommes sont plus nombreux (15 %) que les femmes (10 %) à ne pas ajouter de sel du tout.

Les adultes plus âgés (de 51 à 64 ans) sont moins nombreux à ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table que les personnes plus jeunes (de 18 à 50 ans). Ils sont également plus nombreux à ne pas ajouter de sel du tout. Ces résultats peuvent s'expliquer par une différence d'attitude vis-à-vis de la santé. Les jeunes personnes ne sont pas encore conscientes du fait qu'elles courent le risque d'être confrontées aux conséquences négatives pour la santé d'une consommation trop élevée de sel. Les personnes plus âgées, par contre, sont davantage confrontées à des problèmes de santé et sont donc plus conscientes de ces risques.

Le rôle important joué par le sel dans la régulation de la tension artérielle a également été démontré chez les enfants et adolescents (11). En outre, il a été mis en évidence qu'une tension artérielle plus élevée à l'enfance est associée à une tension artérielle plus élevée à l'âge adulte (12). Il ressort de la présente enquête que les adolescents âgés de 14 à 17 ans sont les plus nombreux (53 %) à déclarer ajouter du sel à table. De plus, 20 % des enfants âgés de 6 à 9 ans se voient déjà offrir la possibilité d'ajouter eux-mêmes du sel à table. Il est donc important que les actions préventives qui visent à diminuer la consommation de sel s'adressent aussi aux catégories d'âge plus jeunes et ce, afin de réduire leur consommation de sel tout au long de la vie et, par conséquent, le risque futur de développer des maladies cardiovasculaires.

Des différences régionales ont été constatées en matière de consommation de sel. Les personnes qui résident en Wallonie déclarent plus souvent (41 %) ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table que celles qui résident en Flandre (29 %). Ces dernières sont, par contre, plus nombreuses à ajouter du sel uniquement à table ou à ne pas ajouter de sel du tout.

Les personnes ayant un IMC normal sont plus nombreuses (14 %) à ne jamais ajouter du sel à la fois durant la cuisson et à table que les personnes obèses (9 %). La consommation de sel a récemment été mise en relation avec l'IMC. Chez les enfants et les adultes, il existe une association entre une consommation de sel plus élevée et un IMC supérieur, indépendamment de l'apport énergétique (13). Cette association s'explique notamment, chez les enfants et adolescents, par l'impact de la consommation de sel sur la consommation de boissons rafraîchissantes sucrées (14).

Outre une consommation trop élevée de sel, la Belgique enregistre une carence en iode. Pour cette raison, la population belge est encouragée à utiliser du sel iodé (8). Une étude menée en 2010 auprès d'enfants belges a révélé que seuls 37 % des ménages utilisaient alors du sel iodé (9). Dans une étude récente, menée en 2014, 38 % de la population belge déclare utiliser du sel iodé pour la préparation des repas (6). La présente enquête fournit un résultat similaire : 36 % de la population belge (de 3 à 64 ans) déclare utiliser du sel iodé. Ce pourcentage est inférieur à la recommandation internationale ayant pour objectif de supprimer la carence en iode et mentionnant qu'un minimum de 90 % des ménages devraient utiliser du sel iodé (9;15).

Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long déclarent plus souvent (44 %) utiliser du sel iodé que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible. Ceci peut s'expliquer par une moins bonne information des personnes ayant un faible niveau d'instruction, vis-à-vis de l'importance que revêt l'utilisation de sel iodé. Les efforts fournis en vue d'informer le grand public de l'utilisation de sel iodé (sans toutefois utiliser trop de sel) doivent dès lors être poursuivis. D'autre part, le programme visant à favoriser

(sur base volontaire) l'utilisation de sel iodé dans les produits de boulangerie doit également être maintenu. Il convient, en outre, d'évaluer la nécessité de rendre cette utilisation légalement contraignante (en fonction du statut iodé de la population belge).

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Pourcentage de la population (de 18 à 64 ans) qui utilise du sel lors de la préparation des repas, Belgique, 2014	349
Tableau 2 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents utilisent du sel lors de la préparation des repas, Belgique, 2014	350
Tableau 3 	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui utilise du sel à table, Belgique, 2014 ..	351
Tableau 4 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents utilisent du sel à table, Belgique....	352
Tableau 5 	Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) autorisés à ajouter du sel dans leur assiette, Belgique, 2014	353
Tableau 6 	Distribution de la population (de 18 à 64 ans) selon l'utilisation de sel lors de la préparation des repas et/ou à table, Belgique, 2014	354
Tableau 7 	Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui utilise du sel iodé, Belgique, 2014	355

Tableau 1 | Pourcentage de la population (de 18 à 64 ans) qui utilise du sel lors de la préparation des repas, Belgique, 2014

SI_1		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	79,7	(75,3-84,1)	79,6	(75,2-84,0)	615
	Femmes	85,9	(82,7-89,1)	86,1	(83,0-89,2)	655
AGE	18 - 34	85,2	(80,9-89,5)	85,2	(81,1-89,4)	488
	35 - 50	85,2	(80,6-89,9)	85,3	(80,7-89,9)	426
	51 - 64	77,2	(71,9-82,6)	76,9	(71,6-82,3)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	82,4	(78,1-86,7)	82,5	(78,3-86,8)	571
	Supérieur de type court	85,7	(81,6-89,9)	86,0	(82,0-90,0)	355
	Supérieur de type long	80,0	(74,1-85,9)	78,0	(72,2-83,8)	329
REGION***	Flandre	77,9	(73,9-81,9)	78,1	(74,1-82,0)	734
	Wallonie	91,3	(88,3-94,4)	91,3	(88,3-94,2)	438
TOTAL		82,8	(80,0-85,6)			1270

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents utilisent du sel lors de la préparation des repas, Belgique, 2014

SI_2		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	84,4	(80,4-88,3)	84,3	(80,3-88,2)	548
	Femmes	84,4	(80,1-88,7)	84,4	(80,0-88,7)	515
AGE	3 - 5	82,9	(78,0-87,9)	82,9	(78,0-87,9)	488
	6 - 9	85,4	(81,9-88,9)	85,4	(81,9-88,9)	575
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	90,3	(86,9-93,7)	90,4	(87,2-93,7)	374
	Supérieur de type court	84,1	(79,3-88,9)	84,1	(79,4-88,8)	331
	Supérieur de type long	78,0	(71,5-84,5)	78,0	(71,6-84,3)	340
REGION***	Flandre	80,6	(76,7-84,5)	80,5	(76,6-84,4)	603
	Wallonie	91,0	(87,2-94,9)	91,2	(87,6-94,9)	378
TOTAL		84,4	(81,5-87,3)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) qui utilise du sel à table, Belgique, 2014

SI_3		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	43,7	(39,4-48,0)	43,7	(39,4-48,0)	1085
	Femmes	34,8	(30,8-38,7)	35,0	(31,1-38,9)	1149
AGE	10 - 13	42,7	(37,7-47,7)	42,8	(37,8-47,7)	469
	14 - 17	52,8	(48,0-57,7)	52,8	(47,9-57,7)	495
	18 - 34	41,2	(35,4-47,0)	41,2	(35,5-46,8)	488
	35 - 50	42,1	(36,3-47,8)	42,1	(36,3-47,8)	426
	51 - 64	29,4	(24,0-34,9)	29,9	(24,5-35,3)	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	37,9	(33,5-42,2)	38,8	(34,5-43,1)	965
	Supérieur de type court	38,0	(32,6-43,4)	37,7	(32,9-42,5)	621
	Supérieur de type long	42,6	(36,7-48,6)	41,2	(35,3-47,1)	612
REGION***	Flandre	37,3	(33,5-41,1)	37,5	(33,8-41,2)	1281
	Wallonie	43,5	(38,3-48,7)	43,2	(38,2-48,3)	775
TOTAL		39,3	(36,3-42,2)			2234

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) dont les parents utilisent du sel à table, Belgique

SI_4		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	34,9	(29,9-40,0)	34,7	(29,7-39,6)	548
	Femmes	30,6	(25,9-35,3)	30,6	(26,0-35,3)	515
AGE	3 - 5	29,9	(24,9-34,9)	29,9	(24,9-34,9)	488
	6 - 9	34,9	(30,2-39,6)	34,9	(30,2-39,6)	575
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	32,2	(26,6-37,8)	32,3	(26,8-37,9)	374
	Supérieur de type court	35,3	(29,1-41,5)	35,2	(29,0-41,4)	331
	Supérieur de type long	31,7	(25,3-38,2)	31,9	(25,9-37,9)	340
REGION***	Flandre	32,1	(27,4-36,7)	31,9	(27,4-36,4)	603
	Wallonie	34,1	(28,5-39,7)	34,3	(28,7-39,9)	378
TOTAL		32,8	(29,4-36,3)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Pourcentage d'enfants (de 3 à 9 ans) autorisés à ajouter du sel dans leur assiette, Belgique, 2014

SI_5		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	14,0	(10,4-17,6)	13,7	(10,2-17,1)	548
	Femmes	14,0	(10,4-17,5)	13,7	(10,3-17,1)	515
AGE	3 - 5	6,1	(3,6-8,7)	6,1	(3,6-8,7)	488
	6 - 9	19,5	(15,7-23,4)	19,5	(15,7-23,4)	575
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	14,4	(10,5-18,3)	14,1	(10,3-17,9)	374
	Supérieur de type court	14,7	(9,7-19,6)	14,2	(9,5-18,8)	331
	Supérieur de type long	13,7	(9,1-18,3)	13,7	(9,2-18,2)	340
REGION***	Flandre	12,9	(9,7-16,0)	12,7	(9,6-15,8)	603
	Wallonie	12,8	(8,7-16,9)	12,3	(8,4-16,2)	378
TOTAL		14,0	(11,4-16,5)			1063

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Distribution de la population (de 18 à 64 ans) selon l'utilisation de sel lors de la préparation des repas et/ou à table, Belgique, 2014

SI_7		Pendant la préparation et à table	Pendant la préparation seulement	A table seulement	Jamais	N
SEXE	Hommes	38,4	41,4	4,9	15,4	615
	Femmes	28,1	57,8	4,5	9,6	655
AGE	18 - 34	37,5	47,7	3,7	11,1	488
	35 - 50	37,7	47,5	4,3	10,4	426
	51 - 64	23,3	54,0	6,1	16,6	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	31,6	50,9	5,3	12,3	571
	Supérieur de type court	32,6	53,2	3,8	10,5	355
	Supérieur de type long	36,8	43,2	5,0	15,0	329
REGION*	Flandre	29,3	48,6	6,5	15,6	734
	Wallonie	40,7	50,6	2,2	6,5	438
TOTAL		33,3	49,5	4,7	12,5	1270

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 7 | Pourcentage de la population (de 3 à 64 ans) qui utilise du sel iodé, Belgique, 2014

SI_6		Taux brut* (%)	IC 95% brut	Taux stand**	IC 95% stand	N
SEXE	Hommes	38,3	(33,9-42,6)	37,7	(33,6-41,9)	1201
	Femmes	34,3	(30,2-38,4)	33,9	(30,1-37,8)	1265
AGE	3 - 5	35,9	(30,5-41,3)	35,9	(30,5-41,3)	420
	6 - 9	37,9	(32,9-42,9)	37,9	(32,9-42,9)	502
	10 - 13	34,6	(27,3-41,9)	34,8	(27,5-42,2)	200
	14 - 17	31,1	(24,7-37,5)	31,1	(24,7-37,5)	251
	18 - 34	32,8	(26,8-38,8)	32,8	(26,9-38,8)	418
	35 - 50	39,5	(33,5-45,5)	39,5	(33,7-45,3)	379
	51 - 64	36,4	(29,8-43,0)	35,9	(29,2-42,5)	296
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	31,8	(27,4-36,2)	31,6	(27,5-35,6)	1000
	Supérieur de type court	35,4	(29,9-40,9)	34,9	(29,8-40,0)	727
	Supérieur de type long	44,2	(38,2-50,3)	43,6	(37,7-49,4)	693
REGION***	Flandre	33,7	(29,9-37,4)	33,4	(29,8-36,9)	1371
	Wallonie	41,6	(36,3-46,9)	40,8	(35,8-45,7)	895
TOTAL		36,2	(33,2-39,2)			2466

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Vandevijvere S. Sodium reduction and the correction of iodine intake in Belgium: policy options. *Arch Public Health* 2012;70(10).
- (2) WHO. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization (WHO); 2012.
- (3) Hoge Gezondheidsraad. Voedingsaanbevelingen voor België. Herziening 2009, nr. 8309. Brussel: Hoge Gezondheidsraad; 2009.
- (4) HGR, Wetenschappelijk comité FAVV. Herformulering van levensmiddelen - zoutreductie. 2012. Report No.: Sci Com 2010/09 - HGR 8663.
- (5) Vandevijvere S, De Keyzer W, Chapelle JP, Jeanne D, Mouillet G, Huybrechts i, et al. Estimate of total salt intake in two regions of Belgium through analysis of sodium in 24-h urine samples. *Eur J Clin Nutr* 2010 Nov;64(11):1260-5.
- (6) Gudrun K, Paulussen M, Van de Mierop E, De Wolf MC, Godderis L, Uytterhoeven M, et al. Estimation of salt intake by the Belgian population through analysis of sodium in 24-hour urine samples. 2015. Report No.: 2015/MRG/R/0208.
- (7) Vandevijvere S, Lin Y, Moreno-Reyes R, Huybrechts i. Simulation of total dietary iodine intake in Flemish preschool children. *Br J Nutr* 2012 Aug;108(3):527-35.
- (8) Hoge Gezondheidsraad. Voedingsaanbevelingen voor België - Partim I: vitamines en sporenelementen. Brussel: HGR; 2015.
- (9) Vandevijvere S, Mourri AB, Amsalkhir S, Avni F, Van Oyen H, Moreno-Reyes R. Fortification of bread with iodized salt corrected iodine deficiency in school-aged children, but not in their mothers: a national cross-sectional survey in Belgium. *Thyroid* 2012 Oct;22(10):1046-53.
- (10) Vandevijvere S, Van Oyen H. Sodium intake in the Belgian population. Research limitations and policy implications. *Arch Public Health* 2008;66:187-95.
- (11) He FJ, Marrero NM, Macgregor GA. Salt and blood pressure in children and adolescents. *J Hum Hypertens* 2008 Jan;22(1):4-11.
- (12) Chen X, Wang Y. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. *Circulation* 2008 Jun 24;117(25):3171-80.
- (13) Ma Y, He FJ, Macgregor GA. High Salt Intake: Independent Risk Factor for Obesity? *Hypertension* 2015 Aug 3.
- (14) He FJ, Marrero NM, Macgregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension* 2008 Mar;51(3):629-34.
- (15) Hoge Gezondheidsraad. Strategieën om de jodiuminname in België te verhogen. 2014 Jul. Report No.: nr. 8913.

OPINION VIS-À-VIS DES POLITIQUES NUTRITIONNELLES ET DES OGM

AUTEUR

Eveline TEPPERS

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Teppers E. Opinion vis-à-vis des politiques nutritionnelles et des OGM. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	361
1. Introduction	362
1.1. Politique nutritionnelle	362
1.1.1. Stratégies en matière de politique nutritionnelle	362
1.1.2. Opinion publique sur la politique nutritionnelle en Belgique et en Europe	363
1.2. Organismes génétiquement modifiés (OGM)	363
1.2.1. Opinion publique sur les OGM en Belgique et en Europe	363
2. Instruments	365
2.1. Questions	365
2.1.1. Opinion publique sur la politique nutritionnelle	365
2.1.2. Opinion publique sur les organismes génétiquement modifiés	365
2.2. Indicateurs	366
2.2.1. Opinion publique sur la politique nutritionnelle	366
2.2.2. Opinion publique sur les organismes génétiquement modifiés	367
3. Résultats	368
3.1. Opinion publique sur la politique nutritionnelle	368
3.1.1. Mesures politiques pour un choix informé	368
3.1.2. Mesures fiscales	371
3.1.3. Reformulation des aliments	375
3.2. Opinion publique sur les organismes génétiquement modifiés	377
3.2.1. Impact des OGM sur la santé	377
3.2.2. Étiquetage clair des OGM	378
3.2.3. Informations détaillées sur les OGM	379
4. Discussion	381
4.1. Opinion publique sur la politique nutritionnelle	381
4.2. Opinion publique sur les organismes génétiquement modifiés	382
5. Tableaux	384
6. Bibliographie	396

RÉSUMÉ

Ce chapitre s'intéresse à l'opinion de la population (de 18 à 64 ans) sur différentes mesures politiques destinées à améliorer la situation nutritionnelle en Belgique. Lorsqu'une politique nutritionnelle est bien acceptée par l'opinion publique, les initiatives mises en place ont plus de chance de porter leurs fruits. Par ailleurs, étant donnée l'utilisation des OGM à relativement grande échelle dans l'alimentation animale, il est également important de vérifier l'opinion de la population en la matière.

Les résultats concernant les mesures de politique nutritionnelle révèlent qu'en 2014, 95 % de la population belge âgée de 18 à 64 ans est en faveur d'une éducation à l'alimentation à l'école, 83 % de la population est d'accord avec les campagnes visant à informer la population des risques liés à une mauvaise alimentation et 64 % avec la régulation des publicités alimentaires adressées aux enfants. Les initiatives visant à soutenir un choix informé de la population sont donc généralement bien accueillies.

En Belgique, en 2014, 78 % de la population adulte se déclare en faveur d'une collaboration plus soutenue avec les entreprises agro-alimentaires et 78 % est favorable à l'imposition de restrictions à ces entreprises pour certains ingrédients. La population est donc également ouverte à des reformulations du contenu des produits alimentaires en vue d'une amélioration de leur qualité nutritionnelle.

Seulement 47 % de la population adulte est d'accord avec le prélèvement de taxes sur les produits alimentaires ayant un impact négatif pour la santé et 57 % accepte l'adaptation des tarifs de la TVA selon le type d'aliments (sains et mauvais pour la santé). En outre, 74 % de la population se déclare en faveur du subventionnement des fruits et légumes. En conclusion, une promotion directe des aliments sains semble mieux acceptée par la population qu'une répression directe des aliments ayant un impact négatif sur la santé.

Les femmes sont plus ouvertes que les hommes à certaines politiques nutritionnelles, à savoir la régulation des publicités alimentaires, les subventions des aliments sains et la reformulation du contenu nutritionnel des produits transformés.

Les adultes plus âgés (de 51 à 64 ans) sont plus ouverts que leurs homologues plus jeunes (de 18 à 50 ans) au prélèvement de taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé, à l'adaptation des tarifs TVA et à l'imposition de restrictions aux entreprises alimentaires.

Les personnes ayant un niveau d'éducation relativement faible sont moins ouvertes à la régulation des publicités dans le domaine de l'alimentation, aux campagnes d'information et au prélèvement de taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé. Celles-ci sont, par contre, davantage en faveur du subventionnement des aliments sains.

Les personnes résidant en Flandre sont plus ouvertes à l'adaptation des tarifs TVA que celles qui résident en Wallonie ; inversement les personnes domiciliées en Wallonie sont plus ouvertes à l'imposition de restrictions aux entreprises alimentaires que celles résidant en Flandre.

En comparaison aux personnes ayant un IMC normal, les personnes obèses se déclarent moins fréquemment en faveur de la régulation des publicités alimentaires, du prélèvement de taxes sur les aliments mauvais pour la santé et de l'adaptation des tarifs TVA ; celles-ci sont, à l'inverse, davantage favorables au subventionnement des aliments sains. Le subventionnement des produits alimentaires sains (à savoir les fruits et légumes) semble donc être bien accepté par l'ensemble de la population belge mais aussi par les personnes avec un faible niveau d'éducation et les personnes obèses.

En Belgique, en 2014, 80 % de la population estime que les autorités doivent fournir plus d'informations sur l'utilisation des OGM dans l'alimentation. En effet, 53 % de la population déclare posséder trop peu de connaissances relatives aux OGM, dont une majorité de personnes avec un faible niveau d'éducation, de jeunes adultes (de 18 à 34 ans) et de personnes résidant en Flandre.

Enfin, 79 % de la population estime que pour les produits alimentaires qui proviennent d'animaux nourris avec des OGM, il est nécessaire qu'il y soit fait clairement référence sur l'emballage. Les femmes, les personnes en surpoids et les personnes qui résident en Wallonie manifestent un besoin plus élevé d'étiquetage clair. En outre, à peine 15 % de la population est convaincu de la sécurité des OGM pour la santé publique (dont plus d'hommes et de personnes résidant en Flandre). De tels résultats soulignent que les OGM jouissent d'une image plutôt négative en Belgique.

1. INTRODUCTION

L'élaboration de politiques nutritionnelles adaptées aux besoins de la population est essentielle afin d'améliorer la santé publique (1). Une alimentation inappropriée peut être à la source de diverses pathologies telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les troubles cérébrovasculaires. Ces pathologies ont un impact négatif non seulement sur les individus concernés, mais également sur la société. Elles mènent, en effet, à une perte de productivité économique et à une augmentation des dépenses de soins de santé. Dans ce contexte, il n'est donc pas surprenant qu'une alimentation saine constitue une préoccupation importante pour les autorités de santé publique, au niveau national. Il s'avère, en effet, essentiel de mettre en place des mesures politiques visant à améliorer le comportement alimentaire des citoyens.

Les chances de réussite d'une politique de santé sont plus élevées lorsque la population y adhère. Certaines questions posées dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avaient donc pour objectif de connaître l'opinion de la population au sujet de différentes mesures en matière de politique nutritionnelle, de même qu'au sujet de l'utilisation d'organismes génétiquement modifiés (OGM) dans l'alimentation. Une attitude positive de la part de la population constituerait, en effet, un important facteur de succès de ces différentes initiatives.

1.1. POLITIQUE NUTRITIONNELLE

Certaines mesures ont déjà été adoptées aux niveaux mondial, européen et national afin d'éviter les maladies et pathologies chroniques directement liées à une mauvaise alimentation et à un manque d'activité physique. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élaboré une stratégie globale en matière d'approvisionnement alimentaire, d'activité physique et de santé (2). La Direction générale Santé et Sécurité Alimentaire (l'ancienne DG Santé et Protection des consommateurs ; DG SANCO) de la Commission européenne a également mis sur pied un réseau d'instances nationales au sujet de l'alimentation et de l'activité physique¹.

En Belgique, le Plan National Nutrition Santé (PNNS) a été lancé en 2005 pour veiller à ce que la population belge puisse profiter d'actions nationales concrètes, visibles et coordonnées visant à réduire le risque de maladies, à optimiser l'état de santé et à améliorer la qualité de vie de chacun par le biais d'habitudes alimentaires saines et d'une activité physique accrue (3).

1.1.1. Stratégies en matière de politique nutritionnelle

Selon Capacci et al. (4), deux grandes catégories de stratégies en matière de politique nutritionnelle doivent être distinguées dans le système de classification politique :

- La première catégorie met l'accent sur le soutien d'un choix informé de la population par l'apport ou le contrôle des informations fournies et par l'éducation. Il s'agit, par exemple, de campagnes d'information autour de l'alimentation (avec un accent mis sur la consommation de fruits et légumes), d'une éducation à l'alimentation à l'école, d'un étiquetage des produits alimentaires et d'une régulation des publicités dans le domaine de l'alimentation.
- La seconde catégorie met l'accent sur le changement de la politique commerciale sur le marché en adaptant les prix des aliments et/ou l'offre alimentaire. Cette politique stratégique influence donc le choix du consommateur soit en améliorant la disponibilité des aliments sains (généralement, les fruits et légumes) et en limitant la disponibilité des aliments ayant un impact négatif sur la santé (par exemple, l'interdiction des acides gras trans artificiels ou la diminution de la teneur en sel dans les produits alimentaires transformés), soit en modifiant les prix des aliments au moyen de taxes et de subventions. Il s'agit, par exemple, de mesures limitant la disponibilité de certains produits pour les groupes à risque, d'une régulation de l'approvisionnement alimentaire à l'école et sur le lieu de travail ainsi que d'une reformulation combinée des mesures alimentaires et fiscales en imposant les aliments ayant un impact négatif sur la santé (taxe sur la graisse ou le sucre) ou en subventionnant les aliments sains.

¹ http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/

1.1.2. Opinion publique sur la politique nutritionnelle en Belgique et en Europe

L'Union européenne et la Belgique ont principalement recours à des stratégies politiques qui s'inscrivent dans la première des catégories présentées ci-dessus (5). Des campagnes d'information sont régulièrement mises en œuvre afin de renforcer les connaissances générales de la population et d'encourager ainsi un comportement alimentaire sain. Toutefois, certains économistes et chercheurs dans le domaine de la santé sont convaincus que des mesures plus directes ont davantage d'impact sur le comportement alimentaire et sur la santé de la population. Cependant, un changement de l'environnement en termes de marché étant ressenti comme plus direct et plus intrusif que des campagnes d'information, ces interventions sont généralement critiquées et moins bien acceptées par le grand public (alors que des mesures similaires concernant l'alcool et le tabac sont bien connues et acceptées).

L'opinion publique en Belgique et dans d'autres États membres européens est en grande partie opposée aux mesures fiscales en raison de considérations socio-économiques. Les mesures fiscales (à la fois les taxes et les subventions) seraient, en effet, défavorables aux groupes à bas revenus car ces derniers ont tendance à consommer des produits alimentaires moins sains. Néanmoins, une étude scientifique a déjà démontré que les avantages en termes de santé offerts par ces mesures fiscales sont les plus élevés pour les groupes à bas revenus (6-8). De telles mesures fiscales ont été appliquées récemment avec plus ou moins de succès dans différents pays européens (notamment au Danemark, en Finlande, en France et en Hongrie) ; les effets à long terme de ces mesures doivent encore être analysés.

1.2. ORGANISMES GÉNÉTIQUEMENT MODIFIÉS (OGM)

Un organisme génétiquement modifié (OGM) est un organisme dont le matériel génétique ou l'expression du matériel génétique ont été altérés d'une façon qui s'avère impossible lors d'une multiplication ou d'une recombinaison naturelle. Par le biais de techniques de l'ADN recombinant ou de techniques de recombinaison, il est, en effet, possible d'échanger du matériel génétique entre différents organismes vivants. Cette biotechnologie moderne peut aider à résoudre des problèmes mondiaux (tels que le manque de produits alimentaires et les carences en vitamines ou minéraux) et contribuer à ce que certains types de plante soient plus nourrissants ou résistent aux maladies, aux insectes et à certaines conditions climatiques (par exemple, une sécheresse ou un froid extrême).

Cette technologie génétique récente (développée dans les années 1970) est réglementée d'une façon stricte par les autorités belges. L'Union européenne a également élaboré différentes directives et règles relatives à la technique OGM. Avant sa commercialisation, un produit ou OGM doit être soumis à une procédure d'approbation qui permet d'évaluer attentivement son impact sur la sécurité de l'être humain, de l'animal et de l'environnement.

En Belgique, l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire (AFSCA) et le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement sont responsables du contrôle et du respect des directives établies en matière d'étiquetage et de traçabilité des OGM. Malgré l'existence d'une réglementation stricte, l'utilisation d'OGM dans l'alimentation, et l'association de cultures OGM à des méthodes de culture traditionnelles et biologiques, sont souvent vues avec suspicion.

1.2.1. Opinion publique sur les OGM en Belgique et en Europe

L'étude « Eurobaromètre » menée à grande échelle en 2010 (9) a révélé que la plupart des Européens n'attribuent aucun avantage aux OGM et les considèrent plutôt comme dangereux et même nocifs pour la santé. De 1996 à 2010, le soutien accordé aux OGM par la population européenne a affiché une forte tendance à la baisse. En outre, l'étude « Eurobaromètre » (9) indique que les variables démographiques « sexe » et « conviction spirituelle » influencent la façon dont une personne considère les OGM. En effet, les femmes et les personnes croyantes sont plus nombreuses à être opposées aux aliments génétiquement modifiés que les hommes et les non-croyants. En outre, les personnes qui affichent un statut socio-économique plus élevé et qui ont suivi une formation scientifique ont déjà discuté plus souvent des OGM avec d'autres personnes.

Une enquête relative aux connaissances et à l'avis de la population belge au sujet des OGM (10) a été organisée en 2001 par l'Université libre de Bruxelles. Il en ressort, en règle générale, que la grande majorité

de la population (80,2 %) a déjà entendu parler des OGM, dont un peu plus d'hommes, de personnes qui résident en Wallonie et de personnes qui affichent un statut socio-économique plus élevé.

De plus, cette même étude a montré que 63,2 % de la population belge se déclare en faveur de l'utilisation de la technique OGM pour l'alimentation animale, pour les produits alimentaires ou dans les deux cas lorsque cela s'avère nécessaire et qu'un équilibre est trouvé entre l'utilisation d'OGM et l'utilisation de plantes traitées aux pesticides.

Etant donné que des décisions en la matière doivent encore être prises au niveau européen, il est important de disposer de données plus récentes sur la perception publique des OGM en Belgique. Par conséquent, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a également cherché à étudier l'opinion de la population belge vis-à-vis des OGM.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

2.1.1. Opinion publique sur la politique nutritionnelle

Les questions ci-dessous visent à évaluer l'attitude de la population vis-à-vis de différentes mesures en matière de politique nutritionnelle. Aucune question relative à ce sujet n'avait été posée dans la précédente enquête de consommation alimentaire, menée en 2004 ; il n'est donc pas possible d'établir une comparaison entre les deux enquêtes. Toutefois, l'opinion publique sur la politique alimentaire en Belgique et dans d'autres pays européens avait été étudiée dans le cadre du projet EATWELL (5), mené entre avril 2009 et mars 2013. Les questions ci-dessous sont toutes issues du questionnaire du projet EATWELL.

Toutes les questions ont été posées oralement aux participants adultes (de 18 à 64 ans) lors de la première visite à domicile de l'enquêteur, au moyen d'une méthode d'interview assistée informatiquement (CAPI, « *Computer Assisted Personal Interview* »). Pour ces huit questions, les participants pouvaient choisir parmi les possibilités de réponse suivantes : (1) Pas d'accord du tout ; (2) Pas d'accord ; (3) Neutre ; (4) D'accord ; (5) Tout à fait d'accord ; (9) Ne sait pas ; (-1) Pas de réponse.

Les stratégies politiques suivantes ont été étudiées dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 :

- la régulation des publicités alimentaires adressées aux enfants (FP01) ;
- les campagnes d'information (FP02) ;
- l'éducation à l'alimentation à l'école (FP03) ;
- les mesures fiscales pour l'ensemble de la population (FP04, FP05 et FP08) ;
- la reformulation des produits alimentaires transformés (FP06 et FP07).

Les questions ont été formulées comme suit : « **Selon vous, le gouvernement a-t-il un rôle à jouer dans les situations ci-dessous ?** »

FP01	Interdire la publicité pour la « malbouffe » et les « fast-food » destinée aux enfants.
FP02	Dépenser de l'argent pour des campagnes de sensibilisation afin d'informer la population des risques liés à une mauvaise alimentation.
FP03	Enseigner à l'école les principes d'une alimentation saine aux enfants.
FP04	Taxer les aliments trop riches en sucre, en graisse et en sel et utiliser l'argent ainsi récolté pour promouvoir une alimentation plus saine.
FP05	Subsidier/subventionner la consommation de fruits et de légumes afin de promouvoir une alimentation plus saine.
FP06	Collaborer avec les industries agro-alimentaires afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments (moins de sel, moins de graisses, par exemple).
FP07	Imposer aux industries agro-alimentaires des limites pour certains ingrédients (sel ou graisse, notamment) afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments.
FP08	Diminuer la TVA pour les aliments sains et l'augmenter pour les aliments trop riches en sucre, en graisse et en sel.

2.1.2. Opinion publique sur les organismes génétiquement modifiés

Trois propositions concernant l'utilisation d'organismes génétiquement modifiés dans l'alimentation ont été exposées à chaque participant adulte (de 18 à 64 ans) afin d'étudier leur opinion à ce sujet. Ces trois

affirmations ont été tirées de la « Eurobarometer survey 73.1 Biotechnology » (9). Les points « FP10 » et « FP11 » ont, en outre, été ajoutés à la demande de l'AFSCA.

Ici aussi, les questions ont été posées oralement au moyen du système CAPI lors de la première visite à domicile de l'enquêteur. Les participants pouvaient choisir parmi les possibilités de réponse suivantes : (1) Pas d'accord ; (2) D'accord ; (3) Je ne sais pas/trop peu d'informations ; (4) Je ne comprends pas bien la question ; (-1) Pas de réponse.

Les questions ont été formulées comme suit : « Le terme Organisme Génétiquement Modifié (OGM) fait allusion à un organisme dont le patrimoine génétique a été altéré de manière non naturelle via la fertilisation et/ou une recombinaison naturelle (par exemple, le maïs ou le soja). Que pensez-vous des propositions suivantes à propos de l'utilisation de plantes génétiquement modifiées dans l'alimentation? »

- FP09** Les plantes génétiquement modifiées sont sûres pour ma santé et celle de ma famille.
- FP10** Si du lait, des œufs, de la viande ou d'autres produits d'origines animales proviennent d'animaux nourris avec des OGM, alors cela devrait être clairement mentionné sur l'emballage de ces produits.
- FP11** Le gouvernement doit fournir plus d'information à propos de l'utilisation des OGM dans l'alimentation (par exemple, *via* un site Web).

2.2. INDICATEURS

2.2.1. Opinion publique sur la politique nutritionnelle

Huit indicateurs ont été créés sur base des réponses des participants adultes aux questions présentées dans la Section 2.1.1. Chacun de ces indicateurs comporte quatre catégories de réponse :

- Les deux possibilités de réponse « Pas d'accord du tout » et « Pas d'accord » ont été regroupées en une catégorie « Pas d'accord » ;
- La possibilité de réponse « Neutre » a été conservée ;
- Les deux possibilités de réponse « D'accord » et « Tout à fait d'accord » ont été regroupées en une catégorie « D'accord » ;
- Les deux possibilités de réponse « Ne sait pas » et « Pas de réponse » ont été regroupées en une catégorie « Ne sait pas » ; celle-ci n'a cependant pas fait l'objet d'une analyse détaillée.

- FP01_1** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en interdisant la publicité pour la « malbouffe » et les « fast-food » destinée aux enfants.
- FP02_2** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en investissant dans des campagnes de sensibilisation afin d'informer la population sur les risques liés à une mauvaise alimentation.
- FP03_3** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle afin d'enseigner à l'école les principes d'une alimentation saine aux enfants.
- FP04_4** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en prélevant des taxes sur les aliments trop riches en sucre, en graisse et en sel et utilisant l'argent ainsi récolté pour promouvoir une alimentation plus saine.
- FP05_5** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en subventionnant la consommation de fruits et de légumes afin de promouvoir une alimentation plus saine.

- FP06_6** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en collaborant avec les industries agro-alimentaires afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments (moins de sel ou moins de graisses, par exemple).
- FP07_7** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en imposant aux industries agro-alimentaires des limites pour certains ingrédients (par exemple, le sel ou les graisses) afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments.
- FP08_8** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en diminuant les taux de TVA pour les aliments sains et en augmentant ces taux pour les aliments trop riches en sucre, en graisse ou en sel.

2.2.2. Opinion publique sur les organismes génétiquement modifiés

Trois indicateurs ont été créés sur base des réponses aux questions présentées dans la Section 2.1.2. Chacun de ces indicateurs comporte quatre catégories de réponse. Les possibilités de réponse « Pas d'accord », « D'accord » et « Pas de réponse » ont été conservées telles quelles. Les possibilités de réponse « Je ne comprends pas bien la question » et « Je ne sais pas/trop peu d'informations » ont été regroupées en une catégorie « Pas de connaissances préalables ».

- FP09_9** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les plantes génétiquement modifiées sont sûres pour leur santé et celle de leur famille.
- FP10_10** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que si du lait, des œufs, de la viande ou d'autres produits d'origines animales proviennent d'animaux nourris avec des OGM, cela devrait être clairement mentionné sur l'emballage de ces produits.
- FP11_11** Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que le gouvernement doit fournir plus d'information à propos de l'utilisation des OGM dans l'alimentation (par exemple, via un site Web).

3. RÉSULTATS

3.1. OPINION PUBLIQUE SUR LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE

3.1.1. Mesures politiques pour un choix informé

Régulation des publicités alimentaires adressées aux enfants

En Belgique, en 2014, 64,4 % des adultes (de 18 à 64 ans) se déclarent en faveur d'une intervention visant à interdire les publicités pour la « malbouffe » et les « fast-food » destinée aux enfants. 15,9 % des adultes adoptent une position neutre et 19,7 % ne sont pas d'accord avec cette mesure.

Chez les hommes, 60,6 % sont d'accord, 16,5 % adoptent une position neutre et les 22,9 % restants ne sont pas d'accord. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent à 68,2 %, 15,2 % et 16,6 % respectivement. Les différences en fonction du sexe sont significatives après standardisation pour l'âge : les femmes sont plus disposées à accepter la régulation des publicités alimentaires que les hommes (OR 1,54 ; IC 95 % 1,09-2,20).

Le niveau d'éducation est également lié à l'attitude de la population vis-à-vis de cette mesure politique. Les adultes diplômés de l'enseignement supérieur de type long sont plus nombreux (73,5 %) à être d'accord avec la régulation des publicités alimentaires que les adultes n'étant pas diplômés de l'enseignement supérieur (58,4 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,77 ; IC 95 % 1,11-2,82).

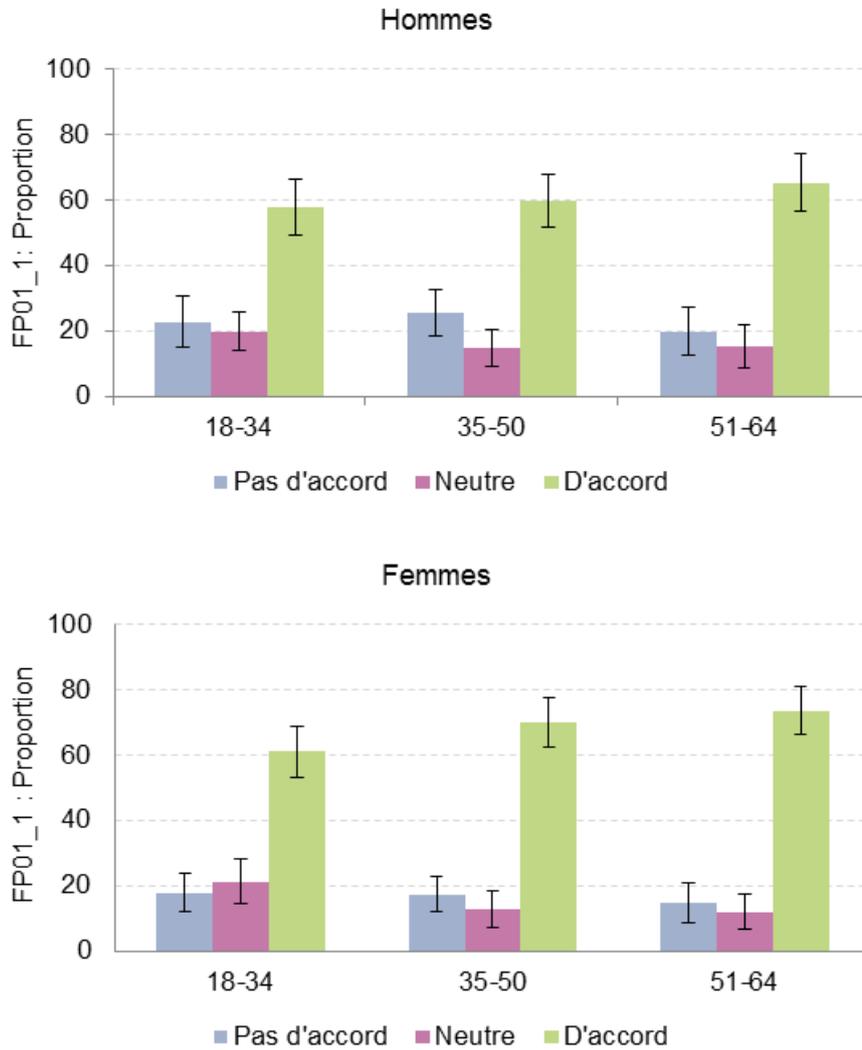
Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction de l'âge, ni de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre²).

Enfin, il existe une relation entre l'indice de masse corporelle (IMC³) et l'attitude de la population vis-à-vis de la régulation des publicités alimentaires destinées aux enfants. En effet, les adultes ayant un IMC considéré comme normal sont davantage disposés à accepter cette mesure (69,1 %) que les adultes obèses (53,5 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,87 ; IC 95 % 1,13-3,08).

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

³ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

Figure 1 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en interdisant la publicité pour la malbouffe et les «fast-foods» ciblant les enfants, par sexe et par âge, Belgique, 2014

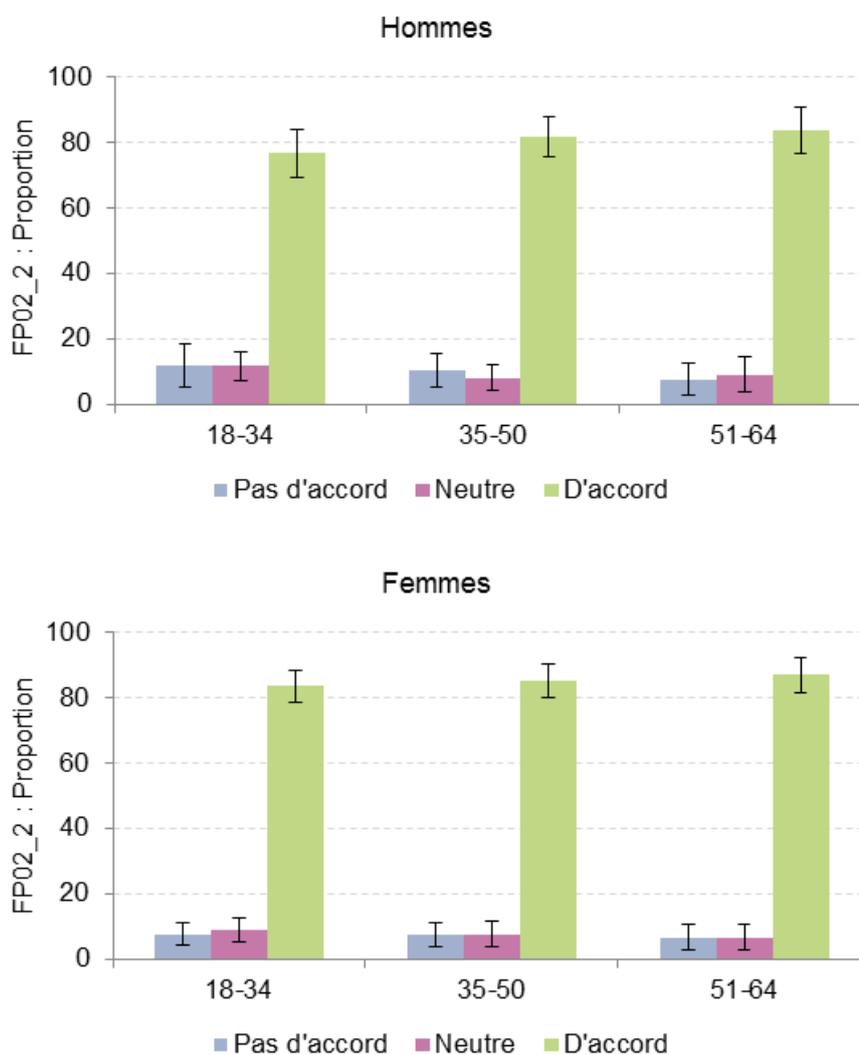


Campagnes d'information

En Belgique, en 2014, 82,8 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) se déclare en faveur de la mise en place de campagnes d'information de la population concernant les risques liés à une mauvaise alimentation en matière de santé. 8,6 % de la population adopte une position neutre à ce sujet et 8,6 % n'est pas d'accord avec cette mesure.

Aucune différence significative n'a été observée à ce sujet en fonction du genre, de l'âge et de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre). Une relation existe, par contre, avec le niveau d'éducation : ainsi, plus le niveau d'éducation est élevé, plus l'attitude de la population adulte vis-à-vis des campagnes d'information s'avère positive. Les adultes diplômés de l'enseignement supérieur de type court (86,0 %) (OR 2,44 ; IC 95 % 1,38-4,32) et ceux diplômés de l'enseignement supérieur de type long (89,7 %) (OR 3,93 ; IC 95 % 1,71-9,02) sont, en effet, plus nombreux à être d'accord avec cette mesure que les adultes n'étant pas titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur (76,1 %). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 2 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en investissant dans des campagnes de sensibilisation afin d'informer la population sur les risques liés à une mauvaise alimentation, par sexe et par âge, Belgique, 2014

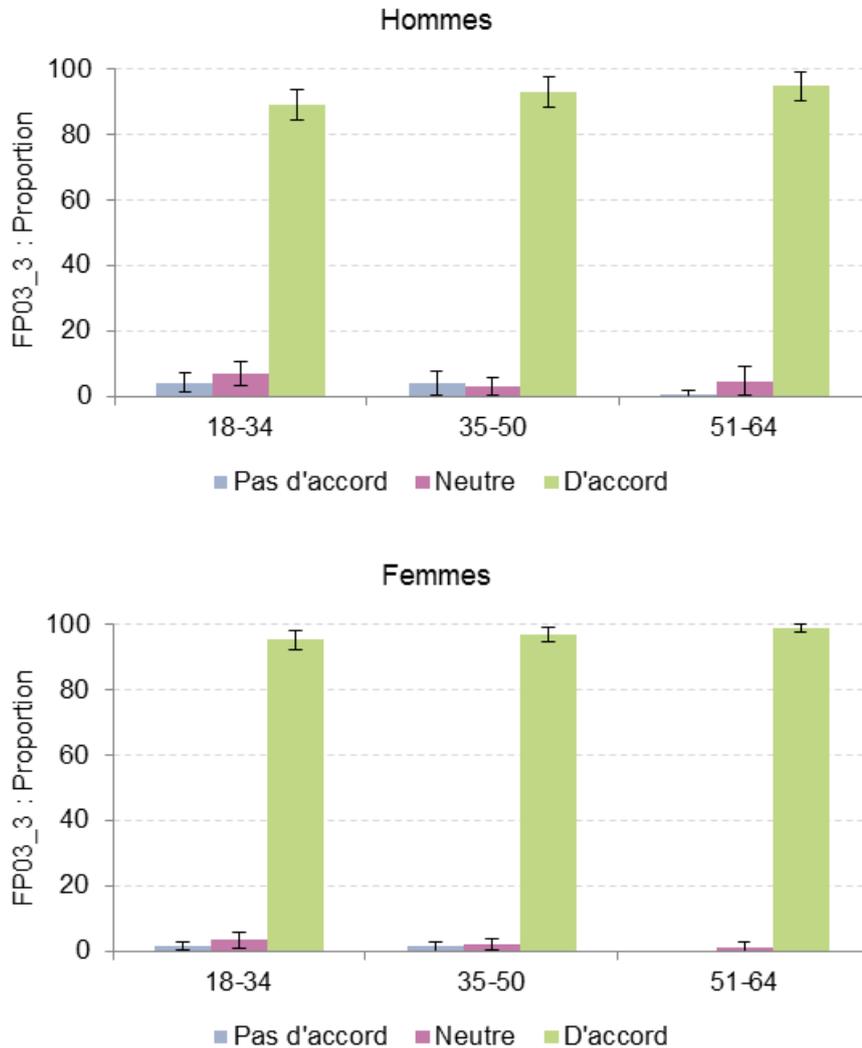


Éducation à l'alimentation à l'école

En Belgique, en 2014, 94,5 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) est en faveur d'une mesure politique visant à mettre en place une éducation à l'alimentation à l'école. 3,4 % de la population adopte une position neutre vis-à-vis de cette mesure et 2 % n'est pas d'accord avec celle-ci.

Chez les hommes, 92,2 % sont d'accord, 4,7 % adoptent une position neutre et les 3,1 % restants ne sont pas d'accord. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent à 96,9 %, 2,1 % et 1,0 %, respectivement. Les différences en fonction du sexe sont significatives après standardisation pour l'âge : les femmes sont plus nombreuses à être en faveur d'une éducation à l'alimentation à l'école (OR 3,35 ; IC 95 % 1,34-8,37). L'attitude de la population vis-à-vis de cette mesure politique ne semble pas être fortement influencée par l'âge, le niveau d'éducation ni la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

Figure 3 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle afin d’enseigner à l’école les principes d’une alimentation saine aux enfants, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.1.2. Mesures fiscales

Taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé

Les avis sont plutôt partagés en ce qui concerne la mesure consistant à prélever des taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé (autrement dit les produits alimentaires qui contiennent trop de sucre, de graisse ou de sel) et à utiliser ces recettes pour promouvoir une alimentation plus saine. En Belgique, en 2014, 46,9 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) est d'accord avec ce genre de mesure, 23,2 % reste neutre et 29,9 % n'est pas d'accord.

On n'observe pas ici de différences significatives entre les hommes et les femmes. Les opinions varient, par contre, en fonction de l'âge des personnes interrogées : les adultes âgés de 51 à 64 ans sont plus nombreux (57,1 %) à accepter cette mesure que les adultes âgés de 18 à 34 ans (41,1 %) (OR 1,94 ; IC 95 % 1,29-2,92) et que ceux âgés de 35 à 50 ans (43,6 %) (OR 1,75 ; IC 95 % 1,16-2,64). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

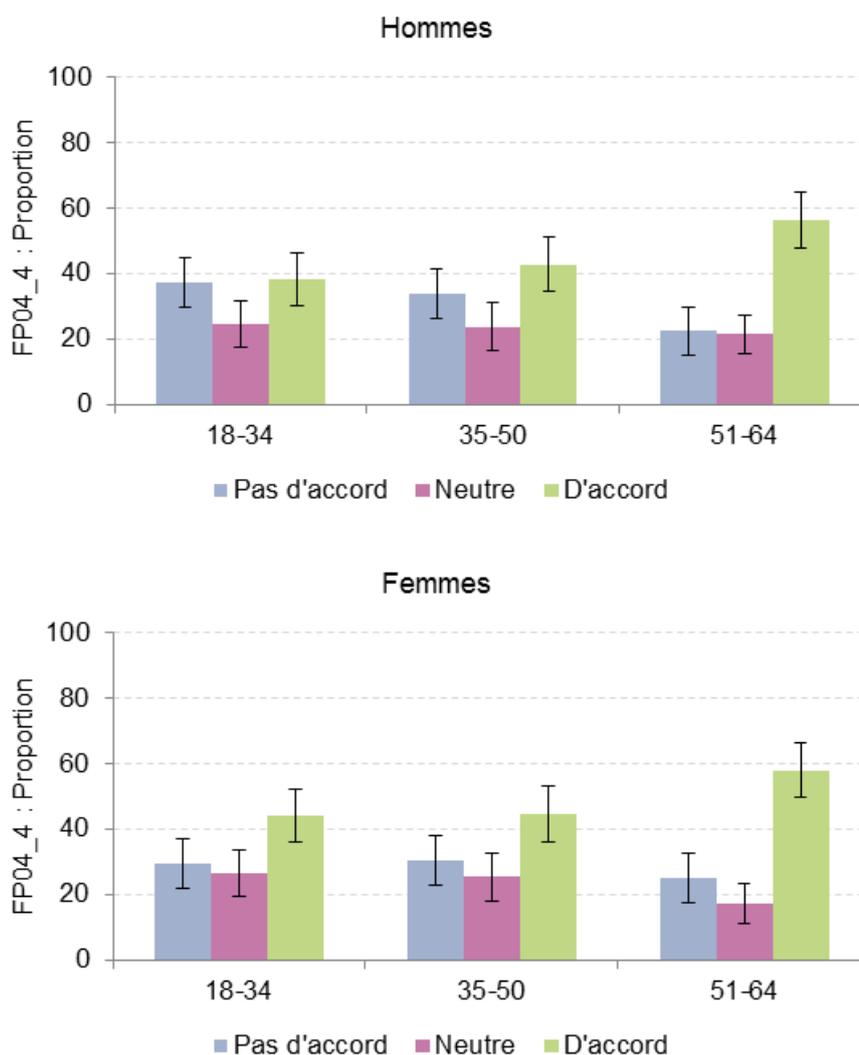
Le niveau d'éducation influence également l'attitude de la population vis-à-vis du prélèvement de taxes sur les aliments mauvais pour la santé. Les individus diplômés de l'enseignement supérieur de type long sont plus nombreux (50,7 %) à être d'accord avec cette mesure que les individus n'étant pas titulaires d'un

diplôme de l'enseignement supérieur (43,0 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,60 ; IC 95 % 1,06-2,40).

Aucune différence significative n'apparaît, par contre, à ce sujet entre la Wallonie et la Flandre.

Enfin, les résultats varient en fonction de l'IMC : ainsi, les personnes ayant un IMC normal sont davantage en faveur du prélèvement de taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé (50,3 %) que les personnes souffrant d'obésité (39,5 %). Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,95 ; IC 95 % 1,23-3,10).

Figure 4 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en prélevant des taxes sur les aliments trop riches en sucre, en graisse ou en sel et en utilisant l'argent ainsi récolté pour promouvoir une alimentation plus saine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Subventions des fruits et légumes

En Belgique, en 2014, 74,4 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) se déclare en faveur du subventionnement de la consommation de fruits et légumes par les autorités. 11,7 % de la population adopte une position neutre en la matière et 13,8 % n'est pas d'accord avec cette mesure.

Chez les hommes, 69,7 % sont d'accord, 13,7 % restent neutres et les 16,5 % restants ne sont pas d'accord. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent à 79,2 %, 9,7 % et 11,1 % respectivement. Les différences en fonction du sexe sont significatives après standardisation pour l'âge : les femmes sont ainsi plus nom-

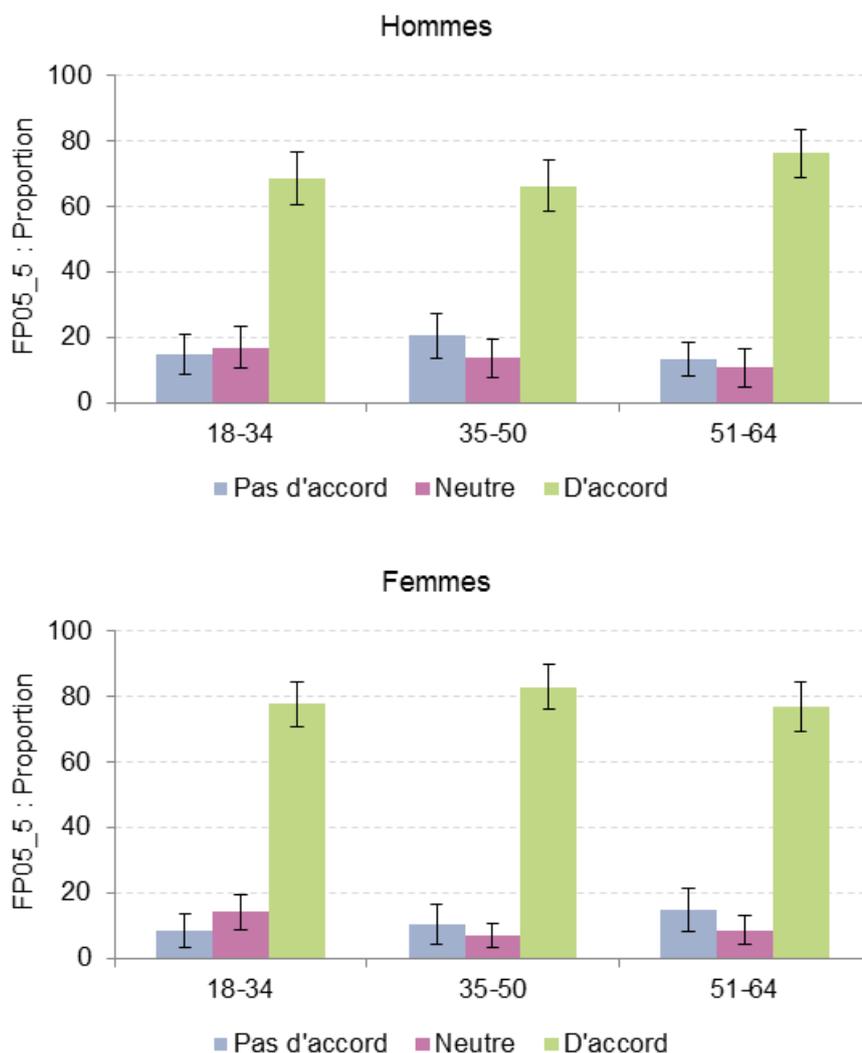
breuses à accepter le subventionnement de la consommation de fruits et légumes que les hommes (OR 1,69 ; IC 95 % 1,09-2,62).

Il existe également une relation entre cette mesure et le niveau d'éducation. En effet, plus le niveau d'éducation diminue, plus l'attitude vis-à-vis du subventionnement des aliments sains s'avère positive. Plus concrètement, les personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible sont plus nombreuses à être d'accord avec cette mesure (81,1 %) que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (74,2 %) (OR 1,73 ; IC 95 % 1,01-2,98) ou long (64,3 %) (OR 3,37 ; IC 95 % 1,98-5,75). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Aucune différence significative n'a, par contre, été observée à ce sujet en fonction de l'âge ou de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

Enfin, l'IMC est également lié à l'attitude de la population vis-à-vis du subventionnement de la consommation de fruits et légumes. En comparaison aux personnes ayant un IMC normal (71,4 %), les personnes en situation de surpoids (76,7 %) (OR 1,71 ; IC 95 % 1,07-2,75) et celles souffrant d'obésité (77,9 %) (OR 2,30 ; IC 95 % 1,30-4,08) s'avèrent davantage favorables au subventionnement des aliments sains. Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 5 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en subventionnant la consommation de fruits et de légumes afin de promouvoir une alimentation plus saine, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Adaptation des taux de TVA

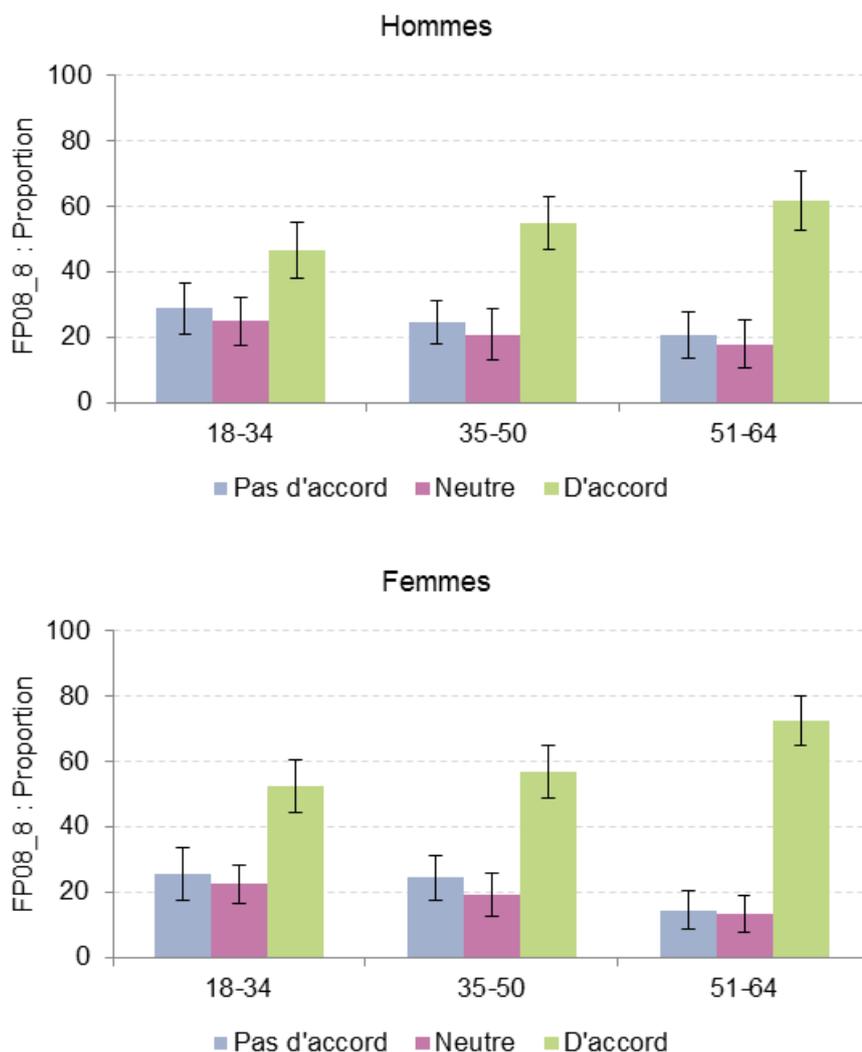
En Belgique, en 2014, 57,2 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) se déclare en faveur de la diminution des taux de TVA pour les produits alimentaires sains et de l'augmentation des taux de TVA pour les aliments trop riches en sucre, graisse ou sel. 19,8 % de la population reste neutre à ce sujet et 23,1 % n'est pas d'accord avec ces mesures.

Ces pourcentages s'avèrent relativement identiques chez les hommes et les femmes. Ils diffèrent, par contre, significativement en fonction de l'âge. Ainsi, la catégorie d'âge 51-64 ans est davantage en faveur de telles mesure (67,3 %) que la catégorie d'âge 18-34 ans (49,3 %) (OR 2,13 ; IC 95 % 1,37-3,32) et 35-50 ans (55,7 %) (OR 1,69 ; IC 95 % 1,10-2,58). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation pour le sexe.

Les personnes résidant en Wallonie sont moins nombreuses (52,6 %) à être d'accord avec l'adaptation des taux de TVA que les personnes résidant en Flandre (58,8 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 0,66 ; IC 95 % 0,46-0,95).

Enfin, les personnes ayant un IMC considéré comme normal sont davantage disposées (58,9 %) à accepter une adaptation des taux de TVA que les personnes souffrant d'obésité (50,6 %) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,90 ; IC 95 % 1,18-6,06).

Figure 6 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en diminuant les taux de TVA pour les aliments sains et augmentant ces taux pour les aliments trop riches en sucre, en graisse ou en sel, par sexe et par âge, Belgique, 2014



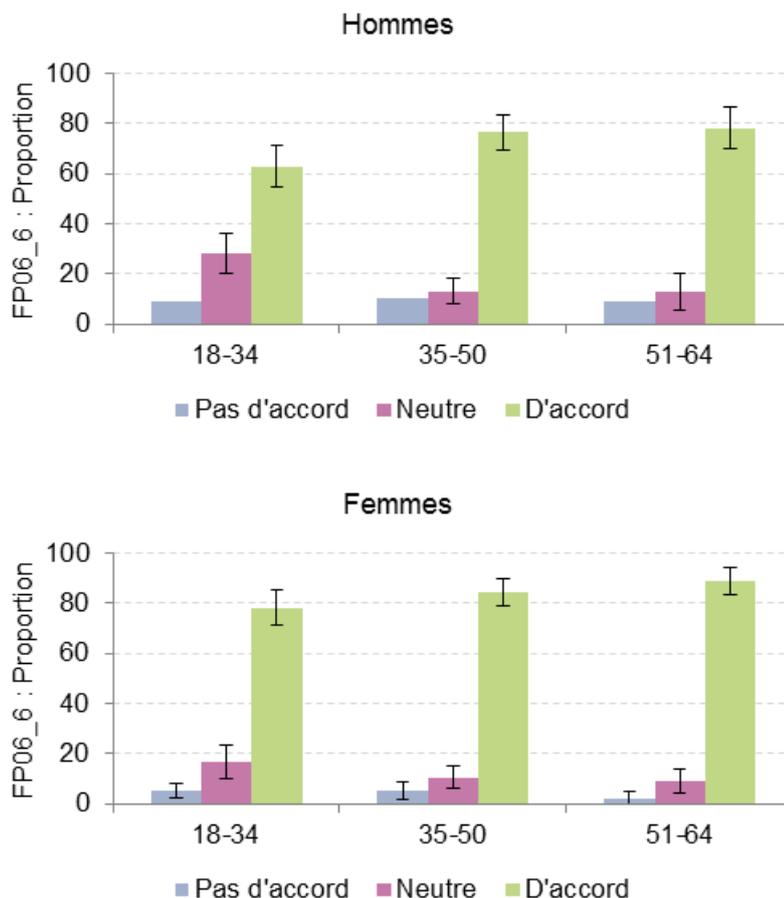
3.1.3. Reformulation des aliments

Collaboration avec les entreprises alimentaires

En Belgique, en 2014, 78,1 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) se déclare en faveur d'une mesure politique visant à collaborer avec les entreprises alimentaires en vue d'améliorer le contenu nutritionnel des produits alimentaires transformés. 15,0 % de la population adopte une position neutre à ce sujet et 6,9 % n'est pas d'accord avec cette mesure.

72,4 % des hommes sont d'accord avec ce type de politique, 17,9 % restent neutres et les 9,7 % restants ne sont pas d'accord. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent à 83,8 %, 12 % et 4,2 % respectivement. La différence hommes-femmes s'avère significative après standardisation pour l'âge : les femmes sont ainsi plus nombreuses à accepter une telle mesure que les hommes (OR 2,65 ; IC 95 % 1,52-4,62). Il n'existe, par contre, pas de différence significative à ce sujet en fonction de l'âge, du niveau d'éducation ou de la région de résidence.

Figure 7 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en collaborant avec les industries agro-alimentaires afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments (par exemple, moins de sel ou moins de graisses), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Restrictions pour les entreprises alimentaires

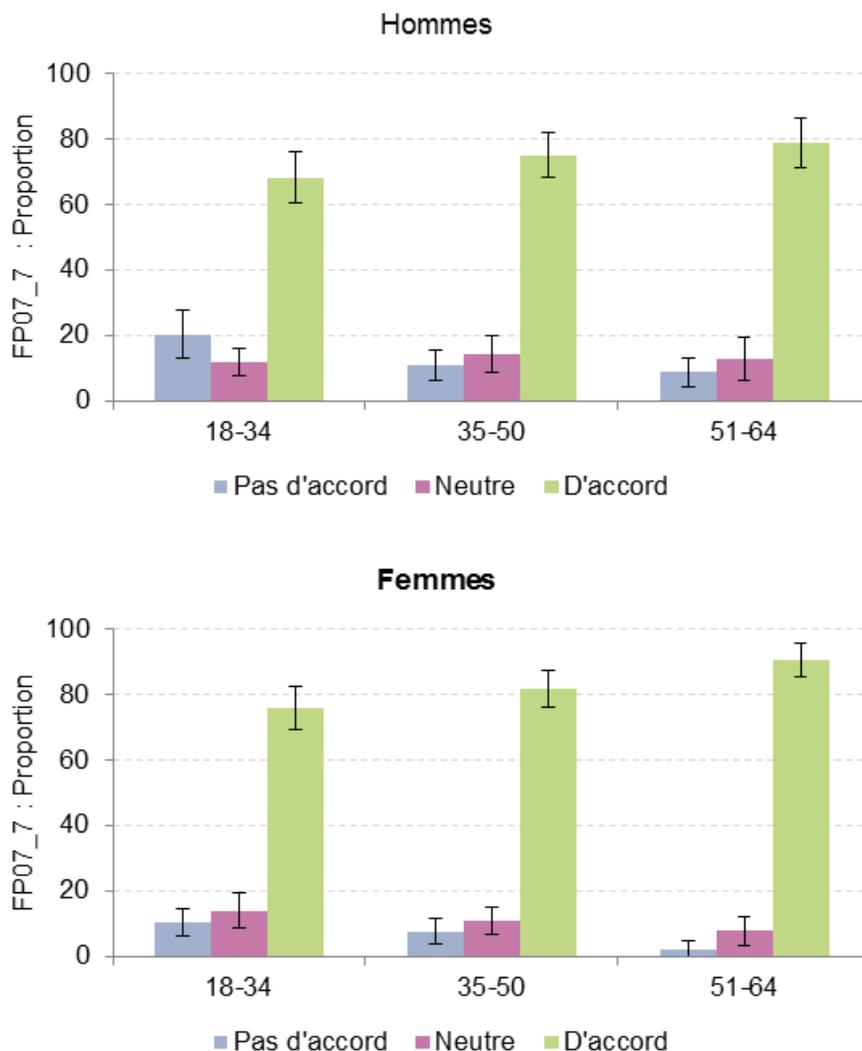
En Belgique, en 2014, 78,2 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) se déclare en faveur de la mesure qui vise à imposer des restrictions aux entreprises alimentaires en vue d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments. 11,9 % de la population adopte une position neutre à ce sujet et 9,9 % n'est pas d'accord avec cette mesure.

73,8 % des hommes sont d'accord avec cette mesure, 13 % restent neutres et les 13,2 % restants ne sont pas d'accord. Chez les femmes, ces pourcentages s'élevaient à 82,6 %, 10,7 % et 6,6 % respectivement. Les femmes sont, à nouveau, plus nombreuses à accepter cette mesure que les hommes, cette différence étant significative après standardisation pour l'âge (OR 2,20 ; IC 95 % 1,38-3,48).

Des différences significatives apparaissent également entre les catégories d'âge, après standardisation pour le sexe. En effet, la catégorie d'âge 51-64 ans se présente davantage en faveur de l'imposition de restrictions aux entreprises alimentaires (84,9 %) par rapport à la catégorie 18-34 ans (71,9 %) (OR 3,50 ; IC 95 % 1,87-6,53) ; de même, la catégorie d'âge 35-50 ans se déclare davantage favorable à cette mesure (78,3 %) que la catégorie 18-34 ans (71,9 %) (OR 1,84 ; IC 95 % 1,11-3,07).

Aucune différence significative n'apparaît à ce sujet entre les différents niveaux d'éducation. Il existe, par contre, une différence entre régions. Ainsi, les personnes résidant en Wallonie sont plus nombreuses (86,4 %) à être d'accord avec l'imposition de restrictions aux entreprises alimentaires que les personnes qui résident en Flandre (72,5 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 2,34 ; IC 95 % 1,34-4,07).

Figure 8 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les autorités peuvent jouer un rôle en imposant aux industries agro-alimentaires des limites pour certains ingrédients (sel ou graisse, par exemple) afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.2. OPINION PUBLIQUE SUR LES ORGANISMES GÉNÉTIQUEMENT MODIFIÉS

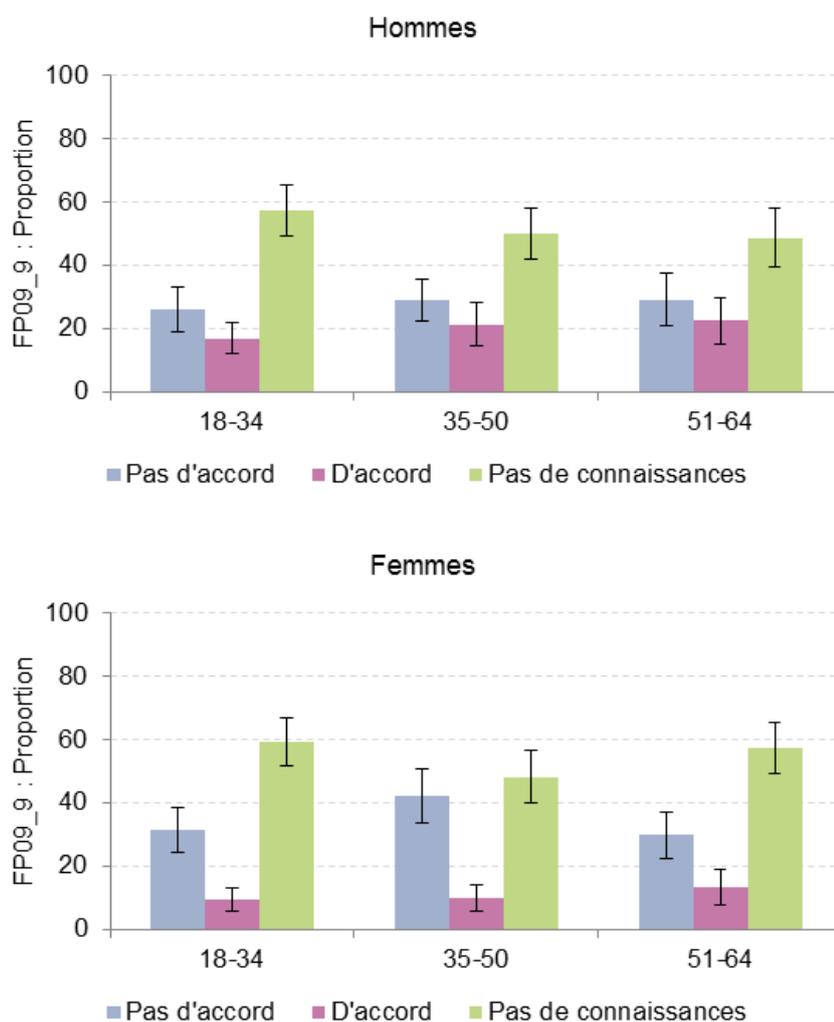
3.2.1. Impact des OGM sur la santé

En Belgique, en 2014, seulement 15,4 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) est d'accord avec l'affirmation selon laquelle les organismes génétiquement modifiés sont sûrs pour leur santé et pour celle de leur famille. 31,3 % de la population n'est pas d'accord avec cette affirmation et 53,3 % déclare ne pas avoir suffisamment d'informations en la matière pour pouvoir se forger une opinion.

20,1 % des hommes sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle les OGM sont sûrs, 28,0 % ne sont pas d'accord et les 52,0 % restants ne disposent pas de suffisamment de connaissances préalables. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent à 10,7 %, 34,7 % et 54,6 % respectivement. Après standardisation pour l'âge, les femmes sont significativement moins nombreuses que les hommes à être d'accord avec cette mesure (OR 0,43 ; IC 95 % 0,28-0,65).

Aucune différence significative n'apparaît à ce sujet en fonction de l'âge ni du niveau d'éducation. Il existe, par contre, une différence régionale : les personnes résidant en Flandre sont ainsi plus nombreuses à être d'accord (23,0 %) avec l'affirmation selon laquelle les OGM sont sûrs pour la santé que les personnes résidant en Wallonie (3,9 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 16,24 ; IC 95 % 8,89-29,67).

Figure 9 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que les plantes génétiquement modifiées sont sûres pour leur santé et celle de leur famille, par sexe et par âge, Belgique, 2014



Vu qu'un grand nombre d'adultes ont affirmé ne pas posséder suffisamment d'informations pour pouvoir se forger une opinion ou ne pas bien comprendre le contenu de la question, une évaluation des différences en termes de possession ou non de connaissances préalables relatives aux OGM a également été réalisée. Après standardisation pour le sexe, il apparaît que les adultes de la catégorie d'âge la plus jeune (18-34 ans) déclarent plus souvent (58,3 %) ne pas posséder assez de connaissances préalables, en comparaison aux adultes de la catégorie d'âge 35-50 ans (49,1 %) (OR 1,45 ; IC 95 % 1,04-2,01).

En outre, les personnes qui résident en Flandre déclarent plus souvent (58,0 %) ne pas posséder suffisamment de connaissances préalables pour avoir une opinion à ce sujet que les personnes résidant en Wallonie (44,7 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 1,72 ; IC 95 % 1,27-2,33).

3.2.2. Étiquetage clair des OGM

En Belgique, en 2014, 78,5 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) est d'accord avec l'affirmation selon laquelle si du lait, des œufs, de la viande ou d'autres produits d'origine animale proviennent d'animaux nourris avec des OGM, cela devrait être clairement mentionné sur l'emballage de ces produits. Seulement 7,3 % de la population n'est pas d'accord avec cette affirmation et 14,2 % ne possède pas suffisamment de connaissances préalables en la matière pour se forger une opinion à ce sujet.

L'avis des hommes et des femmes semble à nouveau différer. Après standardisation pour l'âge, les femmes (81,3 %) sont significativement plus nombreuses à être d'accord avec cette affirmation que les hommes (75,7 %) (OR 2,38 ; IC 95 % 1,43-3,98).

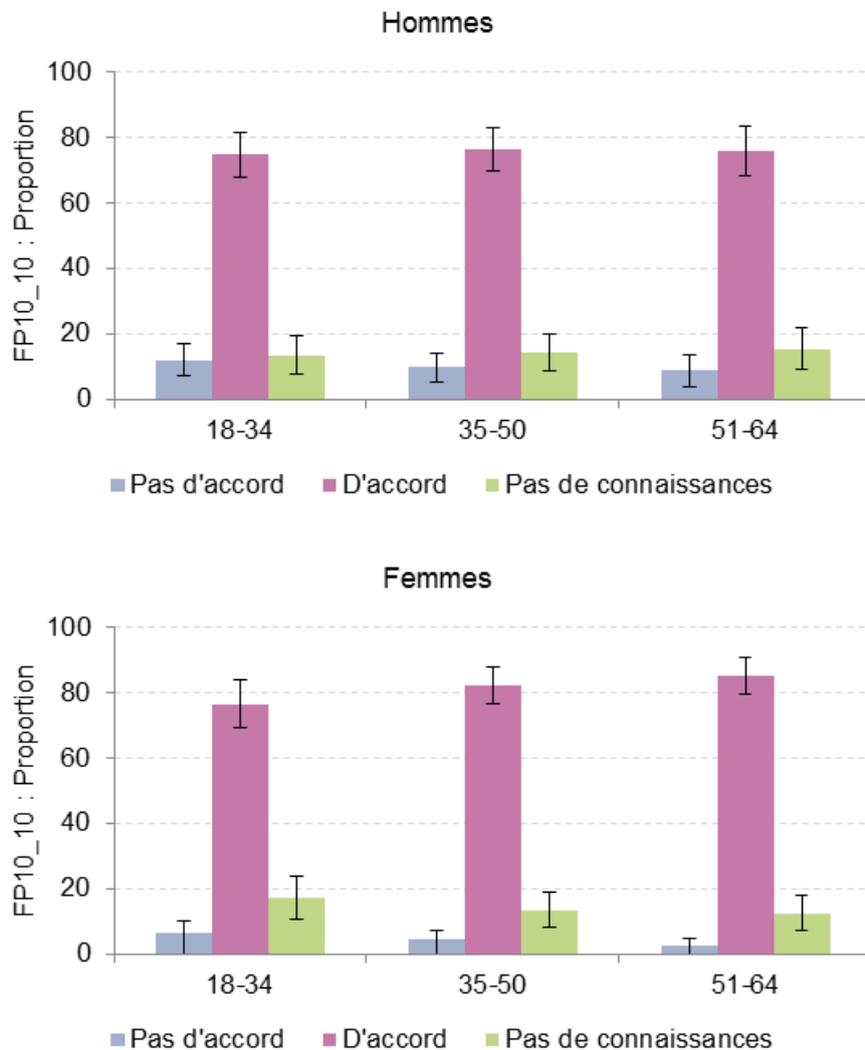
Aucune différence significative n'apparaît à ce sujet en fonction de l'âge ou du niveau d'éducation. Il existe, par contre, une différence régionale : ainsi, les personnes qui résident en Wallonie sont plus nombreuses (90,7 %) à souhaiter un étiquetage plus clair en ce qui concerne les OGM que les personnes résidant en Flandre (69,9 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 7,72 ; IC 95 % 3,54-16,80).

Il existe une relation entre l'IMC et l'opinion de la population vis-à-vis de l'étiquetage des OGM. En effet, les personnes en surpoids se déclarent plus souvent (80,1 %) en faveur d'un étiquetage clair des OGM que les personnes présentant une carence pondérale (61,7 %) (OR 4,92 ; IC 95 % 1,25-19,41) et que celles ayant un IMC normal (76,4 %) (OR 2,26 ; IC 95 % 1,21-4,24). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

À nouveau, le fait de disposer de connaissances préalables relatives à cette affirmation a été analysé. Après standardisation pour l'âge et le sexe, il apparaît que les personnes ayant le niveau d'éducation le plus faible sont significativement plus nombreuses (18,3 %) à ne pas avoir de connaissances préalables que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long (9,7 %) (OR 2,15 ; IC 95 % 1,25-3,70).

De plus, les personnes qui résident en Flandre déclarent plus souvent (19,0 %) ne pas avoir de connaissances préalables à ce sujet que les personnes résidant en Wallonie (7,3 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 3,01 ; IC 95 % 1,71-5,30).

Figure 10 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que si du lait, des œufs, de la viande ou d'autres produits d'origine animale proviennent d'animaux nourris avec des OGM, cela devrait être clairement mentionné sur l'emballage de ces produits, par sexe et par âge, Belgique, 2014



3.2.3. Informations détaillées sur les OGM

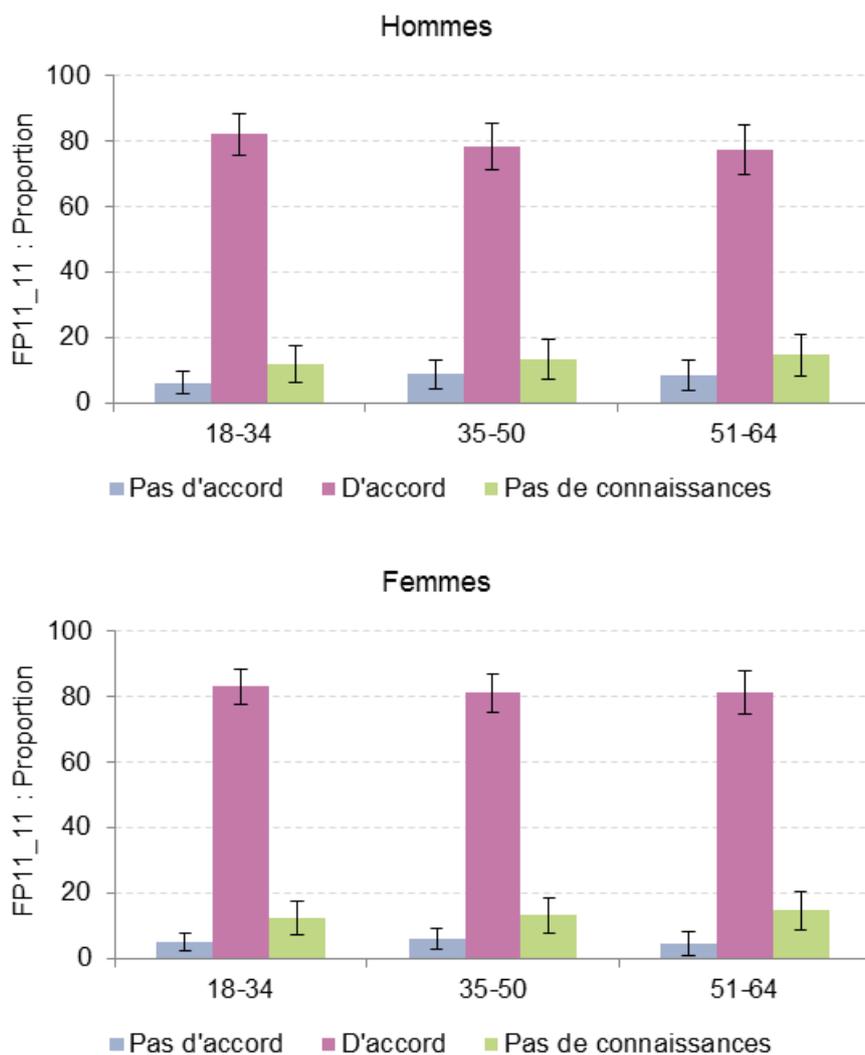
En parallèle à l'attente de la population en matière d'étiquetage clair des OGM, en 2014, 80,4 % de la population adulte (de 18 à 64 ans) est d'accord avec l'affirmation selon laquelle le gouvernement doit fournir plus d'information à propos de l'utilisation d'OGM dans l'alimentation (par exemple, *via* un site Web). Seulement 6,4 % de la population n'est pas d'accord avec cette affirmation et 13,2 % ne possède pas suffisamment de connaissances préalables en la matière pour pouvoir se forger une opinion.

Aucune différence significative n'apparaît à ce sujet en fonction du sexe, de l'âge ou du niveau d'éducation. Il existe, par contre, une différence régionale vis-à-vis de cet aspect : ainsi, les personnes qui résident en Wallonie sont plus nombreuses (88,7 %) à être d'accord avec cette affirmation que les personnes résidant en Flandre (74,7 %), cette différence étant significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 2,68 ; IC 95 % 1,50-4,82).

Les personnes ayant un niveau d'instruction relativement faible sont plus nombreuses (17,9 %) à ne pas posséder de connaissances préalables suffisantes sur les OGM, en comparaison aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (10,1 %) (OR 1,94 ; IC 95 % 1,19-3,17) ou long (9,6 %) (OR 2,06 ; IC 95 % 1,21-3,51). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

De même, les personnes domiciliées en Flandre sont plus nombreuses (16,8 %) que les personnes résidant en Wallonie (7,6 %) à déclarer qu'elles ne possèdent pas de connaissances préalables suffisantes pour se forger une opinion à ce sujet. Cette différence s'avère significative après standardisation pour l'âge et le sexe (OR 2,46 ; IC 95 % 1,36-4,45).

Figure 11 | Pourcentage de la population adulte (de 18 à 64 ans) qui estime que le gouvernement doit fournir plus d'informations à propos de l'utilisation d'OGM dans l'alimentation, par sexe et par âge, Belgique, 2014



4. DISCUSSION

4.1. OPINION PUBLIQUE SUR LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE

Un des objectifs de la présente enquête visait à étudier l'opinion de la population belge, en 2014, vis-à-vis de différentes mesures en matière de politique nutritionnelle. Cette étude a révélé que les mesures destinées à soutenir un choix informé étaient les mieux acceptées. En effet, 95 % de la population (de 18 à 64 ans) se déclare en faveur d'une éducation à l'alimentation à l'école et 83 % est favorable à des campagnes visant à informer la population des risques liés à une mauvaise alimentation. La population belge adopte donc une attitude positive vis-à-vis de deux des mesures de politique nutritionnelle les plus adoptées par l'Union européenne (4, 5). De tels pourcentages sont supérieurs à ceux observés dans le cadre de l'étude « EATWELL » dans laquelle 70 % de la population belge était partisane d'une éducation à l'alimentation à l'école et 85 % de campagnes d'information (5). La popularité de ces mesures de politique nutritionnelle peut s'expliquer par le fait qu'elles n'imposent pas de restrictions ni de coûts directs à l'industrie alimentaire et qu'elles sont considérées comme étant moins intrusives.

Parmi les mesures destinées à soutenir un choix informé de la population, la régulation des publicités alimentaires adressées aux enfants (interdiction de publicités pour la malbouffe et les « *fastfood* ») est moins bien accueillie que les deux précédentes mesures. En effet, 64 % de la population est d'accord avec ce type de mesure. Cette dernière constatation correspond aux résultats de l'étude « EATWELL » dans laquelle la régulation des publicités alimentaires avait également été accueillie positivement par environ 65 % de la population belge (5).

En 2014, la population belge adopte aussi une attitude relativement positive vis-à-vis d'une reformulation du contenu nutritionnel des produits alimentaires. En effet, 78 % de la population se déclare en faveur d'une collaboration plus étroite avec les entreprises alimentaires et de l'imposition de restrictions à ces entreprises pour certains ingrédients. A nouveau, ces constatations sont semblables aux conclusions tirées dans le cadre de l'étude « EATWELL » qui révélait que la Belgique (avec l'Italie) est un des pays qui soutient le plus activement, par rapport à d'autres pays européens, une étroite collaboration entre les autorités et les entreprises alimentaires (74 % de la population était d'accord) ainsi que l'imposition de normes alimentaires (71 % de la population était d'accord).

Contrairement aux autres mesures politiques, les mesures fiscales sont les moins bien acceptées par la population belge en raison notamment des interventions qui augmentent le coût des aliments ayant un impact négatif sur la santé ou qui imposent des taxes supplémentaires : seulement 47 % de la population est favorable au prélèvement de taxes sur les produits alimentaires ayant un impact négatif sur la santé et 57 % est partisane d'une adaptation des taux de TVA pour les aliments sains et mauvais pour la santé. Ces résultats s'inscrivent dans le droit fil d'études précédentes ayant démontré que les Européens et les Belges sont plutôt opposés à la taxe sur la graisse/le sucre, pour des raisons socio-économiques (4, 5). L'étude « EATWELL » a mis en évidence qu'environ 55 % de la population belge adopte une attitude positive vis-à-vis de la taxe sur la graisse/le sucre, tandis que 60 % de la population voit d'un bon œil une adaptation des taux de TVA. La population belge voit donc de manière un peu plus positive l'adaptation des taux de TVA selon le type de produits alimentaires que la mesure spécifiquement orientée vers le prélèvement d'une taxe sur la graisse/le sucre. Par ailleurs, en 2014, 74 % de la population belge est favorable au subventionnement des fruits et légumes. Un pourcentage équivalent a été rapporté pour la Belgique dans l'étude « EATWELL ». Une diminution du prix des aliments sains est donc mieux acceptée par la population qu'une augmentation du prix des aliments ayant un impact négatif sur la santé.

Les femmes sont plus ouvertes à certaines mesures politiques que les hommes. Elles adoptent, par exemple, une attitude plus positive vis-à-vis des mesures destinées aux enfants (interdiction de publicités pour la malbouffe et les « *fastfood* » adressées aux enfants) et des mesures politiques qui visent à promouvoir les aliments sains (subventionnement des fruits et légumes et amélioration du contenu nutritionnel des produits transformés).

Les adultes plus âgés (51-64 ans) sont quant à eux plus ouverts que leurs homologues plus jeunes à des mesures politiques directes comme le prélèvement de taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé, l'adaptation des taux de TVA et l'imposition de restrictions aux entreprises alimentaires pour certains ingrédients.

Les adultes ayant le niveau d'éducation le plus faible (c'est-à-dire ayant un diplôme du secondaire, du primaire ou n'ayant pas de diplôme) sont en général moins ouverts à certaines mesures politiques que ceux étant diplômés de l'enseignement supérieur. Ainsi, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont moins nombreuses à être d'accord avec la régulation des publicités alimentaires adressées aux enfants, avec les campagnes d'information et avec le prélèvement de taxes sur les aliments mauvais pour la santé. A l'inverse, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus souvent d'accord avec le subventionnement des aliments sains. Celles-ci semblent donc surtout favorables à une forme plus directe de promotion des aliments sains.

Un nombre limité de différences régionales apparaissent au niveau de l'opinion publique sur les différentes mesures de politique nutritionnelle. Les personnes qui résident en Flandre sont plus disposées que les personnes qui résident en Wallonie à accepter une adaptation des taux de TVA selon le type d'aliments (sains ou non). Les personnes résidant en Wallonie sont, par contre, davantage disposées que les personnes résidant en Flandre à accepter l'imposition de restrictions aux entreprises alimentaires pour certains ingrédients.

Enfin, l'IMC influence également la façon dont un individu se positionne vis-à-vis de certaines mesures de politique nutritionnelle. Les personnes obèses sont moins fréquemment d'accord avec la régulation des publicités alimentaires pour les enfants, avec le prélèvement de taxes sur les aliments ayant un impact négatif sur la santé et avec l'adaptation des taux de TVA, en comparaison aux personnes ayant un IMC normal. La mesure politique relative au subventionnement des fruits et légumes est la seule mesure acceptée par un nombre plus élevé de personnes obèses que de personnes ayant un IMC normal. L'intervention orientée vers le subventionnement des aliments sains est donc bien acceptée non seulement par la population belge en général, mais aussi et surtout par les personnes ayant un faible niveau d'éducation et celles souffrant d'obésité.

4.2. OPINION PUBLIQUE SUR LES ORGANISMES GÉNÉTIQUEMENT MODIFIÉS

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 visait également à évaluer l'opinion de la population vis-à-vis des organismes génétiquement modifiés. Cette enquête met en évidence qu'en 2014, 80 % de la population belge (de 18 à 64 ans) souhaite davantage d'information sur l'utilisation des OGM dans l'alimentation. En outre, 53 % de la population déclare ne pas posséder suffisamment de connaissances pour pouvoir se forger une opinion à ce sujet.

Les personnes résidant en Flandre, celles âgées de 18 à 34 ans et celles ayant un faible niveau d'éducation sont plus nombreuses à déclarer manquer de connaissances en matière d'OGM. C'est moins souvent le cas, par contre, parmi les personnes résidant en Wallonie, celles étant âgées de 35 à 50 ans et celles étant diplômées de l'enseignement supérieur. De tels résultats concordent avec d'autres études ayant montré une relation entre, d'une part, le niveau de formation ou la région de résidence et, d'autre part, le degré de connaissances en matière d'OGM (9, 10).

En 2014, 79 % de la population belge estime que l'emballage doit indiquer clairement lorsque des produits alimentaires proviennent d'animaux nourris avec des OGM. Les femmes, les personnes en surpoids et les personnes qui résident en Wallonie souhaitent plus fréquemment un étiquetage clair en ce qui concerne les OGM. En d'autres mots, la population belge semble être demandeuse de davantage d'information et de transparence concernant l'utilisation, ainsi que les éventuels avantages et inconvénients des OGM.

En outre, la réputation négative des OGM est à nouveau mise en avant : en effet, 67 % de la population (qui possède suffisamment de connaissances en matière d'OGM) remet en question la sécurité des OGM pour la santé. Les femmes et les personnes qui résident en Wallonie sont plus nombreuses à estimer que les OGM ne sont pas sûrs pour la santé. Ces résultats concordent avec les constatations selon lesquelles 59 % des Européens remettent en question la sécurité des OGM pour leur propre santé et pour celle de leur famille et selon lesquelles un nombre plus élevé de femmes que d'hommes est opposé à l'utilisation d'OGM (9). Les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 correspondent aussi à ceux de la « Eurobarometer survey 354 food-related risks » (11) qui révèle qu'un certain degré d'inquiétude régnait en 2010 en Europe au sujet de l'utilisation des OGM. Ainsi, environ la moitié de la population irlandaise, maltaise, suédoise et britannique et jusqu'à 80 % de la population grecque et lituanienne déclarait être

préoccupée par l'utilisation d'OGM dans l'alimentation. Pour la Belgique, un pourcentage de 60 % avait été rapporté (soit une hausse de 8 % par rapport à 2005).

En ce qui concerne l'opinion publique sur les OGM, il est important de noter que la méthode utilisée au cours d'une enquête peut influencer les pourcentages rapportés. Il ressort, plus particulièrement, de l'étude « Eurobaromètre » que lorsque les inquiétudes relatives aux risques alimentaires sont investiguées d'une façon ouverte (question générale sans référence aux OGM), les Européens déclarent être davantage préoccupés par les produits chimiques, par l'intoxication alimentaire, par les maladies liées au régime alimentaire, par le surpoids, par le manque de fraîcheur ainsi que par l'utilisation d'additifs, de colorants et de conservateurs que par l'utilisation d'OGM dans l'alimentation (11). Le projet européen « Consumerchoice » (12) a également permis de découvrir que les réponses aux questions relatives aux OGM ne se reflètent pas nécessairement dans le comportement d'achat d'aliments contenant des OGM ou non. Néanmoins, les résultats de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 mettent en avant qu'une certaine inquiétude règne, en Belgique, au sujet de l'utilisation d'OGM dans l'alimentation.

5. TABLEAUX

Tableau 1 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'interdire la publicité pour la malbouffe et les « fast-foods » ciblant les enfants, Belgique, 2014	385
Tableau 2 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de mettre en place des campagnes de sensibilisation visant à informer des risques d'une mauvaise alimentation, Belgique, 2014	386
Tableau 3 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'enseigner les principes d'une alimentation saine à l'école, Belgique, 2014	387
Tableau 4 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de taxer les aliments riches en sucre, graisse et sel et d'utiliser l'argent ainsi récolté pour promouvoir une alimentation saine, Belgique, 2014	388
Tableau 5 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de subsidier la consommation de fruits et de légumes, Belgique, 2014	389
Tableau 6 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de diminuer la TVA pour les aliments sains et de l'augmenter pour les aliments riches en sucre, graisse et sel, Belgique, 2014	390
Tableau 7 	Opinion de la population (de 18 à 64 ans) quant à la collaboration du gouvernement avec les industries agro-alimentaires afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments, Belgique, 2014	391
Tableau 8 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'imposer aux industries agro-alimentaires des limites pour certains ingrédients (sel ou graisse, par exemple) afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments, Belgique, 2014	392
Tableau 9 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'innocuité des OGM pour la santé, Belgique, 2014	393
Tableau 10 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'étiqueter clairement les produits provenant d'animaux nourris avec des OGM, Belgique, 2014	394
Tableau 11 	Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'informer les consommateurs de l'utilisation d'OGM dans l'alimentation, Belgique, 2014	395

Tableau 1 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'interdire la publicité pour la malbouffe et les « fast-foods » ciblant les enfants, Belgique, 2014

FP01_1		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	22,9	16,5	60,6	614
	Femmes	16,6	15,2	68,2	655
AGE	18 - 34	20,2	20,5	59,4	487
	35 - 50	21,6	13,8	64,6	426
	51 - 64	17,0	13,4	69,6	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	21,4	20,1	58,4	570
	Supérieur de type court	21,1	14,9	64,0	355
	Supérieur de type long	16,3	10,2	73,5	329
REGION*	Flandre	21,6	16,5	61,9	734
	Wallonie	18,3	14,9	66,7	437
TOTAL		19,7	15,9	64,4	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de mettre en place des campagnes de sensibilisation visant à informer des risques d'une mauvaise alimentation, Belgique, 2014

FP02_2		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	10,0	9,5	80,5	614
	Femmes	7,2	7,7	85,1	655
AGE	18 - 34	9,8	10,2	80,0	487
	35 - 50	8,8	7,8	83,4	426
	51 - 64	7,0	7,7	85,3	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	13,2	10,7	76,1	570
	Supérieur de type court	6,4	7,6	86,0	355
	Supérieur de type long	4,2	6,1	89,7	329
REGION*	Flandre	7,8	8,9	83,3	734
	Wallonie	10,6	9,1	80,4	437
TOTAL		8,6	8,6	82,8	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'enseigner les principes d'une alimentation saine à l'école, Belgique, 2014

FP03_3		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	3,1	4,7	92,2	614
	Femmes	1,0	2,1	96,9	655
AGE	18 - 34	2,8	5,1	92,1	487
	35 - 50	2,7	2,5	94,8	426
	51 - 64	0,3	2,8	96,8	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	2,5	5,3	92,1	570
	Supérieur de type court	2,5	2,2	95,3	355
	Supérieur de type long	0,8	1,6	97,6	329
REGION*	Flandre	1,7	4,0	94,3	734
	Wallonie	3,4	3,5	93,0	437
TOTAL		2,0	3,4	94,5	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 4 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de taxer les aliments riches en sucre, graisse et sel et d'utiliser l'argent ainsi récolté pour promouvoir une alimentation saine, Belgique, 2014

FP04_4		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	31,6	23,3	45,1	614
	Femmes	28,3	23,1	48,7	655
AGE	18 - 34	33,4	25,5	41,1	487
	35 - 50	32,0	24,4	43,6	426
	51 - 64	23,7	19,2	57,1	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	33,7	23,3	43,0	570
	Supérieur de type court	27,2	23,7	49,2	355
	Supérieur de type long	28,0	21,3	50,7	329
REGION*	Flandre	28,7	22,0	49,3	734
	Wallonie	34,4	23,8	41,8	437
TOTAL		29,9	23,2	46,9	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 5 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de subsidier la consommation de fruits et de légumes, Belgique, 2014

FP05_5		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	16,5	13,7	69,7	614
	Femmes	11,1	9,7	79,2	655
AGE	18 - 34	11,7	15,4	72,9	487
	35 - 50	15,6	10,4	74,1	426
	51 - 64	14,1	9,4	76,5	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	8,8	10,0	81,1	570
	Supérieur de type court	13,7	12,1	74,2	355
	Supérieur de type long	22,1	13,6	64,3	329
REGION*	Flandre	14,8	11,7	73,5	734
	Wallonie	13,8	12,1	74,1	437
TOTAL		13,8	11,7	74,4	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 6 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance de diminuer la TVA pour les aliments sains et de l'augmenter pour les aliments riches en sucre, graisse et sel, Belgique, 2014

FP08_8		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	24,6	21,3	54,1	614
	Femmes	21,5	18,3	60,2	653
AGE	18 - 34	27,1	23,6	49,3	487
	35 - 50	24,3	20,0	55,7	426
	51 - 64	17,2	15,4	67,3	354
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	24,8	23,0	52,1	569
	Supérieur de type court	20,8	20,3	58,9	355
	Supérieur de type long	23,3	13,6	63,0	328
REGION	Flandre	20,1	21,1	58,8	734
	Wallonie	27,2	20,2	52,6	435
TOTAL		23,1	19,8	57,2	1267

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 7 | Opinion de la population (de 18 à 64 ans) quant à la collaboration du gouvernement avec les industries agro-alimentaires afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments, Belgique, 2014

FP06_6		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	9,7	17,9	72,4	614
	Femmes	4,2	12,0	83,8	655
AGE	18 - 34	7,2	22,5	70,3	487
	35 - 50	8,0	11,8	80,2	426
	51 - 64	5,5	10,7	83,8	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	7,9	17,0	75,1	570
	Supérieur de type court	6,1	14,8	79,1	355
	Supérieur de type long	6,1	12,2	81,7	329
REGION*	Flandre	6,7	16,7	76,6	734
	Wallonie	7,1	12,5	80,4	437
TOTAL		6,9	15,0	78,1	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 8 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'imposer aux industries agro-alimentaires des limites pour certains ingrédients (sel ou graisse, par exemple) afin d'améliorer le contenu nutritionnel des aliments, Belgique, 2014

FP07_7		Pas d'accord	Neutre	D'accord	N
SEXE	Hommes	13,2	13,0	73,8	614
	Femmes	6,6	10,7	82,6	655
AGE	18 - 34	15,3	12,8	71,9	487
	35 - 50	9,1	12,6	78,3	426
	51 - 64	5,1	10,0	84,9	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	10,2	14,5	75,2	570
	Supérieur de type court	9,0	11,5	79,5	355
	Supérieur de type long	10,5	7,9	81,7	329
REGION*	Flandre	11,9	15,7	72,5	734
	Wallonie	6,5	7,1	86,4	437
TOTAL		9,9	11,9	78,2	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 9 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'innocuité des OGM pour la santé, Belgique, 2014

FP09_9		Pas d'accord	D'accord	Pas de connaissances	N
SEXE	Hommes	28,0	20,1	52,0	614
	Femmes	34,7	10,7	54,6	654
AGE	18 - 34	28,6	13,1	58,3	486
	35 - 50	35,2	15,7	49,1	426
	51 - 64	29,4	17,5	53,1	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	29,3	15,2	55,6	570
	Supérieur de type court	33,1	14,2	52,7	354
	Supérieur de type long	31,5	17,2	51,3	329
REGION*	Flandre	19,0	23,0	58,0	734
	Wallonie	51,4	3,9	44,7	437
TOTAL		31,3	15,4	53,3	1268

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 10 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'étiqueter clairement les produits provenant d'animaux nourris avec des OGM, Belgique, 2014

FP10_10		Pas d'accord	D'accord	Pas de connaissances	N
SEXE	Hommes	10,1	75,7	14,2	614
	Femmes	4,5	81,3	14,3	655
AGE	18 - 34	9,2	75,5	15,3	487
	35 - 50	7,2	79,1	13,7	426
	51 - 64	5,4	80,8	13,8	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	5,7	76,0	18,3	570
	Supérieur de type court	7,3	79,8	13,0	355
	Supérieur de type long	9,9	80,4	9,7	329
REGION*	Flandre	11,1	69,9	19,0	734
	Wallonie	2,0	90,7	7,3	437
TOTAL		7,3	78,5	14,2	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 11 | Opinion de la population adulte (de 18 à 64 ans) quant à l'importance d'informer les consommateurs de l'utilisation d'OGM dans l'alimentation, Belgique, 2014

FP11_11		Pas d'accord	D'accord	Pas de connaissances	N
SEXE	Hommes	7,7	79,2	13,2	614
	Femmes	5,2	81,6	13,3	655
AGE	18 - 34	5,6	82,4	12,0	487
	35 - 50	7,3	79,6	13,1	426
	51 - 64	6,3	79,1	14,6	356
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	5,9	76,2	17,9	570
	Supérieur de type court	5,6	84,3	10,1	355
	Supérieur de type long	8,4	82,0	9,6	329
REGION*	Flandre	8,4	74,7	16,8	734
	Wallonie	3,7	88,7	7,6	437
TOTAL		6,4	80,4	13,2	1269

Source: Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

Pourcentages pondérés.

* Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen JH, et al. Food and health in Europe: a new basis for action. WHO regional publications European series 2003;(96):i-xvi.
- (2) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organisation; 2003.
- (3) The national food and health plan in Belgium, Stepping up to the plate! Brussels: Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment; 2008.
- (4) Capacci S, Mazzocchi M, Shankar B, Macias JB, Verbeke W, Perez-Cueto FJ, et al. Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness. *Nutr Rev* 2012 Mar;70(3):188-200.
- (5) Traill WB, Perez-Cueto FJ, Shankar B, Brambila-Macias J, Bech-Larsen T, Aschemann-Witzel J, et al. EATWELL project: approaching European healthy eating policies from a multi-disciplinary perspective. *Nutr Hosp* 2010 Sep;25(5):867- 8.
- (6) Allais O, Bertail P, Michèle V. The effects of a fat tax on french households'purchahses: a nutritional approach. *American Journal of Agricultural Economics* 2010;92:228-45.
- (7) Nnoaham KE, Sacks G, Rayner M, Mytton O, Gray A. Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies. *Int J Epidemiol* 2009 Oct;38(5):1324-33.
- (8) Smed S, Jensen JD, Denver S. Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. *Food Policy* 2007 Oct;32(5-6):624-39.
- (9) Eurobarometer 341: Europeans and biotechnology in 2010: winds of change? Brussels: European Commission; 2010. Report No.: 73.1.
- (10) Patesson R, Steinberg P. Ce que pensent les belges des OGM. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Centre de Psychologie de l'Opinion; 2001.
- (11) Eurobarometer 354: Food-related risks. Brussels: European Commission; 2010. Report No.: 73.5.
- (12) Consumerchoice Consortium. Do European consumers buy GM foods? European Commission: Framework 6, Project no. 518435. Consumerchoice's final report, pp. 346. Available at: <http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/dns/projects/consumerchoice/index.aspx>

© Institut Scientifique de Santé Publique
DIRECTION OPÉRATIONNELLE
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE
rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique
www.wiv-isp.be

Editeur responsable: Dr Johan Peeters
Numéro de dépôt: D/2015/2505/62