



EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS)

Obésité, Nutrition et Activité physique

Cette fact sheet présente les résultats de l'Etude EHIS concernant l'obésité, la nutrition et l'activité physique au Grand-Duché de Luxembourg (GDL). Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête européenne et a été conduite en 2014 auprès de 4 004 hommes et femmes âgés de 15 ans et plus résidant au GDL.

Les résultats présentés ici concernent spécifiquement la population adulte des 18 ans et plus (N = 3 885).

OBESITE

Le **surpoids** et l'**obésité** se définissent comme une accumulation excessive de graisse et sont considérés comme des facteurs de risque pour de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques et certains cancers.

Selon l'OMS, la cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Au niveau mondial, on assiste à une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques riches en lipides et en sucres et à une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation croissante (1).

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de mesurer le surpoids et l'obésité : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{Taille (m)}^2$.

Les données du poids et de la taille sont auto-déclarées par les participants.

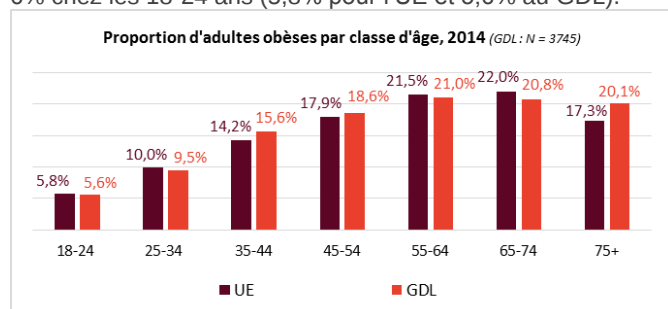
Données GDL (18 ans et +)	Total	Hommes	Femmes
Surpoids : $25 \leq IMC < 30$	32,4%	39,6%	25,4%
Obésité : $IMC \geq 30$	15,6%	16,8%	14,4%

Avec **15,6% d'adultes obèses**, le Luxembourg se situe dans la moyenne européenne (15,9%). Quasiment un tiers (32,4%) de la population du GDL est en surpoids.

Si au niveau de l'UE, l'écart est faible entre hommes et femmes en matière d'obésité (2), au GDL la proportion d'hommes obèses (16,8%) est plus élevée que celle de femmes obèses (14,4%). Le surpoids concerne 39,6% des hommes et 25,4% des femmes au GDL.

La proportion d'adultes obèses varie selon l'âge...

Plus la **tranche d'âge** est élevée, plus la proportion de personnes obèses augmente dans presque tous les Etats membres. Chez les 65-74 ans, le taux d'obésité s'établit à 22,0% dans l'UE et 20,8% au GDL alors qu'il est inférieur à 6% chez les 18-24 ans (5,8% pour l'UE et 5,6% au GDL).



...et le niveau d'éducation.

Plus le **niveau d'éducation** est faible, plus la proportion de personnes obèses augmente : chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, la proportion d'adultes obèses atteint 19,9% dans l'UE et 22,8% au GDL tandis que chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé, cette proportion chute à 11,5% dans l'UE et 8,3% au GDL (soit un écart de 8,4 points de pourcentage au niveau de l'UE et de 14,5 au niveau du GDL).

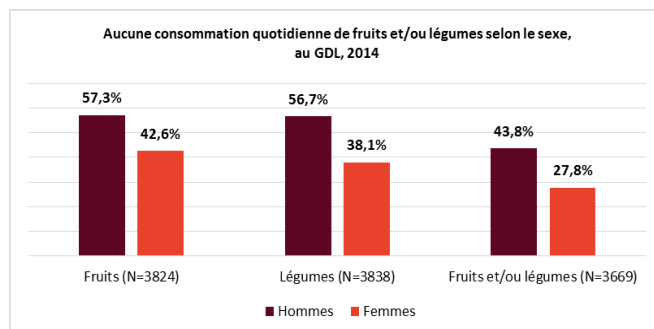
NUTRITION

Pour des raisons de santé, il est recommandé de consommer quotidiennement des fruits et des légumes.

Cette habitude contribue à une alimentation saine et équilibrée et favorise la prévention de maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète et certains cancers.

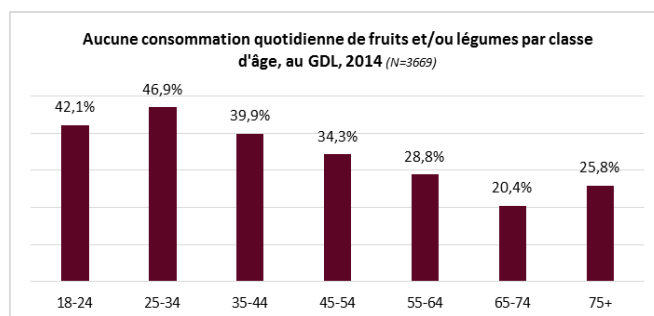
Au GDL, **35,8% des personnes de 18 ans et plus ne consomment pas de fruits et/ou de légumes quotidiennement**, soit un peu plus que la moyenne européenne (34,0%).

La proportion d'adultes ne consommant pas de fruits et/ou de légumes quotidiennement **varie fortement selon le sexe** : 43,8% des hommes ne mangent pas de fruits et/ou légumes tous les jours contre 27,8% des femmes.



Il existe également des variations selon l'âge.

Les classes d'âge inférieures sont davantage concernées par l'absence de consommation quotidienne de fruits et/ou légumes : 42,1% des 18-24 ans et 46,9% des 25-34 ans ne consomment pas quotidiennement de fruits et/ou légumes contre 20,4% des 65-74 ans.



Consommer 5 fruits et légumes par jour

L'OMS recommande de consommer au minimum **400g de fruits et légumes par jour** soit l'équivalent de **5 portions** (à l'exclusion des pommes de terre et autres féculents) (3).

Au GDL, **15,2%** des adultes **mangent au moins cinq portions de fruits et/ou légumes par jour** contre 14,4% en moyenne au niveau de l'UE, 49,0% consomment de 1 à 4 portions par jour (contre 51,6% au niveau de l'UE).

La consommation de fruits et légumes semble également être **influencée par le niveau d'éducation**. La consommation d'au moins 5 fruits et/ou légumes par jour est plus importante chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (17,4%) que chez celles dont le niveau d'éducation est faible ou moyen (respectivement 14,6% et 14,2%).

ACTIVITE PHYSIQUE

Selon l'OMS, l'activité physique contribue à une bonne santé physique et mentale et améliore la santé musculosquelettique et cardiovasculaire.

L'activité d'endurance permet d'améliorer la fonction cardio-respiratoire (ex : marche rapide, course, vélo, natation). (5)

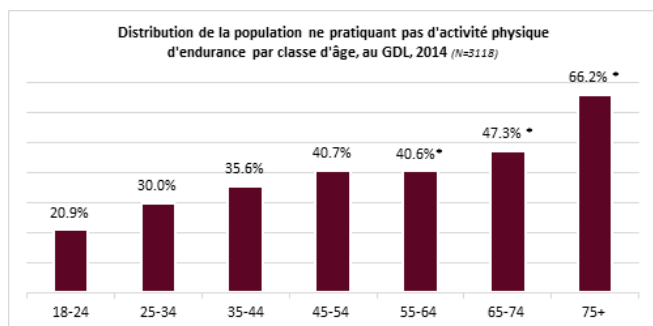
En termes de **fréquence d'activité physique d'endurance** (6), la population luxembourgeoise est plus active que la moyenne européenne.

Environ 1 Européen sur 2 (49,8%, données UE estimées) ne pratique pas d'activité physique d'endurance contre 37,5% au Luxembourg (4). A contrario, 40,8% de la population luxembourgeoise pratique plus de 150 minutes d'activité physique d'endurance par semaine contre 29,9% au niveau de l'UE.

L'absence de pratique d'activité physique d'endurance varie selon le sexe et l'âge

39,7% des femmes ne pratiquent pas d'activité physique d'endurance contre 35,3% des hommes*.

Les personnes sont de moins en moins actives au fur et à mesure que l'âge augmente : 20,9% des 18-24 ans ne pratiquent pas d'activité physique d'endurance contre 47,3% des 65-74 ans et 66,2% des 75 ans et plus.



Recommandations OMS

Selon l'OMS, l'activité physique englobe notamment les activités récréatives ou les loisirs, les déplacements (ex : la marche ou le vélo), les activités professionnelles (ex : le travail), les tâches ménagères, le jeu, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

Pour améliorer l'endurance cardio-respiratoire, la forme musculaire et l'état osseux et réduire le risque de maladies non transmissibles et de dépression, l'OMS recommande de pratiquer (5) :

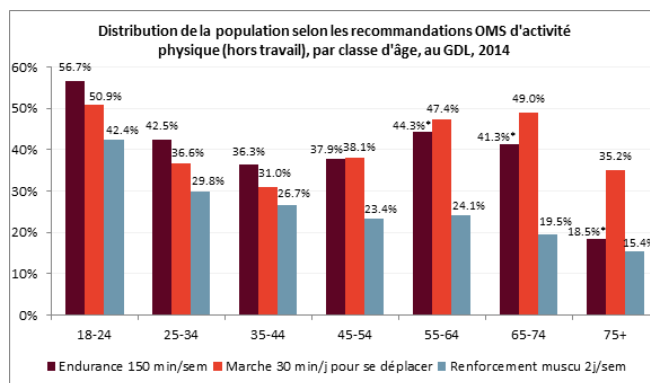
- au moins, au cours de la semaine, **150 minutes d'activité physique d'endurance** d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue. Cette activité devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes. Ainsi, une marche rapide de 10 minutes, trois fois par jour peut répondre à cette recommandation.
- au moins deux jours par semaine des exercices de renforcement musculaire.

Recommandations OMS d'activité physique (AP)	Total	Hommes	Femmes
Au moins 150 minutes d'AP d'endurance (6) (N=3118)	40,8%	45,2%*	36,4%
Marche au moins 30 minutes par jour pour se déplacer (N=3530)	40,4%	41,0%	39,8%
Renforcement musculaire 2 jours par semaine (N=3609)	26,5%	30,1%	23,0%
Activité physique au travail (N=3682)	29,5%	27,3%	31,8%

La recommandation de la pratique d'au moins **150 minutes d'activité physique d'endurance par semaine** (6) est suivie par **40,8%** de la population et celle de **marcher au moins 30 minutes par jour** pour se déplacer par **40,4%** des adultes. Le **renforcement musculaire 2 jours par semaine** n'est pratiqué que par **26,5%** de la population.

Des **variations** sont observées **selon le sexe**. Ainsi, la pratique d'au moins 150 minutes d'activité physique d'endurance par semaine (6) concerne 45,2% des hommes* contre 36,4% des femmes. La pratique du renforcement musculaire 2 jours par semaine concerne 30,1% des hommes contre 23,0% des femmes.

Des **variations** sont également observées **selon l'âge**.



Enfin, au GDL, **29,5%** des adultes ont une **activité physique au travail** c'est-à-dire principalement marcher, accomplir des tâches à effort physique modéré (24,9%) ou effectuer un travail physique lourd ou exigeant (4,6%).

- (1) OMS, Fact sheet Obésité et surpoids, Juin 2016
- (2) Eurostat, Communiqué de presse 203/2016, « Près d'1 adulte sur 6 dans l'UE est considéré obèse », 20.10.2016
- (3) OMS, Fact sheet Alimentation saine, Septembre 2015
- (4) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> (extraction 10.04.2017)
- (5) OMS, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (2004), Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé (2010)
- (6) Indicateur Eurostat : l'activité physique d'endurance regroupe les activités sportives, de fitness ou de loisirs et le vélo pour se déplacer (exclut la marche pour se déplacer)

* Signalement Eurostat : % de données manquantes supérieur à 20% (Données à interpréter avec précaution)



EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS)

Méthodologie de l'étude

EHIS est une **étude observationnelle transversale en population générale**.

EHIS vise à mesurer l'état de santé (y compris l'incapacité), les déterminants de la santé, l'utilisation et les barrières en matière d'accès aux services de soins de santé ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'Union Européenne (UE) âgée de 15 ans et plus.

Cette enquête est réalisée de façon harmonisée entre les pays, ce qui permet d'obtenir un degré élevé de comparabilité entre tous les Etats membres.

C'est une **enquête obligatoire** (contraignante sur la forme et le contenu) pour les Pays membres de l'UE (1). L'enquête a été conduite en 2014 au Luxembourg et s'inscrit dans la 2ème vague d'EHIS.

La première vague a été menée entre 2006 et 2009 dans 17 pays volontaires de l'UE ainsi qu'en Suisse et en Turquie.

La deuxième vague s'est déroulée entre 2013 et 2015 dans les 28 pays de l'UE ainsi qu'en Islande et en Norvège.

OBJECTIF

L'**objectif** de l'étude est de **décrire l'état et les comportements de santé** de la population résidente et des **besoins de soins** et de **prévention** afférents. Les données collectées sont transférées à Eurostat (*Office de statistique de l'Union européenne*). Elles doivent notamment permettre :

- d'évaluer la **proportion de la population qui souffre de maladies chroniques** (*maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, ...*),
- de **déterminer la relation entre ces maladies et les habitudes de vie** dans la population (*par exemple obésité et nutrition*),
- d'obtenir de l'information sur les **besoins en soins de santé et l'utilisation des services de prévention** par la population,
- d'évaluer les **comportements de santé** (*activité physique, alimentation équilibrée, etc.*) et les **facteurs** favorisant ces comportements.

PILOTAGE DU PROJET

- **Commanditaire** : Ministère de la Santé
- **Responsable opérationnel** : Luxembourg Institute of Health (LIH), Epidemiology and Public Health Research Unit
- **Comité de pilotage** composé de représentants de la Direction de la Santé, du LIH et du STATEC (*Institut national de la statistique et des études économiques du Luxembourg*).

ECHANTILLONNAGE

Population cible

La population cible est constituée d'**hommes** et de **femmes résidant au Luxembourg âgés d'au moins 15 ans**.

Les personnes vivant dans des logements collectifs ou institutions ont été exclues.

Constitution de l'échantillon

Taille d'échantillon minimum définie pour le Luxembourg par le règlement européen : **4 000 individus**.

Hypothèse de taux de réponse : 25% → 16 000 personnes contactées.

Constitution de l'échantillon basée sur les données du recensement de la population de 2011.

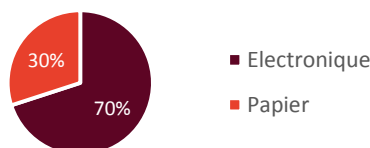
Un **échantillon aléatoire stratifié par âge, sexe et district de résidence** a été tiré au sort dans le fichier des affiliés à la Caisse Nationale de Santé par l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale.

MODALITES DE CONTACT DES PARTICIPANTS

Sollicitation par voie postale avec invitation officielle de la Direction de la Santé à participer à l'étude.

MODALITES DE REPONSE

Questionnaires remplis selon un mode auto-administré disponibles en version électronique (LimeSurvey) sur le site www.ehis.lu ou en version papier sur demande.



Quatre versions linguistiques ont été mises à disposition des participants : allemand, français, portugais et anglais.

CONSENTEMENT

Consentement explicite éclairé par une lettre d'information et obtenu à l'aide d'une case à cocher introduite au début du questionnaire électronique et papier.

CONFIDENTIALITE

L'enquête est complètement anonyme.

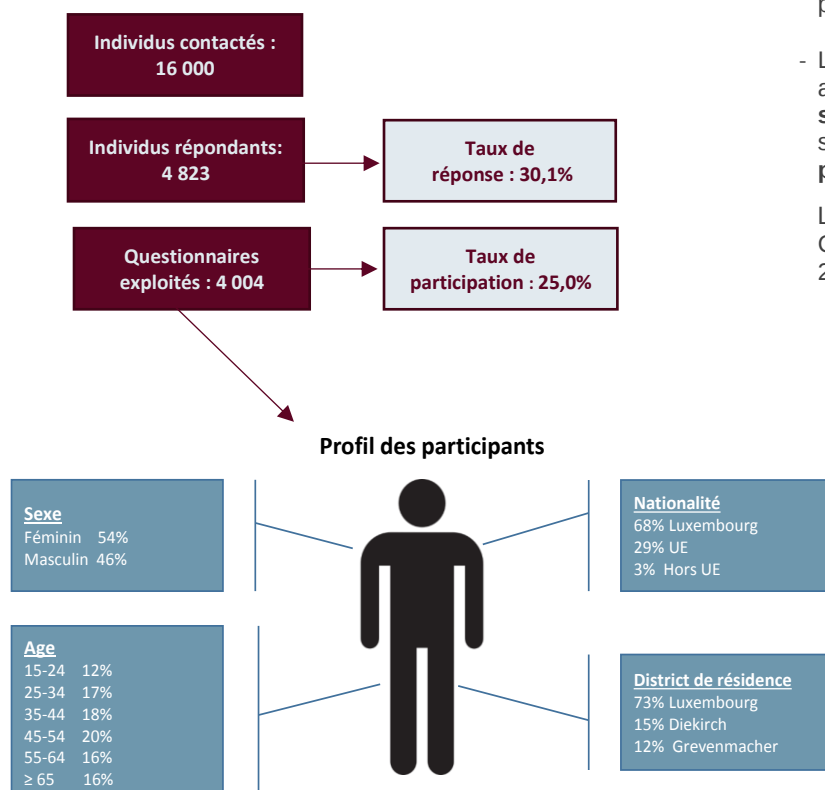
Aucune indication du nom, de l'adresse ou de la date de naissance de la personne n'était demandée dans le questionnaire.

L'enquête EHIS Luxembourg a fait l'objet d'une notification préalable auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données.

RECRUTEMENT

Sur les 16 000 individus contactés, 4 823 ont répondu à la lettre d'invitation à participer à l'étude en renvoyant une demande de questionnaire papier ou en se connectant au questionnaire électronique. Parmi ces personnes, 4 118 ont donné leur consentement, complété le questionnaire et ne remplissaient pas les critères d'exclusion.

Seuls les questionnaires de 4004 individus étaient exploitables (*sans données manquantes sur l'âge, le sexe, le district, informations nécessaires à la pondération, avec un taux de remplissage du questionnaire de plus de 50%*) et ont été conservés dans la base de données.



TRAITEMENT DES DONNEES

- Le dictionnaire des données de l'étude à collecter a été élaboré selon les guidelines établis par Eurostat.

Les questionnaires papier ont été saisis grâce au logiciel Clinsight® en simple saisie. 10% des questionnaires ont été encodés en double saisie.

- La base de données a été préparée selon les instructions définies dans le protocole européen(2) et validée par Eurostat.
- Les valeurs manquantes correspondent aux absences de réponse liées aux refus de répondre ou lorsque le participant ne sait pas ou oublie de répondre. Le taux de données manquantes sur l'ensemble de la base de données s'élève à 3,02%.

PRESENTATION DES RESULTATS

- Les résultats sont présentés sous forme de **fact sheets thématiques**.
 - Conformément à la méthodologie d'Eurostat, les **valeurs manquantes** sont **exclues** des calculs présentés.
 - Les indicateurs sont exprimés en pourcentage pondéré au sein de la population correspondante et les **statistiques** sont **présentées par âge, sexe** et parfois selon le **niveau d'éducation** ou le **statut professionnel**.
- Les niveaux d'éducation retenus par Eurostat suivent la Classification Internationale Type de l'Education (CITE 2011) (3):
- niveau d'éducation faible : correspond aux niveaux 0 à 2 (jusqu'au premier cycle de l'enseignement secondaire)
 - niveau d'éducation moyen : correspond aux niveaux 3 et 4 (jusqu'à l'enseignement post-secondaire non supérieur)
 - niveau d'éducation élevé : correspond aux niveaux 5 à 8 : jusqu'à l'enseignement supérieur.

- Les **résultats comparés** des différents pays de l'UE sont consultables sur le site web d'Eurostat (4).

Références :

- (1) Règlement 141/2013 du 19 février 2013
- (2) http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/fr/hlth_det_esms.htm
- (3) <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/iscid-2011-operational-manualFR.pdf>
- (4) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>