



ADDICTION | SUISSE

Lausanne, octobre 2023  
Rapport de recherche N°159

# **Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats**

## **Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**

Marina Delgrande Jordan  
Valentine Schmidhauser  
Nora Balsiger

*Ce projet de recherche a été financé par l'Office fédéral de la santé publique (contrat No 142003653 / 321-446/2) et les cantons suisses*

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE

## Remerciements

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à l'ensemble des élèves qui, en acceptant de remplir le questionnaire, ont contribué à une partie très importante de ce projet de recherche, de même qu'à leurs parents, leurs enseignant-e-s et aux autorités scolaires locales et cantonales, qui nous ont donné l'autorisation de mener l'enquête. Nous remercions également l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui a commandé l'étude et qui en a financé la majeure partie, de même que les cantons qui ont aussi soutenu financièrement ce projet. Nous tenons aussi à remercier l'Office fédéral de la statistique, qui a mis à notre disposition une liste de toutes les classes publiques de Suisse pour l'échantillonnage, les entreprises Electric Paper Suisse et Polyval pour leur grande flexibilité face aux aléas organisationnels liés à l'évolution de la pandémie de COVID-19 lors de la phase préparatoire de l'enquête, ainsi que l'OFSP, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et Promotion Santé Suisse pour leurs commentaires et soutien à l'occasion de l'élaboration de ce rapport de recherche.

Auprès d'Addiction Suisse, pour les très nombreux contacts avec les responsables des écoles et des classes sélectionnées lors de la phase de l'échantillonnage, nous tenons également à dire un grand merci à Brikena Skuqi, Elia Meier et Roxane Coquoz, cette dernière ayant par ailleurs contribué de façon substantielle à la réalisation de la phase pilote du projet. Nos remerciements vont également à Chiara, Julie et Marius, pour leur précieuse participation au test pilote qualitatif, aux enseignant-e-s et élèves des classes ayant accepté de prendre part au test pilote quantitatif pour leurs commentaires très instructifs, à Frank Zobel pour son soutien lors des phases les plus mouvementées du projet, à Chiara Buono et Chloé Jaunin pour leur participation au suivi des retours des questionnaires, à Luca Notari pour son soutien à l'occasion des traductions en italien et sa relecture attentive du présent rapport, à Rahel Bischof pour la gestion des références bibliographiques ainsi qu'à Florian Labhart et Diane Jaccard pour les diverses adaptations du site Internet du projet.

## Impressum

---

<b>Compléments d'information:</b>	Marina Delgrande Jordan, tél. ++41 (0)21 321 29 96 courriel mdelgrande@addictionsuisse.ch
<b>Réalisation:</b>	Marina Delgrande Jordan, Valentine Schmidhauser, Nora Balsiger
<b>Numéro de commande:</b>	Rapport de recherche N° 159
<b>Graphisme/mise en page:</b>	Addiction Suisse
<b>Copyright:</b>	© Addiction Suisse Lausanne 2023
<b>ISBN:</b>	978-2-88183-311-3
<b>doi:</b>	<a href="https://doi.org/10.58758/rech159">https://doi.org/10.58758/rech159</a>
<b>Citation recommandée:</b>	Delgrande Jordan M., Schmidhauser V. & Balsiger, N. (2023). Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 159). Lausanne: Addiction Suisse.

---

# Table des matières

Liste des tableaux .....	IV
Liste des figures.....	VI
L'essentiel en bref.....	9
Das Wichtigste in Kürze.....	10
The Essential in Brief .....	11
Résumé détaillé.....	12
Ausführliche Zusammenfassung .....	20
Detailed summary .....	28
<b>1 Introduction.....</b>	<b>36</b>
1.1 Objectifs du rapport de recherche .....	36
<b>2 La méthode en bref.....</b>	<b>38</b>
2.1 Échantillonnage, questionnaires et taux de participation .....	38
2.2 Analyses statistiques .....	38
2.3 Stratification et pondération .....	39
2.4 Indicateurs .....	39
2.4.1 Statut pondéral (estimé sur la base de l'IMC) .....	39
2.4.2 Image corporelle .....	40
<b>3 Résultats 2022 et évolutions au fil du temps .....</b>	<b>42</b>
3.1 Vécu de la pandémie de COVID-19.....	42
3.2 Perception générale de la santé et du bien-être .....	44
3.2.1 Satisfaction face à la vie .....	44
3.2.2 État de santé auto-évalué.....	45
3.2.3 Bien-être émotionnel.....	46

<b>3.3</b>	<b>Stress psychologique</b> .....	<b>47</b>
3.3.1	<i>Perception subjective du stress</i> .....	47
3.3.2	<i>Perception du stress lié au travail scolaire</i> .....	48
3.3.3	<b>Sentiment d'auto-efficacité (en tant que facteur de bien-être)</b> .....	49
<b>3.4</b>	<b>Sentiment de solitude</b> .....	<b>50</b>
<b>3.5</b>	<b>Symptômes physiques et psychoaffectifs récurrents ou chroniques</b> .....	<b>50</b>
3.5.1	<i>Douleurs physiques et vertiges</i> .....	51
3.5.2	<i>Symptômes psychoaffectifs</i> .....	53
3.5.3	<i>Généralités</i> .....	56
<b>3.6</b>	<b>Corrélat de la santé et du bien-être</b> .....	<b>57</b>
<b>3.7</b>	<b>Maladies chroniques et handicaps</b> .....	<b>67</b>
<b>3.8</b>	<b>Blessures</b> .....	<b>68</b>
<b>3.9</b>	<b>Sommeil</b> .....	<b>69</b>
3.9.1	<i>Durée habituelle du sommeil avant les jours d'école</i> .....	69
3.9.2	<i>Durée du sommeil conforme à la recommandation</i> .....	71
3.9.3	<i>Troubles du sommeil</i> .....	71
3.9.4	<i>Corrélat</i> .....	73
3.9.5	<i>Discussion : Un sommeil trop court pour une part importante des 14 et 15 ans</i> .....	75
<b>3.10</b>	<b>Statut pondéral, image du corps et stratégies de contrôle du poids</b> .....	<b>75</b>
3.10.1	<i>Obésité, surpoids et insuffisance pondérale légère à forte</i> .....	75
3.10.2	<i>Perception de son propre poids corporel</i> .....	79
3.10.3	<i>Quelle relation entre le poids corporel perçu et l'IMC ? Exemple pour les 15 ans</i> .....	81
3.10.4	<i>Image corporelle</i> .....	82
3.10.5	<i>Perception de la nécessité de perdre du poids</i> .....	86
3.10.6	<i>Quelle relation entre le poids corporel perçu et perception de la nécessité de perdre du poids? Exemple pour les 15 ans</i> .....	88
3.10.7	<i>Corrélat</i> .....	89
3.10.8	<i>Discussion</i> .....	90
<b>4</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>92</b>
4.1	<b>Les 11 à 15 ans, surtout les filles, vont moins bien qu'il y a quatre ans</b> .....	<b>92</b>
4.2	<b>La pandémie de COVID-19 comme accélérateur d'une dégradation amorcée avant sa survenue ?</b> .....	<b>92</b>

4.3	Les ressources personnelles et sociales comme facteurs de protection .....	93
4.4	Un manque de données sur les troubles physiques et psychiques .....	94
5	Conclusions .....	95
6	Bibliographie.....	96

## Liste des tableaux

Tableau 1 – Seuils de l'insuffisance pondérale resp. de l'excès pondéral basés sur l'indice de masse corporelle (IMC), par âge et sexe/genre, proposés par l'International Obesity Task Force (IOTF) <sup>a</sup> pour les moins de 18 ans .....	40
Tableau 2 – Vécu de la pandémie de COVID-19 par les 11 à 15 ans – Conséquences sur le plan sanitaire, selon le sexe/genre et l'âge – État en mars-juin <sup>a</sup> 2022 (HBSC 2022).....	42
Tableau 3 – Vécu de la pandémie de COVID-19 – Part des 11 à 15 ans resp. 14 et 15 ans « plutôt d'accord » ou « d'accord » avec les énoncés suivants, selon le sexe/genre et l'âge – État en mars-juin <sup>e</sup> 2022 (HBSC 2022) .....	43
Tableau 4 – Score moyen et écart-type (EC) sur l'échelle de satisfaction face à la vie (graduée de 0 à 10), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022) .....	45
Tableau 5 – Score moyen et écart-type (EC) sur l'échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (graduée de 0 'nulle' à 25 'très élevé'), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022) .....	47
Tableau 6 – Score moyen et écart-type (EC) sur l'échelle de stress psychologique (graduée de 0 'aucun' à 16 'très élevé'), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022).....	48
Tableau 7 – Part des 11 à 15 ans qui ont répondu 'la plupart du temps' ou 'toujours' aux questions suivantes relatives au sentiment d'auto-efficacité, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022).....	49
Tableau 8 – Part des 11 à 15 ans qui se sont senti-e-s seul-e-s la plupart du temps ou toujours dans les 12 derniers mois, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022).....	50
Tableau 9 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre indicateurs de santé/bien-être, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022) .....	59
Tableau 10 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et symptômes psychoaffectifs, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022) .....	60
Tableau 11 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et symptômes physiques, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022).....	61
Tableau 12 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et comportements à risque/problématiques, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022).....	62
Tableau 13 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et (cyber)harcèlement, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022).....	63
Tableau 14 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et ressources, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022) .....	64
Tableau 15 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et comportements à risque/problématiques, chez les 14 et 15 ans (HBSC 2022).....	65
Tableau 16 – Parts des 14 et 15 ans qui ont dit avoir reçu un <b>diagnostic de la part d'un-e médecin pour les maladies et handicaps</b> suivants, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2018-2022) .....	67

Tableau 17 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre indicateurs de la durée du sommeil et de la santé/bien-être resp. des comportements en ligne, chez les 14 et 15 ans (HBSC 2022) .....	74
Tableau 18 – Prévalences (estimées) de l' <b>insuffisance pondérale (légère à forte)<sup>a</sup></b> , du <b>poids normal<sup>a</sup></b> et de l' <b>excès pondéral<sup>a</sup> (surpoids et obésité)<sup>a</sup></b> , selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022) .....	77
Tableau 19 – Parts de 14 à 15 ans <sup>a</sup> qui ont répondu 'd'accord' aux questions suivantes relatives à l' <b>image corporelle</b> , selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022).....	83
Tableau 20 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - chez les 11 à 15 ans resp. les 14 et 15 ans (HBSC 2022) .....	90

## Liste des figures

Figure 1 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui sont très satisfait-e-s de leur vie (échelons 8 à 10 sur l'échelle), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2002- 2022).....	44
Figure 2 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui évaluent leur état de santé comme bon ou excellent, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022).....	46
Figure 3 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui se sentent assez ou très stressé-e-s par le travail scolaire, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022) .....	49
Figure 4 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti les <b>douleurs physiques</b> suivantes plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022).....	52
Figure 5 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti <b>au moins deux douleurs physiques (sur trois<sup>a</sup>)</b> plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022) .....	53
Figure 6 – Évolution de la part de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti des <b>vertiges</b> plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022) .....	53
Figure 7 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti les <b>symptômes psychoaffectifs</b> suivants plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022) .....	54
Figure 8 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti <b>au moins deux symptômes psychoaffectifs (sur sept<sup>a</sup>)</b> plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022) .....	56
Figure 9 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui ont été soigné-e-s au moins deux fois pour une blessure dans les 12 derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2014-2022).....	68
Figure 10 – Distribution des horaires habituels de l' <b>endormissement</b> avant les jours d'école resp. du <b>lever</b> les jours d'école et de la <b>durée de sommeil (estimation)</b> avant les jours d'école chez les 14 et 15 ans, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022, en %) .....	70
Figure 11 – Évolution de la part de 14 et 15 ans qui dorment au moins huit heures par nuit avant les jours d'école, selon le sexe/genre (HBSC 2014-2022) .....	71
Figure 12 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti les <b>troubles du sommeil</b> suivants plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022).....	72
Figure 13 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui présentent <b>une insuffisance pondérale (légère à forte)<sup>a</sup></b> resp. un <b>poids normal<sup>a</sup></b> resp. un <b>excès pondéral (surpoids et obésité)<sup>a</sup></b> , selon le sexe/genre (HBSC 2002 <sup>b</sup> -2022).....	78
Figure 14 – <b>Perception de son propre poids corporel</b> par les 11 à 15 ans, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022) .....	80



Figure 15 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans <b>insatisfait-e-s de leur poids corporel</b> (c'est-à-dire qui s'estiment 'un peu ou beaucoup trop gros-ses' ou 'un peu ou beaucoup trop maigres'), selon le sexe/genre (HBSC 1998-2022) .....	81
Figure 16 – Part des 15 ans qui présentent une insuffisance pondérale, un excès pondéral ou un poids normal (estimation sur la base de l'IMC), selon leur perception de leur poids corporel et selon le sexe/genre (HBSC 2022) .....	82
Figure 17 – Parts des 14 et 15 ans qui ont répondu ' <b>d'accord</b> ' aux affirmations suivantes concernant l' <b>image corporelle</b> , selon le sexe/genre (HBSC 2018-2022) .....	85
Figure 18 – <b>Perception de la nécessité de perdre du poids</b> de la part des 11 à 15 ans, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022).....	87
Figure 19 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui font <b>un régime ou autre chose pour perdre du poids</b> , selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022) .....	88
Figure 20 – Part des 15 ans qui font ou non un régime ou autre chose pour perdre du poids, selon leur perception de leur poids corporel et selon le sexe/genre (HBSC 2022) .....	89

## L'essentiel en bref

### Santé et bien-être – Perceptions générales et symptômes spécifiques

L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) montre qu'en 2022, env. **85%** des **11 à 15 ans** estimaient leur **santé bonne à excellente** et env. **55%** leur **vie très satisfaisante**, et env. **67%** avaient un **bien-être émotionnel qui peut être qualifié de moyen à élevé**. Les valeurs sont plus hautes chez les garçons que chez les filles et diminuent entre les 11 et les 15 ans, en particulier chez les filles. Toutefois, env. **47%** des 11 à 15 ans avaient **ressenti >1x par semaine au moins deux symptômes psychoaffectifs** resp. env. **35% au moins une douleur physique**. Les valeurs sont inférieures chez les 11 ans par rapport aux 13 et 15 ans et sont plus hautes chez les filles. Env. **34%** se sentaient **assez ou très stressé-e-s par le travail scolaire**, les filles davantage que les garçons et les élèves du secondaire I davantage que ceux-celles du primaire.

Par rapport à 2018, on observe une **nette péjoration** des indicateurs de la santé psychique et du bien-être, **surtout chez les 13 et 15 ans et les filles**, alors que ceux-ci étaient restés relativement stables depuis une vingtaine d'années, avec des signes de péjoration chez les filles de 15 ans en 2018 déjà.

À propos de la pandémie de COVID-19, env. **20%** des 11 à 15 ans étaient plutôt d'accord ou d'accord qu'**en raison de la pandémie** ils-elles se sont senti-e-s **la plupart du temps déprimé-e-s ou désespéré-e-s** resp. env. **15% très anxieux-ses et nerveux**. Parmi les 14 et 15 ans ayant fait état de ces ressentis, env. **43%** ont **demandé de l'aide à leurs famille/ami-e-s** et env. **26% cherché (directement ou par l'entremise de leurs parents) un soutien professionnel**. Certain-e-s y ont vu des **conséquences positives** (nouveaux hobbies/intérêts, meilleure gestion des émotions/difficultés).

### Sommeil

En 2022 env. **54% des 14 et 15 ans au moins 8 heures par nuit (avant les jours d'école), conformément à la recommandation** pour ce groupe d'âge, soit un **recul** comparé à 2018, mais **uniquement chez les filles**. Env. **31%** des 11 à 15 ans avaient **>1x par semaine des problèmes d'endormissement** resp. env. **23%** ne pouvaient **pas dormir toute la nuit sans se réveiller**.

### Statut pondéral, stratégies de contrôle du poids et image corporelle

Dans le cadre de l'enquête HBSC, l'Indice de masse corporelle (IMC) est estimé sur la base des déclarations des élèves. En 2022, env. **11%** des 11 à 15 ans étaient en situation de **surpoids** et env. **2% d'obésité**, tous deux étant plus répandus chez les garçons. Env. **11%** présentaient une **insuffisance pondérale légère** et env. **3%** une **insuffisance pondérale modérée à forte**, toutes deux étant plus répandues chez les filles. L'excès pondéral (surpoids et obésité) de même que le sous-poids léger à fort affichent des valeurs proches de celles de 2018.

En 2022, au moment de l'enquête, env. **14%** des 11 à 15 ans faisaient un **régime ou autre chose** pour perdre du poids, proportion assez stable ces vingt dernières années. Env. **49%** des 11 à 15 ans **s'estimaient à peu près du bon poids**, soit une valeur inférieure à celle de 2018 chez les filles. En comparaison de l'IMC, sur-estimer son poids est plus répandu chez les filles tandis que le sous-estimer l'est davantage chez les garçons, qui ont globalement une **image corporelle** plus positive que les filles. **L'image corporelle s'est globalement dégradée en 2022 chez les filles**, mais pas chez les garçons.

### Conclusions

Les résultats de l'étude HBSC 2022 montrent une nette péjoration de la santé psychique et du bien-être chez les élèves de 11 à 15 ans - évolution défavorable dont on avait pu observer certains signes en 2018 déjà -, tout particulièrement chez les filles. Les causes sont sans doute multiples et pas uniquement liées à la pandémie de COVID-19. Les besoins en promotion de la santé psychique sont particulièrement élevés et le repérage des problèmes au stade le plus précoce possible s'avère essentiel afin d'éviter une évolution vers une forme sévère et leur chronicisation.

# Das Wichtigste in Kürze

## Gesundheit und Wohlbefinden - Allgemeine Wahrnehmung und spezifische Symptome

Die Studie *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) zeigt, dass im Jahr 2022 ca. **85% der 11- bis 15-Jährigen ihre Gesundheit als gut bis ausgezeichnet** und ca. **55% ihr Leben als sehr zufriedenstellend** einschätzten. Etwa **67%** wiesen ein **psychisches Wohlbefinden auf, dass als mittel bis hoch eingestuft** werden kann. Die Werte sind bei den Jungen höher als bei den Mädchen und sinken zwischen dem 11. und dem 15. Lebensjahr, vor allem bei den Mädchen. Allerdings erlebten ca. **47% der 11- bis 15-Jährigen >1x pro Woche mind. zwei psychoaffektive Symptome** bzw. ca. **35% mind. ein Schmerz**. Die Werte sind bei den 11-Jährigen niedriger als bei den 13- und 15-Jährigen und bei den Mädchen höher. Ca. **34%** fühlten sich **durch die Arbeit für die Schule einigermassen oder sehr gestresst**, Mädchen mehr als Jungen und Schulkinder in der Sekundarstufe I mehr als diejenigen in der Primarschule.

Im Vergleich zu 2018 ist eine **deutliche Verschlechterung** der Indikatoren der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens zu beobachten, **insbesondere bei den 13- und 15-Jährigen und den Mädchen**, nachdem diese in den letzten 20 Jahren relativ stabil geblieben waren, wobei es bei den 15-jährigen Mädchen bereits 2018 Anzeichen für eine Verschlechterung gab.

In Bezug auf die COVID-19-Pandemie stimmten ca. **20%** der 11- bis 15-Jährigen **eher oder ganz zu, dass sie sich aufgrund der Pandemie meistens niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt hatten**, während sich ca. **15% aufgrund der Pandemie sehr ängstlich und nervös gefühlt hatten**. Von den 14- und 15-Jährigen, die über diese Gefühle berichtet hatten, baten ca. **43% ihre Familie/Freunde um Hilfe** und ca. **26% suchten** (direkt oder über ihre Eltern) **professionelle Unterstützung**. Einige erlebten **positive Auswirkungen** (neue Hobbys/Interessen, besserer Umgang mit Emotionen/Schwierigkeiten).

## Schlaf

2022 **schliefen ca. 54% der 14- und 15-Jährigen mindestens 8 Stunden pro Nacht (vor Schuldaten), was der Empfehlung für diese Altersgruppe entspricht**. Dies stellt einen **Rückgang** im Vergleich zu 2018 dar, allerdings **nur bei den Mädchen**. Ca. **31%** der 11- bis 15-Jährigen hatten **>1x pro Woche Einschlafprobleme** und ca. **23% hatten Durchschlafprobleme**.

## Gewichtstatus, Strategien zur Gewichtskontrolle und Körperbild

Im Rahmen der HBSC-Studie wird der Body Mass Index (BMI) auf der Basis der Angaben der Schülerinnen und Schüler geschätzt. Im Jahr 2022 waren ca. **11% der 11- bis 15-Jährigen übergewichtig** und ca. **2% adipös**. Beides war stärker bei den Jungen verbreitet. Ca. **11%** waren **leicht untergewichtig** und ca. **3% mässig bis stark untergewichtig**. Beides war bei den Mädchen stärker verbreitet. Sowohl das Übergewicht (Übergewicht und Adipositas) als auch das leichte bis starke Untergewicht weisen im Vergleich zum Jahr 2018 ähnliche Anteile auf.

Zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2022 machten ca. **14%** der 11- bis 15-Jährigen eine Diät oder etwas anderes, um Gewicht zu verlieren, ein Anteil, der in den letzten 20 Jahren ziemlich stabil geblieben ist. Ca. **49%** der 11- bis 15-Jährigen **schätzten ihr Gewicht als ungefähr richtig ein**, was bei den Mädchen einen niedrigeren Wert als 2018 darstellt. Im Vergleich zum BMI ist das Überschätzen des eigenen Gewichts bei den Mädchen weiter verbreitet, während das Unterschätzen bei den Jungen weiter verbreitet ist. Die Jungen weisen insgesamt ein positiveres **Körperbild** auf als die Mädchen. Das **Körperbild hat sich 2022 bei den Mädchen insgesamt verschlechtert**, nicht aber bei den Jungen.

## Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 deuten darauf hin, dass die Pandemie als Beschleuniger für eine ungünstige Entwicklung der psychische Gesundheit und des Wohlbefindens bei den 11- bis 15-Jährigen, für die es bereits vor der Pandemie erste Anzeichen gab, diente. Die Ursachen hierfür sind wahrscheinlich vielfältig und nicht nur auf die Pandemie zurückzuführen. Der Bedarf an Förderung der psychischen Gesundheit ist besonders hoch und es erscheint wichtig, Probleme zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen, um eine Entwicklung zu einer schweren Form und Chronifizierung zu verhindern.

# The Essential in Brief

## Health and well-being - General perception and specific symptoms

The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study shows that in 2022, around **85% of 11- to 15-year-olds felt that their health was good or excellent**, around **55% felt that their life was very satisfying**, and around **67% reported an emotional well-being that could be classified as average to high**. The proportions are higher for boys than for girls, and decrease between the age of 11 and the age of 15, particularly for girls. However, around **47% of 11- to 15-year-olds had experienced >1x per week at least two psychoaffective symptoms**, and around **55% at least one ache**. The proportions were lower for 11-year-olds than for 13- and 15-year-olds, and higher for girls. Around **34% felt fairly or very stressed by school work**, girls more than boys and schoolchildren in secondary school I more than those in primary school.

Compared with 2018, there is a **marked deterioration** in the indicators of mental health and well-being, **especially among 13- and 15-year-olds and girls**, whereas these had remained relatively stable for around twenty years, with signs of deterioration among 15-year-old girls already in 2018.

Regarding the COVID-19 pandemic, around **20%** of 11- to 15-year-olds kind of or fully agreed that **the pandemic had made or was making them feel depressed or hopeless most of the time**, and around **15% had felt or were feeling very anxious and nervous**. Among the 14- and 15-year-olds who reported these feelings, around **43% asked their family/friends for support** and around **26% sought professional help** (directly or through their parents). Some reported **positive consequences** (new hobbies/interests, better coping with emotions/difficulties).

## Sleep

In 2022, around **54% of 14- and 15-year-olds slept at least 8 hours per night, as recommended for this age group**, a **decline** compared to 2018, but **only among girls**. Around **31% of 11- to 15-year-olds had difficulties falling asleep >1x a week**, and around **23%** were **unable to sleep through the night without waking up**.

## Weight status, weight control strategies and body image

As part of the HBSC survey, the Body Mass Index (BMI) is estimated based on the schoolchildren's self-reports. In 2022, around **11%** of 11- to 15-year-olds were **overweight** and around **2%** were **obese**, both more common among boys. Around **11%** were **slightly underweight** and around **3%** were **moderately to severely underweight**, both more common among girls. The proportions of excess weight (overweight and obesity) and slight to severe underweight are close to those in 2018.

In 2022, at the time of the survey, around **14%** of 11- to 15-year-olds were dieting or doing something else to lose weight, a proportion that has remained fairly stable over the past twenty years. Around **49%** of 11- to 15-year-olds **estimated that they were about the right weight**, which is lower than the proportion in 2018 for girls. Compared with the BMI, over-estimating one's weight is more common among girls, while under-estimating is more common among boys, who generally have a more positive **body image** than girls. **Body image has deteriorated overall in 2022 among girls**, but not among boys.

## Conclusions

The results of the HBSC 2022 study suggest that the pandemic acted as an accelerator of unfavourable developments in the mental health and well-being of 11- to 15-year-olds that had already been partially observable prior to the pandemic. This is certainly because of multiple reasons and not solely because of the pandemic. There is a particularly high need for the promotion of mental health, and it is essential to identify problems at the earliest possible stage in order to prevent them from developing into a severe form and becoming chronic.

# Résumé détaillé

## L'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)

En Suisse, en 2022, 9'345 élèves de 11 à 15 ans ont participé à l'enquête internationale HBSC. Le taux de participation des classes de 7<sup>e</sup> à 11<sup>e</sup> années HarmoS sélectionnées au hasard en Suisse était de 74.2% (636 sur 857 classes).

Le présent rapport de recherche décrit **les résultats nationaux de l'enquête HBSC 2022** relatifs à différentes dimensions de la santé et du bien-être des 11 à 15 ans en Suisse, certains de leurs corrélats et leur évolution au fil du temps.

## Quel impact direct de la pandémie de COVID-19 pour les élèves et leurs familles ?

Début mars 2022, lorsque les questionnaires ont été envoyés aux classes, le variant Omicron était dominant.

Entre mars et fin juin 2022, **env. 59% des 11 à 15 ans** (G: env. 60%; F: env. 59%) ont dit avoir été **testé-e-s positif-ve-s au moins une fois au COVID-19** et **env. 87%** (G: env. 87%; F: env. 87%) qu'il en avait été **de même pour un-e membre de leur famille au moins** (une hospitalisation s'était alors avérée nécessaire dans env. 12% des cas). **Env. 36%** (G: env. 35%; F: env. 37%) **ont dit être vacciné-e-s**.

Env. **20% des 11 à 15 ans** (G: env. 13%; F: env. 27%) étaient plutôt d'accord ou d'accord avec le fait qu'**en raison de la pandémie ils-elles s'étaient senti-e-s ou se sentaient la plupart du temps déprimé-e-s ou désespéré-e-s** et **env. 15%** (G: env. 10%; F: env. 20%) **très anxieux-ses et nerveux-ses**; les filles, surtout celles de 14 et 15 ans, étant bien davantage concernées que les garçons. **Parmi les 14 et 15 ans ayant eu ces ressentis**, **env. 43%** (G: env. 39%; F: env. 45%) **avaient demandé du soutien à leurs famille ou ami-e-s** et **env. 26%** (G: env. 25%; F: env. 27%) **avaient cherché (ou leurs parents) un soutien professionnel** (p.ex. un-e psychologue, médecin, ligne d'assistance ou de crise).

Interrogé-e-s sur d'éventuelles **conséquences positives** de la pandémie, **env. 36% des 14 et 15 ans** (G: env. 36%; F: env. 36%) étaient plutôt d'accord ou d'accord avec le fait d'**avoir découvert de nouveaux hobbies ou intérêts** et **env. 45%** (G: env. 44%; F: env. 46%) avec le fait d'**avoir évolué sur le plan personnel** (p.ex. meilleure gestion des émotions ou des situations difficiles, se sentir plus fort-e).

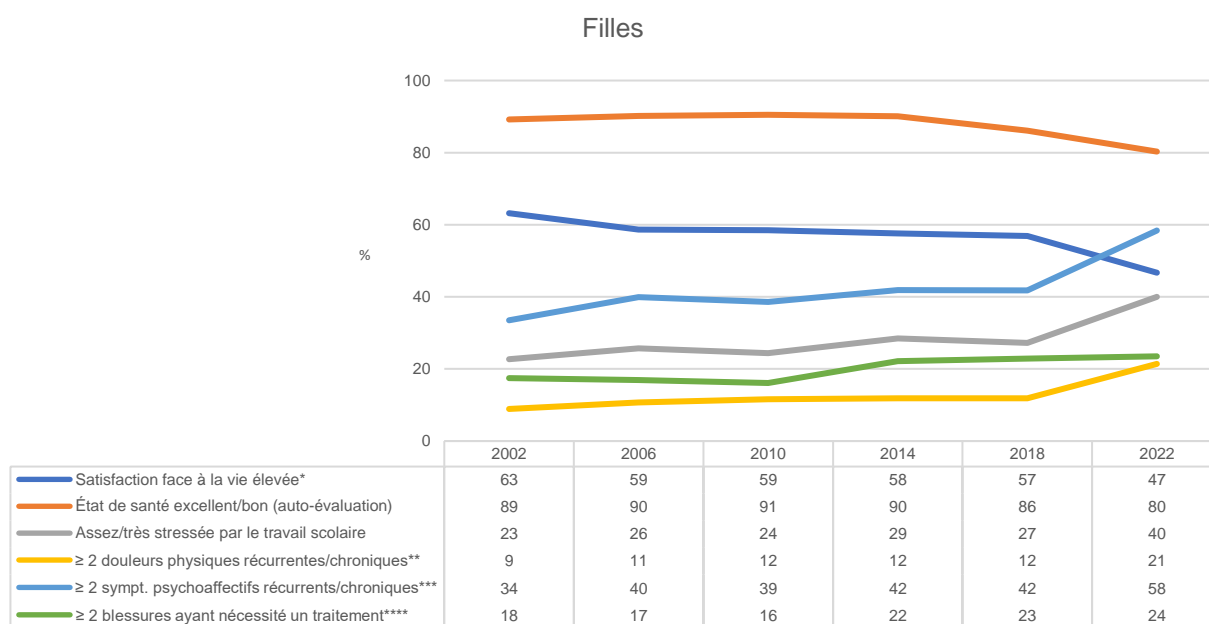
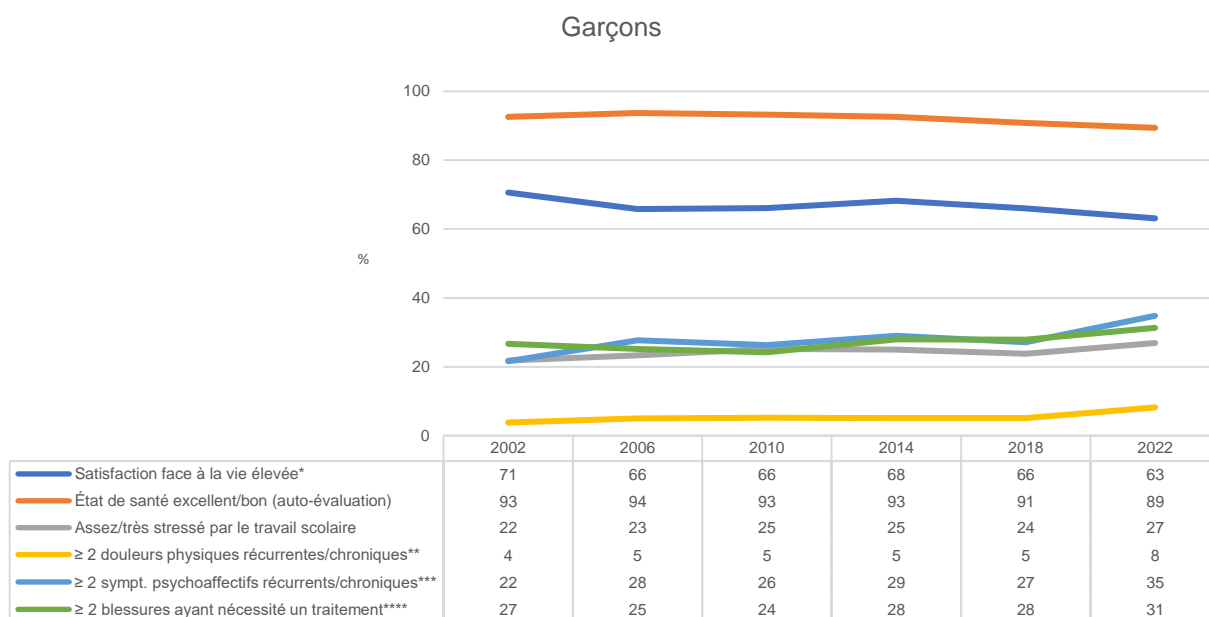
## La plupart des 11 à 15 ans se sentent bien, mais la situation s'est globalement péjorée

En 2022, **env. 85% des 11 à 15 ans s'estimaient en bonne ou excellente santé**, les garçons (env. 89%) davantage que les filles (env. 80%) (Figure I). Assez stable chez les garçons depuis 2002, ce taux accuse de **nettes baisses en 2018 et en 2022 chez les filles de 13 et 15 ans**.

**Env. 55% des 11 à 15 ans** (G: env. 63%; F: env. 47%) étaient **très satisfait-e-s de leur vie** (ils-elles se positionnent sur les échelons 8 à 10 d'une échelle graduée de 0 à 10) (Figure I). Cet indicateur s'est **péjoré en 2022 par rapport à 2018**, surtout chez les 13 ans et les filles 15 ans, en précisant que chez elles le recul s'était amorcé en 2018 déjà.

S'agissant de deux questions posées pour la première fois en 2022, **env. 67% des 11 à 15 ans** avaient un **bien-être émotionnel** qui peut être qualifié de **moyen à élevé** (G: env. 77%; F: env. 57%) et **env. 20%** (G: env. 23%; F: env. 17%) avaient un sentiment d'**auto-efficacité** qui peut être qualifié d'élevé.

Figure 1 : Vue d'ensemble – **Indicateurs de santé et bien-être**, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2002-2022)



**Remarques:**

**Ces résultats (totaux) sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).**

**\* Échelons 8 à 10 sur une échelle de satisfaction graduée de 0 à 10**

**\*\* Au moins deux (sur trois) douleurs physiques plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois (maux de tête, maux de ventre, maux de dos)**

**\*\*\* Au moins deux (sur sept) symptômes plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois (les difficultés à dormir toute la nuit sans se réveiller ne sont pas prises en compte, car la question a été posée pour la première fois en 2018 seulement)**

**\*\*\*\* Dans les 12 derniers mois**

De manière générale, ces **indicateurs généraux du bien-être** atteignent des **valeurs plus élevées chez les garçons que chez les filles** et qui **diminuent entre les 11 ans et les 15 ans** (excepté pour le sentiment d'auto-efficacité), tout particulièrement chez les filles.

Chez les 11 à 15 ans, ces trois **indicateurs généraux du bien-être** sont **associés positivement aux ressources personnelles** (sentiment d'auto-efficacité) **et sociales** (degré de soutien perçu de la part des ami-e-s, de la famille, des camarades de classes et des enseignant-e-s). Ils sont par contre **associés négativement** au niveau de **stress psychologique** (en général ou lié au travail scolaire), à la fréquence des **symptômes somatiques et psychoaffectifs**, à la fréquence du **sentiment de solitude**, à la **durée du sommeil** et aux **comportements problématiques à cet âge**, notamment au score d'usage problématique des réseaux sociaux<sup>1</sup>, au nombre de jours de consommation dans les 30 derniers jours d'alcool, de la cigarette conventionnelle et de l'e-cigarette, ainsi qu'au (cyber-)harcèlement (en tant qu'auteur-e ou victime).

S'agissant des questions qui n'ont été posées qu'aux 14 et 15 ans, ces trois **indicateurs généraux du bien-être** sont **associés négativement** aux **comportements problématiques à cet âge**, notamment au score d'usage problématique des jeux vidéo (corrélation calculée uniquement parmi les joueurs et joueuses de jeux vidéo)<sup>2</sup>, à la consommation au moins une fois dans les 30 derniers jours de cannabis illégal (contenant  $\geq 1\%$  de THC), au nombre d'excès ponctuels d'alcool (*binge drinking*)<sup>3</sup> dans les 30 derniers jours et à l'abus<sup>4</sup> de médicaments.

### Davantage de stress lié au travail scolaire

En 2022, les 11 à 15 ans ont été interrogé-e-s pour la première fois dans le cadre de l'étude HBSC sur leur **perception du stress psychologique** en général (Figure I). Sur une échelle de score graduée de 0 à 16, leur stress psychologique moyen était d'env. 6.6, les filles (moyenne : env. 7.2) se sentant plus stressées que les garçons (moyenne : env. 5.9). Le score augmente entre les 11 ans et les 15 ans chez les filles, mais pas chez les garçons.

Plus spécifiquement, env. **34% des 11 à 15 ans** (G: env. 27%; F: env. 40%) **se sentaient assez voire très stressé-e-s par le travail scolaire**, les plus âgé-e-s davantage que les plus jeunes. Relativement stable entre 2002 et 2018, cette part **s'est fortement accrue en 2022**. C'est le cas surtout parmi les 11 ans et les filles de 13 et 15 ans.

### Sentiment de solitude chez environ un-e jeune de 11 à 15 ans sur six

Env. **15% des 11 à 15 ans se sont senti-e-s seul-e-s la plupart du temps ou toujours** au cours des 12 derniers mois, les filles (env. 21%) en bien plus grande proportion que les garçons (env. 9%). Ce sentiment fréquent s'accroît entre les 11 et les 15 ans chez les filles, mais pas chez les garçons.

---

<sup>1</sup> Selon the *Social Media Disorder Scale* de van den Eijnden et collègues (2016). Dans le cadre de l'étude HBSC, l'usage problématique est défini comme une perte de contrôle sur le temps investi dans cette activité en ligne, avec un impact négatif important sur les relations avec l'entourage proche et sur les activités essentielles du quotidien.

<sup>2</sup> Selon l'échelle *Internet Gaming Disorder Test-10 items* de Király et collègues (2017). Pour la définition de l'usage problématique, voir note No 1

<sup>3</sup> Dans le cadre de l'étude HBSC, les excès ponctuels sont définis comme le fait de consommer cinq boissons alcooliques ou plus lors d'une même occasion.

<sup>4</sup> Détournés de leur indication médicale à des fins de recherche d'expérience psychotrope.

## Handicaps et maladies chroniques

Les 14 et 15 ans ont été interrogé·e·s sur une liste de huit maladies chroniques et handicaps physiques ayant été diagnostiqués par un·e médecin. Il en ressort que la **myopie** (env. **28%**), le **rhume des foies** (env. **25%**) et l'**asthme** (env. **10%**) font partie des maladies chroniques les plus fréquentes à cet âge. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (**TDAH et TDA** ; env. **7%**) a vu sa prévalence nettement augmenter par rapport à 2018, et les **troubles du comportement alimentaire** (env. **4%**) ne sont pas rares non plus. Seul·e·s quelques élèves de l'échantillon national HBSC ont mentionné la **maladie coeliaque** ou le **diabète de type 1 ou 2** (<1%).

## Blessures ayant nécessité un traitement au cours des 12 derniers mois : surtout chez les garçons

En 2022, env. **28%** des 11 à 15 ans avaient dû se faire soigner une fois par un·e médecin, un infirmier ou une infirmière pour une **blessure** dans les 12 derniers mois et env. 27% (G: 31%; F: 24%) au moins deux fois, ce taux étant supérieur à celui de 2018 (Figure I).

## Douleurs physiques et symptômes psychoaffectifs à la hausse

Env. **15% des 11 à 15 ans** (G: env. 8%; F: env. 21%) **ont ressenti au moins deux<sup>5</sup> douleurs de façon récurrente ou chronique** (> 1x par semaine dans les six derniers mois), prévalence à la **hausse par rapport à 2018**, surtout chez les 13 et 15 ans et les filles, alors qu'elle était assez stable depuis 2002 (Figure I). Les parts de 11 à 15 ans qui ont ressenti des douleurs à cette fréquence sont: env. 21% pour les maux de tête, env. 16% pour les maux de ventre et env. 18% pour les maux de dos. Env. 15% (G: env. 8%; F: env. 21%) ont souffert de **vertiges** récurrents ou chroniques, soit une augmentation comparé à 2018 (Figure II).

En 2022, env. **47% des 11 à 15 ans** (G: env. 35%; F: env. 58%) ont ressenti **au moins deux<sup>6</sup> symptômes psychoaffectifs de façon récurrente ou chronique** dans les six derniers mois (Figure I). Assez stable entre 2002 et 2018, ce taux marque une **forte hausse en 2022**, surtout chez les 13 et 15 ans et les filles. Les parts de 11 à 15 ans qui ont ressenti des symptômes psychoaffectifs à cette fréquence sont: env. 50% pour la fatigue, env. 31% pour les problèmes d'endormissement, env. 30% pour l'irritabilité, env. 26% pour la colère, env. 26% pour la nervosité, env. 23% pour la tristesse, env. 23% pour le fait de ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller et env. 18% pour l'anxiété (Figure III).

Les prévalences de la plupart des douze symptômes récurrents ou chroniques s'accroissent entre les 11 ans et les 15 ans et sont plus élevées chez les filles, quel que soient leur âge.

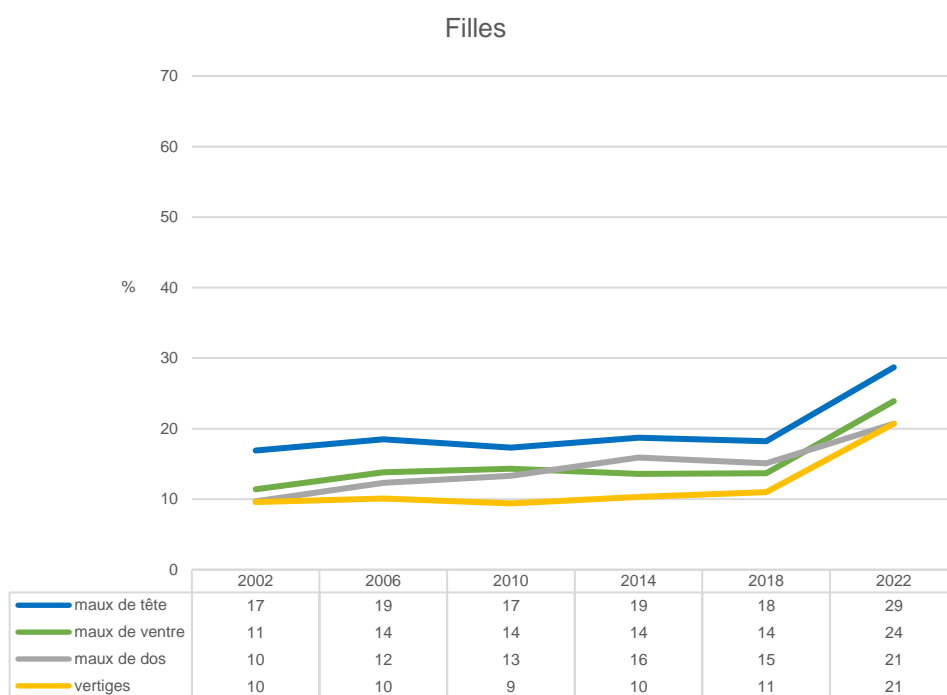
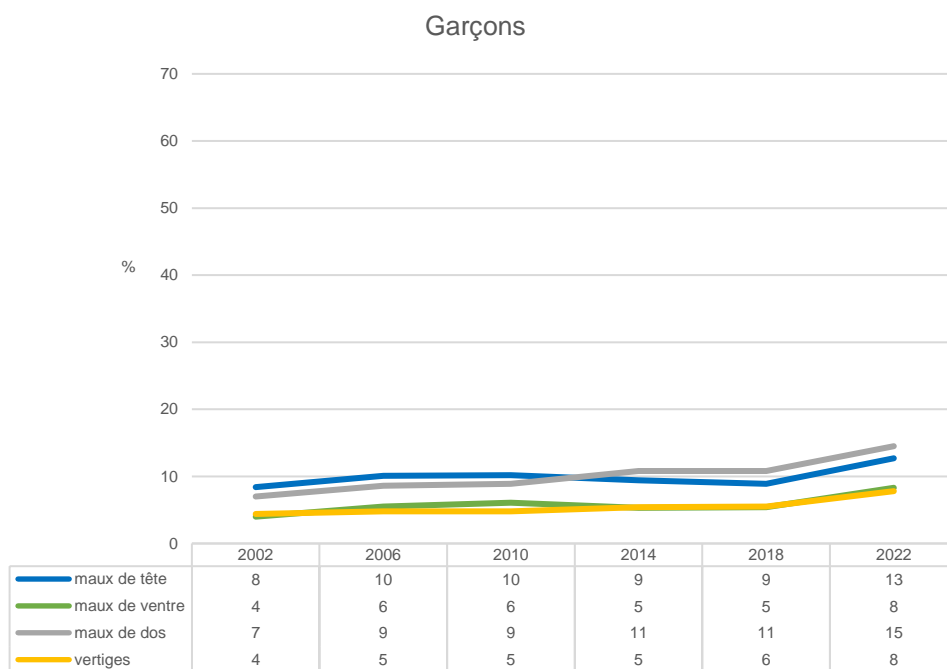
---

<sup>5</sup> Sur trois (maux de tête, maux de ventre, maux de dos).

<sup>6</sup> Sur sept (voir Figure III). Parmi les huit symptômes qui ont fait l'objet d'une question en 2022, seul 'ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller' n'est pas pris en compte ici, car la question n'a été posée qu'en 2018. Ceci a permis une observation de l'évolution de la prévalence de symptômes multiples depuis 2002.

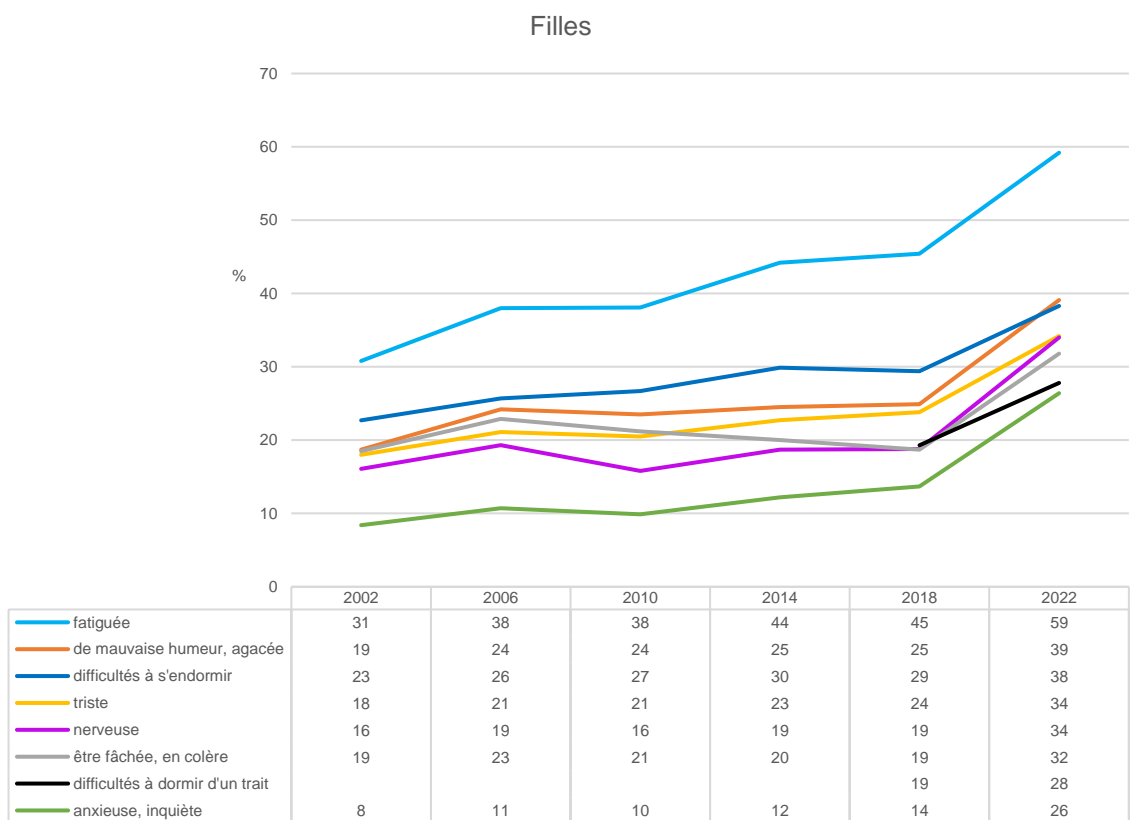
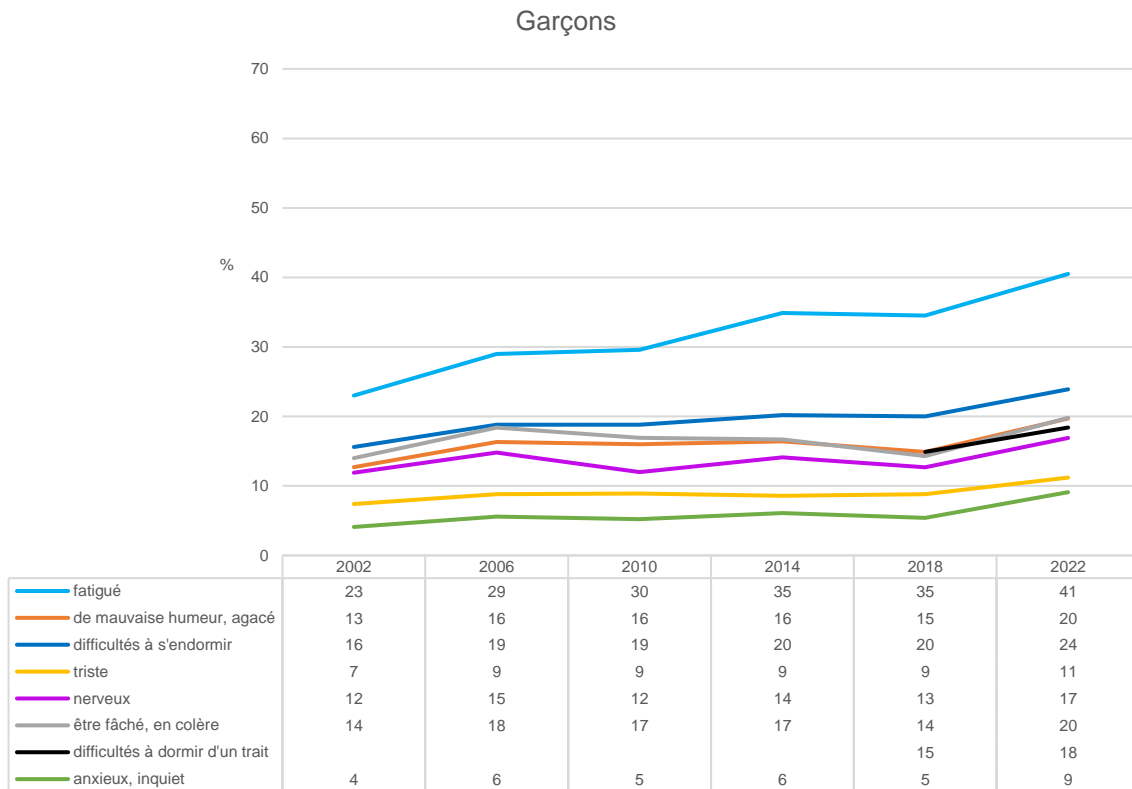


Figure II: Vue d'ensemble – **Symptômes physiques récurrents ou chroniques (>1x par semaine dans les six derniers mois)**, chez les **11 à 15 ans** (HBSC 2002-2022, en %)



**Remarque:** Ces résultats (totaux) sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).

Figure III: Vue d'ensemble – **Symptômes psychoaffectifs récurrents ou chroniques (>1x par semaine dans les six derniers mois), chez les 11 à 15 ans (HBSC 2002-2022)**



**Remarque:** Ces résultats (totaux) sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).

## Un sommeil trop court pour de nombreux-euses 14 et 15 ans

La qualité du sommeil tout comme sa durée sont considérés comme des facteurs essentiels de la santé physique et psychique des jeunes adolescent-e-s et de leur développement.

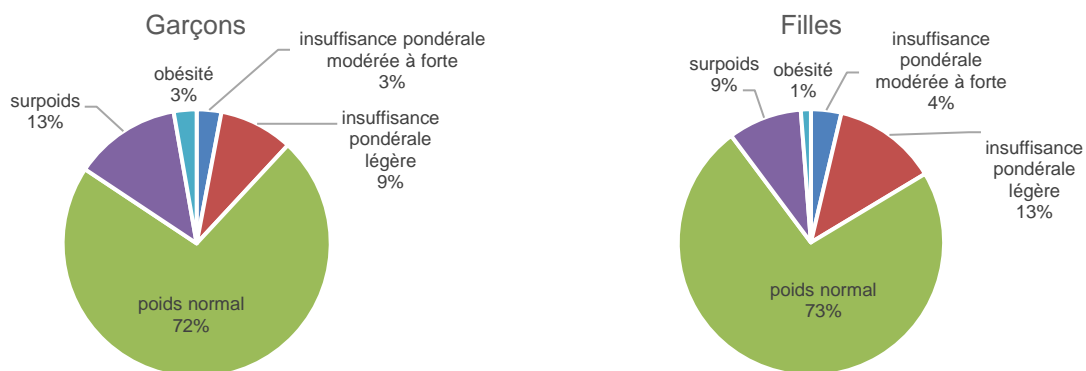
En 2022, les **14 et 15 ans s'endormaient en moyenne vers 22h50 avant les jours d'école et se levaient vers 6h30 le matin des jours d'école**. Cela donne une **durée moyenne de sommeil d'environ 7 heures et 40 minutes**, soit environ 5 minutes de moins qu'en 2018.

Il est recommandé que les 14 et 15 ans dorment 8 à 10 heures par nuit. En 2022, **env. 54% des 14 et 15 ans** (G: env. 58%; F: env. 51%) **dormaient habituellement 8 heures ou plus les nuits avant les jours d'école**. Assez comparable entre 2014 et 2018 (env. 58%), ce taux **recule en 2022**, mais uniquement chez les filles. Ainsi, près de la moitié des 14 et 15 ans sont en dette de sommeil durant la semaine d'école.

## Statut pondéral stable dans l'ensemble par rapport à 2018

Dans le cadre de l'étude HBSC, l'Indice de masse corporelle (IMC) est basé sur les déclarations des élèves et non sur des mesures effectives du poids et de la taille. Les seuils de l'IMC retenus pour évaluer le statut pondéral sont ceux proposés par l'*International Obesity Task Force (IOTF)* pour les moins de 18 ans.

Figure IV: **Statut pondéral estimé sur la base de l'IMC chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)**



**Remarque:** Les résultats (totaux) sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).

En 2022, selon l'IMC, env. **73% des 11 à 15 ans** avaient un **poids normal**, env. **11%** étaient en situation de **surpoids**, env. **2%** en situation d'**obésité**, env. **11%** présentaient une **insuffisance pondérale légère** et env. **3%** une **insuffisance pondérale modérée à forte** (Figure IV). **Ces taux sont assez proches de ceux de 2018**, mais des nuances sont à relever : une hausse de l'insuffisance pondérale légère à forte chez les filles de 15 ans ainsi qu'une hausse de l'excès pondéral (surpoids et obésité considérés ensemble) chez les garçons de 11 ans.

## Image corporelle positive : en forte baisse par rapport à 2018

Durant la puberté, le corps se métamorphose, ce qui contraint les jeunes adolescent-e-s à s'adapter à leur nouvelle image corporelle.

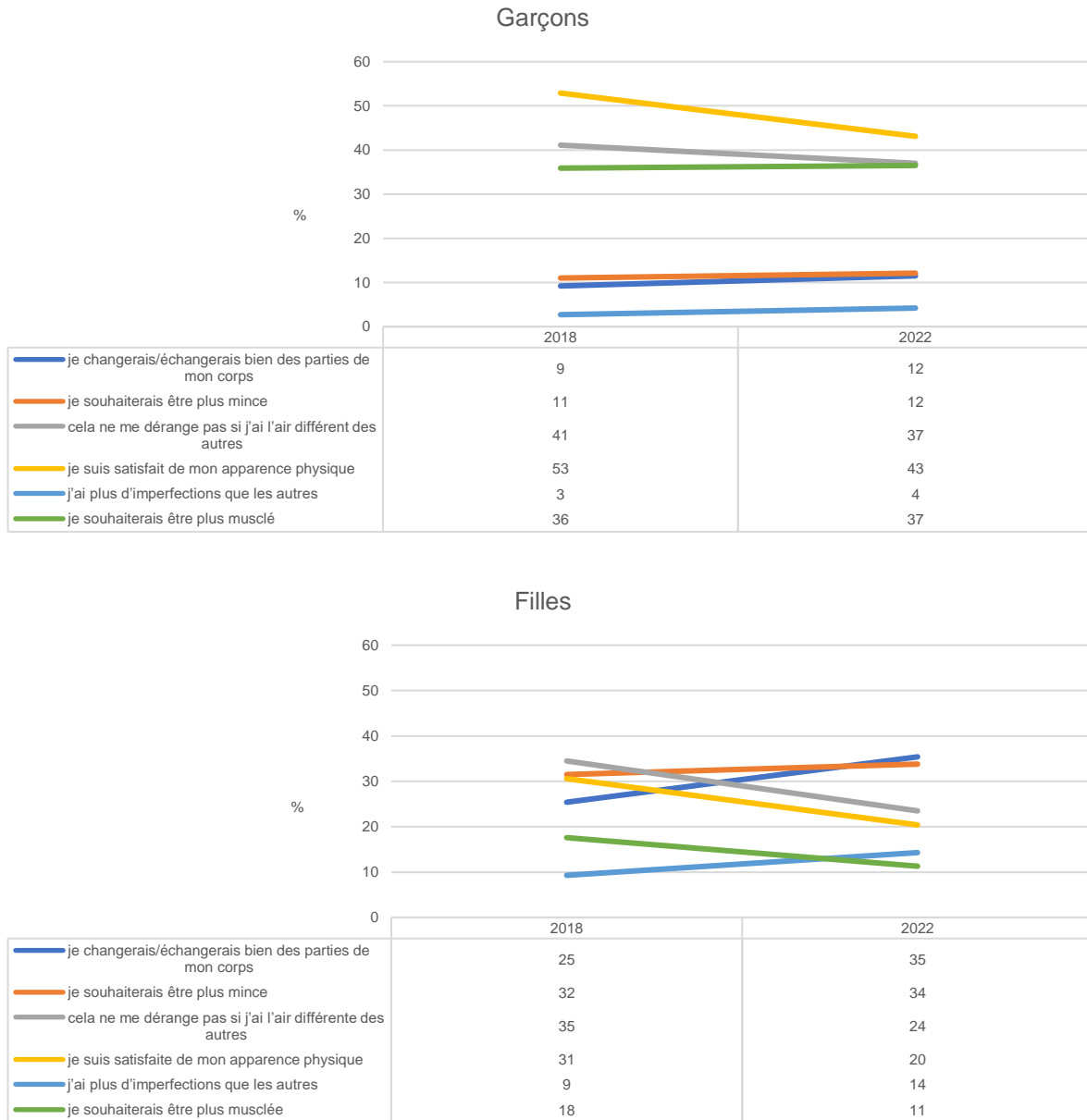
En 2022, env. **49% des 11 à 15 ans** (G: env. 54%; F: env. 44%) **s'estimaient à peu près du bon poids**, soit un taux inférieur à celui de 2018 chez les filles mais pas chez les garçons, en précisant que cette baisse s'était amorcée en 2018 déjà.

Les filles se voyaient plus souvent un peu ou beaucoup trop grosses que les garçons (G: env. 24%; F: env. 42%) et ces derniers plus souvent un peu ou beaucoup trop maigres (G: env. 21 %; F: env. 13%). Souvent,

il n'y a pas adéquation entre l'IMC et la perception que jeunes ont de leur poids corporel, sur-estimer son poids étant plus répandu chez les filles et le sous-estimer davantage chez les garçons.

**Chez les 14 et 15 ans, l'image corporelle s'est globalement dégradée par rapport 2018** et les garçons ont globalement une meilleure image corporelle que les filles (Figure V).

Figure V: **Éléments de l'image corporelle** – Parts des 14 et 15 ans qui sont d'accord<sup>a</sup> avec les affirmations suivantes (HBSC 2018-2022)



**Remarques:** Les résultats (totaux) sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3). <sup>a</sup> Les autres catégories de réponse étaient : 'pas d'accord', 'plutôt pas d'accord' et 'plutôt d'accord'.

En 2022, au moment de l'enquête, **env. 14% des 11 à 15 ans** (G: env. 11%; F: env. 16%) **faisaient un régime ou autre chose pour perdre du poids**, proportion restée assez stable depuis 2002. Cette proportion a tendance à augmenter avec l'âge chez les filles alors qu'elle reste stable chez les garçons.

# Ausführliche Zusammenfassung

## Die Studie *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)

Im Jahr 2022 nahmen in der Schweiz 9345 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren an der internationalen Studie HBSC teil. Die Teilnahmequote der in der Schweiz zufällig ausgewählten Klassen im 5. bis 9. Schuljahr (7. bis 11. Jahr HarmoS) lag bei 74.2% (636 von 857 Klassen).

Der vorliegende Forschungsbericht beschreibt **die nationalen Ergebnisse der HBSC 2022** in Bezug auf verschiedene Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens der 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz, einige Korrelate und ihre Entwicklung im Laufe der Zeit.

## Welche direkten Auswirkungen hatte die COVID-19-Pandemie auf die Schülerinnen und Schüler und ihre Familien?

Anfang März 2022, als die Fragebögen an die Klassen verschickt wurden, hatte die Omicron-Variante die Welt im Griff.

Zwischen März und Ende Juni 2022 gaben ca. **59% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 60%; M: ca. 59%) an, dass sie **mindestens einmal positiv auf COVID-19 getestet worden waren**, und ca. **87%** (J: ca. 87%; M: ca. 87%), dass dies bei **mindestens einem Familienmitglied der Fall gewesen war** (in ca. 12% der Fälle war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich). Etwa **36%** (J: ca. 35%; M: ca. 37%) gaben an, **geimpft zu sein**.

Etwa **20% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 13%; M: ca. 27%) stimmten entweder eher oder völlig zu, dass sie **sich aufgrund der Pandemie meistens niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt haben oder fühlen**, während etwa **15%** (J: ca. 10%; M: ca. 20%) angaben, **sich sehr ängstlich oder nervös gefühlt zu haben oder zu fühlen**. Die Mädchen, insbesondere die 14- und 15-jährigen, waren deutlich häufiger betroffen als die Jungen. **Von den 14- und 15-Jährigen, die von solchen Gefühlen berichteten**, hatten ca. **43%** (J: ca. 39%; M: ca. 45%) **ihre Familie oder ihre Freundinnen und Freunde um Unterstützung gebeten** und ca. **26%** (J: ca. 25%; M: ca. 27%) **hatten professionelle Unterstützung gesucht (selbst oder ihre Eltern)** (z. B. Psychologin/Psychologe, Ärztin/Arzt, Beratungs- oder Krisenhotline).

Auf die Frage nach möglichen **positiven Auswirkungen** der Pandemie stimmten **ca. 36% der 14- und 15-Jährigen** (J: ca. 36%; M: ca. 36%) eher oder ganz zu, dass sie **neue Hobbys oder Interessen entdeckt** hätten, und **ca. 45%** (J: ca. 44%; M: ca. 46%) stimmten eher oder ganz zu, dass sie **sich persönlich weiterentwickelt hätten** (z. B. besserer Umgang mit Emotionen/schwierigen Situationen sich stärker fühlen).

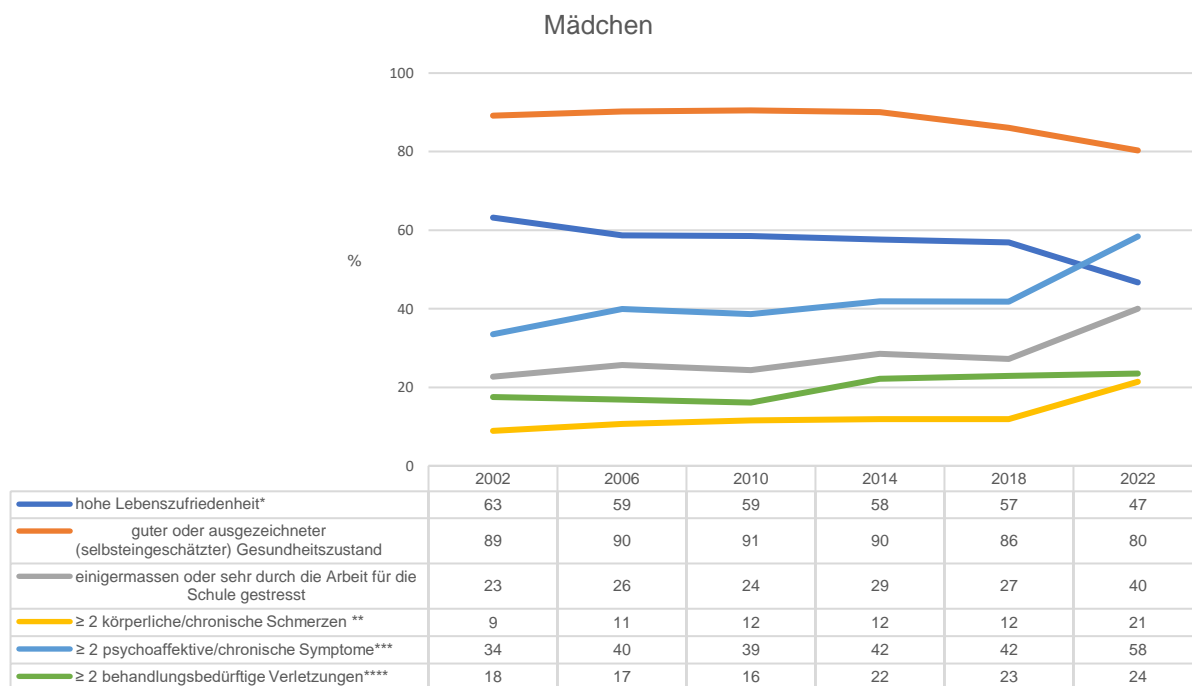
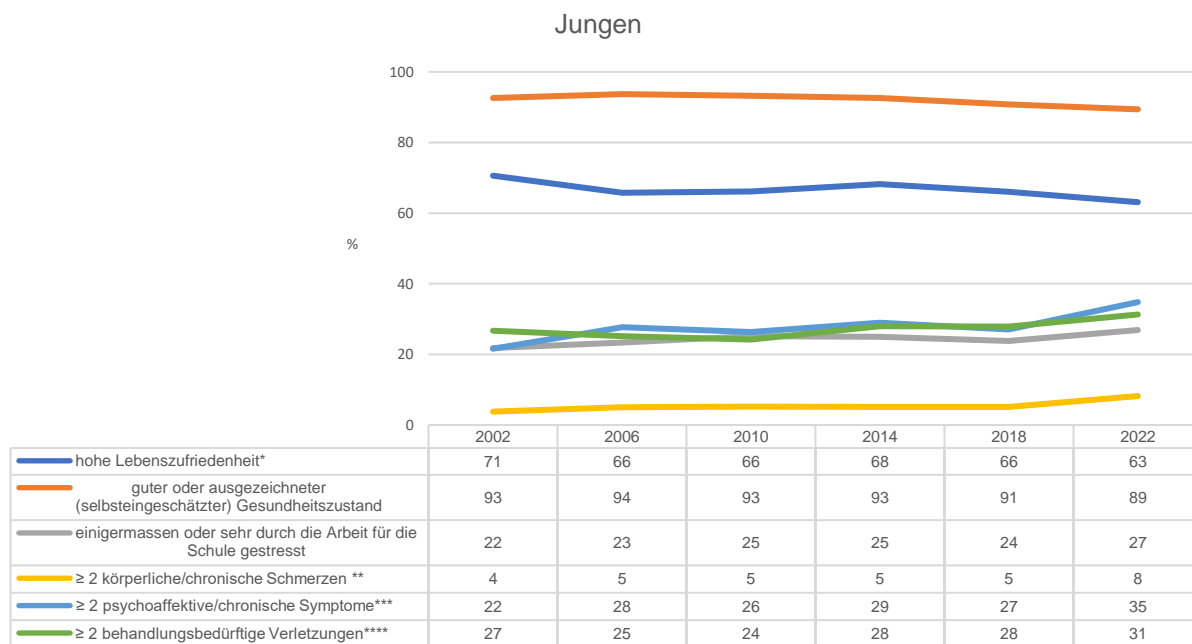
## Die meisten 11- bis 15-Jährigen fühlen sich gut, aber die Situation hat sich insgesamt verschlechtert

Im Jahr 2022 **schätzten ca. 85% der 11- bis 15-Jährigen ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet ein**, die Jungen (ca. 89%) häufiger als die Mädchen (ca. 80%) (Abbildung I). Während diese Anteile bei den Jungen seit 2002 ziemlich stabil geblieben sind, sind sie bei den 13- und 15-jährigen Mädchen **2018 und 2022 deutlich zurückgegangen**.

Rund **55% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 63%; M: ca. 47%) waren **mit ihrem Leben sehr zufrieden** (sie positionierten sich auf den Stufen 8 bis 10 einer Skala von 0 bis 10) (Abbildung I). Dieser Indikator **hat sich 2022 im Vergleich zu 2018 verschlechtert**, insbesondere bei den 13-Jährigen und den 15-jährigen Mädchen, wobei erwähnt werden muss, dass bei Letzteren der Rückgang bereits 2018 begonnen hatte.

In Bezug auf zwei Fragen, die 2022 zum ersten Mal gestellt wurden, hatten **ca. 67% der 11- bis 15-Jährigen ein mittleres bis hohes psychisches Wohlbefinden** (J: ca. 77%; M: ca. 57%) und ca. **20%** (J: ca. 23%; M: ca. 17%) eine **Selbstwirksamkeitserwartung**, die als hoch eingeschätzt werden kann.

Abbildung I : Übersicht – **Indikatoren der Gesundheit und des Wohlbefindens, bei den 11- bis 15-Jährigen (HBSC 2002-2022)**



**Bemerkungen:** Die in dieser Abbildung dargestellten Ergebnisse (Totale) basieren auf ungewichteten Daten und werden daher nur zur allgemeinen Orientierung dargestellt (siehe Unterkapitel 2.3).

\* Stufen 8 bis 10 auf einer Skala von 0 bis 10

\*\* Mind. zwei (der drei) körperliche Schmerzen mehrmals pro Woche oder täglich in den letzten sechs Monaten (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen)

\*\*\* Mind. zwei (der sieben) Symptome mehrmals pro Woche oder täglich in den letzten sechs Monaten (Durchschlafschwierigkeiten nicht einbegriffen, da diese Frage erst 2018 zum ersten Mal gestellt wurde)

\*\*\*\*In den letzten 12 Monaten

Im Allgemeinen erreichen diese **Indikatoren des allgemeinen Wohlbefindens Werte**, die bei Jungen **höher sind als bei Mädchen** und die **zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr abnehmen** (ausser Selbstwirksamkeitserwartung), insbesondere bei den Mädchen.

Bei den 11- bis 15-Jährigen **korrelieren** diese drei **Indikatoren des allgemeinen Wohlbefindens positiv mit persönlichen** (Selbstwirksamkeitserwartung) und **sozialen** (wahrgenommene Unterstützung durch Freundeskreis, Familie, Mitschüler/innen und Lehrpersonen) **Ressourcen**. Sie stehen jedoch in einem **negativem Zusammenhang** mit dem **psychischen Stressniveau** (allgemein oder im Zusammenhang mit der Arbeit für die Schule), der Häufigkeit **körperlicher und psychoaffektiver Symptome**, der **Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen**, der **Schlafdauer** und **problematischen Verhaltensweisen** in diesem Alter, insbesondere mit dem Score der problematischen Nutzung sozialer Netzwerke<sup>7</sup>, der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen Alkohol, herkömmliche und elektronische Zigaretten konsumiert wurden, und dem (Online-)Mobbing (sowohl als Täter als auch als Opfer).

Bei den Fragen, die nur den 14- und 15-Jährigen gestellt wurden, sind diese drei **Indikatoren des allgemeinen Wohlbefindens negativ** mit **problematischen Verhaltensweisen in diesem Alter**, d.h. mit dem Score des problematischen Gamingverhaltens (die Korrelation wurde nur unter Gamenden berechnet)<sup>8</sup>, dem mindestens einmaligen Konsum von illegalem Cannabis ( $\geq 1\%$  THC) in den letzten 30 Tagen, der Häufigkeit des Rauschtrinkens (*Binge Drinking*)<sup>9</sup> in den letzten 30 Tagen und dem Missbrauch von Medikamenten<sup>10</sup> **korreliert**.

## Mehr Stress durch die Arbeit für die Schule

Im Jahr 2022 wurden die 11- bis 15-Jährigen im Rahmen der HBSC-Studie zum ersten Mal zu ihrem **Erleben von psychischem Stress** im Allgemeinen befragt (Abbildung I). Auf einer Skala von 0 bis 16 lag ihr durchschnittlicher psychischer Stress bei ca. 6.6, wobei sich die Mädchen (Mittelwert: ca. 7.2) stärker gestresst fühlten als die Jungen (Mittelwert: ca. 5.9). Das Stresserleben steigt bei den Mädchen zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr an, bei den Jungen jedoch nicht.

Etwa **34% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 27%; M: ca. 40%) fühlten sich **durch die Arbeit für die Schule einigermassen oder sehr gestresst**, wobei die älteren Schülerinnen und Schüler mehr Stress empfanden als die jüngeren. Dieser Anteil, der zwischen 2002 und 2018 relativ stabil geblieben war, **nahm 2022 stark zu**. Dies gilt vor allem für die 11-Jährigen und die 13- und 15-jährigen Mädchen.

## Einsamkeitsgefühle bei etwa einem Sechstel der 11- bis 15-Jährigen

Ca. **15% der 11- bis 15-Jährigen** haben sich in den letzten 12 Monaten **meistens oder immer einsam gefühlt**, wobei der Anteil der Mädchen (ca. 21%) deutlich höher liegt als der der Jungen (ca. 9%). Das häufige Erleben solcher Gefühle nimmt bei den Mädchen zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr stark zu, bei den Jungen jedoch nicht.

---

<sup>7</sup> Gemäss der Social Media Disorder Scale von van den Eijnden und Kollegen (2016). Im Rahmen der HBSC-Studie wird eine problematische Nutzung als Kontrollverlust über die in diese Online-Aktivität investierte Zeit mit erheblichen negativen Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen und wichtige Alltagsaktivitäten definiert.

<sup>8</sup> Gemäss der Skala Internet Gaming Disorder Test-10 Items von Király und Kollegen (2017). Für die Definition der problematischen Nutzung siehe Fussnote Nr.7

<sup>9</sup> Im Rahmen der HBSC-Studie wird das Rauschtrinken als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken zu einer Gelegenheit definiert.

<sup>10</sup> Zweckentfremdet von ihrer medizinischen Anwendung, um psychoaktive Effekte zu erleben.

## Behinderungen und chronische Erkrankungen

Bei den 14- und 15-Jährigen wurden mit einer Liste acht von einem Arzt oder einer Ärztin diagnostizierte chronische Erkrankungen und körperlichen Behinderungen abgefragt. Es zeigt sich, dass **Kurzsichtigkeit** (ca. **28%**), **Heuschnupfen** (ca. **25%**) und **Asthma** (ca. **10%**) zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe gehören. Bei den Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit oder ohne Hyperaktivität (**ADHS und ADS**; ca. **7%**) ist die Prävalenz im Vergleich zu 2018 deutlich gestiegen, und auch **Essstörungen** (ca. **4%**) sind in diesem Alter keine Seltenheit. Hingegen wurden **Zöliakie und Diabetes Typ 1 oder 2** nur von wenigen Schülerinnen und Schülern der nationalen HBSC-Stichprobe erwähnt (<1%).

## Verletzungen, die in den letzten 12 Monaten behandelt werden mussten, kommen vor allem bei den Jungen vor

Im Jahr 2022 mussten sich ca. **28%** der 11- bis 15-Jährigen in den letzten 12 Monaten einmal und ca. 27% (J: 31%; M: 24%) mindestens zweimal wegen einer **Verletzung** von einer Ärztin/einem Arzt oder einer Krankenpflegerin/einem Krankenpfleger behandeln lassen, was über dem Wert von 2018 liegt (Abbildung I).

## Zunahme von körperlichen Schmerzen und psychoaffektiven Symptomen

Ca. **15% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 8%; M: ca. 21%) haben **mindestens zwei wiederkehrende oder chronische** (> 1x pro Woche in den letzten sechs Monaten) **Schmerzen**<sup>11</sup> erlebt, eine Prävalenz, die **im Vergleich zu 2018 ebenfalls gestiegen ist**, insbesondere bei den 13- bis 15-Jährigen und den Mädchen, während sie seit 2002 ziemlich stabil geblieben war (Abbildung I). Die Anteile der 11- bis 15-Jährigen, die Schmerzen in diesem Ausmass erlebt haben liegen bei ca. 21% für Kopfschmerzen, bei ca. 16% für Bauchschmerzen und bei ca. 18% für Rückenschmerzen. Außerdem litten ca. 15% (J: ca. 8%; M: ca. 21%) an wiederkehrenden oder chronischen **Schwindelgefühlen**, was ebenfalls einem Anstieg im Vergleich zu 2018 entspricht (Abbildung II).

Im Jahr 2022 berichteten ca. **47% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 35%; M: ca. 58%), dass **mindestens zwei**<sup>12</sup> **wiederkehrende oder chronische psychoaffektive Symptome** erlebt hatten (Abbildung I). Während dieser Anteil zwischen 2002 und 2018 ziemlich stabil geblieben war, ist er **2022 stark angestiegen**, vor allem bei den 13- und 15-Jährigen und den Mädchen. Die Anteile der 11- bis 15-Jährigen, die psychoaffektive Symptome mit dieser Häufigkeit erlebt haben, sind: ca. 50% bei Müdigkeit, ca. 31% bei Einschlafproblemen, ca. 30% bei Reizbarkeit, ca. 26% bei Wut, ca. 26% bei Nervosität, ca. 23% bei Traurigkeit, ca. 23% bei Durchschlafschwierigkeiten und ca. 18% bei Ängstlichkeit (Abbildung III).

Die Prävalenzen der meisten der zwölf wiederkehrenden oder chronischen Symptome steigen zwischen dem 11. und dem 15. Lebensjahr an und sind bei den Mädchen in allen Altersgruppen höher.

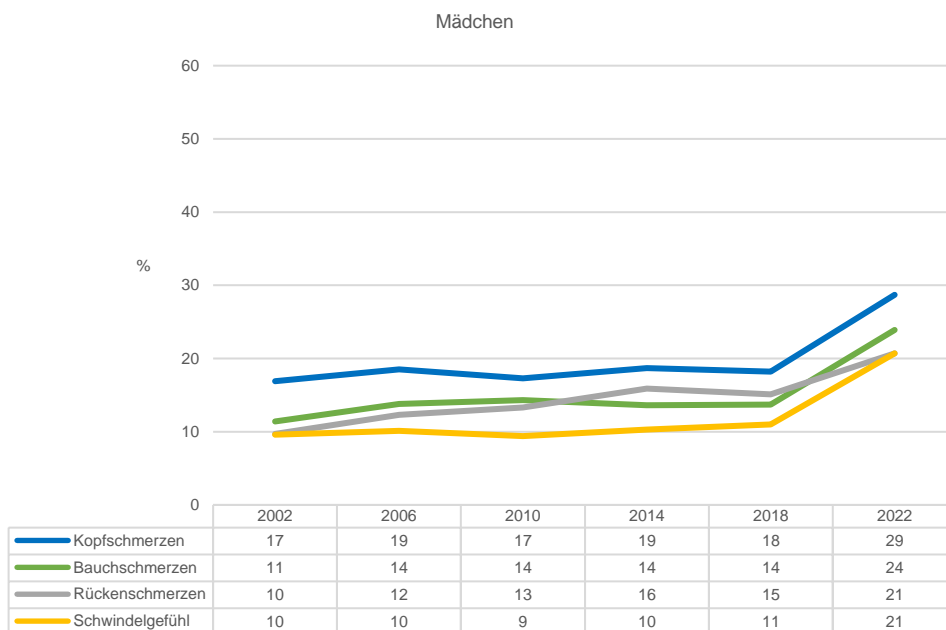
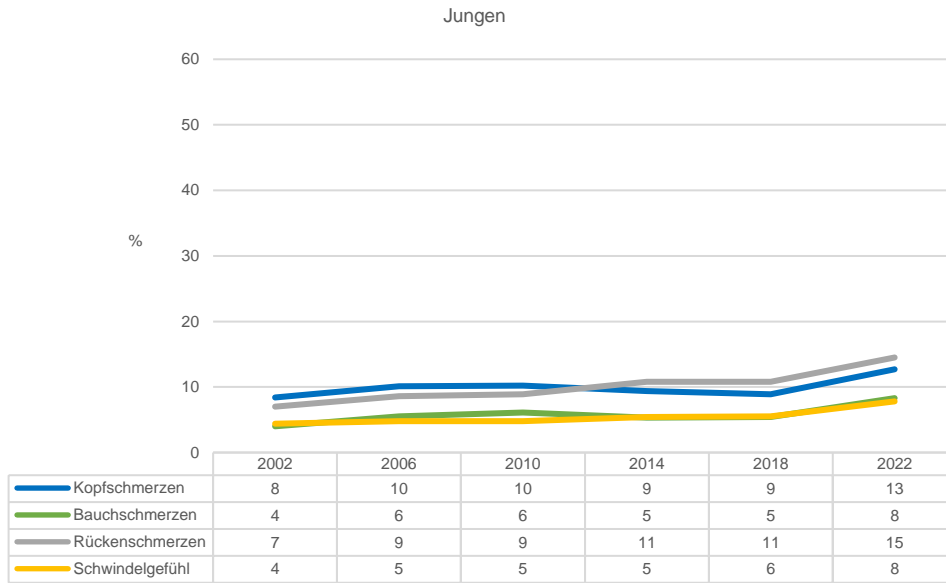
---

<sup>11</sup> Von insgesamt dreien (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen)

<sup>12</sup> Von insgesamt sieben (siehe Abbildung III). Von den acht Symptomen, nach denen 2022 gefragt wurde, werden hier nur Durchschlafschwierigkeiten nicht berücksichtigt, da die Frage erst 2018 erstmals gestellt wurde. Dies ermöglichte es, die Entwicklung der Prävalenz multipler Symptome seit 2002 zu beobachten.

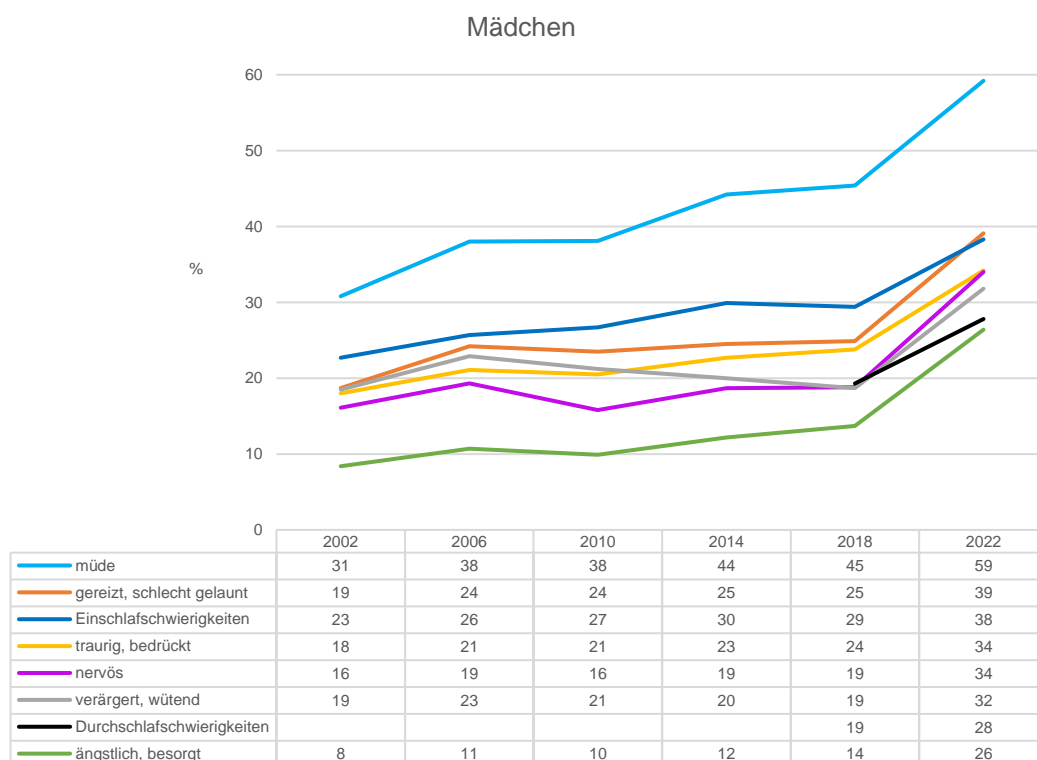
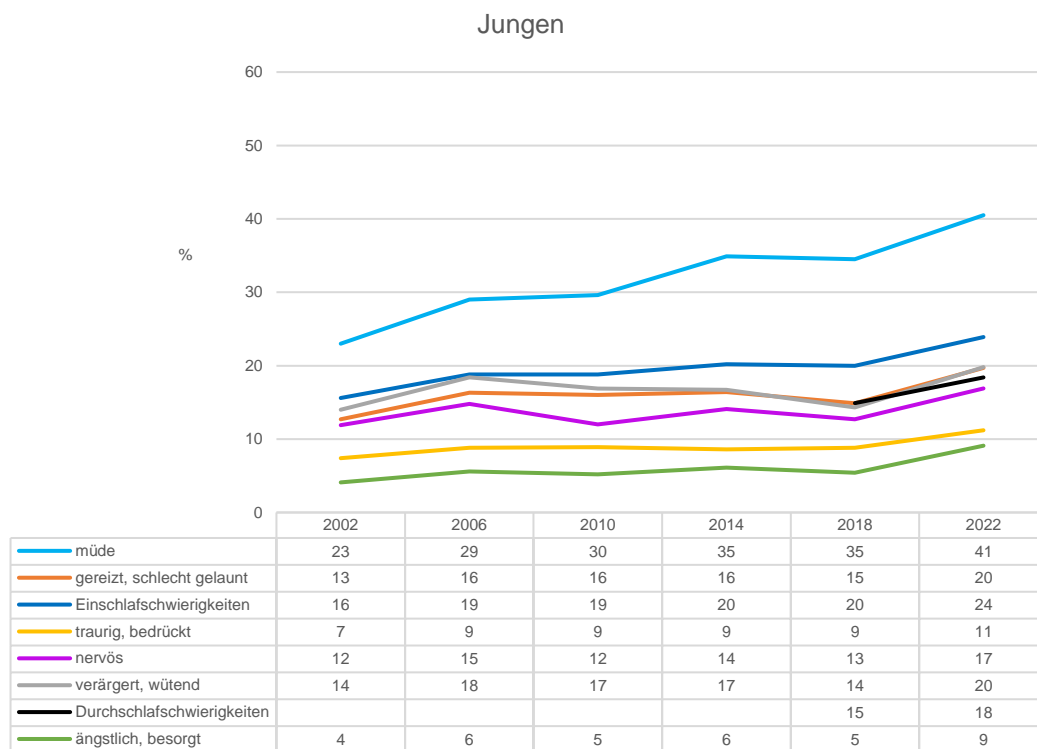


Abbildung II: Übersicht – **Wiederkehrende oder chronische körperliche Schmerzen (>1x pro Woche in den letzten sechs Monaten)**, bei den 11- bis 15-jährigen (HBSC 2002-2022)



**Bemerkung:** Die in dieser Abbildung dargestellten Ergebnisse (Totale) basieren auf ungewichteten Daten und werden daher nur zur allgemeinen Orientierung dargestellt (siehe Unterkapitel 2.3).

Abbildung III: Übersicht – **Wiederkehrende oder chronische psychoaffektive Symptome (>1x pro Woche in den letzten sechs Monaten), bei den 11- bis 15-jährigen (HBSC 2002-2022)**



**Bemerkung:** Die in dieser Abbildung dargestellten Ergebnisse (Totale) basieren auf ungewichteten Daten und werden daher nur zur allgemeinen Orientierung dargestellt (siehe Unterkapitel 2.3).

## Zu wenig Schlaf für viele 14- und 15-Jährige

Die Schlafqualität und die Schlafdauer gelten als wesentliche Faktoren für die körperliche und psychische Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen.

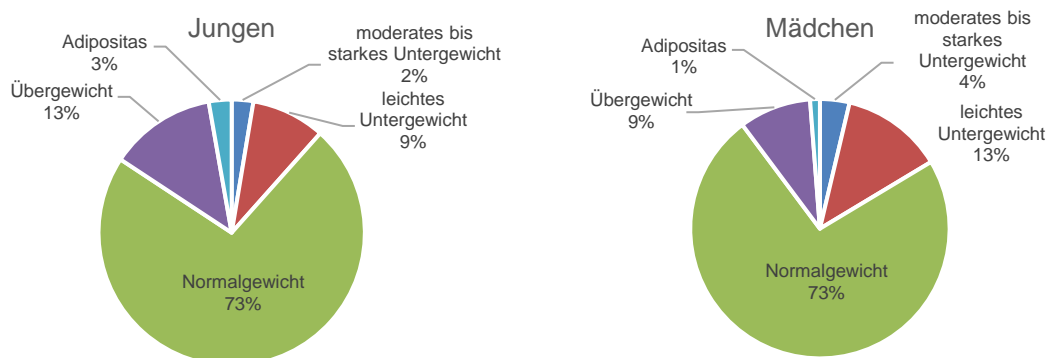
Im Jahr 2022 **schliefen die 14- und 15-Jährigen vor Schultagen im Durchschnitt gegen 22:50 Uhr ein und standen an Schultagen gegen 6:30 Uhr auf**. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Schlafdauer von etwa 7 Stunden und 40 Minuten, was etwa 5 Minuten weniger als 2018 sind.

Internationalen Empfehlungen zufolge sollten 14- und 15-Jährige zwischen 8 und 10 Stunden pro Nacht schlafen. Im Jahr 2022 **schliefen ca. 54% der 14- und 15-Jährigen (J: ca. 58%; M: ca. 51%) in den Nächten vor Schultagen normalerweise 8 Stunden oder mehr**. Dieser Anteil, der zwischen 2014 und 2018 in etwa gleich hoch war (ca. 58%), **verringerte sich 2022**, jedoch nur bei den Mädchen. Somit weisen fast die Hälfte der 14- und 15-Jährigen während der Schulwoche einen Schlafmangel auf.

## Gewichtstatus insgesamt stabil im Vergleich zu 2018

Im Rahmen der HBSC-Studie beruht der Body-Mass-Index (BMI) auf den Angaben der Schülerinnen und Schüler und nicht auf tatsächlichen Messungen von Gewicht und Körpergrösse. Die Grenzwerte für den BMI, die zur Beurteilung des Gewichtstatus herangezogen werden, entsprechen den von der *International Obesity Task Force* (IOTF) vorgeschlagenen Werten für unter 18-Jährige.

Figure IV: **Schätzung des Gewichtstatus nach BMI bei 11- bis 15-Jährigen (HBSC 2022)**



**Bemerkung:** Die in dieser Abbildung dargestellten Ergebnisse (Totale) basieren auf ungewichteten Daten und werden daher nur zur allgemeinen Orientierung dargestellt (siehe Unterkapitel 2.3).

Im Jahr 2022 waren laut BMI ca. **73% der 11- bis 15-Jährigen normalgewichtig**, ca. **11% übergewichtig**, ca. **2% adipös**, ca. **11% leicht untergewichtig** und ca. **3% moderat bis stark untergewichtig** (Abbildung IV). Diese Anteile liegen recht **nahe an den Werten von 2018**, jedoch sind Nuancen erkennbar: ein Anstieg des leichten bis starken Untergewichts bei den 15-jährigen Mädchen sowie ein Anstieg des Übergewichts (Übergewicht und Adipositas zusammen betrachtet) bei den 11-jährigen Jungen.

## Positives Körperbild: ein starker Rückgang im Vergleich zu 2018

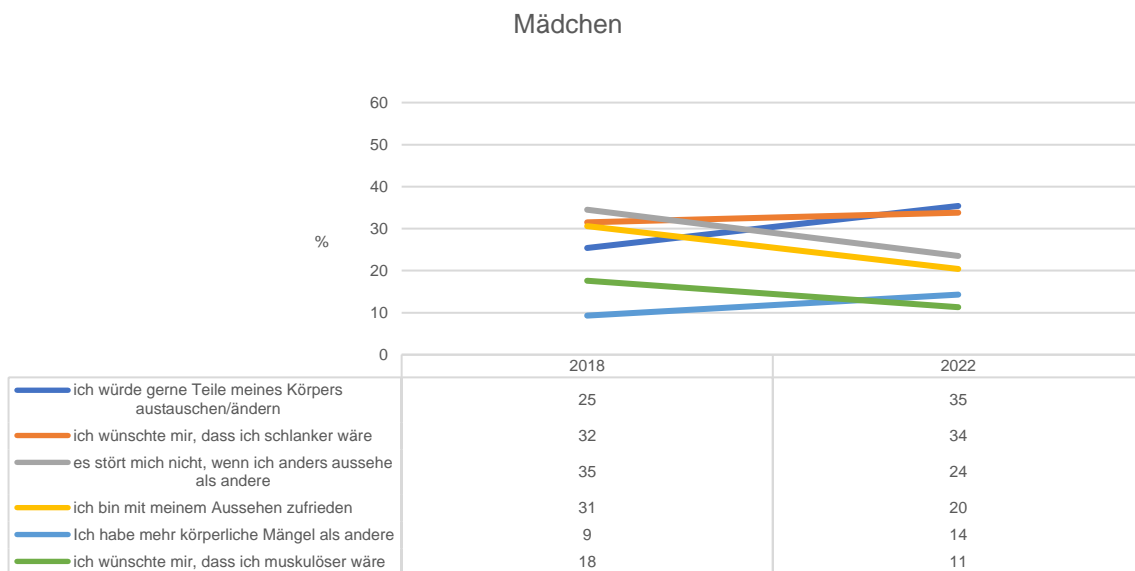
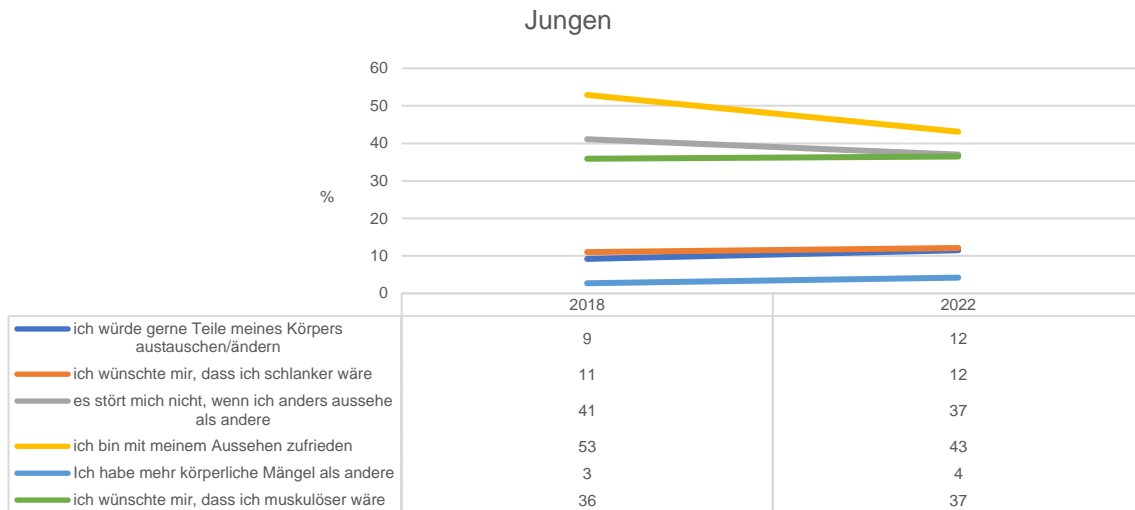
Während der Pubertät verändert sich der Körper und die Jugendlichen sind gezwungen, sich an ihr neues Körperbild anzupassen.

Im Jahr 2022 schätzten ca. **49% der 11- bis 15-Jährigen (J: ca. 54%, M: ca. 44%)** ihr ein, was bei den Mädchen unter dem Niveau von 2018 liegt, jedoch nicht bei den Jungen, wobei dieser Rückgang bereits 2018 begonnen hatte.

Die Mädchen hielten sich häufiger für ein bisschen oder viel zu dick als die Jungen (J: ca. 24 %; M: ca. 42 %) und die Jungen häufiger für ein bisschen oder viel zu dünn (J: ca. 21 %; M: ca. 13 %). Häufig stimmt der BMI nicht mit der Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts überein, wobei die Mädchen ihr Gewicht häufiger überschätzen, während die Jungen es eher unterschätzen.

**Bei den 14- und 15-Jährigen hat sich das Körperbild insgesamt im Vergleich zu 2018 verschlechtert.** Die Jungen haben im Allgemeinen ein besseres Körperbild als die Mädchen (Abbildung V).

Abbildung V: Aspekte des **Körperbilds** – Anteile der 14- und 15-Jährigen, die mit den folgenden Aussagen einverstanden sind (HBSC 2018-2022)



**Bemerkung:** Die in dieser Abbildung dargestellten Ergebnisse (Totale) basieren auf ungewichteten Daten und werden daher nur zur allgemeinen Orientierung dargestellt (siehe Unterkapitel 2.3). Die Antwortkategorien waren: 'trifft nicht zu', 'trifft eher nicht zu', 'trifft etwas zu', 'trifft zu'.

Zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2022 machten etwa **14% der 11- bis 15-Jährigen** (J: ca. 11%; M: ca. 16%) **eine Diät oder etwas anderes**, um Gewicht zu verlieren, ein Anteil, der seit 2002 ziemlich stabil geblieben ist. Bei den Mädchen steigt dieser Anteil mit zunehmendem Alter an, während er bei den Jungen stabil bleibt.

# Detailed summary

## The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study

In 2022, 9'345 schoolchildren aged 11 to 15 in Switzerland participated in the international HBSC study. The participation rate for the randomly selected classes in 5<sup>th</sup> to 9<sup>th</sup> grade (7<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup> year HarmoS) in Switzerland was 74.2% (636 out of 857 classes).

This research report describes **the national results of the HBSC 2022 survey** on various dimensions of health and well-being among 11- to 15-year-olds in Switzerland, some of their correlates and their evolution over time.

### What direct impact of COVID-19 pandemic on schoolchildren and their families?

At the beginning of March 2022, when the questionnaires were sent out to the classes, the Omicron variant was dominant.

Between March and the end of June 2022, **around 59% of 11- to 15-year-olds** (B: around 60%; G: around 59%) said they **had tested positive at least once for COVID-19**, and **around 87%** (B: around 87%; G: around 87%) said **the same had happened to at least one family member** (hospitalisation was necessary in around 12% of cases). **Around 36%** (B: around 35%; G: around 37%) said **they had been vaccinated**.

**Around 20% of 11- to 15-year-olds** (B: around 13%; G: around 27%) kind of or fully agreed that **the pandemic had made or was making them feel depressed or hopeless most of the time**, and **around 15%** (B: around 10%; G: around 20%) **had felt or were feeling very anxious and nervous**; girls, especially 14- and 15-year-olds, were much more affected than boys. **Among the 14- and 15-year-olds who had experienced these feelings, around 43%** (B: around 39%; G: around 45%) **had asked their family or friends for support**, and **around 26%** (B: around 25%; G: around 27%) **had sought professional help** (or their parents) (e.g. a psychologist, doctor, helpline or crisis hotline).

When asked about any **positive consequences** of the pandemic, **around 36% of 14- and 15-year-olds** (B: around 36%; G: around 36%) kind of or fully agreed with the fact that **they had discovered new hobbies or interests**, and **around 45%** (B: around 44%; G: around 46%) with the fact that **they had made personal growth** (e.g. improved coping with emotions or difficult situations, feeling stronger).

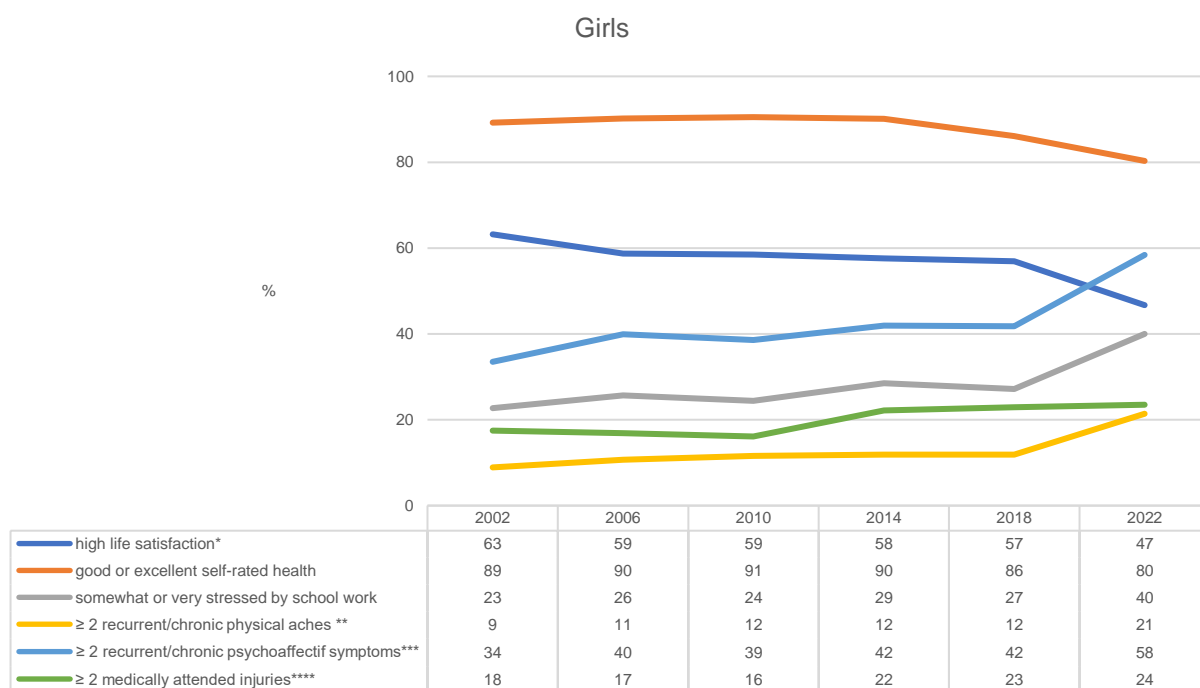
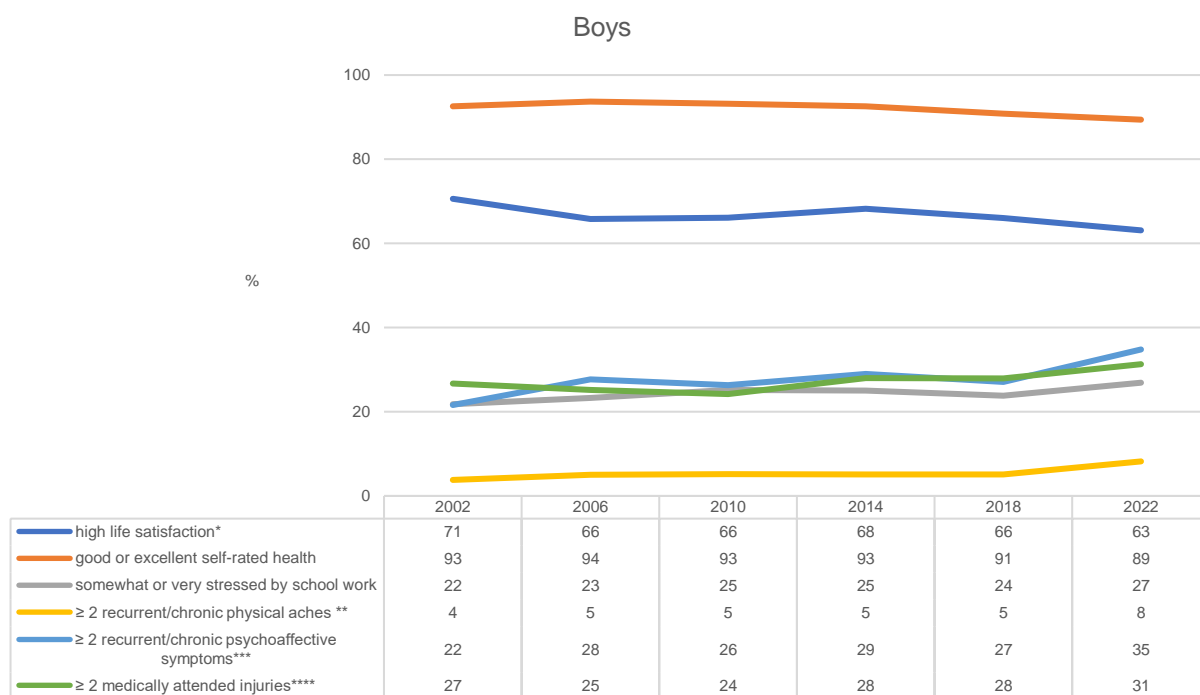
### Most 11- to 15-year-olds feel well, but overall the situation has worsened

In 2022, **around 85% of 11- to 15-year-olds considered themselves to be in good or excellent health**, boys (around 89%) more so than girls (around 80%) (Figure I). While this proportion has remained fairly stable among boys since 2002, it **dropped noticeably in 2018 and 2022 among 13- and 15-year-old girls**.

**Around 55% of 11- to 15-year-olds** (B: around 63%; G: around 47%) were **very satisfied with their life** (they rated themselves on levels 8 to 10 of a scale from 0 to 10) (Figure I). **This indicator worsened in 2022 compared to 2018**, especially among 13-year-olds and 15-year-old girls, for whom the decline had already begun in 2018.

Regarding two questions asked for the first time in 2022, **around 67% of 11- to 15-year-olds** had an **emotional well-being** that could be described as **medium to high** (B: around 77%; G: around 57%) and around 20% (B: around 23%; G: around 17%) had a sense of self-efficacy that could be described as high.

Figure 1 : Overview – **Indicators of health and well-being, in 11- to 15-year-olds (HBSC 2002-2022)**



**Notes:**

The results (totals) presented in this figure are based on unweighted data and therefore presented for general orientation only (see chapter 2.3).

\*Level 8 to 10 on a life satisfaction scale from 0 to 10

\*\* At least two (of three) symptoms multiple times a week or every day in the past six months (headache, stomach ache, backache)

\*\*\* At least two (of seven) symptoms multiple times a week or every day in the past six months (difficulties sleeping through the night were not considered since this question has only been introduced in 2018)

\*\*\*\*In the past 12 months

Overall, these **indicators of general well-being** reach **higher values for boys than for girls** and **decrease between the age of 11 and the age of 15** (except self-efficacy), particularly for girls.

Among 11- to 15-year-olds, **these three indicators of general well-being** are **positively linked to personal** (sense of self-efficacy) and **social** (degree of perceived support from friends, family, classmates and teachers) **resources**. On the other hand, they are **negatively linked** to the level of **psychological stress** (in general or school work-related), the frequency of **physical and psychoaffective symptoms**, the frequency of feelings of **loneliness**, **sleep duration** and **problematic behaviours at this age**, in particular problematic use of social networks<sup>13</sup>, but also the number of days of alcohol, conventional and electronic cigarette use in the past 30 days, and (cyber)bullying (as perpetrator or victim).

As for the questions asked only to 14- and 15-year-olds, these three **indicators of general well-being** are **negatively associated** with **problematic behaviours at this age**, in particular the score for problematic gaming behaviour (correlation calculated only for gamers)<sup>14</sup>, but also the use of illegal cannabis ( $\geq 1\%$  THC) at least once in the past 30 days, the number of binge-drinking episodes<sup>15</sup> in the past 30 days and the abuse<sup>16</sup> of pharmaceutical drugs.

### More school work-related stress

In 2022, the 11- to 15-year-olds were asked for the first time in the HBSC study about their **perception of psychological stress** in general (Figure I). On a scale of scores from 0 to 16, their average psychological stress was around 6.6, with girls (average: around 7.2) feeling more stressed than boys (average: around 5.9). Stress increases between the age of 11 and the age of 15 for girls, but not for boys.

Furthermore, **around 34% of 11- to 15-year-olds** (B: around 27%; G: around 40%) **felt somewhat or very stressed by school work**, with older adolescents feeling more stressed than younger ones. This proportion, which remained relatively stable between 2002 and 2018, **has risen sharply in 2022**. This is particularly the case for 11-year-olds and 13- and 15-year-old girls.

### About one in six adolescents aged 11 to 15 feels lonely

**Around 15% of 11- to 15-year-olds felt lonely most of the time or always** in the past 12 months, with a much higher proportion of girls (around 21%) than boys (around 9%). Such frequent feelings of loneliness increase sharply and linearly among girls between the age of 11 and the age of 15, but not among boys.

---

<sup>13</sup> According to the Social Media Disorder Scale by van den Eijnden and colleagues (2016). In the HBSC study, problematic use is defined as a loss of control over the time invested in this online activity, with a significant negative impact on interpersonal relationships and essential daily activities.

<sup>14</sup> According to the 10-Item Internet Gaming Disorder Test by Király and colleagues (2017). For the definition of problematic use, see note No 13.

<sup>15</sup> In the HBSC study, binge drinking is defined as consuming five or more alcoholic drinks on a single occasion.

<sup>16</sup> Diverted from their medical indication to experience psychoactive effects.

## Disabilities and chronic illnesses

The 14- and 15-year-olds were questioned about eight chronic illnesses and physical disabilities diagnosed by a medical professional. The results show that **myopia (around 28%), hay fever (around 25%) and asthma (around 10%)** are among the most common chronic illnesses in this age group. Attention deficit disorder with or without hyperactivity (**ADHD and ADD; around 7%**) has seen a significant increase in prevalence compared to 2018 and **eating disorders (around 4%)** are not uncommon at this age either. Finally, only a few schoolchildren in the national HBSC sample mentioned **celiac disease or type 1 or 2 diabetes (<1%)**.

## Injuries that required medical attention in the past 12 months: especially among boys

In 2022, around 28% of 11- to 15-year-olds had to be treated once by a doctor or nurse for an injury in the past 12 months, and around 27% (B: 31%; G: 24%) at least twice, a higher rate than in 2018 (Figure I).

## Physical and psychoaffective symptoms increasing

**Around 15% of 11- to 15-year-olds** (B: around 8%; G: around 21%) **have experienced at least two<sup>17</sup> recurring or chronic aches** (> 1x a week in the past six months), a prevalence that **has risen compared to 2018**, especially among 13- and 15-year-olds and girls, whereas it had been fairly stable since 2002 (Figure I). The proportions of 11- to 15-year-olds who have experienced aches at this frequency are: around 21% for headaches, around 16% for stomach aches and around 18% for backaches. In addition, around 15% (B: around 8%; G: around 21%) suffered from recurring or chronic **dizziness**, which is also an increase compared to 2018 (Figure II).

In 2022, **around 47% of the 11- to 15-year-olds** (B: around 35%; G: around 58%) **have experienced at least two<sup>18</sup> recurring or chronic psychoaffective symptoms** in the past six months (Figure I). While this proportion remained fairly stable between 2002 and 2018, it **increased sharply in 2022**, especially among 13- and 15-year-olds and girls. The proportions of 11- to 15-year-olds who had experienced psychoaffective symptoms at this frequency are: around 50% for tiredness, around 31% for difficulties in falling asleep, around 30% for irritability, around 26% for anger, around 26% for nervousness, around 23% for sadness, around 23% for not being able to sleep through the night without waking up and around 18% for anxiety (Figure III).

The prevalence of most of the twelve recurring or chronic symptoms increases between the age of 11 and the age of 15, and is higher among girls of all ages.

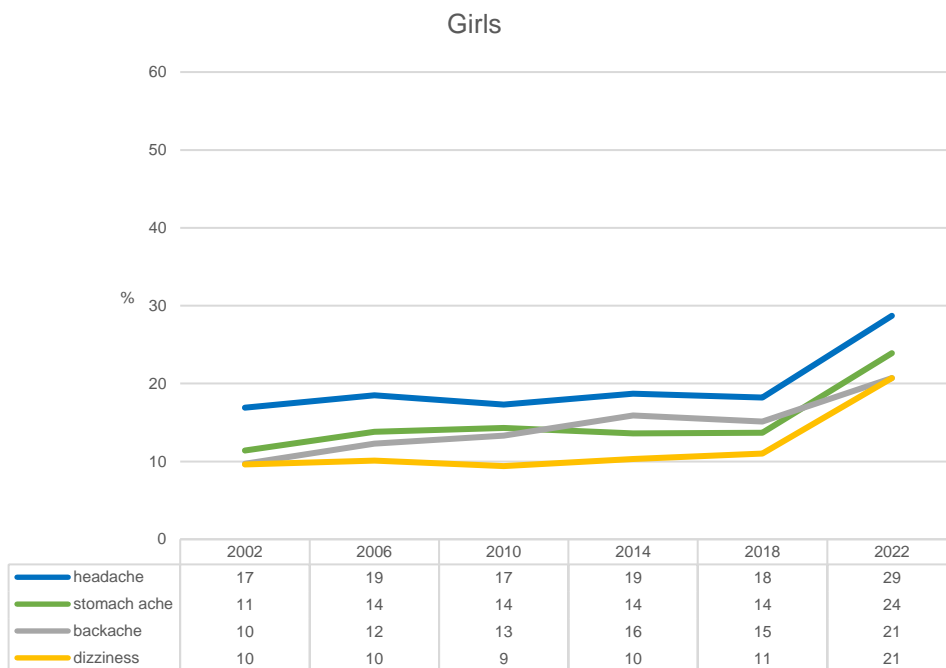
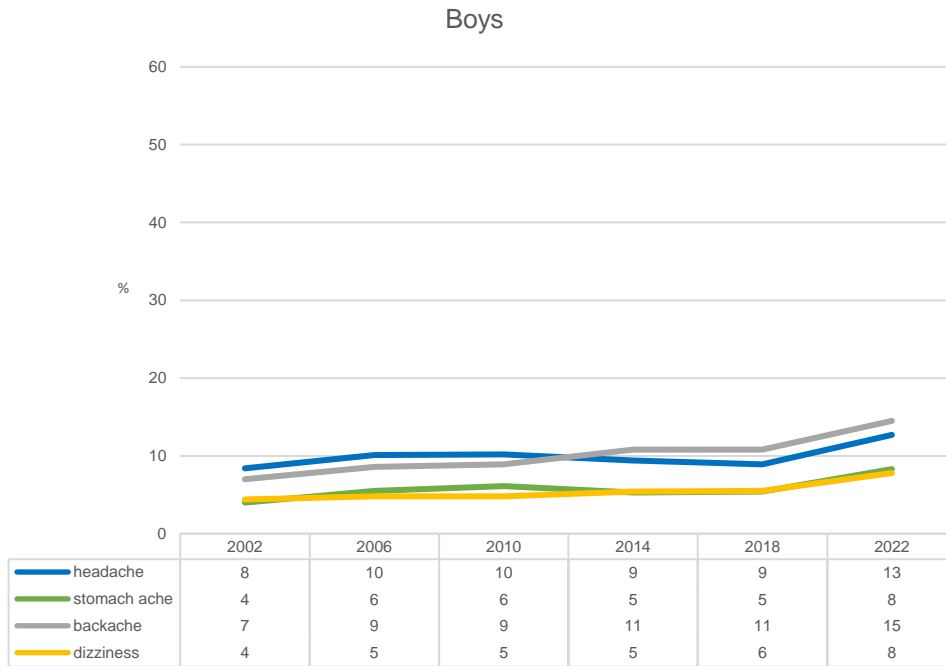
---

<sup>17</sup> Out of three (headache, stomach ache, backache)

<sup>18</sup> Out of seven. Of the eight symptoms included in the 2022 questionnaire, only difficulties sleeping through the night without waking up is not taken into account here, as the question has only been introduced in 2018. This allowed us to observe changes in the prevalences of multiple symptoms since 2002.

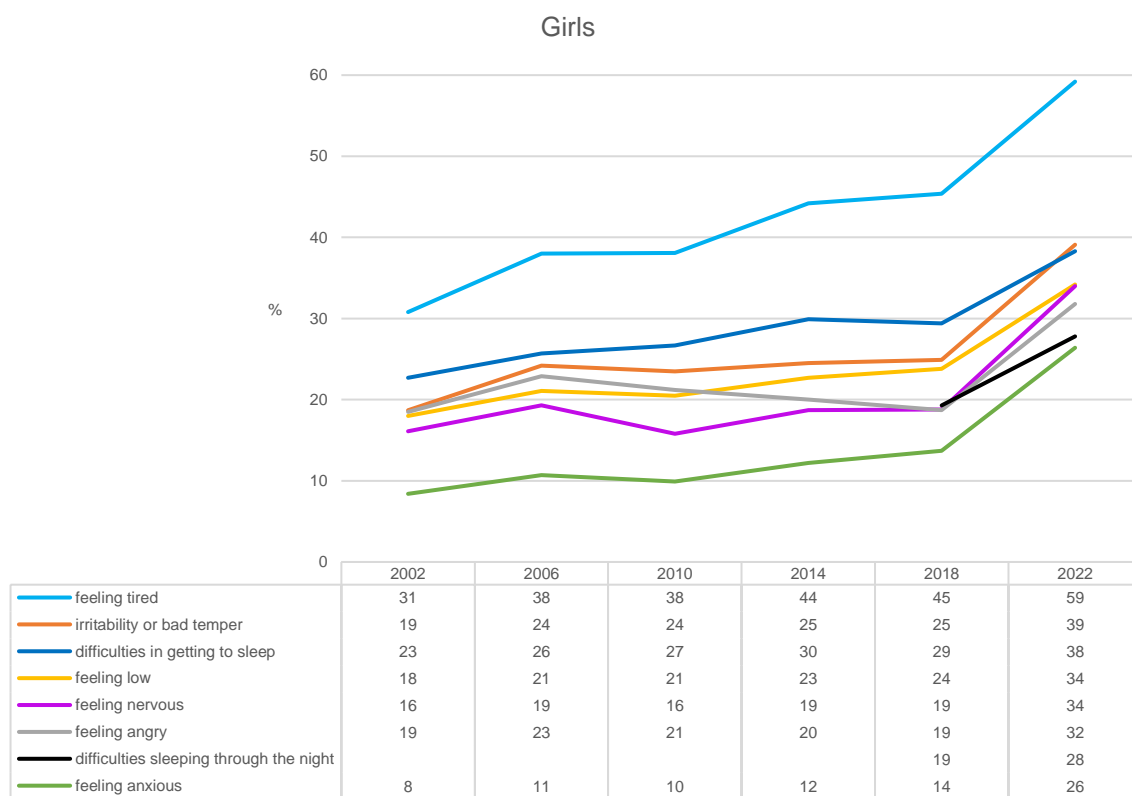
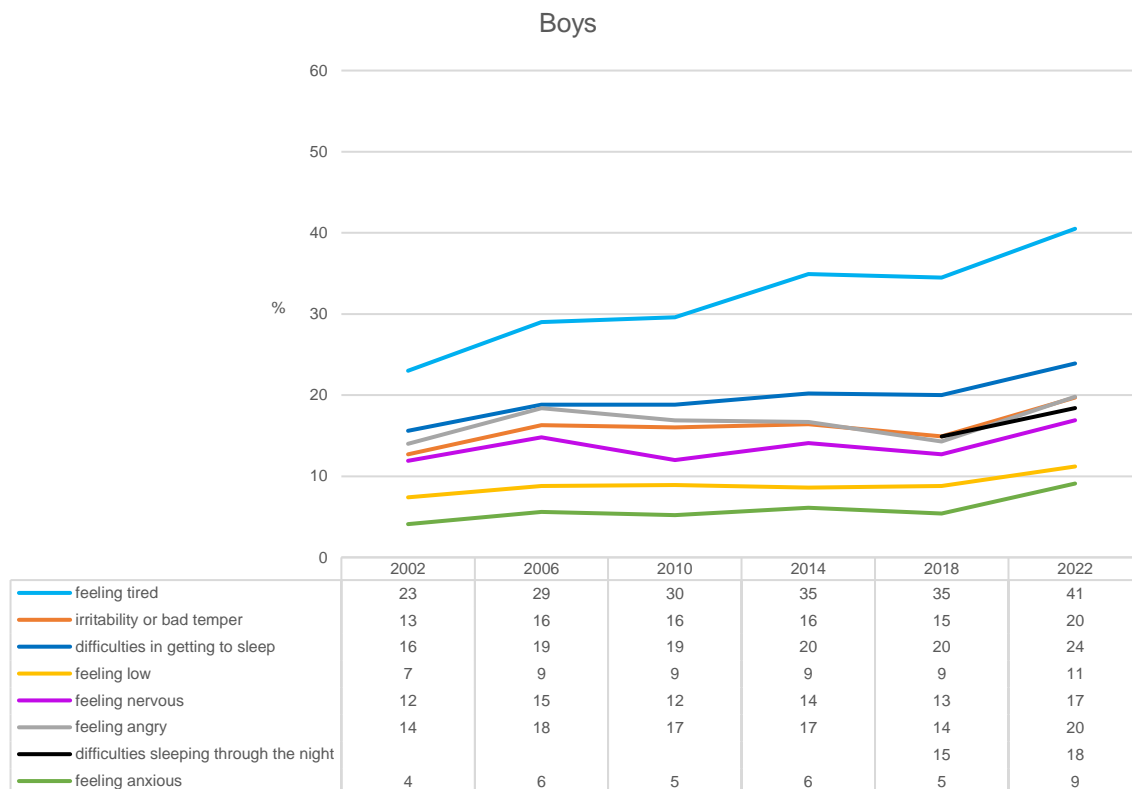


Figure II: Overview – Recurrent or chronic physical symptoms (>1x a week in the past six months), in 11- to 15-year-olds (HBSC 2002-2022)



**Note:** The results (totals) presented in this figure are based on unweighted data and therefore presented for general orientation only (see chapter 2.3).

Figure III: Overview – **Recurrent or chronic psychoaffective symptoms (>1x a week in the past six months), in 11- to 15-year-olds (HBSC 2002-2022)**



**Note:** The results (totals) presented in this table are based on unweighted data and therefore presented for general orientation only (see chapter 2.3).

## Not enough sleep for many 14- and 15-year-olds

The quality and duration of sleep are considered to be essential for the physical and mental health and development of young adolescents.

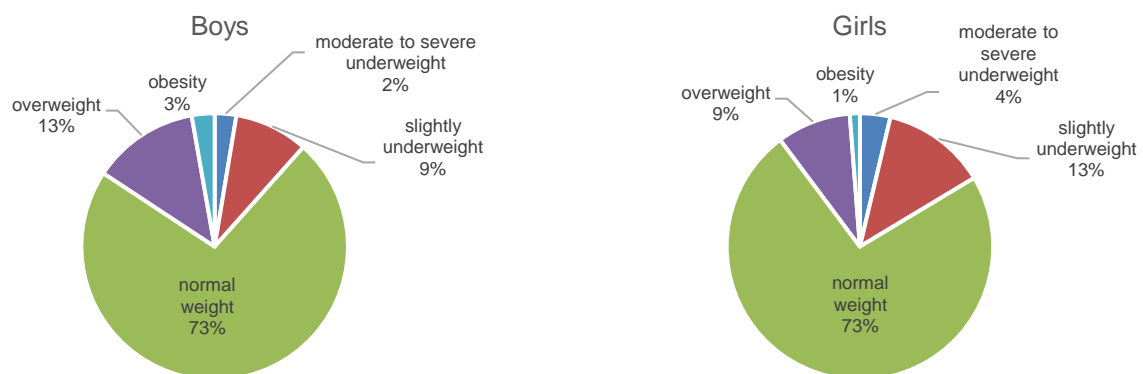
In 2022, the **14- and 15-year-olds fell asleep at around 10.50 pm on average before school days, and got up at around 6.30 am on school mornings**. This equals in an **average sleep time of around 7 hours and 40 minutes**, around 5 minutes less than in 2018.

It is recommended that 14- and 15-year-olds sleep between 8 and 10 hours per night. In 2022, **around 54% of the 14- and 15-year-olds (B: around 58%; G: around 51%) usually slept for 8 hours or more on nights before school days**. This proportion, which was fairly comparable between 2014 and 2018 (around 58%), **has decreased in 2022**, but only for girls. As a result, almost half of the 14- and 15-year-olds experience a lack of sleep during the school week.

## Weight status overall stable compared to 2018

In the HBSC study, the Body Mass Index (BMI) is based on the schoolchildren's self-reports and not on actual measurements of weight and height. The weight status was assessed using the International Obesity Task Force's (IOTF) BMI thresholds for under 18-year-olds.

Figure IV: **Estimated weight status, based on BMI, in 11- to 15-year-olds (HBSC 2022)**



**Note:** The results (totals) presented in this table are based on unweighted data and therefore presented for general orientation only (see chapter 2.3).

In 2022, according to the BMI, **around 73% of 11- to 15-year-olds had a normal weight, around 11% were overweight, around 2% were obese, around 11% were slightly underweight and around 3% were moderately to severely underweight** (Figure IV). **These proportions are fairly close to those for 2018**, but some subtle changes can be observed: an increase in slight to severe underweight among 15-year-old girls and an increase in excess weight (overweight and obesity together) among 11-year-old boys.

## Positive body image: strong decline compared to 2018

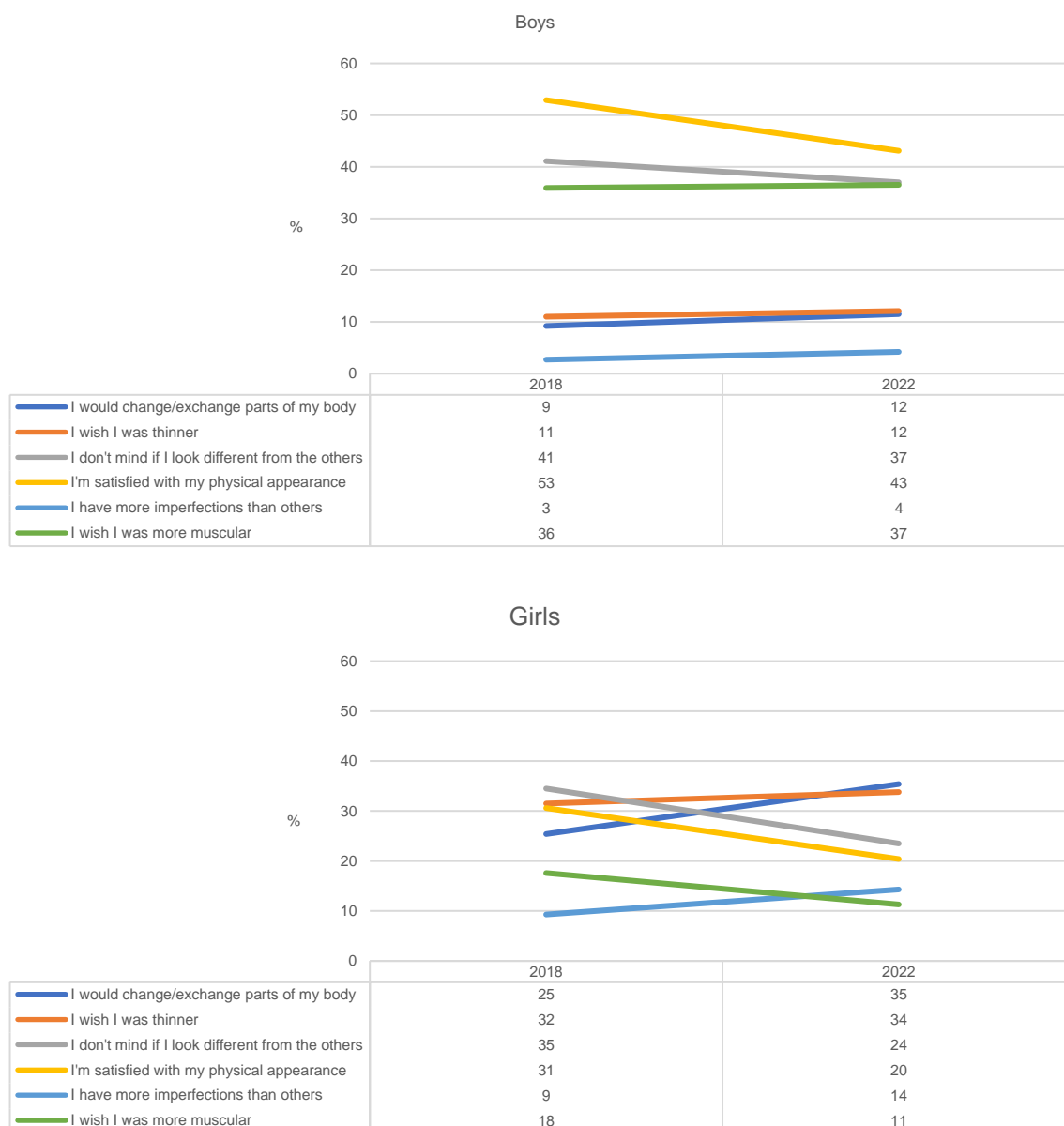
During puberty, the body undergoes a lot of changes, forcing young adolescents to adapt to their new body image.

In 2022, **around 49% of 11- to 15-year-olds (B: around 54%; G: around 44%) considered themselves to be around the right weight**, a lower proportion than in 2018 for girls but not for boys, although this decline had already begun in 2018.

Girls were more likely to consider themselves a little or a lot too fat than boys (B: around 24%; G: around 42%), while boys were more likely to consider themselves a little or a lot too thin (B: around 21%; G: around 13%). Often, there is a mismatch between the BMI and the adolescents' perception of their body weight, with over-estimations being more common among girls and underestimations more common among boys.

**Among the 14- and 15-year-olds, body image has generally worsened compared to 2018**, while boys have a better body image overall than girls (Figure V).

Figure V: Elements of body image – Proportions of 14- and 15-year-olds who agree with the following statements (HBSC 2018-2022)



**Note:** The results (totals) presented in this table are based on unweighted data and therefore presented for general orientation only (see chapter 2.3). The other response categories were: 'don't agree', 'somewhat don't agree', 'somewhat agree'

In 2022, at the time of the survey, **around 14% of 11- to 15-year-olds** (B: around 11%; G: around 16%) **were dieting or doing something else to lose weight**, a proportion that has remained fairly stable since 2002. This proportion tends to increase with age among girls, while it remains stable among boys.

# 1 Introduction

La santé physique et psychique et le bien-être des jeunes adolescent·e·s sont des facteurs essentiels de leur développement psychosocial, ainsi que de leur santé et de leur parcours de vie futurs. À l'instar des comportements qui les influencent, la santé et le bien-être dépendent de multiples facteurs, dont font partie les conditions socio-économiques et l'environnement physique et social dans lequel les jeunes adolescent·e·s grandissent. À cet âge, les problèmes de santé peuvent avoir un impact dans tous les domaines: ils sont un frein au plan scolaire, dans les relations familiales et avec les pairs, ainsi que dans la recherche de sa propre voie (Tuch & Schuler, 2020). La majeure partie des maladies psychiques apparaissent durant l'enfance et l'adolescence (McGrath et al., 2013). Il existe en outre un lien étroit entre les difficultés d'ordre psychosocial apparues pendant l'enfance ou l'adolescence et celles qui surviennent plus tard dans la vie, et les maladies psychiques non traitées persistent souvent jusqu'à l'âge adulte (WHO, 2001). En même temps, l'adolescence est une fenêtre d'opportunités pour des interventions préventives ou de promotion de la santé puisque les habitudes développées durant cette période tendent à se maintenir à long terme (Wieber et al., 2022).

En mars 2020 est survenue la situation inédite imposée par la pandémie de COVID-19, avec ses nombreuses répercussions sanitaires, sociales et scolaires pour les jeunes. Plusieurs études et revues de littérature ont montré qu'une partie importante d'entre eux·elles ont souffert physiquement et psychologiquement et souffraient encore en 2022 de la pandémie de COVID-19 et de ses conséquences négatives (par exemple Peter et al., 2023 ; Dratva et al., 2021, Barrense-Dias et al., 2021, de Quervain et al., 2020 et 2021; Baier & Kamenowski, 2020). Ceci a notamment mis en lumière la nécessité de disposer, en Suisse, de données scientifiques permettant de prendre régulièrement le pouls de leur santé et de leur bien-être.

Depuis 1986, l'étude internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) permet de suivre à intervalles réguliers en Suisse les développements de la santé des élèves de 11 à 15 ans et des comportements qui l'influencent. Elle est ainsi en mesure de comparer la situation après deux ans de pandémie avec celle qui prévalait avant celle-ci. Pour appréhender le thème de la santé et du bien-être, l'étude HBSC se réfère à la définition de l'Organisation mondiale de la santé datant de 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Elle se fonde de surcroît sur un modèle socio-écologique dans lequel la santé et le bien-être des jeunes adolescent·e·s sont des processus dynamiques influencés par des interactions complexes entre des facteurs personnels, comportementaux, sociaux, culturels, environnementaux et organisationnels agissant à différents niveaux et variant au fil du temps (Inchley et al., 2020).

## 1.1 Objectifs du rapport de recherche

En raison de la situation exceptionnelle liée à la pandémie de COVID-19 et de ses nombreuses répercussions sur la vie des jeunes adolescent·e·s et de leurs proches, le réseau international HBSC a décidé, en 2021, d'étoffer la partie de son questionnaire dédiée au bien-être émotionnel et à la santé psychique par de nouvelles questions, tout en maintenant les anciennes, et d'ajouter des questions sur le vécu de la pandémie de COVID-19.

Le présent rapport de recherche présente les résultats nationaux relatifs à la vaste et complexe thématique de la santé des jeunes adolescent·e·s sous différents angles : santé et bien-être en général, douleurs physiques et symptômes psychoaffectifs, stress psychologique, maladies et handicaps chroniques, blessures, sommeil, statut pondéral, image corporelle et stratégies de contrôle du poids. Elle recourt en cela à la perception subjective qu'en ont les jeunes eux·elles-mêmes.

Des mises à plat détaillées (données agrégées) HBSC 2022 de tous les indicateurs relatifs à ce thème, sous forme de **tableaux standards (format Excel) sont téléchargeables depuis le site Internet dédié au projet** ([www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch)).

**Cerner et suivre l'évolution de la santé et du bien-être** - Cette enquête s'intéresse non seulement au monitoring des indicateurs de santé et du bien-être, mais aussi aux relations (de nature corrélative) avec les ressources personnelles et sociales ainsi qu'avec les indicateurs de comportements de santé, notamment la consommation de substances psychoactives (pour les résultats sur ce thème voir le rapport de recherche Delgrande Jordan et al., 2023a) et les comportements en ligne (voir le rapport de recherche Delgrande Jordan et al, 2023b).

**Évaluer la situation après deux ans de pandémie de COVID-19** - L'étude HBSC offre l'opportunité unique d'établir une comparaison entre l'année 2018 et l'année 2022, soit après près de deux ans de pandémie de COVID-19. Ce deuxième point de mesure intervient à un moment où elle n'avait que peu faibli (en février et mars 2022 le monde scolaire était encore exposé au variant Omicron et à ses conséquences négatives).

## 2 La méthode en bref

La méthode de l'enquête HBSC 2022, qui respecte le protocole de recherche international HBSC (Inchley et al., 2023) est décrite en détail dans le rapport méthodologique du projet (Delgrande Jordan et al., 2023c). Ainsi, nous nous concentrons dans ce chapitre sur quelques informations méthodologiques centrales et renvoyons à cet autre rapport pour de plus amples informations sur la méthode.

L'étude a été autorisée par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du Canton de Vaud (CER-VD). Les six autres Commissions d'éthique suisses (<https://swissethics.ch/en/ethikkommissionen>) ont approuvé la réalisation de cette enquête dans les 23 cantons qui ont consenti à la réalisation de l'enquête sur leur territoire (project ID : 2021-023398).

### 2.1 Échantillonnage, questionnaires et taux de participation

Pour l'enquête nationale HBSC 2022, 857 classes ont été sélectionnées au hasard parmi l'ensemble des classes de 5<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> années de programme (7<sup>e</sup> à 11<sup>e</sup> années HarmoS) des établissements publics des 23 cantons ayant donné leur autorisation pour la réalisation de l'enquête (BS, NW, AI ont refusé). Il s'agit ainsi d'un échantillonnage par grappes (*cluster sampling*).

L'enquête HBSC est basée sur un questionnaire papier standardisé autoadministré, qui existe en deux versions. La version courte est destinée aux élèves des 5<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> années de programme (7<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> années HarmoS), âgé·e·s pour la plupart de 11 à 13 ans. La version longue, quant à elle, s'adresse aux élèves des 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années de programme (10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> années HarmoS), âgé·e·s pour la plupart de 14 et 15 ans. Les élèves ont rempli le questionnaire de façon anonyme en classe, durant une période de cours. La passation des questionnaires s'est étendue de mars à fin juin 2022.

La participation des élèves à l'enquête était volontaire et les réponses des élèves sont strictement confidentielles. Au préalable, un formulaire de consentement tacite a été envoyé aux parents. Au total, 636 des 857 classes sélectionnées au hasard ont pris part à l'enquête (taux de participation au niveau des classes : 74.2%). L'échantillon national HBSC 2022 comprend ainsi 9'345 élèves âgé·e·s de 11 à 15 ans.

### 2.2 Analyses statistiques

Les différences de prévalence entre les garçons et les filles décrites dans ce rapport ont été soumises à des tests statistiques du khi carré ( $\chi^2$ ), de même que les différences entre les groupes d'âge et entre deux années d'enquête. Les résultats de ces tests sont mentionnés dans les tableaux ou en note de bas de page. Les tests statistiques ont été calculés au moyen du logiciel statistique (Stata 17.0, 2021) en recourant à la fonction «svy», qui ajuste les statistiques de test (valeur F) afin de tenir compte de l'effet du plan d'échantillonnage (*design effect*) lié à l'échantillonnage par grappes. Le seuil de signification est fixé à 5%.

L'étude HBSC est une étude transversale. Cela signifie que les relations statistiques observées entre indicateurs ne peuvent être interprétées comme des preuves de relations causales (c'est-à-dire de relations de cause à effet). En épidémiologie, pour pouvoir parler de lien de causalité, plusieurs critères doivent être remplis et l'étude HBSC ne peut pas le faire (Hill, 1965; Rothman, 2002). Pour cette raison, les coefficients de corrélation de Spearman servent uniquement de mesures d'association.

Les résultats sont stratifiés selon le sexe/genre. Dans le cadre de l'enquête HBSC, la question détaillée sur l'identité de genre (question internationale facultative reprise par certains pays seulement, dont la Suisse) a été posée uniquement aux élèves les plus âgé·e·s (version longue du questionnaire). En revanche, la question internationale obligatoire (« Es-tu un garçon ou une fille? »), qui ne permet quant à

elle, pas de savoir si les élèves ont répondu en faisant référence à leur sexe assigné à la naissance ou à leur identité de genre, a été posées à l'ensemble des 11 à 15 ans. Afin de disposer d'un même indicateur pour les 11, 12, 13, 14 et 15 ans et de garantir la comparabilité des résultats avec ceux des autres pays participants, c'est cette seconde question variable (binaire) qui a dû être utilisée pour l'ensemble des analyses présentées dans ce rapport de recherche (stratification par sexe/genre).

## 2.3 Stratification et pondération

Chaque nouvelle enquête HBSC est basée sur un nouvel échantillon national représentatif d'élèves âgé·e·s de 11 à 15 ans en Suisse. Or, pour chaque enquête nationale HBSC, la distribution des élèves selon le sexe/genre et l'âge (c'est-à-dire les groupes d'âge 11, 12, 13, 14 et 15 ans) de l'échantillon diffère légèrement de leur distribution au sein de la population totale effective des 11 à 15 ans en Suisse pour l'année d'enquête correspondante. En conséquence, afin d'éviter des biais d'interprétation, les comparaisons à travers le temps sont effectuées par sous-groupes d'âge et de sexe/genre combinés (par exemple garçons de 11 ans, filles de 11 ans, garçons de 13 ans etc.).

Pour des totaux, par exemple pour l'ensemble des filles de 11 à 15 ans, pour l'ensemble des garçons de 11 à 15 ans ou pour le total des garçons et des filles de 11 à 15 ans, il faut recourir à une pondération des résultats par rapport à la population totale effective de l'année correspondante. Pour cela, une variable de pondération doit être créée au moyen des chiffres de la structure par sexe/genre et âge (garçons et filles de 11, 12, 13, 14 et 15 ans) de la population résidente permanente suisse de l'année en question mis à disposition par l'OFS. Comme les chiffres définitifs de la population résidente permanente pour l'année 2022 (STATPOP 2022) seront publiés par l'OFS après la publication du présent rapport de recherche, une pondération des totaux n'a pas été possible<sup>19</sup>. En conséquence, **les totaux (non pondérés)** présentés dans ce rapport pour l'année 2022 le sont **seulement à titre indicatif**, raison pour laquelle ils apparaissent en caractères gris dans les tableaux.

## 2.4 Indicateurs

### 2.4.1 Statut pondéral (estimé sur la base de l'IMC)

Dans le cadre de l'étude HBSC, l'évaluation du statut pondéral se base sur l'Indice de Masse Corporelle [IMC= poids en kg/(taille en m)<sup>2</sup>], qui est estimé à partir des valeurs de la taille et du poids auto-déclarés par les élèves, et non à partir de mesures anthropométriques. Pour calculer l'IMC, les questions suivantes ont été posées : 'Quel est ton poids ? (sans vêtements)' et 'Quelle est ta taille ? (sans chaussures)'. Les mesures de poids et de taille autodéclarées ne sont pas aussi précises que les mesures objectives prises par des personnes qualifiées. Elles sont donc sujettes à des erreurs aléatoires et, surtout, à des biais de déclaration systématiques. En effet, plusieurs études de validation qui ont comparé les tailles et les poids autodéclarés et mesurés chez les jeunes suggèrent que la taille moyenne autodéclarée est supérieure à la taille réelle et que le poids moyen autodéclaré est inférieur au poids mesuré, et que ce biais est généralement plus important chez les filles que chez les garçons et augmente avec l'insatisfaction corporelle et les valeurs de l'IMC, ce qui conduit à une sous-estimation de l'IMC. Toutefois, certain·e·s chercheurs et chercheuses ont néanmoins conclu que la taille et le poids autodéclarés sont valables et acceptables pour les études populationnelles si des données mesurées ne sont pas disponibles (Spencer

---

<sup>19</sup> Une comparaison entre totaux non pondérés et totaux pondérés pour les principaux indicateurs de l'enquête HBSC 2018 montre que les différences entre les deux sont ténues. En effet, les différences sont de quelques dixièmes de point de pourcentage seulement.



et al., 2002; Goodman et al., 2000). Il est important de noter que l'association entre le surpoids et l'obésité et les habitudes de vie chez les jeunes n'est pas différente selon que l'on se base sur des tailles et des poids mesurés objectivement ou sur des poids et des tailles autodéclarés. Les évidences sont ainsi suffisantes pour étayer l'utilisation de mesures autodéclarées en tant qu'approximations acceptables, en particulier lorsque ces données ne peuvent être obtenues par des mesures réelles, et que les poids et tailles autodéclarés conviennent pour identifier des relations valables dans les études épidémiologiques (Aasvee et al., 2015; Goodman et al., 2000; Spencer et al., 2002).

L'IMC est largement utilisé au niveau international pour classer les individus par rapport à leur profil corporel et de comparer les données au sein d'une population ou entre des populations et à long terme (Malatesta, 2013). Chez les enfants et les adolescent·e·s, les critères standards définis par l'OMS (poids considéré comme normal entre 18.5 et 25 d'IMC) ne peuvent toutefois pas être appliqués, en raison des changements rapides du poids, des mensurations et de la composition corporelle au cours de la puberté (Bellizzi & Dietz, 1999). Dans le présent rapport, ce sont donc les seuils de l'IMC adaptés pour l'âge et le sexe des jeunes proposés par l'*International Obesity Task Force* (IOTF) pour les moins de 18 ans qui sont considérés pour identifier les élèves qui présentent une insuffisance pondérale légère ou modérée à forte, un surpoids ou une obésité (Bellizzi & Dietz, 1999; Cole et al., 2000, 2007; Rolland-Cachera, 2012) (Tableau 1).

**Tableau 1 – Seuils de l'insuffisance pondérale resp. de l'excès pondéral basés sur l'indice de masse corporelle (IMC), par âge et sexe/genre, proposés par l'International Obesity Task Force (IOTF)<sup>a</sup> pour les moins de 18 ans**

Âge révolu (en années)	Insuffisance pondérale modérée à forte		Insuffisance pondérale légère		Surpoids		Obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
11.0	13.72	13.79	14.97	15.05	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	13.87	14.01	15.16	15.32	20.89	21.20	25.58	26.05
12.0	14.05	14.28	15.35	15.62	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	14.25	14.56	15.58	15.93	21.56	22.14	26.43	27.24
13.0	14.48	14.85	15.84	16.26	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	14.74	15.14	16.12	16.57	22.27	22.98	27.25	28.20
14.0	15.01	15.43	16.41	16.88	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	15.28	15.72	16.69	17.18	22.96	23.66	27.98	28.87
15.0	15.55	15.98	16.98	17.45	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	15.82	16.22	17.26	17.69	23.60	24.17	28.60	29.29
18 ans et plus <sup>b</sup>	IMC<17		IMC<18.5		IMC>=25		IMC>=30	

**Remarques:**

<sup>a</sup> Cole et al., 2000 et 2007

<sup>b</sup> Seuils définis par l'OMS pour l'interprétation de l'IMC chez les adultes de 18 ans et plus en bonne santé

**Exemples de lecture:**

Les garçons de 15.5 ans dont l'IMC est plus grand ou égal à 23.6 et plus petit que 28.6 ont un surpoids.

### 2.4.2 Image corporelle

Pour évaluer l'image corporelle des élèves, la version longue du questionnaire HBSC comporte six questions issues de la batterie de neuf items élaborée en 2018 par la Haute École de Zurich pour les Sciences Appliquées (ZHAW) à la demande de Promotion Santé Suisse. Certains items de cette batterie, à savoir 'je changerais/échangerais bien des parties de mon corps', 'j'ai plus d'imperfections physiques que les autres', 'cela ne me dérange pas si j'ai l'air différent·e des autres' et 'je suis satisfait·e de mon apparence physique' sont issues de la *Frankfurter Körperkonzeptskala zur Selbstakzeptanz* (SSAK) et ont trait à l'acceptation du corps (Deusinger, 1998). Les items 'je souhaiterais être plus mince' et 'je souhaiterais être plus musclé·e', qui traitent d'aspects liés à la masse grasseuse et musculaire ont quant à eux été ajoutés

par la ZHAW. Les élèves pouvaient répondre par les catégories de réponse suivantes : 'pas d'accord', 'plutôt pas d'accord', 'plutôt d'accord' et 'd'accord'.

Il convient d'être attentif au fait que la batterie utilisée dans l'étude HBSC comprend deux catégories de réponse de moins – soit 'pas du tout d'accord' et 'tout à fait d'accord' – que dans la version originale de la ZHAW, et que ces dernières ont été présentées dans le sens inverse, soit en commençant par la catégorie 'pas d'accord'. Ces modifications ont été apportées en concertation avec Promotion Santé Suisse.

La phase de nettoyage des données a par ailleurs mis en évidence que l'item 'cela ne me dérange pas si j'ai l'air différent-e des autres' est apparu problématique. En effet, pour être (plutôt) d'accord avec cet item, il faudrait remplir deux préconditions ('avoir l'air différent-e' et 'cela ne me dérange pas'). Autrement dit, les élèves qui ne sont (plutôt) pas d'accord ne devraient en principe pas remplir ces deux préconditions. Or, il n'est pas possible de savoir comment ont répondu les élèves qui ne remplissent qu'une des deux conditions, en particulier 'avoir l'air différent-e'. L'interprétation doit donc être faite avec prudence.

À l'occasion de l'étude 2018, la batterie complète (neufs items) de la ZHAW avait été incluse dans le questionnaire, permettant ainsi de calculer une **échelle de score de l'image corporelle positive** selon une méthode qui s'inspire de celle utilisée par la ZHAW<sup>20</sup>. Suite à la suppression de trois items pour l'enquête 2022, une analyse de la cohérence interne considérant les six items restants a montré qu'elle n'est pas satisfaisante (alpha de Cronbach = 0.66). En cas de suppression de l'item « je souhaiterais être plus musclé-e » l'alpha de Cronbach s'en trouve augmenté (0.73), mais il s'agit d'une dimension à part entière de l'échelle qui suscite surtout de l'insatisfaction chez les garçons. C'est la raison pour laquelle il a été renoncé de calculer une échelle de score d'image corporelle positive sur cette base.

---

<sup>20</sup>À cette fin, le codage des catégories de réponse a dû être inversé pour cinq des neuf items afin de leur conférer la même valence positive que les quatre autres items. Il s'agit des items 'je changerais/échangerais bien des parties de mon corps', 'j'ai plus d'imperfections physiques que les autres', 'je souhaiterais être plus mince', 'je souhaiterais avoir moins de masse grasseuse' et 'je souhaiterais être plus musclé-e'. Cette échelle de score est graduée de 1 à 4 (1= score d'image positive minimal ; 4=score d'image positive maximum). La décision d'inclure les neuf items de la batterie dans le calcul du score d'image corporelle positive se fonde sur les résultats d'une analyse de fiabilité, selon lesquels la cohérence interne de l'échelle peut être qualifiée de bonne (alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) = .762).

### 3 Résultats 2022 et évolutions au fil du temps

#### 3.1 Vécu de la pandémie de COVID-19

En février 2020, des mesures sanitaires extraordinaires avaient été mises en place en Suisse dans le but de contenir la pandémie de COVID-19. Le monde scolaire a été particulièrement exposé à ces changements, tant au niveau organisationnel (cours à distance, fermeture d'écoles ou de classes, etc.), que social et relationnel. Après le semi-confinement et la réouverture des écoles, certaines mesures contraignantes ont été maintenues. L'étude HBSC s'est intéressée au vécu de la pandémie et à la façon dont elle a affecté les élèves et leurs familles. Rappelons que lorsque les questionnaires ont été envoyés aux classes début mars 2022, le variant Omicron était dominant si bien que le nombre de cas positifs était encore élevé et les fermetures de classes pour cause de quarantaine étaient encore possibles.

Les Tableau 2 et Tableau 3 illustrent combien les élèves et leurs familles ont été impacté-e-s par la pandémie. Interrogé-e-s entre mars et fin juin 2022, environ **59% des 11 à 15 ans ont dit avoir été testé-e-s positif-ve-s au moins une fois au COVID-19**, sans variation notable selon le sexe/genre et l'âge. **Un peu moins de 90% ont dit qu'il en avait été de même pour au moins un-e membre de leur famille et qu'une hospitalisation s'était alors avérée nécessaire dans plus d'un cas sur dix. Environ 36% des 11 à 15 ans ont dit être vacciné-e-s** et le taux de vaccination, qui augmente logiquement avec l'âge compte tenu des limites d'âge en vigueur pour atteindre environ 51% chez les 15 ans.

Par ailleurs, environ **20% des 11 à 15 ans étaient plutôt d'accord ou d'accord avec le fait qu'en raison de la pandémie ils-elles s'était senti-e-s ou se sentaient déprimé-e ou désespéré-e la plupart du temps et environ 15% s'étaient senti-e-s ou se sentaient très anxieux-se et nerveux-se la plupart du temps**. Les filles étaient deux fois plus concernées que les garçons, surtout les plus âgées d'entre elles.

Tableau 2 – Vécu de la pandémie de COVID-19 par les 11 à 15 ans – Conséquences sur le plan sanitaire, selon le sexe/genre et l'âge – État en mars-juin<sup>a</sup> 2022 (HBSC 2022)

		11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	Δ âges <sup>b</sup>	Total 11-15 ans
		%	%	%	%	%	Chi2 ajusté	%
A été testé-e positif-ve	garçons	61.3	62.6	57.0	56.1	60.6	*	59.5
	filles	60.0	59.5	56.9	58.1	59.6	n.s.	58.8
	total	60.6	61.0	57.0	57.1	60.1	n.s.	59.1
A été vacciné-e	garçons	14.7	27.0	41.6	46.4	48.0	***	35.4
	filles	15.7	27.8	39.2	47.4	53.2	***	36.6
	total	15.2	27.4	40.4	46.9	50.7	***	36.0
Membre-s de la famille proche testé-e-s positif-ve-s	garçons	85.9	86.8	86.6	86.9	89.4	n.s.	87.1
	filles	84.8	85.9	86.4	87.9	88.2	n.s.	86.6
	total	85.4	86.4	86.5	87.4	88.8	n.s.	86.9
Si oui : membre-s de la famille a-ont été hospitalisé-e-s	garçons	8.9	10.3	11.5	11.3	11.3	n.s.	10.7
	filles	8.3	13.4	15.8	16.4	15.5	***	14.0
	total	8.6	11.8	13.8	13.9	13.5	***	12.4

Remarques: **Autres réponses possibles = 'non' et 'ne sais pas'**  
**Les résultats de la colonne 'Total 11-15 ans' ainsi que les lignes 'total' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).**  
<sup>a</sup> Période de passation dans les classes  
<sup>b</sup> Δ âges: un test de significativité statistique a été calculé pour la distribution entre les groupes d'âge.  
**Seuil de significativité : \* = p < .05; \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.**

Interrogé·e·s sur d'éventuelles conséquences positives liées à la pandémie, environ **36% des 14 et 15 ans étaient plutôt d'accord ou d'accord avec le fait d'avoir découvert de nouveaux hobbies ou intérêts** resp. environ **45% avec le fait d'avoir évolué sur le plan personnel, par exemple une meilleure gestion de leurs émotions ou des situations difficiles et se sentir plus fort·e**. Et s'agissant des 14 et 15 ans qui ont dit s'être senti·e·s déprimé·e/désespéré·e et ou anxieux·se et nerveux·se la plupart du temps en raison de la pandémie, **43% avaient demandé de l'aide ou du soutien à leurs famille ou ami·e·s et 26% avaient cherché, ou leurs parents, une aide/ un soutien professionnel**, par exemple d'un·e psychologue ou médecin ou d'une ligne d'assistance ou de crise.

Tableau 3 – Vécu de la pandémie de COVID-19 – Part des 11 à 15 ans resp. 14 et 15 ans « plutôt d'accord » ou « d'accord » avec les énoncés suivants, selon le sexe/genre et l'âge – État en mars-juin<sup>e</sup> 2022 (HBSC 2022)

		11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	Δ âges <sup>d</sup>	Total 11-15 ans resp. 14 et 15 ans
		%	%	%	%	%	Chi2 ajusté	%
<b>En raison de la pandémie ...</b>								
s'est senti·e ou se sentait déprimé·e ou désespéré·e la plupart du temps	garçons	15.7	13.0	13.3	11.1	13.1	n.s.	13.2
	filles	25.1	21.6	23.1	31.9	33.0	***	26.8
	total	20.6	17.4	18.5	22.0	23.6	***	20.3
s'est senti·e ou se sentait très anxieux·se et nerveux·se la plupart du temps	garçons	12.5	11.3	8.8	8.8	9.1	n.s.	10.1
	filles	17.7	17.9	17.7	22.9	24.0	***	19.9
	total	15.2	14.6	13.5	16.1	16.9	n.s.	15.2
a découvert de nouveaux hobbies ou intérêts	garçons				38.2	33.2	n.s.	35.6
	filles				35.3	37.5	n.s.	36.4
	total				36.6	35.4	n.s.	36.0
a évolué sur le plan personnel <sup>a</sup>	garçons				46.6	42.3	n.s.	44.4
	filles				42.5	49.3	**	45.9
	total				44.4	46.0	n.s.	45.2
Si déprimé·e/désespéré·e et/ou anxieux·se et nerveux·se la plupart du temps : à cause de ces sentiments ...								
a demandé de l'aide ou du soutien à sa famille/ses ami·e·s <sup>b</sup>	garçons				42.6	36.0	n.s.	39.1
	filles				39.1	49.8	*	44.6
	total				40.1	45.9	n.s.	43.1
a ou ses parents ont cherché une aide/ un soutien professionnel <sup>c</sup>	garçons				25.0	25.0	n.s.	25.0
	filles				21.6	31.9	**	26.9
	total				22.5	30.0	*	26.4

**Remarques:** Les quatre derniers énoncés ont été soumis uniquement aux 14 et 15 ans.  
**Autres réponses possibles = 'pas d'accord' et 'plutôt pas d'accord'**  
 Les résultats de la colonne 'Total 11-15 ans' ainsi que les lignes 'total' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).  
<sup>a</sup> P. ex. je gère mieux les émotions ou les situations difficiles, je me sens plus fort·e  
<sup>b</sup> P. ex. j'en ai parlé à un membre de ma famille, un·e autre adulte ou un·e ami·e  
<sup>c</sup> P. ex. auprès d'un·e psychologue, d'un·e médecin ou d'une ligne d'assistance ou de crise  
<sup>d</sup> Δ âges: un test de significativité statistique a été calculé pour la distribution entre les groupes d'âge.  
 Seuil de significativité : \* = p < .05 ; \*\* = p < .01 ; \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.  
<sup>e</sup> Période de passation dans les classes

### 3.2 Perception générale de la santé et du bien-être

#### 3.2.1 Satisfaction face à la vie

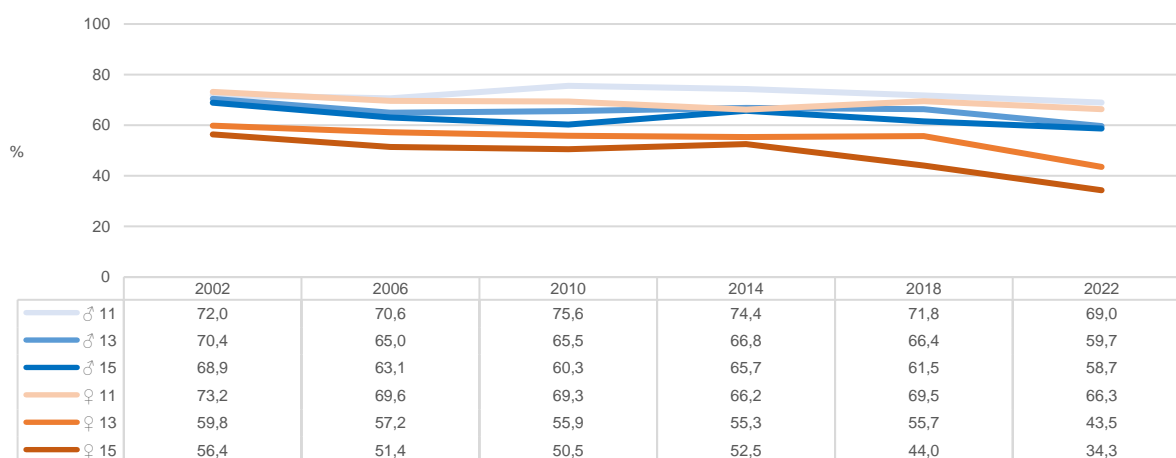


Pour mesurer la satisfaction face à la vie, l'étude HBSC recourt depuis 2002 à l'échelle de Cantril (1965), sous une forme adaptée. Il s'agit d'une échelle graduée de 0 'la plus mauvaise vie possible pour toi' à 10 'la meilleure vie possible pour toi' sur laquelle les 11 à 15 ans sont invité·e·s à se situer.

En 2022, environ **55% des 11 à 15 ans sont très satisfait·e·s de leur vie**, ce qui correspond à un positionnement sur les échelons 8 à 10 de l'échelle. Les garçons (environ 63%) sont proportionnellement plus nombreux dans ce cas que les filles (environ 47%)<sup>21</sup>. Absente chez les 11 ans, il existe une différence statistiquement significative entre filles et garçons chez les 13 ans et surtout chez les 15 ans.

Globalement, la satisfaction face à la vie s'est péjorée entre 2018 et 2022<sup>22</sup>, aussi bien chez les filles que chez les garçons. Si l'on observe les sous-groupes de sexe/genre et âge, ce recul concerne de manière statistiquement significative les 13 ans et les filles de 15 ans, en précisant pour ces dernières que la baisse s'était amorcée en 2018 déjà (Figure 1). En effet, depuis 2018, les filles de 15 ans sont moins de la moitié à se dire très satisfaites de leur vie. Dans les autres sous-groupes, l'évaluation de la satisfaction face à la vie était restée relativement stable jusqu'en 2018.

Figure 1 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui sont *très satisfait·e·s de leur vie* (échelons 8 à 10 sur l'échelle), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2002- 2022)



En 2022, au moment de l'enquête, **les 11 à 15 ans obtenaient un score moyen d'environ 7.4** sur cette échelle (Tableau 4). L'écart-type d'environ deux points indique toutefois une variabilité assez grande des appréciations entre les jeunes adolescent·e·s. Le score moyen est significativement plus élevé chez les garçons (env. 7.8) que chez les filles (env. 7.0) et recule de près d'un point entre les 11 ans (env. 7.9) et les 15 ans (env. 7.0). À noter que la baisse de satisfaction avec l'âge est bien plus marquée chez les filles

<sup>21</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 chez les 11 à 15 ans :  $F(1, 1347) = 58.8461, p < .001$ .

<sup>22</sup> Différence statistiquement significative entre les garçons et les filles de 11 et 15 ans :  $F(1, 4114) = 209.2225, p < .001$ .

(-1.3 points contre -0.5 point chez les garçons), de sorte qu'elles se distancient de plus en plus des garçons avec l'âge.

Tableau 4 – Score moyen et écart-type (EC) sur l'échelle de satisfaction face à la vie (graduée de 0 à 10), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)

	Garçons		Filles		Total	
	Moyenne	EC	Moyenne	EC	Moyenne	EC
11 ans	8.06	1.77	7.82	1.97	7.94	1.88
12 ans	7.93	1.78	7.31	2.05	7.62	1.94
13 ans	7.65	1.81	6.83	2.05	7.22	1.98
14 ans	7.65	1.68	6.51	1.98	7.07	1.92
15 ans	7.58	1.70	6.52	1.97	7.03	1.92
Total 11 à 15 ans	7.78	1.76	7.00	2.07	7.38	1.96

Remarque: Les résultats de la colonne 'Total' ainsi que la ligne 'Total 11 à 15 ans' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).

### 3.2.2 État de santé auto-évalué

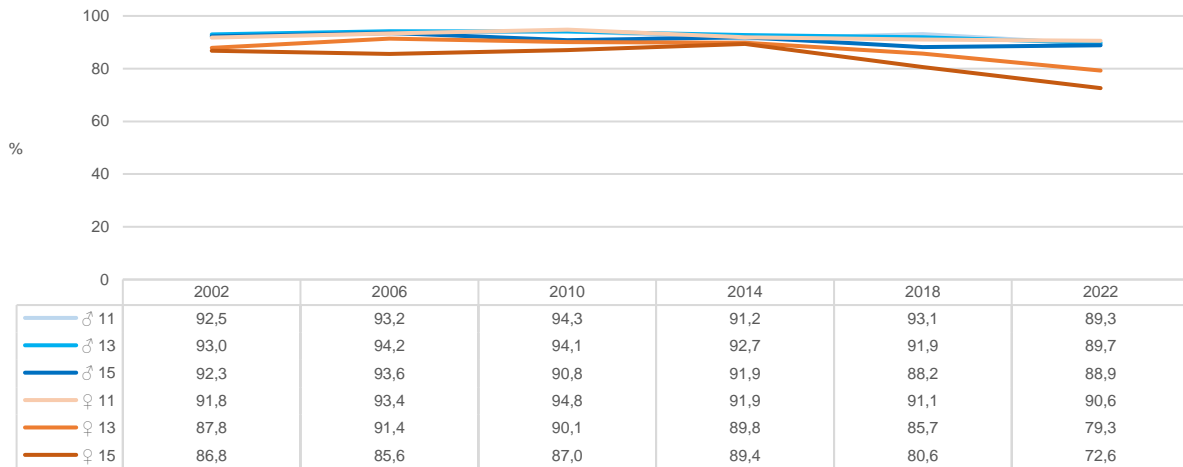
En 2022, la vaste majorité des **11 à 15 ans jugeait son état de santé bon (env. 47%) ou excellent (env. 38%)**. Environ **13%** la jugeaient moyenne et environ **2%** mauvaise.

Filles et garçons ne portaient toutefois pas exactement le même regard sur leur santé, les premières étant environ 80% à l'estimer **bonne à excellente**, contre environ 89% des seconds<sup>23</sup>. S'il n'y a pas de différence selon le sexe/genre chez les 11 ans, il en existe une chez les 13 ans, qui s'accroît chez les 15 ans, les garçons étant proportionnellement plus nombreux à juger leur santé bonne à excellente (Figure 2). Relativement stable sur l'ensemble de la période d'observation (2002 et 2022) chez les garçons de tous âges et chez les filles de 11 ans, la situation s'est péjorée entre 2018 et 2022 parmi les filles de 13 et 15 ans<sup>24</sup>. Chez elles, les différences entre 2014 et 2022 sont importantes (13 ans : -10 points de pourcentage ; 15 ans : -17 points de pourcentage).

<sup>23</sup> Différence statistiquement significative entre les garçons et les filles de 11 et 15 ans :  $F(1, 3575)=127.0995, p<.001$ .

<sup>24</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 uniquement chez les filles de 13 ans :  $F(1, 1347) = 24.9505, p<.001$  et de 15 ans :  $F(1, 1347) = 16.4004, p<.001$

Figure 2 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui évaluent leur état de santé comme bon ou excellent, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)



### 3.2.3 Bien-être émotionnel



Pour la première fois dans le cadre de l'enquête HBSC, l'indice de l'OMS permettant d'estimer le bien-être émotionnel a été utilisé (indice *WHO-5* ; WHO, 1998). Cet indice est adapté aux 9 ans et plus et, dans les soins pédiatriques (Allgaier et al., 2012).

Concrètement, les 11 à 15 ans étaient prié·e·s d'indiquer leur ressenti au cours des deux dernières semaines sur la base des énoncés suivants : 'je me suis senti·e calme et détendu·e', 'je me suis senti·e dynamique et plein·e d'énergie', 'je me suis réveillé·e en me sentant en forme et reposé·e', 'ma vie quotidienne a été remplie de choses qui m'intéressent', avec des catégories de réponse allant de 'jamais' (0 point) à 'tout le temps' (5 points). Des mises à plat détaillées (données agrégées) des réponses des élèves, sous forme de tableaux standards (format Excel) sont téléchargeables depuis le site [www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch).

En additionnant les réponses données par les élèves aux cinq énoncés, une échelle de score a été calculée, qui est graduée de 0 à 25 points.

En 2022, les 11 à 15 ans avaient un score moyen de bien-être émotionnel d'environ 14.7 (Tableau 5). L'écart-type d'environ six points indique toutefois une forte variabilité de ressentis entre les jeunes adolescent·e·s. Le score moyen est significativement plus élevé chez les garçons (env. 16.1) que chez les filles (env. 13.4) et recule nettement entre les 11 ans (env. 16.6) et les 15 ans (env. 13.6). À noter que ce recul avec l'âge est bien plus marqué chez les filles, de sorte que la différence selon le sexe/genre s'accroît nettement avec l'âge.

Tableau 5 – Score moyen et écart-type (EC) sur l'échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (graduée de 0 'nulle' à 25 'très élevé'), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)

	Garçons		Filles		Total	
	Moyenne	EC	Moyenne	EC	Moyenne	EC
11 ans	17.09	5.38	15.90	5.56	16.46	5.51
12 ans	16.64	5.23	14.54	6.03	15.58	5.74
13 ans	15.81	5.24	12.70	5.65	14.18	5.67
14 ans	15.66	5.09	11.93	5.70	13.72	5.73
15 ans	15.35	4.98	11.97	5.33	13.57	5.44
Total 11 à 15 ans	16.12	5.23	13.42	5.87	14.71	5.73

**Remarques:** Les résultats de la colonne 'Total' ainsi que la ligne 'Total 11 à 15 ans' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3). La cohérence interne entre les cinq items composant l'indice WHO-5 peut être estimée bonne (alpha de Cronbach = 0.872 ). En cas de suppression de l'un des 5 items, quel que soit l'item, l'alpha de Cronbach s'en trouve réduit.

Sur cette même échelle, en 2022 **environ 67% des 11 à 15 ans** obtiennent un score de 14 à 25 points qui correspond, selon les seuils d'interprétation proposés par l'OMS (WHO, 1998), à un niveau moyen à élevé de bien-être émotionnel, tandis qu'**environ 33%** obtiennent un score inférieur à 13, soit un niveau bas de bien-être émotionnel. Ici aussi les scores sont moins favorables chez les filles (niveau moyen à élevé : env. 57%) que chez les garçons (environ 77%) et reculent entre les 11 ans et les 15 ans, surtout chez les filles.

### 3.3 Stress psychologique

#### 3.3.1 Perception subjective du stress



L'échelle de stress perçu (PSS) développée par (Cohen et al., 1983, p. 385-396) est un instrument classique d'évaluation du stress. Pour les besoins de l'étude HBSC 2022, c'est la version courte composée de quatre énoncés (au lieu des dix que compte l'échelle originale) élaborée et validée niveau international (Vallejo et al., 2018) qui est utilisée. Cette échelle est recommandée pour les 13 ans et plus, si bien que les résultats pour les 11 et 12 ans doivent être interprétés avec prudence, en raison de possibles difficultés de compréhension.

Dans le détail, les 11 à 15 ans étaient prié-e-s de répondre, en pensant au dernier mois, aux questions suivantes : 'à quelle fréquence as-tu eu le sentiment de ne pas être capable de contrôler les choses importantes de ta vie ?', 'à quelle fréquence as-tu eu confiance en ta capacité à gérer tes problèmes personnels?', 'à quelle fréquence as-tu eu le sentiment que les choses allaient comme tu le voulais?' et 'à quelle fréquence as-tu eu le sentiment que les difficultés s'accumulaient tellement que tu ne pouvais pas les surmonter ?', avec des catégories de réponses allant de 'jamais' (0 ou 4 points) à 'très souvent' (4 à 0 point)<sup>25</sup>. Des mises à plat détaillées (données agrégées) des réponses, sous forme de tableaux standards (format Excel) sont téléchargeables depuis le site [www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch). En additionnant les réponses données par les élèves aux quatre énoncés, une échelle de score a été calculée, qui est graduée de 0 à 16 points.

<sup>25</sup> En prenant soins d'inverser l'attribution des points pour les énoncés 2 et 3 compte tenu de leur formulation positive.



En 2022, les 11 à 15 ans avaient un **score moyen de stress perçu d'environ 6.6 points** (Tableau 6). L'écart-type d'environ trois points révèle toutefois une forte variabilité des perceptions entre les jeunes adolescent·e·s. Le score moyen est significativement plus élevé chez les filles (env. 7.2) que chez les garçons (env. 5.9) et s'accroît entre les 11 ans et les 15 ans chez les filles, mais pas chez les garçons. L'écart selon le sexe/genre se creuse ainsi nettement avec l'âge.

Tableau 6 – Score moyen et écart-type (EC) sur l'échelle de stress psychologique (graduée de 0 'aucun' à 16 'très élevé'), selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)

	Garçons		Filles		Total	
	Moyenne	EC	Moyenne	EC	Moyenne	EC
11 ans	5.79	2.77	6.45	2.89	6.13	2.85
12 ans	5.98	2.76	6.88	3.16	6.43	3.00
13 ans	5.86	2.89	7.30	3.12	6.61	3.10
14 ans	5.87	2.71	7.67	3.12	6.80	3.07
15 ans	5.93	2.77	7.60	3.05	6.81	3.04
Total 11 à 15 ans	5.89	2.78	7.19	3.11	6.56	3.03

**Remarques:** Les résultats de la colonne 'Total' ainsi que la ligne 'Total 11 à 15 ans' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3). La cohérence interne entre les quatre items composant l'échelle des stress peut être estimée insuffisante (alpha de Cronbach = 0.614), et en cas de suppression de l'un des 4 items, quel que soit l'item, l'alpha de Cronbach s'en trouve réduit.

### 3.3.2 Perception du stress lié au travail scolaire

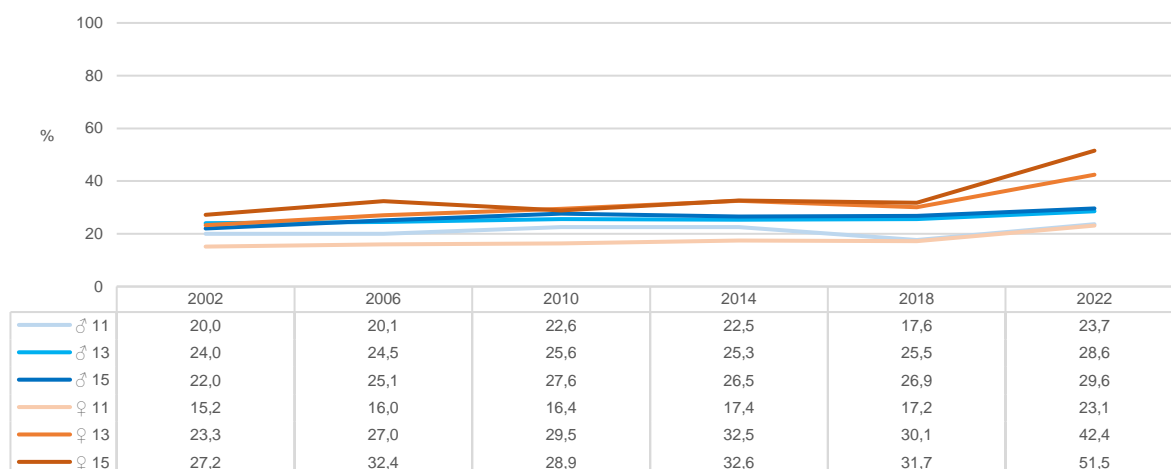
Les jeunes adolescent·e·s consacrent à l'école et aux activités scolaires une bonne partie de la semaine. Les exigences auxquelles ils-elles doivent répondre peuvent représenter une forte pression à la performance et, ainsi, une source de stress intense pour certain·e·s élèves.

En 2022, environ **12% des 11 à 15 ans se disaient très stressé·e·s par le travail scolaire, environ 21% assez stressé·e·s, environ 47% un peu stressé·e·s et environ 19% pas du tout stressé·e·s**. Les filles étaient proportionnellement bien plus nombreuses (env. 40%) à se sentir assez ou très stressé·e·s que les garçons (env. 27%)<sup>26</sup>.

S'il n'y a pas de différence selon le sexe/genre chez les 11 ans (Figure 3), il en existe une chez les 13 ans, qui s'accroît chez les 15 ans, les filles étant proportionnellement plus nombreuses se sentir assez ou très stressées par le travail scolaire. Alors que l'indicateur de stress scolaire n'avait pas connu de changements importants entre 2002 et 2018, 2022 marque un tournant avec une augmentation de la part des élèves assez ou très stressé·e·s dans tous les sous-groupes de sexe/genre et d'âge (statistiquement significative excepté chez les garçons de 13 et 15 ans), surtout chez les filles de 13 et 15 ans.

<sup>26</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les garçons et les filles de 11 et 15 ans :  $F(1, 3575) = 169.0009, p < .001$ .

Figure 3 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui se sentent assez ou très stressé-e-s par le travail scolaire, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)



### 3.3.3 Sentiment d’auto-efficacité (en tant que facteur de bien-être)

Le sentiment d’auto-efficacité peut être défini comme la conviction qu’a une personne d’être capable d’organiser et de mener à bien les actions nécessaires pour faire face efficacement aux défis (Bandura, 1997). Dans le cadre de l’étude HBSC, elle est mesurée à travers deux questions présentées dans le Tableau 7.

En 2022, environ **71% des 11 à 15 ans trouvaient la plupart du temps ou toujours une solution à un problème en faisant assez d’efforts pour cela**. Cette conviction tend à devenir plus fréquente entre le 11 ans et les 15 ans chez les garçons, constat qui ne vaut pas pour les filles. Par ailleurs, environ **62% arrivaient la plupart du temps ou toujours à faire les choses qu’ils-elles décidaient de faire**. Cette conviction est stable avec l’âge chez les garçons tandis qu’elle a plutôt tendance à diminuer chez les filles.

Tableau 7 – Part des 11 à 15 ans qui ont répondu ‘la plupart du temps’ ou ‘toujours’ aux questions suivantes relatives au sentiment d’auto-efficacité, selon le sexe/genre et l’âge (HBSC 2022)

		11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	Δ âges <sup>a</sup>	Total	
		%	%	%	%	%	Chi2 ajusté	11-15 ans	
								Chi2 ajusté	%
à quelle fréquence trouves-tu une solution à un problème si tu fais assez d’efforts ?	garçons	69.7	74.0	76.1	79.9	80.3	***	76.0	
	filles	69.1	67.7	62.8	64.2	71.0	*	66.8	
	total	69.4	70.8	69.2	71.8	75.4	**	71.2	
à quelle fréquence arrives-tu à faire les choses que tu décides de faire ?	garçons	67.3	68.0	66.5	67.0	67.3	n.s.	67.2	
	filles	65.8	62.3	53.6	51.0	56.3	***	57.8	
	total	66.5	65.1	59.8	58.8	61.5	***	62.3	

**Remarques:** Autres réponses possibles : ‘jamais’, ‘rarement’, ‘parfois’  
 Les résultats de la colonne ‘Total 11-15 ans’ ainsi que les lignes ‘total’ se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).  
<sup>a</sup> Δ âges: un test de significativité statistique a été calculé pour la distribution entre les groupes d’âge.  
 Seuil de significativité : \* = p < .05 ; \*\* = p < .01 ; \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.

En additionnant les réponses données par les élèves aux deux énoncés, une échelle de score a été calculée, qui est graduée de 0 à 8 points<sup>27</sup>. En l'absence de seuils d'interprétation officiels, il est possible de recourir à ceux proposés par (Damsgaard & Madsen, 2020). Ainsi, en 2022 **environ 20% des 11 à 15 ans** obtiennent un score de 7 ou 8 points qui correspond à **un sentiment d'auto-efficacité élevée**. Environ 58% ont un sentiment d'auto-efficacité moyenne (5 ou 6 points) et environ 22% un sentiment d'auto-efficacité basse (0 à 4 points). Avoir un sentiment d'auto-efficacité élevé est plus répandu chez les garçons (environ 23%) que chez les filles (environ 17%) et varie peu entre les groupes d'âge.

### 3.4 Sentiment de solitude



En 2022, afin de mesurer le sentiment de solitude, une nouvelle question a été utilisée qui a été validée à l'occasion d'une autre étude épidémiologique<sup>28</sup> réalisée auprès d'enfants et d'adolescent-e-s (Vancampfort et al., 2019).

Environ **15%** des 11 à 15 ans **se sont senti-e-s seul-e-s la plupart du temps ou toujours** au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, les filles (environ 21%) en bien plus grande proportion que les garçons (environ 9%) (Tableau 8). Si le sentiment fréquent de solitude n'augmente que légèrement entre les 12 ans et les 15 ans parmi ces derniers, il s'accroît fortement et de façon linéaire chez les filles.

Tableau 8 – Part des 11 à 15 ans qui se sont senti-e-s seul-e-s la plupart du temps ou toujours dans les 12 derniers mois, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)

		11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	Δ âges <sup>a</sup>	Total 11-15 ans
		%	%	%	%	%	Chi2 ajusté	%
Se sont senti-e-s seul-e-s la plupart du temps ou toujours	garçons	7.4	9.2	8.8	8.2	10.9	n.s.	8.9
	filles	12.0	19.7	21.7	26.6	27.3	***	21.4
	total	9.8	14.4	15.5	17.5	19.4	***	15.3

Remarques: **Autres réponses possibles : 'jamais', 'rarement', 'parfois'**  
**Les résultats de la colonne 'Total 11-15 ans' ainsi que la ligne 'total' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).**  
<sup>a</sup> Δ âges: un test de significativité statistique a été calculé pour la distribution entre les groupes d'âge.  
 Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.

### 3.5 Symptômes physiques et psychoaffectifs récurrents ou chroniques

À l'adolescence, ressentir des symptômes somatiques ou de mal-être de manière transitoire est chose courante. S'ils sont omniprésents et persistants, ces symptômes – pour lesquels il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic – peuvent en revanche affecter sensiblement le bien-être, la vie sociale et la scolarité des jeunes. C'est d'ailleurs d'autant plus le cas si les symptômes ressentis sont multiples. On parle alors de symptômes **récurrents ou chroniques**, définis dans le cadre de l'étude HBSC comme **ressentis plusieurs fois par semaine ou chaque jour au cours des six derniers mois**.

<sup>27</sup> Il faut toutefois préciser que la cohérence interne entre les deux items composant l'échelle d'auto-efficacité peut être estimée insuffisante (alpha de Cronbach = 0.675).

<sup>28</sup> The Global School-based Student Health Survey GSHS de l'OMS.



Les 11 à 15 ans ont répondu à une question portant sur la fréquence (et non la sévérité) de douze symptômes au cours des six derniers mois. Pour deux d'entre eux (troubles du sommeil), les résultats sont présentés au chapitre 3.9 dédié au sommeil. Des mises à plat détaillées (données agrégées) des réponses pour les autres fréquences, sous forme de tableaux standards (format Excel) sont téléchargeables depuis le site [www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch).

### 3.5.1 Douleurs physiques et vertiges

En 2022, environ 21% des 11 à 15 ans avaient des maux de tête récurrents ou chroniques, ce qui en fait le plus répandu des quatre symptômes physiques étudiés. Viennent ensuite les maux de dos (env. 18%), les maux de ventre (env. 16%) et les vertiges (env. 15%).

Environ 15% des 11 à 15 ans ont **ressenti au moins deux<sup>29</sup> douleurs physiques de façon récurrente ou chronique**, prévalence plus élevée chez les filles (env. 21%) que chez les garçons (env. 8%)<sup>30</sup> et à la hausse par rapport à 2018<sup>31</sup>, alors qu'elle était assez stable depuis 2002 (Figure 5). Cette augmentation est statistiquement significative dans tous les sous-groupes de sexe/genre et âge, excepté les garçons de 11 ans. Il est particulièrement marqué chez les filles

---

<sup>29</sup> Sur trois (maux de tête, maux de ventre et maux de dos).

<sup>30</sup> Différence statistiquement significative entre les garçons et les filles de 11 à 15 ans en 2022 :  $F(1, 3575) = 272.2022, p < .001$ .

<sup>31</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 chez les 11 à 15 ans :  $F(1, 1347) = 168.5586, p < .001$

Figure 4 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti les **douleurs physiques** suivantes plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)

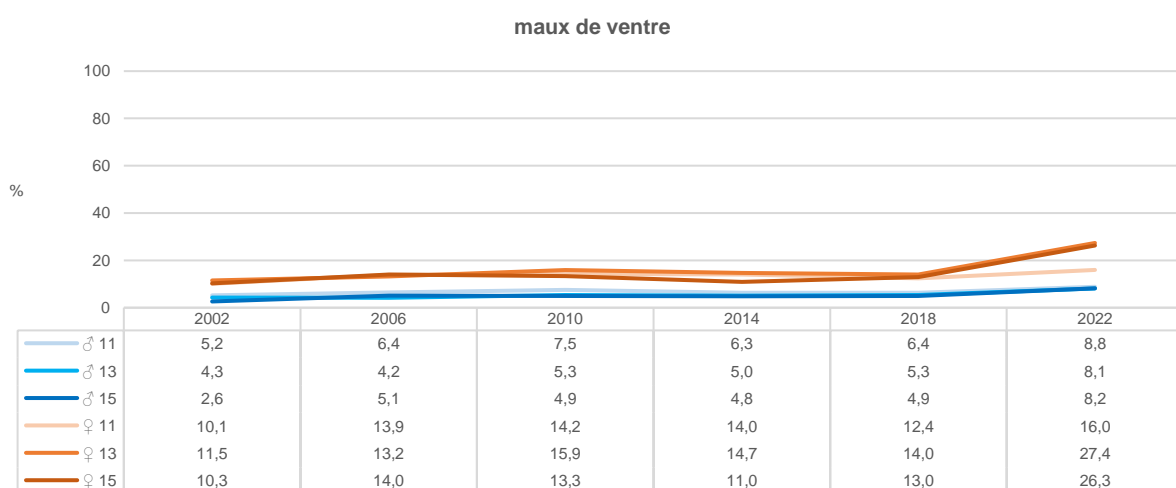
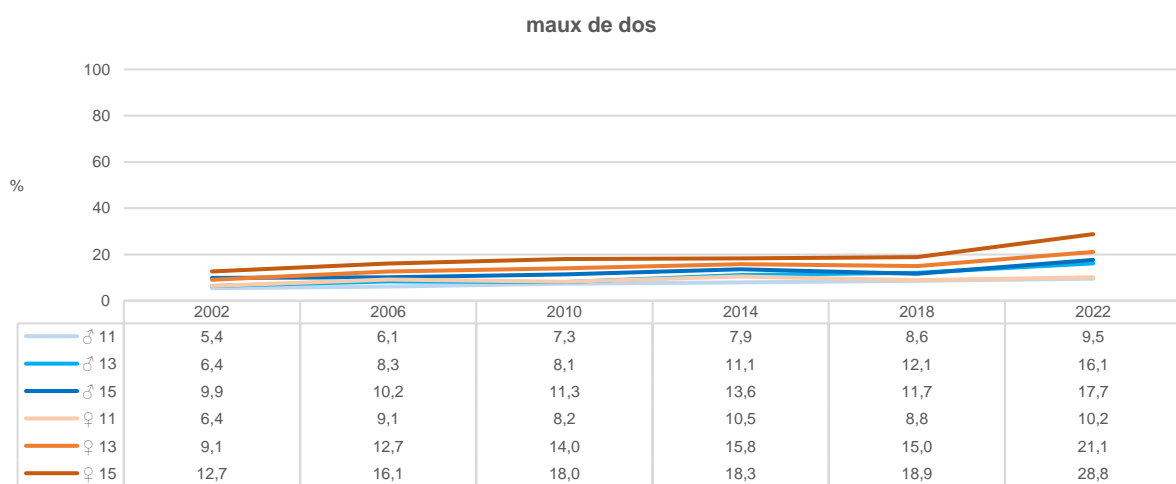
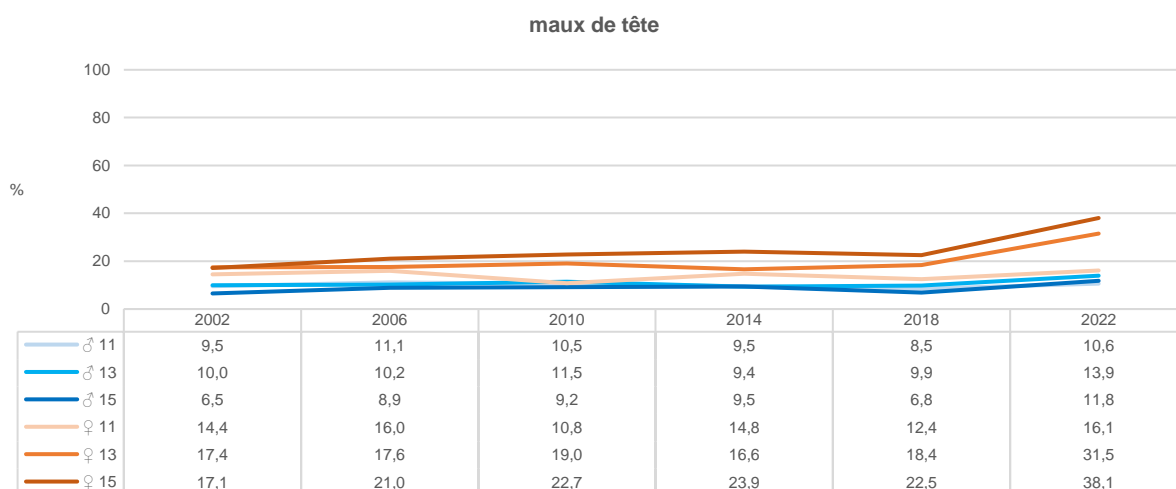
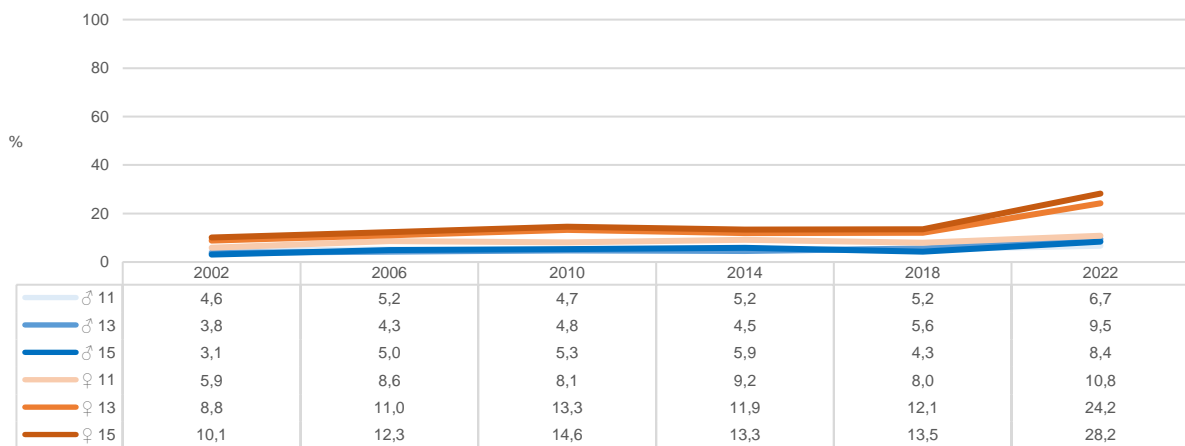
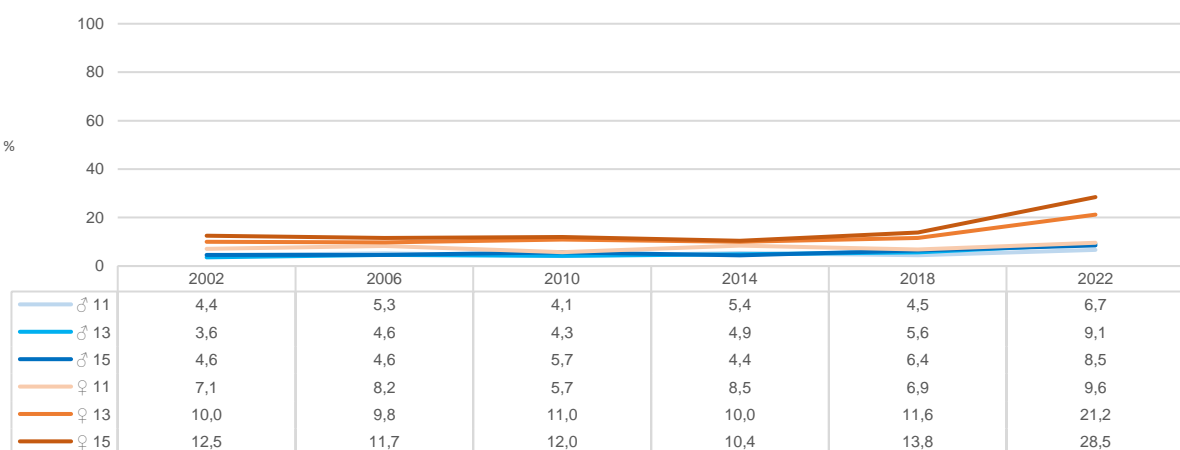


Figure 5 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti **au moins deux douleurs physiques (sur trois<sup>a</sup>) plusieurs fois par semaine ou chaque jour** dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)



Remarque: <sup>a</sup> Sont pris en considération ici : les maux de tête, de ventre et de dos.

Figure 6 – Évolution de la part de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti des **vertiges plusieurs fois par semaine ou chaque jour** dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)



### 3.5.2 Symptômes psychoaffectifs

En ce qui concerne les **symptômes psychoaffectifs récurrents ou chroniques**, la fatigue (env. 50%) se place largement en premier chez les 11 à 15 ans, devant les difficultés à s’endormir (env. 31%), l’irritabilité (env. 30%), être fâché-e (env. 26%), la nervosité (env. 26%), ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller (env. 23%) la tristesse (env. 23%) et l’anxiété (env. 18%).

Figure 7 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti les **symptômes psychoaffectifs** suivants plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)

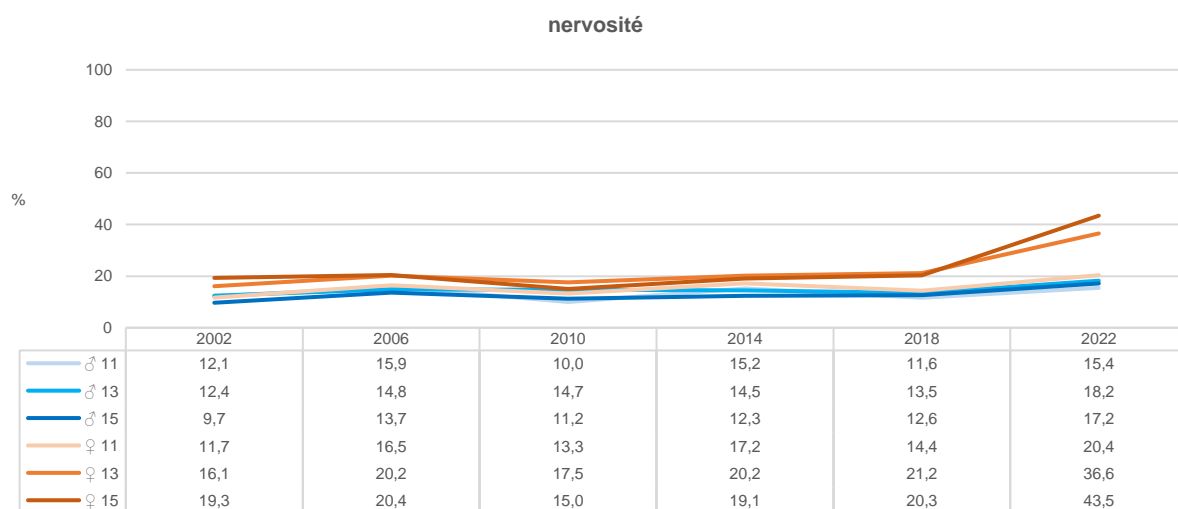
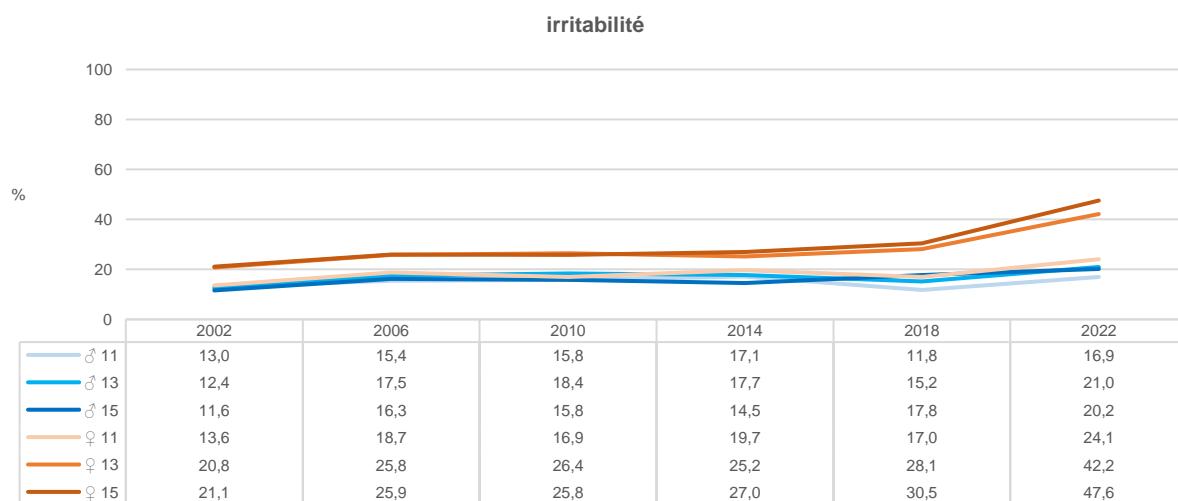
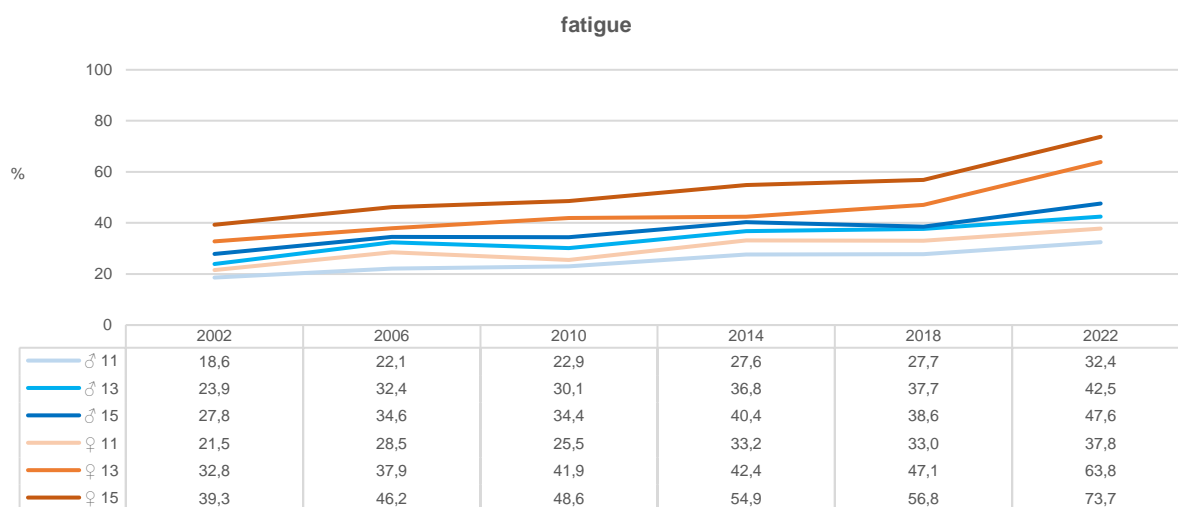


Figure 7 – Suite

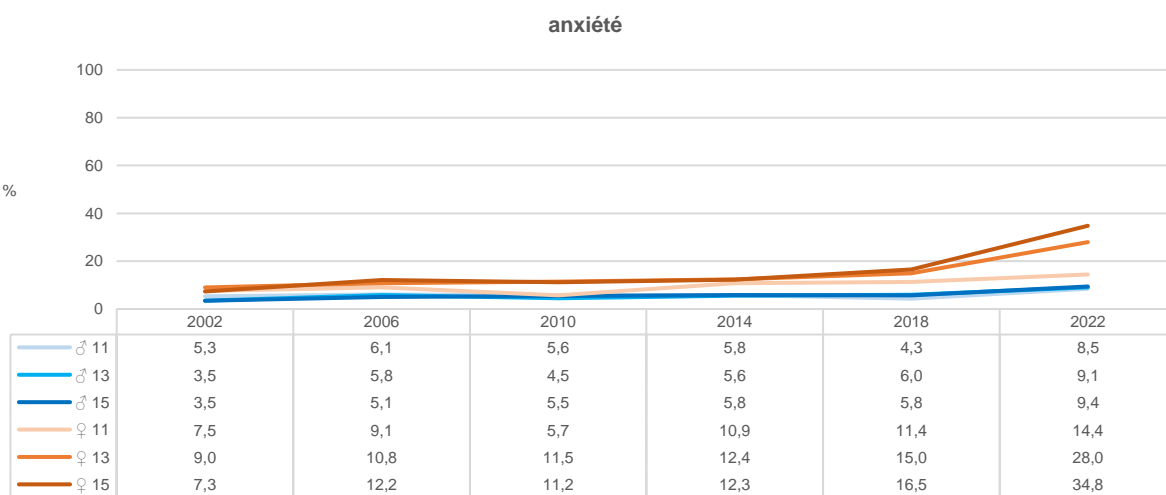
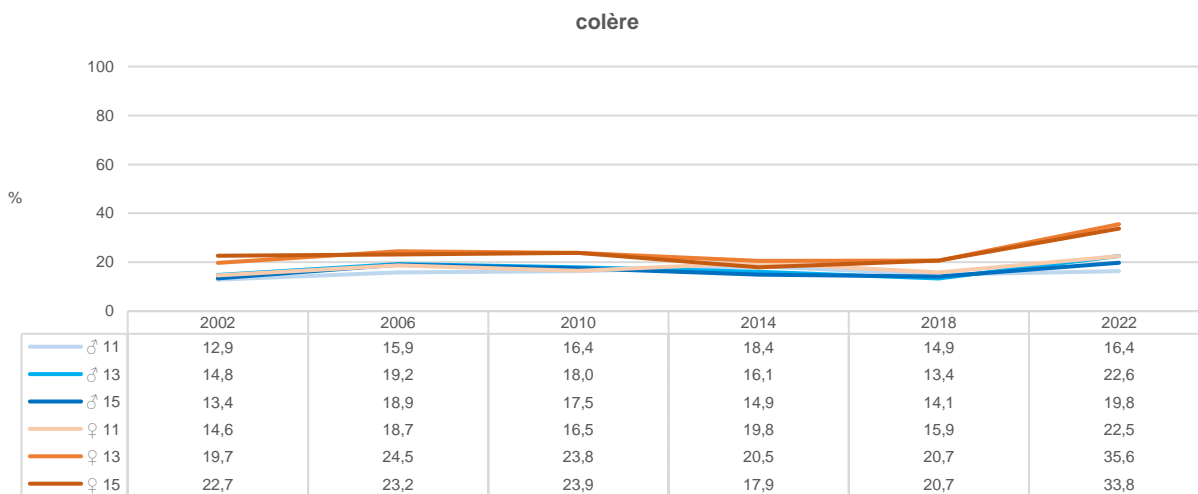
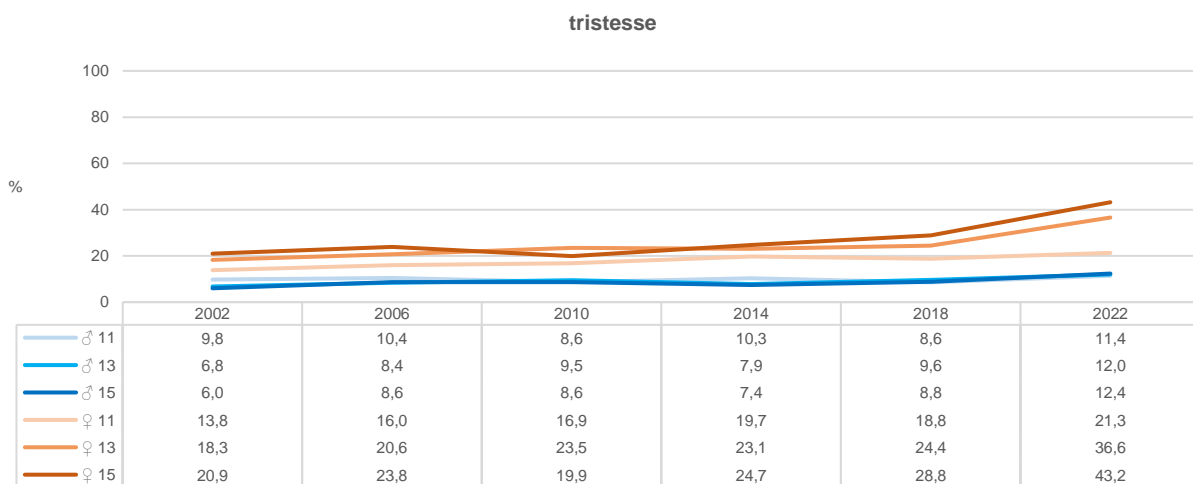
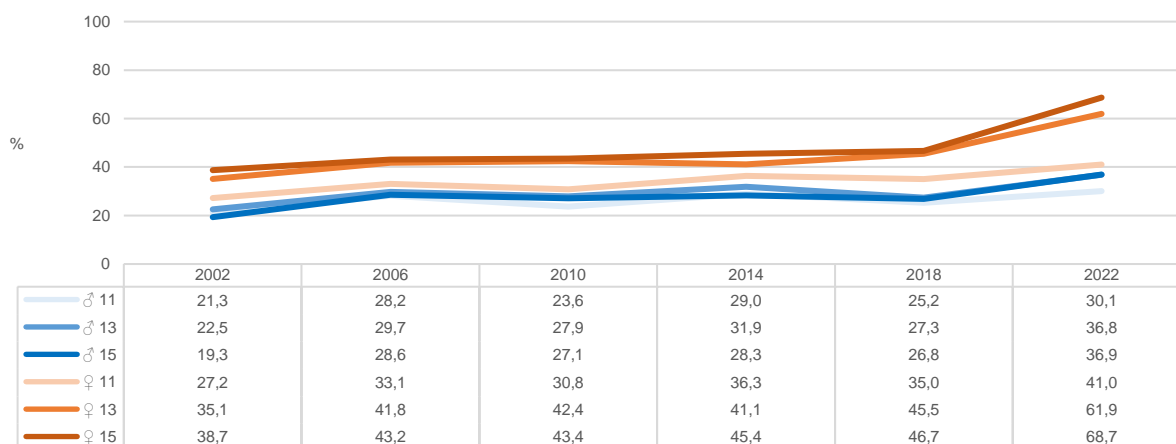




Figure 8 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti **au moins deux symptômes psychoaffectifs (sur sept<sup>a</sup>) plusieurs fois par semaine ou chaque jour** dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)



**Remarque:** <sup>a</sup> Sont pris en considération ici : fatigue, irritabilité, nervosité, tristesse, colère, anxiété ainsi que, traitées dans le sous-chapitre 3.9.3, les difficultés à s’endormir. Les difficultés à dormir toute la nuit sans se réveiller ne sont pas prises en compte afin de permettre une observation des résultats depuis 2002 (et pas seulement depuis 2018).

En 2022, env. 47% des 11 à 15 ans ont ressenti **au moins deux symptômes psychoaffectifs de façon récurrente ou chronique**, les filles (env. 58%) en plus grande proportion que les garçons (env. 35%)<sup>32</sup>. Alors que cette part était restée assez stable entre 2002 et 2018, elle marque une forte hausse en 2022<sup>33</sup>, qui est statistiquement significative dans tous les sous-groupes de sexe/genre et âge et particulièrement marquée chez les 13 et 15 ans et les filles (Figure 8).

Les symptômes psychoaffectifs multiples, c’est-à-dire au moins deux symptômes récurrents ou chroniques sur sept dans les six derniers mois<sup>34</sup>, s’observent plus souvent chez les filles que chez les garçons et leur prévalence s’accroît entre les groupes d’âge, surtout chez les filles. Il en était déjà ainsi en 2018, mais depuis leur prévalence a fortement augmenté, quel que soit le sous-groupe de sexe/genre et d’âge.

### 3.5.3 Généralités

Les Figure 4, Figure 6 et Figure 7 livrent le détail de l’évolution depuis 2002 pour les dix symptômes physiques et psychoaffectifs, par ordre décroissant de prévalence. Les valeurs sont toutes plus élevées chez les filles que chez les garçons, même si parfois la différence n’est pas statistiquement significative. À cela s’ajoute un gradient ascendant selon l’âge pour la plupart des symptômes chez les filles (exceptions : mal de ventre, difficultés à s’endormir, être fâchée), qui est moins marqué voire inexistant pour la plupart des symptômes chez les garçons (exceptions : maux de dos, être fâché). Ainsi, les écarts filles-garçons se creusent entre les 11 et les 15 ans.

<sup>32</sup> Différence statistiquement significative entre les filles et les garçons :  $F(1, 3575) = 398.3000, p < .001$

<sup>33</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 chez les 11 à 15 ans :  $F(1, 1347) = 215.1966, p < .001$

<sup>34</sup> Sur sept. Parmi les huit symptômes qui ont fait l’objet d’une question en 2022, seul ‘ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller’ n’est pas pris en compte ici, car la question n’a été posée qu’en 2018. Ceci a permis une observation de l’évolution de la prévalence de symptômes multiples depuis 2002.

En 2022, les symptômes physiques ou psychoaffectifs ressentis de manière récurrente ou chronique sont bien plus répandus chez les 11 à 15 ans qu'en 2018, constat qu'il faut nuancer en fonction des sous-groupes de sexe/genre et d'âge. Alors que l'on observe des augmentations pour les huit symptômes chroniques ou récurrents, elles sont tout particulièrement marquées chez les filles de 13 et 15 ans. Ainsi, les signes à la hausse déjà perceptibles entre 2014 et 2018 chez les filles de 15 ans se sont nettement accentués et s'étendent désormais aux autres sous-groupes.

### 3.6 Corrélats de la santé et du bien-être

Les tableaux ci-après rassemblent, pour les 11 à 15 ans et, pour parfois pour les 14 et 15 ans uniquement, les corrélats de la santé et du bien-être, en précisant que les liens avec la durée du sommeil et l'image corporelle sont présentés dans les chapitres qui leur sont spécifiquement dédiés (voir sous-chapitres 3.9.4 et 3.10.7). Il est en outre important de rappeler que les corrélations renseignent uniquement sur l'existence (ou non) d'une relation statistique entre les indicateurs considérés et que, par conséquent, elles ne permettent pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité (ni de la direction de celle-ci) entre ceux-ci.

Chez les **11 à 15 ans**, les **trois indicateurs généraux de la santé et du bien-être** (état de santé auto-évalué, satisfaction face à la vie et bien-être émotionnel) sont de manière consistante

- **associés positivement (corrélations moyennes à fortes) entre eux**
- **associés négativement (corrélations pour la plupart moyennes à fortes) au degré de stress psychologique, à la fréquence des symptômes physiques et psychoaffectifs ainsi qu'à la fréquence du sentiment de solitude**
- **associés négativement (corrélations faibles mais statistiquement significatives) à la fréquence de l'usage des réseaux sociaux**
- **associés négativement (corrélations faibles à moyennes) aux indicateurs de comportements problématiques et à risque**, en particulier score d'usage problématique des réseaux sociaux<sup>35</sup>, mais aussi nombre de jours de consommation dans les 30 derniers jours d'alcool, de la cigarette conventionnelle et de l'e-cigarette et fréquence du (cyber-)harcèlement (auteur·e·s et victimes)
- **associés positivement (corrélations moyennes à fortes) aux indicateurs de ressources personnelles** (sentiment d'auto-efficacité) et **sociales** (niveau de soutien perçu de la part des ami·e·s, de la famille, des camarades de classes et des enseignant·e·s).

Autrement dit, les 11 à 15 ans qui ont des valeurs élevées sur les trois indicateurs généraux de la santé et du bien-être ont tendance à avoir également des valeurs élevées pour les ressources personnelles, et des valeurs basses pour le stress psychologique, les symptômes physiques et psychoaffectifs, le sentiment de solitude, la fréquence de l'usage des réseaux sociaux et les comportements problématiques ou à risque.

On observe en revanche de manière consistante des **associations inverses** pour les indicateurs spécifiques que sont le degré de **stress psychologique**, la fréquence des **symptômes physiques et psychoaffectifs** ainsi que la **fréquence du sentiment de solitude**.

Il existe enfin une **association positive (corrélation forte)** entre la fréquence des **symptômes psychoaffectifs** et celle des **symptômes physiques**.

---

<sup>35</sup> Dans le cadre de l'étude HBSC, l'usage problématique est défini comme une perte de contrôle sur le temps investi dans les réseaux sociaux resp. les jeux vidéo, avec un impact négatif important sur les relations avec l'entourage proche et sur les activités essentielles du quotidien.

Chez les **14 et 15 ans**, les **trois indicateurs généraux de santé et de bien-être** (état de santé auto-évalué, satisfaction face à la vie et bien-être émotionnel) sont de manière consistante

- **associés négativement (corrélations faibles)** aux indicateurs de **comportements problématiques et à risque**, en particulier score d'usage problématique des jeux vidéo (corrélation calculée uniquement parmi les joueurs et joueuses)<sup>36</sup>, mais aussi nombre de jours de consommation dans les 30 derniers jours de cannabis illégal ( $\geq 1\%$  de THC), nombre d'excès ponctuels<sup>37</sup> d'alcool (*binge drinking*) dans les 30 derniers jours et abus de médicaments (usage détourné pour rechercher des effets psychotropes)

Autrement dit, les 14 et 15 ans qui ont des valeurs élevées sur les trois indicateurs généraux de santé et de bien-être ont tendance à avoir des valeurs basses pour les comportements à risque/problématiques.

---

<sup>36</sup> Voir note 35.

<sup>37</sup> Dans le cadre de l'étude HBSC, les excès ponctuels sont définis comme le fait de consommer cinq boissons alcooliques ou plus lors d'une même occasion.

Tableau 9 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre indicateurs de santé/bien-être, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)

	Indicateurs généraux et spécifiques de bien-être							
	état de santé auto-évalué	échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	échelle de bien-être émotionnel de l'OMS <sup>b</sup> (0-25)	nbre de symptômes psychoaffectifs récurrents ou chroniques (0-8)	nbre de symptômes physiques récurrents ou chroniques (0-4)	échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	intensité du stress lié au travail scolaire (perçu)	fréquence du sentiment de solitude
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)		.473***	.463***	-.408***	-.362***	-.389***	-.277***	-.381***
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)			.623***	-.521***	-.353***	-.520***	-.375***	-.541***
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>				-.583***	-.378***	-.504***	-.392***	-.513***
nbre de symptômes psychoaffectifs récurrents/chroniques (0-8)					.548***	.491***	.417***	.548***
nbre de symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)						.349***	.288***	.342***
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>							.354***	.476***
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)								.356***
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)								

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélations positives, violet=corrélations négatives.  
<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)  
<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)  
 Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001

Tableau 10 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et symptômes psychoaffectifs, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)

	Fréquence des symptômes au cours des 6 derniers mois							
	fatigué-e	irritable, de mauvaise humeur	nerveux-se	triste	fâché-e, en colère	anxieux-se	difficultés à s'endormir	ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	-.344***	-.327***	-.299***	-.375***	-.290***	-.307***	-.303***	-.301***
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	-.403***	-.459***	-.370***	-.527***	-.386***	-.423***	-.348***	-.316***
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	-.502***	-.506***	-.410***	-.525***	-.429***	-.433***	-.398***	-.376***
nbre de symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)	.456***	.408***	.395***	.415***	.352***	.386***	.390***	.362***
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	.348***	.377***	.363***	.494***	.340***	.414***	.337***	.311***
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	.335***	.329***	.404***	.375***	.273***	.408***	.264***	.232***
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	.392***	.495***	.428***	.673***	.403***	.501***	.362***	.293***

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélations positives, violet=corrélations négatives.  
<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)  
<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)  
 Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001

Tableau 11 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et symptômes physiques, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)

	Fréquence des symptômes au cours des 6 derniers mois			
	maux de tête	maux de ventre	maux de dos	vertiges
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	-.333***	-.316***	-.274***	-.350***
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	-.320***	-.310***	-.276***	-.332***
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	-.346***	-.339***	-.306***	-.366***
nbre de symptômes psychoaffectifs récurrents/chroniques (0-8)	.476***	.469***	.408***	.493***
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	.301***	.314***	.250***	.328***
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	.269***	.264***	.228***	.267***
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	.294***	.316***	.266***	.324***

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélation positive, violet=corrélation négative.  
<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)  
<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)  
 Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001

Tableau 12 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et comportements à risque/problématiques, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)

	Consommation de substances			Réseaux sociaux		
	alcool (nbre de jours dans les 30 jours)	cigarette. conventionnelle (nbre de jours dans les 30 jours)	e-cigarette (nbre de jours dans les 30 jours)	fréquence de l'usage des réseaux sociaux <sup>d</sup>	usage problématique des réseaux sociaux (score SMDS <sup>e</sup> )	y aller souvent pour échapper à des sentiments négatifs (oui)
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	-.117***	-.160***	-.152***	-0.145***	-.284***	-.258***
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	-.142***	-.158***	-.175***	-0.211***	-.377***	-.345***
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	-.134***	-.158***	-.166***	-0.220***	-.370***	-.343***
nbre de symptômes psychoaffectifs récurrents/chroniques (0-8)	.169***	.178***	.187***	0.240***	.449***	.402***
nbre de symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)	.150***	.172***	.181***	0.189***	.297***	.272***
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	.114***	.142***	.148***	0.158***	.400***	.343***
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	.088***	.101***	.106***	0.176***	.316***	.272***
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	.120***	.115***	.128***	0.157***	.397***	.410***

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélations positives, violet=corrélations négatives.

<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)

<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)

<sup>d</sup> De jamais à chaque jour

<sup>e</sup> Selon l'échelle 'The Social Media Disorder Scale' de van den Eijnden et al. (2016) (voir également Delgrande Jordan et al., 2023b). Dans le cadre de l'étude HBSC, l'usage problématique est défini comme une perte de contrôle sur le temps investi dans les réseaux sociaux, avec un impact négatif important sur les relations avec l'entourage proche et sur les activités essentielles du quotidien.

Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001

Tableau 13 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et (cyber)harcèlement, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)

	(Cyber)harcèlement <sup>d</sup> dans les derniers mois			
	fréquence du harcèlement à l'école: victime	fréquence du harcèlement à l'école: auteur-e	fréquence du cyber-harcèlement: victime	fréquence du cyber-harcèlement: auteur-e
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	<i>-.152***</i>	<i>-.047***</i>	<i>-.173***</i>	<i>-.084***</i>
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	<i>-.212***</i>	<i>-.061***</i>	<i>-.207***</i>	<i>-.096***</i>
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	<i>-.183***</i>	<i>-.062***</i>	<i>-.194***</i>	<i>-.096***</i>
nbre de symptômes psychoaffectifs récurrents/chroniques (0-8)	<i>.216***</i>	<i>.085***</i>	<i>.248***</i>	<i>.120***</i>
nbre de symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)	<i>.143***</i>	<i>.060***</i>	<i>.202***</i>	<i>.089***</i>
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	<i>.205***</i>	<i>.082***</i>	<i>.217***</i>	<i>.088***</i>
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	<i>.145***</i>	<i>.034***</i>	<i>.153***</i>	<i>.074***</i>
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	<i>.290***</i>	<i>.033***</i>	<i>.259***</i>	<i>.082***</i>

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélation positive, violet=corrélation négative.

<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)

<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)

<sup>d</sup> Pour la définition du (cyber-)harcèlement voir Delgrande Jordan et al., 2023b

Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001



Tableau 14 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et ressources, chez les 11 à 15 ans (HBSC 2022)

	Soutien social perçu		Sentiment d'auto-efficacité	Cohésion à l'école	
	score de soutien social (perçu) de la part des ami.e.s <sup>d</sup>	score de soutien social (perçu) de la part de la famille <sup>e</sup>	score	score de qualité de la relation (perçue) avec camarades de classe <sup>f</sup>	score de qualité de la relation (perçue) avec enseignant.e.s <sup>g</sup>
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	.211***	.343***	.308***	.248***	.244***
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	.249***	.481***	.400***	.327***	.327***
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	.279***	.453***	.451***	.358***	.350***
nbre symptômes psychoaffectifs récurrents/ chroniques (0-8)	-.154***	-.371***	-.316***	-.266***	-.268***
nbre symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)	-.095***	-.275***	-.192***	-.175***	-.174***
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	-.230***	-.394***	-.437***	-.277***	-.261***
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	-.108***	-.238***	-.250***	-.196***	-.257***
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	-.218***	-.377***	-.305***	-.309***	-.235***

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélations positives, violet=corrélations négatives.

<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)

<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)

<sup>d, e, f, g</sup> Selon batteries de questions présentée dans les tableaux standards du projet

Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001

Tableau 15 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre santé/bien-être et comportements à risque/problématiques, chez les 14 et 15 ans (HBSC 2022)

	Consommation de substances		Gaming (seulement 14 et 15 ans qui jouent au jeu vidéo) <sup>e</sup>			
	excès ponctuel d'alcool <sup>d</sup> (nombre de jours dans les 30 derniers jours)	cannabis illégal <sup>f</sup> (nombre de jours dans les 30 derniers jours)	calmants et antidouleurs puissants (fréquence au cours de la vie)	médicaments "pour se droguer" (fréquence au cours de la vie)	usage problématique des jeux vidéo (score IGDT10 <sup>g</sup> )	jouer souvent aux jeux vidéo pour soulager une humeur négative (oui)
état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	<i>- .112***</i>	<i>- .128***</i>	<i>- .165***</i>	<i>- .144***</i>	<i>- .147***</i>	<i>- .190***</i>
échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	<i>- .068***</i>	<i>- .098***</i>	<i>- .159***</i>	<i>- .131***</i>	<i>- .194***</i>	<i>- .249***</i>
échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	<i>- .057**</i>	<i>- .105***</i>	<i>- .136***</i>	<i>- .130***</i>	<i>- .174***</i>	<i>- .240***</i>
nombre de sympt. psychoaff. récurrents/chroniques (0-8)	<i>.106***</i>	<i>.132***</i>	<i>.136***</i>	<i>.140***</i>	<i>.247***</i>	<i>.267***</i>
nombre de sympt. physiques récurrents/chroniques (0-4)	<i>.127***</i>	<i>.111***</i>	<i>.147***</i>	<i>.141***</i>	<i>.149***</i>	<i>.173***</i>
échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	<i>.098***</i>	<i>.107***</i>	<i>.147***</i>	<i>.136***</i>	<i>.214***</i>	<i>.224***</i>
stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	<i>.031<sup>n.s.</sup></i>	<i>.019<sup>n.s.</sup></i>	<i>.107***</i>	<i>.072***</i>	<i>.136***</i>	<i>.167***</i>
fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	<i>.067***</i>	<i>.066***</i>	<i>.131***</i>	<i>.125***</i>	<i>.179***</i>	<i>.292***</i>

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélations positives, violet=corrélations négatives, rouge=corrélations statistiquement non significatives.

<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)

<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)

<sup>d</sup> Au moins cinq boissons alcooliques dans une même occasion

<sup>e</sup> Part des 14 et 15 ans qui jouent au moins occasionnellement: G: ~97% ; F: ~64%;

<sup>f</sup> ≥ 1% de THC

<sup>g</sup> Selon l'échelle 'Internet Gaming Disorder Test - 10-items' de Király et al. (2017) (voir également Delgrande Jordan et al., 2023b). Dans le cadre de l'étude HBSC, l'usage problématique est défini comme une perte de contrôle sur le temps investi dans les jeux vidéo, avec un impact négatif important sur les relations avec l'entourage proche et sur les activités essentielles du quotidien.

Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.

### 3.7 Maladies chroniques et handicaps

Les maladies physiques chroniques et les handicaps représentent un défi à vie pour les jeunes adolescent-e-s qui en sont atteint-e-s et leur famille. Ils s’accompagnent souvent de comorbidités, peuvent impacter négativement et de façon considérable le bien-être psychique et physique et peser lourdement sur la vie quotidienne. S’agissant des troubles psychiques, l’âge de la première manifestation diffère selon la maladie (Tuch & Schuler, 2020). Par exemple, le trouble de l’anxiété et le trouble de déficit de l’attention avec hyperactivité (TDAH) apparaissent le plus souvent durant l’enfance alors que les troubles affectifs (p.ex. dépression) se manifestent pour la première fois surtout à l’adolescence et au début de l’âge adulte.


 Les 14 et 15 ans ont été interrogé-e-s sur une liste de huit maladies chroniques<sup>38</sup> et handicaps physiques. La question précisait qu’un diagnostic devait avoir été posé par un-e médecin. Les réponses possibles étaient ‘Oui’ et ‘Non’. Puisqu’il n’est pas exclu que certain-e-s élèves aient interprété la question en se référant à des manifestations évoquant ces maladies sans pour autant qu’elles aient été diagnostiquées, ces résultats s’entendent comme des **ordres de grandeurs uniquement**.

Tableau 16 – Parts des 14 et 15 ans qui ont dit avoir reçu un **diagnostic de la part d’un-e médecin pour les maladies et handicaps** suivants, selon le sexe/genre et l’âge (HBSC 2018-2022)

	14 ans				15 ans				
	2018		2022		2018		2022		
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Myopie (je vois mal de loin)	garçons		22.6	[20.0,25.4]			22.0	[19.2,25.0]	
	filles		32.5	[29.2,36.0]			34.6	[31.4,37.8]	
Rhume des foins	garçons	23.7	[20.9,26.7]	26.8	[23.6,30.3]	22.2	[19.4,25.4]	27.5	[24.3,31.0]
	filles	24.0	[21.5,26.8]	22.2	[19.3,25.4]	22.0	[19.3,25.0]	24.6	[22.0,27.4]
Asthme	garçons	10.0	[8.3,12.0]	10.0	[8.3,12.1]	9.6	[7.8,11.8]	10.6	[8.8,12.8]
	filles	11.4	[9.6,13.4]	9.8	[7.9,11.9]	10.6	[8.8,12.7]	8.4	[6.7,10.5]
Trouble de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH, TDA) <sup>a</sup>	garçons	5.6	[4.3,7.3]	7.6	[5.8,9.9]	6.1	[4.7,7.8]	10.1	[8.0,12.7]
	filles	2.5	[1.7,3.7]	4.3	[3.0,6.1]	2.8	[1.9,5.1]	6.1	[4.6,8.0]
Trouble du comportement alimentaire (anorexie/boulimie/hyperphagie boulimique)	garçons			<1.0	[0.1,1.6]			1.3	[0.1,2.5]
	filles			7.1	[5.7, 8.9]			7.0	[5.4,9.0]
Handicap physique	garçons	2.9	[2.0,4.2]	2.9	[1.9,4.3]	2.3	[1.4,3.6]	3.0	[2.0,4.4]
	filles	2.1	[1.3,3.3]	2.9	[2.0,4.2]	3.1	[2.2,4.5]	2.9	[2.0,4.2]
Maladie coeliaque	garçons			<0.5	[0.1,1.0]			<1.0	[0.1,1.4]
	filles			<1.0	[0.1,1.8]			1.1	[0.6,2.1]
Diabète de type 1 et 2	garçons			<0.5	[0.1,1.2]			<1.0	[0.1,1.6]
	filles			<1.0	[0.1,1.6]			1.0	[0.5,1.9]

**Remarques:** IC 95% = Intervalle de confiance à 95%  
 Une cellule vide signifie que la question a été posée pour la première fois en 2022.  
<sup>a</sup> Trouble de déficit de l’attention avec hyperactivité : difficulté d’attention et de concentration, comportement impulsif, agitation excessive

En Suisse, selon les réponses données par les élèves, la myopie et les maladies atopiques telles que l’asthme et le rhume des foins font partie des maladies chroniques les plus fréquentes chez les 14 et 15 ans. Les résultats laissent en outre supposer que le trouble de déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH et TDA), dont la prévalence semble s’être accrue en 2022, et les troubles du

<sup>38</sup> Les résultats concernant le surpoids et l’obésité, également inclus dans la Classification internationale des maladies (CIM-11 ; WHO 2019) sont présentés au sous-chapitre 3.10.1 car ils font l’objet de questions séparées.

comportement alimentaire ne sont pas rares à cet âge. Le diabète de type 1 et 2 (considérés ensemble) et la maladie coeliaque ne concernent en revanche qu'un petit nombre d'élèves de l'échantillon national (<1%). Environ 3% des 14 et 15 ans ont dit avoir un handicap physique, sans plus de précision. Il ne s'agit en tout cas pas de handicaps qui empêcheraient les jeunes de fréquenter les établissements de l'enseignement obligatoire.

### 3.8 Blessures

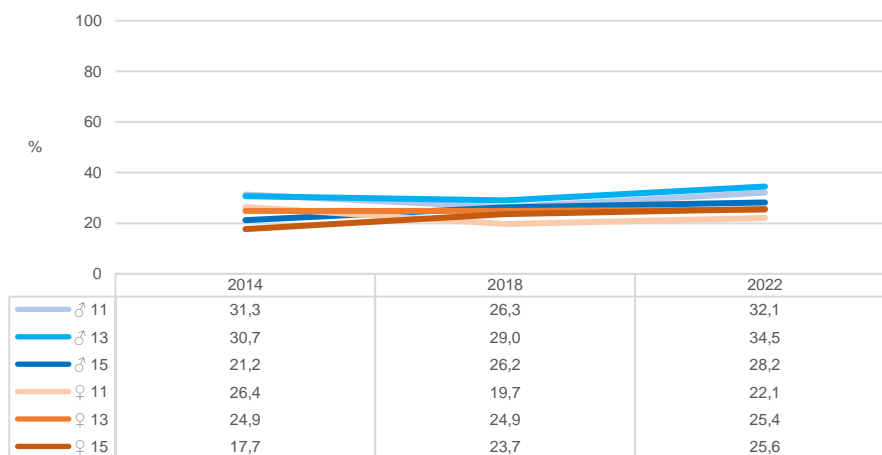
Dans les pays industrialisés, les blessures non intentionnelles représentent l'une des causes les plus fréquentes de prises en charge aux services d'urgences, d'hospitalisation et de décès à l'adolescence.

En 2022, environ **45% des 11 à 15 ans n'avaient pas du tout eu de blessure qu'ils-elles avaient dû faire soigner par un-e médecin, un infirmier ou une infirmière dans les 12 derniers mois**, env. 28% en avaient eu une, env. 14% deux, env. 7% trois et env. 7% quatre ou plus.

Ainsi, environ **27% des 11 à 15 ans ont eu des blessures répétées** (soit au moins deux) dans les 12 derniers mois. Les garçons (env. 31%) étaient davantage dans ce cas que les filles (env. 24%)<sup>39</sup>. Les différences observées entre les groupes d'âge ne suivent pas un gradient linéaire chez les garçons et ne sont pas statistiquement significatives chez les filles.

Si l'enquête HBSC ne renseigne pas sur la gravité et les circonstances de ces blessures répétées, elle permet d'en observer l'évolution au cours du temps : leur prévalence a suivi un tracé différent en fonction du sous-groupe de sexe/genre et âge (Figure 9), avec en particulier une hausse chez les garçons de 11 et 13 ans entre 2018 et 2022<sup>40</sup>.

Figure 9 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui ont été soigné-e-s au moins deux fois pour une blessure dans les 12 derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2014-2022)



<sup>39</sup> Différence statistiquement significative entre les garçons et les filles de 11 à 15 ans :  $F(1, 1976) = 63.9482, p < .001$ .

<sup>40</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 chez les garçons de 11 ans :  $F(1, 1347) = 7.5838, p < 0.01$  et chez ceux de 13 ans :  $F(1, 1347) = 6.3290, p < 0.05$

### 3.9 Sommeil

Le sommeil remplit de nombreuses fonctions biologiques, notamment une fonction restauratrice, qui permet au cerveau de récupérer de son activité de la journée, et une fonction de consolidation de la mémoire. Il est également essentiel pour la réparation du stress et la maturation du système nerveux durant l'enfance et l'adolescence. Le sommeil joue aussi un rôle important sur le plan du métabolisme. Chez l'adulte, dormir peu accroît le risque d'excès pondéral et de diabète de type 2 (Haba-Rubio & Heinzer, 2016).

#### 3.9.1 Durée habituelle du sommeil avant les jours d'école

Les changements hormonaux liés à la puberté sont à l'origine d'un déplacement physiologique des phases de sommeil (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Les jeunes adolescent·e·s peuvent alors préférer se coucher et se lever tard, ce qui s'avère peu compatible avec l'horaire scolaire du matin. Des facteurs comportementaux tels que la consommation de boissons à forte teneur en caféine, l'exposition à la lumière (bleue) des écrans avant le coucher ainsi que les interactions sociales en ligne tard le soir ou en cours de nuit peuvent encore accentuer ce phénomène. Souvent en dette de sommeil durant la semaine d'école, les jeunes adolescent·e·s tentent généralement de le récupérer le week-end en dormant plus tard le matin.



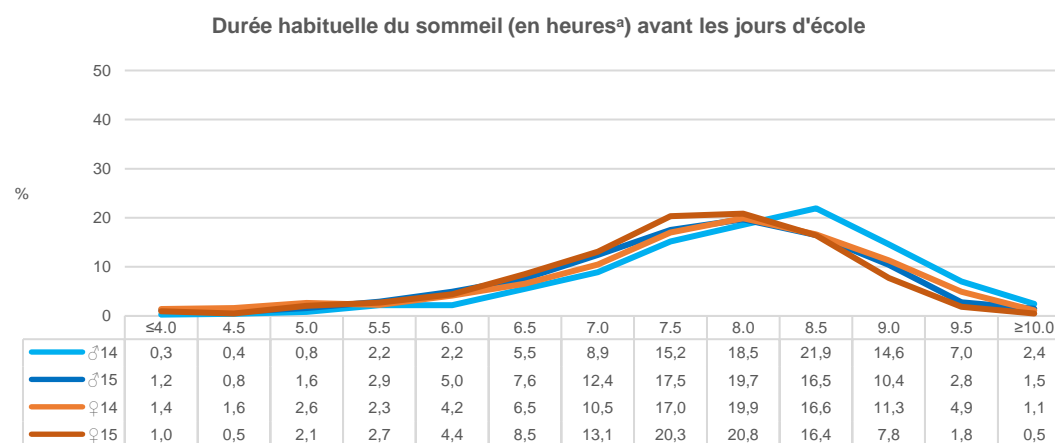
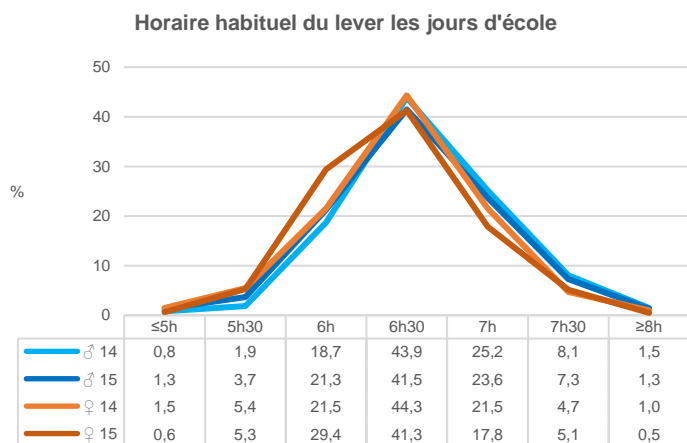
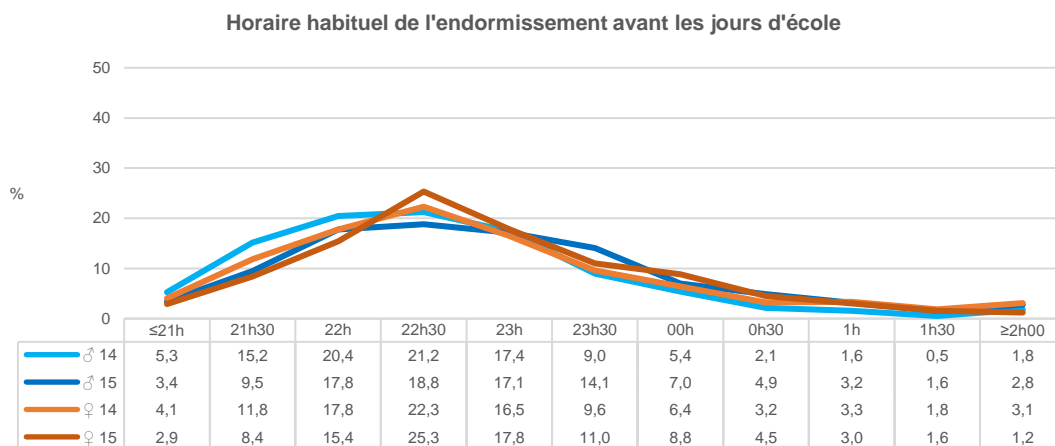
En 2022 comme en 2018, les 14 et 15 ans ont répondu à des questions fermées sur leurs horaires habituels d'endormissement avant les jours d'école (« À quelle heure t'endores-tu? » ; catégories de réponse proposées variant de 21h00 à 2h00 du matin environ, par tranches de 30 minutes) et de lever ces-jours-là (« À quelle heure te lèves-tu ? » catégories de réponse proposées variant de 5h00 à 10h00 du matin environ, par tranches de 30 minutes). À partir des indications relatives à l'heure d'endormissement et de celle du lever (par tranches de 30 minutes et sans tenir compte des éventuelles heures de veille durant la nuit ou avant le lever), la durée habituelle de sommeil avant les jours d'école a pu être **estimée**.

La Figure 10 illustre tout d'abord la distribution des réponses concernant les **heures habituelles de l'endormissement et de lever**. Elle montre ensuite que la distribution de la **durée habituelle de sommeil** est assez étendue. En effet, le nombre d'heures de sommeil passe plus que du simple au double entre ceux·celles qui dorment le moins (moins de cinq heures) et ceux·celles qui dorment le plus (9 heures et demie ou plus). De plus, les courbes sont relativement similaires dans les différents sous-groupes de sexe/genre et d'âge, excepté celle pour les garçons de 14 ans. Légèrement décalée vers la droite, la courbe indique pour eux des durées de sommeil habituelles en moyenne un peu plus longues que les autres.

S'agissant des **valeurs de position et de dispersion**, les garçons de 14 et 15 ans s'endormaient en moyenne à 22h45 environ (écart-type/EC=env. 1 heure) et les filles à 22h50 environ (EC=env. 1 heure). Le lever a lieu en moyenne à 6h35 environ pour les garçons (EC=env. 30 minutes) et 6h25 environ pour les filles (EC=env. 30 minutes). Ces horaires sont similaires entre les 14 et les 15 ans, excepté l'endormissement pour les garçons, qui a lieu environ 20 minutes plus tard chez les 15 que chez les 14 ans.

Avant les jours d'école, les 14 et 15 ans dormaient en moyenne environ 7 heures et 40 minutes (EC = env. 1 heure et 10 minutes), perdant ainsi environ 5 minutes de sommeil par rapport à 2018. Les garçons dormaient 7 heures et 50 minutes environ (EC= env. 1 heure et 10 minutes) et les filles 7 heures et 35 minutes environ (EC = env. 1 heure et 10 minutes). La durée moyenne du sommeil recule entre les 14 et les 15 ans ( $t(3089)=5.966, p<0.001$ ), surtout chez les garçons ( $t(1484)=6.641, p<0.001$ ).

Figure 10 – Distribution des horaires habituels de l’endormissement avant les jours d’école resp. du lever les jours d’école et de la durée de sommeil (estimation) avant les jours d’école chez les 14 et 15 ans, selon le sexe/genre et l’âge (HBSC 2022, en %)



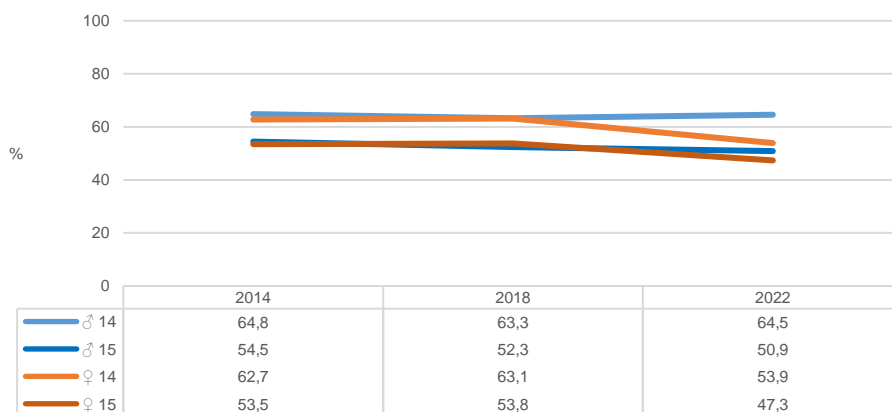
Remarque: <sup>a</sup> Heures industrielles ; par exemple 7.5 = 7 heures et 30 minutes

### 3.9.2 Durée du sommeil conforme à la recommandation

Les individus ne sont pas égaux devant le sommeil. Aussi n'existe-t-il pas de définition précise du nombre d'heures qu'un·e jeune adolescent·e devrait dormir par nuit. En revanche, des recommandations formulées à titre indicatif sous forme de fourchettes d'heures adaptées aux différents groupes d'âge ont été proposées (pour les personnes ayant un sommeil normal), telles que celles de la *National Sleep Foundation* américaine (Hirshkowitz et al., 2015). Celle-ci **préconise 9 à 11 heures de sommeil pour les 6 à 13 ans et 8 à 10 heures pour les 14 à 17 ans.**

En 2022, environ **54% des 14 et 15 ans dormaient habituellement 8 heures ou plus avant les jours d'école**, soit une durée conforme à la recommandation. Le suivi de la recommandation diminuait entre les 14 ans et les 15 ans<sup>41</sup>, tout en étant plus répandu chez les garçons (env. 58%) que chez les filles (env. 51%)<sup>42</sup>. Ces résultats contrastent avec ceux de 2014 et 2018 (Figure 11). En effet, si le taux de suivi de la recommandation est resté à un niveau similaire entre 2018 et 2022 chez les garçons, il a reculé chez les filles<sup>43</sup> en passant même sous la barre des 50% chez celles de 15 ans. En conséquence, le taux de suivi de la recommandation est désormais significativement plus bas chez les filles comparativement aux garçons.

Figure 11 – Évolution de la part de 14 et 15 ans qui dorment au moins huit heures par nuit avant les jours d'école, selon le sexe/genre (HBSC 2014-2022)



### 3.9.3 Troubles du sommeil

Non seulement la quantité, mais aussi la qualité du sommeil sont essentielles pour la santé physique et psychique. Il existe différentes catégories de troubles du sommeil, dont l'incidence varie en fonction de l'âge (Jenni & Benz, 2007).

<sup>41</sup> Différence statistiquement significative entre les 14 ans et les 15 ans :  $F(1, 3575) = 169.0009, p < .001$

<sup>42</sup> Différence statistiquement significative entre les garçons et les filles :  $F(1, 1347) = 44.4578, p < .001$

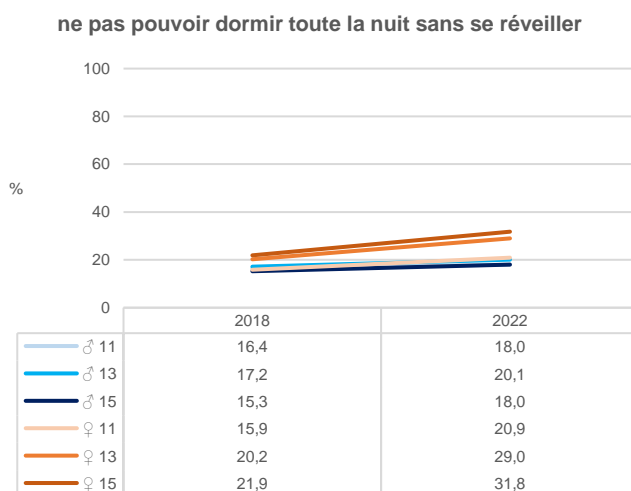
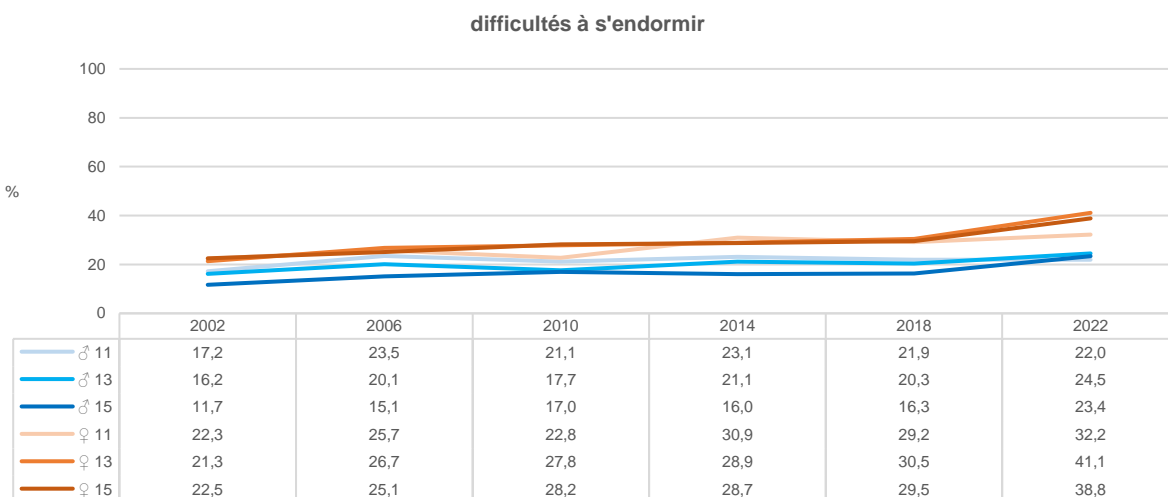
<sup>43</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 chez les filles de 14 et 15 ans :  $F(1, 726) = 13.6189, p < .001$  mais pas chez les garçons :  $F(1, 702) = 0.0183, p = n.s.$



L'étude HBSC a interrogé les 11 à 15 ans au sujet des difficultés à s'endormir et des difficultés à dormir toute une nuit sans se réveiller, en les laissant libre d'interpréter ces deux troubles en fonction de leur représentation subjective.

En 2022, environ **31% des 11 à 15 ans** ont eu plusieurs fois par semaine voire chaque jour dans les 6 derniers mois des **difficultés à s'endormir** (soit de manière récurrente ou chronique), environ 19% à peu près une fois par semaine et environ 50% moins souvent ou jamais. La fréquence de ce symptôme est nettement plus haute chez les filles que chez les garçons et tend à augmenter entre les 11 ans et les 15 ans. En comparaison, ne pas pouvoir passer une nuit complète est moins répandu. Environ **23% des 11 à 15 ans** ont eu plusieurs fois par semaine voire chaque jour des **problèmes pour dormir toute la nuit sans se réveiller**, environ 12% à peu près une fois par semaine et environ 64% moins souvent ou jamais au cours de la même période. Pour ce symptôme, les gradients selon l'âge et le sexe/genre sont similaires à ceux observés pour les difficultés à s'endormir.

Figure 12 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui ont ressenti les **troubles du sommeil** suivants plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)





La prévalence des difficultés d'endormissement récurrentes ou chroniques est à peu près stable entre 2018 et 2022 chez les 11 ans et s'accroît de manière statistiquement significative chez les 13 et 15 ans, surtout chez les filles, alors qu'elle avait peu évolué auparavant (Figure 12). La prévalence des difficultés à dormir toute la nuit sans se réveiller augmente quant à elle dans tous les sous-groupes de sexe/genre et âge mais de manière statistiquement significative uniquement chez les filles. Pour ce symptôme également l'augmentation est particulièrement forte chez les filles de 13 ans et 15 ans. Ces péjorations rappellent celles observées pour les autres symptômes (voir sous-chapitre 3.5).

Des analyses complémentaires montrent qu'environ 16% des 11 à 15 ans ont ressenti de façon récurrente ou chronique (plusieurs fois par semaine ou chaque jour) dans les six derniers mois ces deux symptômes et environ 22% un des deux. C'est davantage qu'en 2018 (environ 11% resp. 21%), ce qui reflète la hausse de prévalence observées pour chacun de ces symptômes sur la même période.

### 3.9.4 *Corrélat*s

Comme évoqué au sous-chapitre 3.9.3, le sommeil est considéré comme un facteur essentiel de la santé et certains usages inappropriés des écrans et de certains services en ligne peuvent impacter la durée et la qualité du sommeil. Que nous montre l'étude (transversale) HBSC à ce sujet ?

Le Tableau 17 rassemble, pour les 14 et 15 ans, les corrélations entre deux indicateurs de la durée de sommeil et divers indicateurs du bien-être et de la santé ainsi que des comportements en ligne, en précisant que pour ces derniers l'enquête ne précise pas les moments de la journée où ils ont lieu ni les contenus concernés. À noter également que les corrélations renseignent uniquement sur l'existence (ou non) d'une relation statistique entre les indicateurs considérés et que, par conséquent, elles ne permettent pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité (ni la direction de celle-ci) entre ceux-ci.

La durée du **sommeil** avant les jours d'école et le suivi de la recommandation de dormir au moins huit heures par nuit sont **associés positivement (corrélations faibles à moyennes) à l'état de santé auto-évalué, à la satisfaction face à la vie et au bien-être émotionnel (WHO-5)**. Exprimé autrement, plus la durée du sommeil est élevée, plus les valeurs des trois indicateurs de santé et bien-être sont élevées également. Autrement dit, les 14 et 15 ans qui ont une valeur élevée sur ces paramètres ont tendance à avoir une durée de sommeil élevée resp. conforme à la recommandation également.

À l'inverse, la durée du sommeil avant les jours d'école et le suivi de la recommandation sont **associés négativement (corrélations faibles à moyennes) au stress psychologique, à la fréquence des douleurs, vertiges et symptômes psychoaffectifs (y compris troubles du sommeil) et à la fréquence du sentiment de solitude**. Autrement dit, les 14 et 15 ans qui ont une valeur élevée sur ces paramètres ont tendance à avoir une durée de sommeil peu élevée resp non conforme à la recommandation.

Des analyses complémentaires dédiées aux **maladies chroniques et handicaps** présentés au chapitre 3.7, ne montrent aucune corrélation statistiquement significative avec les indicateurs du sommeil, excepté le trouble du comportement alimentaire mais avec des corrélations faibles.

Il existe par ailleurs une **association négative (corrélations faibles, statistiquement significatives pour la plupart)** entre les deux indicateurs de la durée du sommeil et les indicateurs de **comportements en matière de réseaux sociaux et de jeux vidéo**. En particulier, les 14 et 15 ans qui ont des valeurs élevées de fréquence d'usage et d'usage problématique des réseaux sociaux (au sens d'une perte de contrôle du temps qui leur est consacré) ont tendance à avoir une durée de sommeil basse resp non conforme à la recommandation. À noter que les indicateurs de comportements en ligne ne disent rien sur le moment où ils ont lieu et les contenus consultés.

Tableau 17 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - entre indicateurs de la durée du sommeil et de la santé/bien-être resp. des comportements en ligne, chez les 14 et 15 ans (HBSC 2022)

	Durée habituelle du sommeil avant les jours d'école (estimation en heures)	Suivi de la recommandation (≥ 8 heures par nuit)	
Santé et bien-être	état de santé auto-évalué (mauvais à excellent)	.264***	.210***
	échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	.244***	.196***
	échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	.311***	.251***
	échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	-.248***	-.203***
	stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	-.149***	-.109***
	fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	-.201***	-.156***
	symptômes psychoaffectifs (fréquence dans les 6 derniers mois)		
	difficultés à s'endormir	-.252***	-.200***
	ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller	-.286***	-.231***
	fatigué-e	-.296***	-.241***
	irritable, de mauvaise humeur	-.257***	-.213***
	nerveux-se	-.189***	-.142***
	triste	-.213***	-.166***
	fâché-e, en colère	-.200***	-.175***
	anxieux-se	-.171***	-.124***
	symptômes somatiques (fréquence dans les 6 derniers mois)		
	maux de tête	-.221***	-.185***
	maux de ventre	-.219***	-.186***
	maux de dos	-.194***	-.161***
	vertiges	-.222***	-.180***
nbre de symptômes psychoaffectifs récurrents/chroniques (0-8)	-.327***	-.268***	
nbre de symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)	-.235***	-.199***	
Comportements en ligne	être en ligne (fréquence)	-.123***	-.096***
	aller sur les réseaux sociaux (fréquence)	-.162***	-.119***
	score d'usage problématique des réseaux sociaux (0-9) <sup>d</sup>	-.185***	-.155***
	y aller souvent pour échapper à des sentiments négatifs	-.190***	-.164***
	jouer aux jeux vidéo (fréquence)	-0.019 <sup>n.s.</sup>	-0.002 <sup>n.s.</sup>
	<u>seulement parmi les joueurs et joueuses de jeux vidéo <sup>e</sup> :</u>		
	score d'usage problématique des jeux vidéo (0-9) <sup>f</sup>	-.121***	-.108***
jouer souvent aux jeux vidéo pour soulager une humeur négative	-.116***	-.096*** <sup>*</sup>	

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen, ± 0.5 effet fort (Bortz & Schuster, 2005). Vert=corrélations positives, violet=corrélations négatives, rouge=non significatif ; <sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3) ; <sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1) <sup>d</sup> Selon échelle 'The Social Media Disorder Scale' de van den Eijnden et al. (2016) (voir Delgrande Jordan et al., 2023b) Dans le cadre de l'étude HBSC, l'usage problématique est défini comme une perte de contrôle sur le temps investi dans l'activité en ligne, avec un impact négatif important sur les relations avec l'entourage proche et les activités essentielles du quotidien. <sup>e</sup> Part des 14 et 15 ans qui jouent au moins occasionnellement: G: ~97% ; F: ~64% ; <sup>f</sup> Selon échelle 'Internet Gaming Disorder Test - 10-items' de Király et al. (2017) (voir Delgrande Jordan et al., 2023b). Définition de l'usage problématique : voir note d. Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.

### 3.9.5 Discussion : Un sommeil trop court pour une part importante des 14 et 15 ans

Les résultats de l'étude HBSC 2022 révèlent une certaine détérioration de la durée du sommeil par rapport à 2018. Si les 14 et 15 ans n'ont perdu en moyenne que cinq minutes de sommeil environ les nuits avant les jours d'école, ils-elles ne sont plus que 54% (contre 58% en 2018) à dormir au moins huit heures par nuit, soit une durée conforme à la recommandation pour ce groupe d'âge. À noter toutefois que ce recul s'observe chez les filles uniquement. De fait, les garçons et les 14 ans dorment plus longtemps que les filles et les 15 ans. L'étude montre, en corollaire, une hausse par rapport à 2018 de la fréquence des troubles du sommeil que sont les difficultés à s'endormir et les difficultés à dormir toute la nuit sans se réveiller, dans presque tous les sous-groupes de sexe/genre et d'âge, mais essentiellement chez les filles et les 15 ans.

Un sommeil suffisant et de qualité est considéré comme un facteur de protection de la santé. Sans pouvoir démontrer de lien de cause à effet, l'étude HBSC 2022 montre bien, pour les 14 et 15 ans, l'association statistique entre le fait de dormir suffisamment et la fréquence (diminuée) de la fatigue, des troubles du sommeil et d'autres symptômes psychoaffectifs et physiques, en précisant que les corrélations observées sont faibles.

Lorsque la dette de sommeil est importante, les conséquences négatives en termes d'attention, d'apprentissage, de risques de comorbidité et d'accidents sont potentiellement élevées. Pour des raisons physiologiques liées aux changements hormonaux de la puberté, les jeunes adolescent-e-s peuvent préférer se coucher et se lever tard, ce qui n'est guère compatible avec l'heure du début des cours, surtout quand il faut faire un long trajet pour se rendre à l'école (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Or, repousser l'heure du réveil matin aurait un impact positif sur les résultats scolaires et sur le taux d'absentéisme scolaire à cet âge (Alfonsi et al., 2020).

Parmi les facteurs suspectés d'accentuer ce phénomène en retardant l'heure de l'endormissement et en altérant la qualité du sommeil figurent l'usage des écrans et les activités en ligne juste avant le coucher (Waller & Meidert, 2020), que ce soit en raison de la lumière bleue qu'ils diffusent (elle retarde la sécrétion de mélatonine, l'hormone du sommeil) ainsi que la réception de messages et notifications durant la nuit. En particulier la consultation tard ou en pleine nuit de contenus ayant une certaine charge émotionnelle ont un impact négatif sur la détente et le repos cognitif (Matulonga & Grémy, 2020). À ce propos, l'étude HBSC 2022 montre un faible lien, chez les 14 et 15 ans, entre la durée du sommeil avant les jours d'école et la fréquence de l'usage des réseaux sociaux ainsi que le score d'usage problématique des réseaux sociaux (en sens d'une perte de contrôle du temps qui leur est consacré): moins l'usage est fréquent et problématique, plus la durée du sommeil tend à être longue et conforme aux recommandations. La méthodologie transversale de l'étude ne permet toutefois pas de conclure à un lien de cause à effet, d'autant plus qu'elle ne dit pas quand ces usages ont eu lieu et quels en étaient les contenus.

## 3.10 Statut pondéral, image du corps et stratégies de contrôle du poids

Sous l'angle de la santé des jeunes adolescent-e-s, l'étude HBSC aborde la thématique du poids corporel et plus généralement celle de l'apparence physique à travers les paramètres anthropométriques que sont la taille et le poids, ainsi que l'image corporelle et ses différentes facettes, dont la satisfaction et l'acceptation de son propre corps.

### 3.10.1 Obésité, surpoids et insuffisance pondérale légère à forte

Le surpoids et surtout l'obésité provoquent et aggravent de nombreuses maladies non transmissibles (p.ex. diabète de type 2, hypertension artérielle, problèmes articulaires) et entraînent des conséquences

négligentes importantes sur le plan psychosocial et scolaire. Ils tendent de surcroît à perdurer à l'âge adulte. Ils sont d'ailleurs tous deux inclus dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS (WHO, 2019). Pour ces raisons, ils doivent être prévenus durant l'enfance déjà. Pour sa part, l'insuffisance pondérale forte peut être la manifestation de restrictions alimentaires prolongées voire de pathologies telles que l'anorexie mentale.



Dans le cadre de l'étude HBSC, l'évaluation du statut pondéral se base sur l'Indice de Masse Corporelle [IMC= poids en kg/(taille en m)<sup>2</sup>], lui-même estimé à partir des valeurs de la taille et du poids auto-déclarés par les élèves (voir sous-chapitre 2.4.1). Bien que techniquement simple, la mesure objective du poids et de la taille au sein du vaste échantillon national HBSC serait peu pratique et coûteuse, et n'est donc pas réalisable. Par précaution, les chiffres présentés dans le Tableau 18 s'entendent ainsi plutôt comme des **estimations**. Qui plus est, un diagnostic d'obésité ou d'insuffisance pondérale forte doit être posé dans le contexte clinique et ne peut être déduit des réponses données par les élèves à l'occasion d'une enquête populationnelle telle que HBSC.

En 2022, environ **73% des 11 à 15 ans** avaient un **poids normal**, garçons et filles dans des proportions similaires. Environ **11%** avaient une **insuffisance pondérale légère**, environ **3%** une **insuffisance pondérale modérée à forte**, environ **11%** un **surpoids** et environ **2%** souffraient d'**obésité**.

L'insuffisance pondérale (légère et modérée à forte) était plus répandue chez les filles alors que le surpoids et l'obésité l'étaient davantage chez les garçons<sup>44</sup> (Tableau 18). La prévalence du sous-poids léger ou modéré à fort diminue de manière significative entre les 11 ans et les 15 ans, quel que soit le sexe/genre. Par contre, le poids normal devient plus prévalent avec l'âge chez les filles et dans une certaine mesure aussi chez les garçons. Alors que le surpoids ne varie guère selon l'âge, l'obésité tend à augmenter, mais de manière statistiquement significative chez les filles uniquement.

---

<sup>44</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 11 à 15 ans : sous-poids moyen à fort: F(1, 5387)=7.3820, p<.01; sous-poids léger : F(1, 5387)=34.5966, p<.001; surpoids : F(1, 5387)=35.9846, p<.001; obésité : F(1, 5387)=25.8049, p<.001.

Tableau 18 – Prévalences (estimées) de l'insuffisance pondérale (légère à forte)<sup>a</sup>, du poids normal<sup>a</sup> et de l'excès pondéral<sup>a</sup> (surpoids et obésité)<sup>a</sup>, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)

		11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	Δ âges <sup>c</sup>	Total
		%	%	%	%	%	Chi2 ajusté	11-15 ans %
insuffisance pondérale modérée à forte <sup>b</sup>	garçons	3.7	2.7	3.5	1.9	1.3	*	2.6
	filles	5.3	4.7	3.5	2.3	2.7	**	3.7
	total	4.5	3.7	3.5	2.1	2.0	***	3.2
insuffisance pondérale légère <sup>b</sup>	garçons	10.7	10.2	9.5	6.5	6.0	**	8.6
	filles	16.9	14.6	12.9	9.2	10.2	***	12.7
	total	13.8	12.3	11.2	7.9	8.1	***	10.6
poids normal <sup>b</sup>	garçons	71.4	73.5	72.2	72.3	75.7	n.s.	73.0
	filles	70.0	71.2	74.9	75.7	74.9	*	73.4
	total	70.7	72.4	73.5	74.0	75.3	n.s.	73.2
surpoids (excès pondéral léger) <sup>b</sup>	garçons	12.4	11.6	11.9	16.1	13.1	n.s.	13.0
	filles	7.0	8.8	8.0	10.3	10.8	n.s.	9.0
	total	9.7	10.3	9.9	13.2	11.9	*	11.0
obésité (excès pondéral modéré à fort) <sup>b</sup>	garçons	1.9	2.0	2.9	3.2	3.9	n.s.	2.8
	filles	0.8	0.7	0.7	2.5	1.4	**	1.2
	total	1.3	1.4	1.8	2.8	2.6	**	2.0

**Remarques:** Les résultats de la colonne 'Total 11-15 ans' ainsi que les lignes 'total' se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).  
<sup>a</sup> Estimé sur la base de l'IMC, lui-même estimé à partir de la taille et du poids auto-déclarés par les élèves (sans mesures anthropométriques) ; <sup>b</sup> Pour les seuils de l'IMC correspondants, voir sous-chapitre 2.4.1  
<sup>c</sup> Δ âges: un test de significativité statistique a été calculé pour la distribution entre les groupes d'âge.  
 Seuil de significativité : \* = p < .05 ; \*\* = p < .01 ; \*\*\* = p < .001 ; n.s. = non significatif.

Globalement, entre 2002 et 2022, la prévalence de l'insuffisance pondérale (légère à forte) est restée assez stable chez les 11 à 15 ans<sup>45</sup>, notamment entre 2018 (14%) et 2022 (14%). À noter, chez les filles de 15 ans, une augmentation significative<sup>46</sup> entre 2018 et 2022 (Figure 13). La prévalence de l'excès pondéral (surpoids et obésité) s'est accrue entre 2002 et 2022 chez les 11 à 15 ans, mais est assez comparable entre 2018 (12%) et 2022 (13%)<sup>47</sup>. Dans son cas, une augmentation significative se dessine entre 2018 et 2022 uniquement chez les garçons de 11 ans<sup>48</sup>. En conséquence, le poids normal a globalement un peu reculé entre 2002 et 2022<sup>49</sup>, la prévalence de 2022 étant la plus basse relevée au cours de cette période. À court terme on ne note guère de changement entre 2018 (74%) et 2022, excepté la diminution significative chez les garçons de 11 ans<sup>50</sup> et les filles de 15 ans<sup>51</sup>.

<sup>45</sup> Différence statistiquement non significative entre 2002 et 2022 pour les 11 à 15 ans (insuffisance pondérale légère à forte) : F(1, 1221)=0.1164, p=0.7330.

<sup>46</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 15 ans : F(1, 1347)=4.4627, p < .05.

<sup>47</sup> Différence statistiquement significative entre 2002 et 2022 pour les élèves de 11 à 15 ans (excès pondéral) : F(1, 1221)=44.0858, p < .001 ; statistiquement significative entre 2018 et 2022 : F(1, 1347)=4.0649, p < .05.

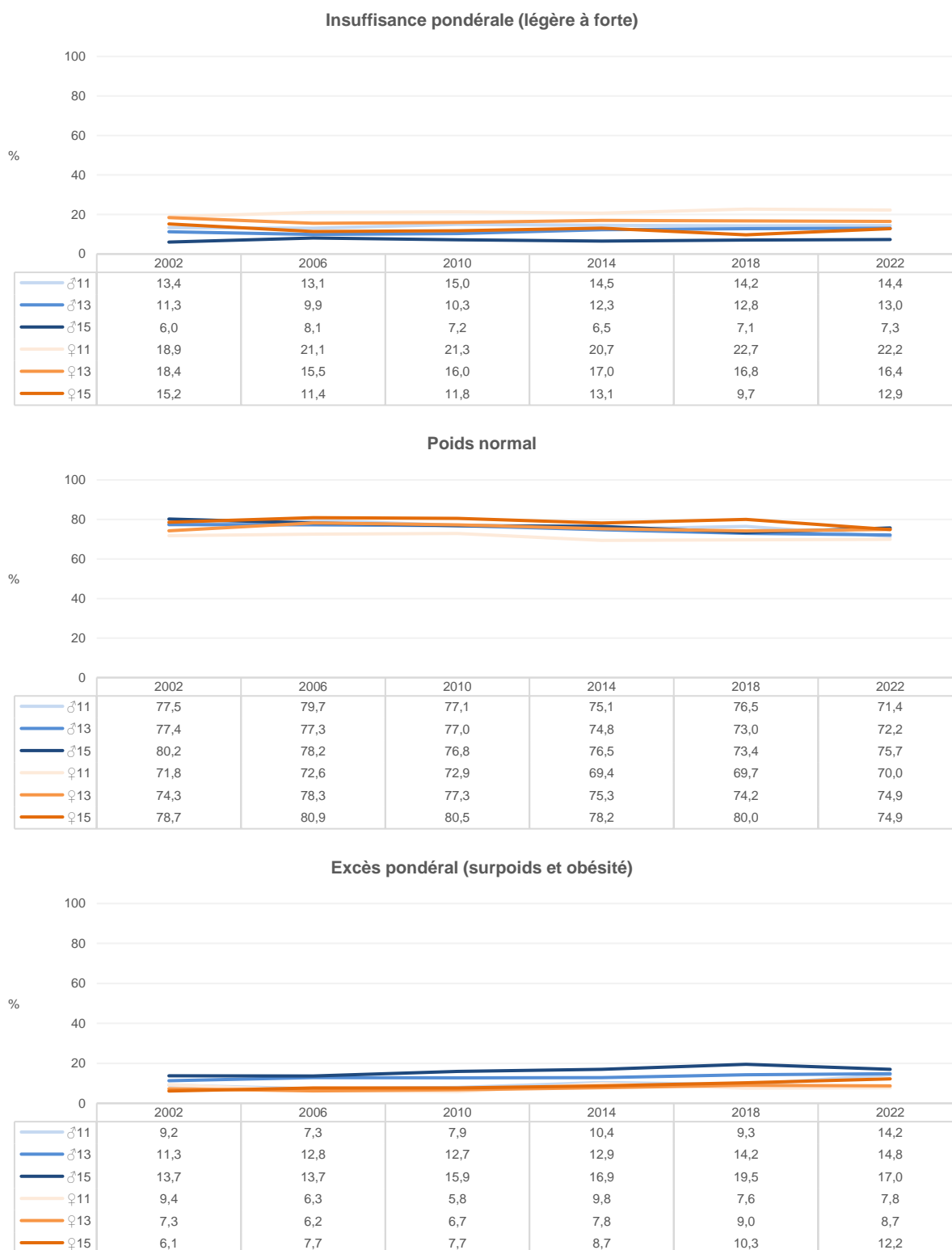
<sup>48</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 11 ans (excès pondéral) : F(1, 1347)=8.8449, p < .01.

<sup>49</sup> Différence stat. significative entre 2002 et 2022 pour les élèves de 11 à 15 ans (poids normal) : F(1, 1221)=24.8310, p < .001.

<sup>50</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 11 ans (poids normal) : F(1, 1347)=5.4236, p < .05.

<sup>51</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 15 ans (poids normal) : F(1, 1347)=6.4700, p < .05.

Figure 13 – Évolution des parts de 11, 13 et 15 ans qui présentent **une insuffisance pondérale (légère à forte)<sup>a</sup>** resp. un **poids normal<sup>a</sup>** resp. un **excès pondéral (surpoids et obésité)<sup>a</sup>**, selon le sexe/genre (HBSC 2002<sup>b</sup> -2022)



Remarques: <sup>a</sup> Selon IMC estimé ; les résultats sont basés sur des données déclaratives (taille et poids corporels indiqués par les élèves) et non sur des mesures anthropométriques. Pour les seuils de l'IMC correspondants, voir sous-chapitre 2.4.1

<sup>b</sup> Les données des études HBSC antérieures à 2002 peuvent être consultées dans les tableaux standards sur le site [www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch).

### 3.10.2 Perception de son propre poids corporel

Durant l'adolescence, les variations hormonales liées à la puberté engendrent des changements corporels rapides et importants au niveau de la silhouette, du poids et de sa composition physiologique (Widmer Howald et al., 2018). Chez les filles, cela se traduit principalement par une augmentation physiologique de la masse grasse et chez les garçons surtout par un accroissement considérable de la masse musculaire et osseuse. Les jeunes doivent s'adapter à ces changements, remanier leur rapport à leur propre corps et façonner leur nouvelle image corporelle, c'est-à-dire image mentale subjective et individuelle qu'ils-elles ont de leur apparence (Schär & Weber, 2015). Cela peut être source d'insatisfaction et de souffrance importante et risque d'inciter les jeunes à mettre en place des comportements néfastes pour leur santé. Une image corporelle négative durant l'adolescence peut en effet engendrer des problèmes d'ordre psychique – symptômes dépressifs voire troubles du comportement alimentaire –, et expose les jeunes à un risque plus élevé de recourir à des comportements tels qu'une alimentation restrictive ou déséquilibrée. Autrement dit, le développement d'une attitude positive vis-à-vis de son corps se présente comme un élément essentiel au bien-être physique et à la santé psychique des jeunes adolescent·e·s (Schär & Weber, 2015; Widmer Howald et al., 2018).

En 2022, environ **49% des 11 à 15 ans estimaient être à peu près du bon poids**, les garçons (env. 54%) davantage que les filles (env. 44%)<sup>52</sup> (Figure 14). Cette satisfaction face au poids corporel diminue de manière significative entre les groupes d'âge, chez les filles comme chez les garçons<sup>53</sup>.

S'agissant de ceux-celles qui se déclarent **insatisfait·e·s de leur poids corporel** (env. 51%), une majorité s'estime **un peu** (env. 29%) **ou beaucoup trop gros·ses** (env. 5%), alors que les autres se trouvent **un peu** (env. 15%) **ou beaucoup trop maigres** (env. 3%). **L'insatisfaction est systématiquement plus grande chez les filles** que chez les garçons, et ce indépendamment de leur âge<sup>54</sup>. Les filles de 11 à 15 ans (env. 42%) se jugent par ailleurs davantage que les garçons (env. 24%) un peu ou beaucoup trop grosses<sup>55</sup>, tandis que les garçons ont plus souvent l'impression d'être un peu ou beaucoup trop maigres (G : env. 21% ; F : env. 13%)<sup>56</sup>.

---

<sup>52</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 15 ans (à peu près du bon poids) :  $F(1, 5387)=79.4099$ ,  $p<.001$ .

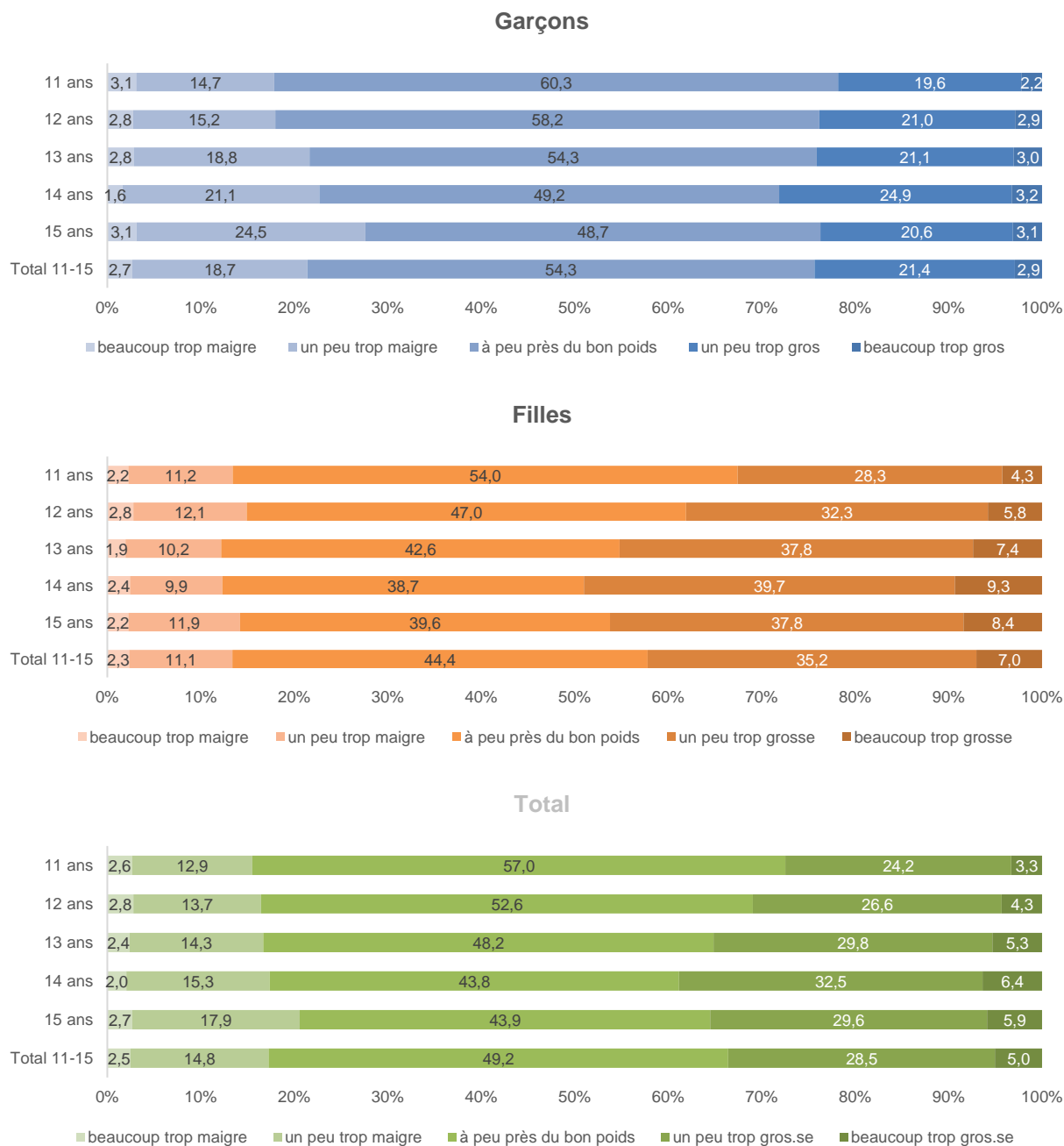
<sup>53</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre 11 et 15 ans chez les garçons :  $F(3.98, 21438.92)=7.9707$ ,  $p<.001$ ; différence statistiquement significative en 2022 entre 11 et 15 ans chez les filles :  $F(3.97, 21361.14)=14.0519$ ,  $p<.001$ .

<sup>54</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 11 ans :  $F(1, 5387)=6.3922$ ,  $p<.05$ ; de 12 ans :  $F(1, 5387)=24.8314$ ,  $p<.001$ ; de 13 ans :  $F(1, 5387)=20.2770$ ,  $p<.001$ ; de 14 ans :  $F(1, 5387)=20.9286$ ,  $p<.001$ ; de 15 ans :  $F(1, 5387)=14.0466$ ,  $p<.001$ .

<sup>55</sup> Différence statistiquement significative entre les filles et les garçons de 11 à 15 ans :  $F(1, 5387)=293.4780$ ,  $p<.001$ .

<sup>56</sup> Différence statistiquement significative entre les filles et les garçons de 11 à 15 ans :  $F(1, 5387)=95.5918$ ,  $p<.001$ .

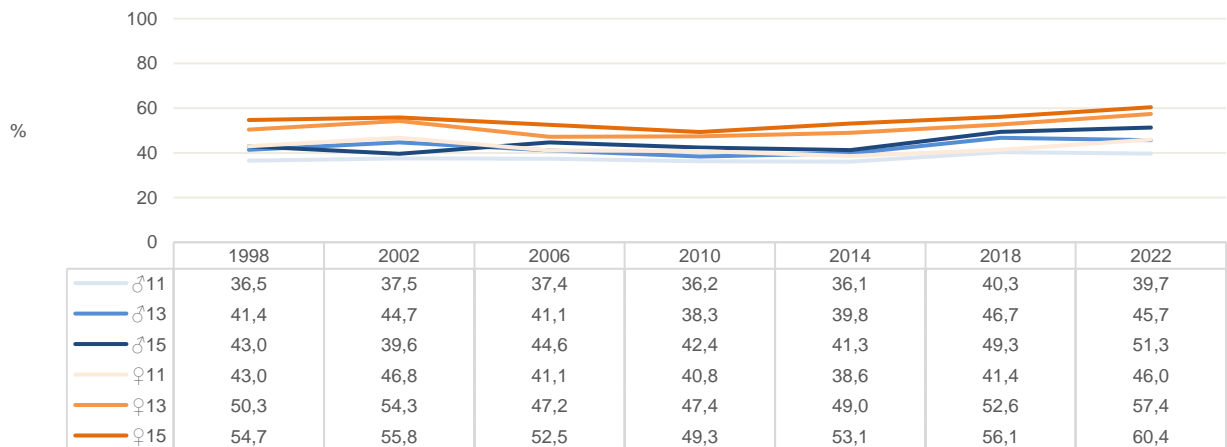
Figure 14 – Perception de son propre poids corporel par les 11 à 15 ans, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)



Remarque: Les totaux (figure 'Total' et résultats '11-15 ans') sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).



Figure 15 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans **insatisfait-e-s de leur poids corporel** (c'est-à-dire qui s'estiment 'un peu ou beaucoup trop gros-ses' ou 'un peu ou beaucoup trop maigres'), selon le sexe/genre (HBSC 1998-2022)



La part des 11 à 15 ans **insatisfait-e-s de leur poids corporel** (ils-elles s'estiment un peu ou beaucoup trop gros-ses ou un peu ou beaucoup trop maigres) avait diminué entre 2002 et 2014, puis augmenté en 2018 (env. 48%)<sup>57</sup>. En 2022, environ 51% des 11 à 15 ans se disaient insatisfait-e-s de leur poids corporel, soit une hausse statistiquement significative en comparaison de 2018<sup>58</sup>. La situation n'a guère évolué chez les garçons de 11, 13 et 15 ans, alors que le taux d'insatisfaites s'est accru de manière significative chez les filles, excepté chez celles de 15 ans (Figure 15).<sup>59</sup>

### 3.10.3 Quelle relation entre le poids corporel perçu et l'IMC ? Exemple pour les 15 ans

La Figure 16 illustre la relation entre la perception de son propre poids corporel et le statut pondéral estimé sur la base de l'IMC. Pour des raisons de lisibilité, elle se limite au groupe d'âge des 15 ans – chez qui l'insatisfaction face au poids corporel est la plus grande (voir sous-chapitre 3.10.2).

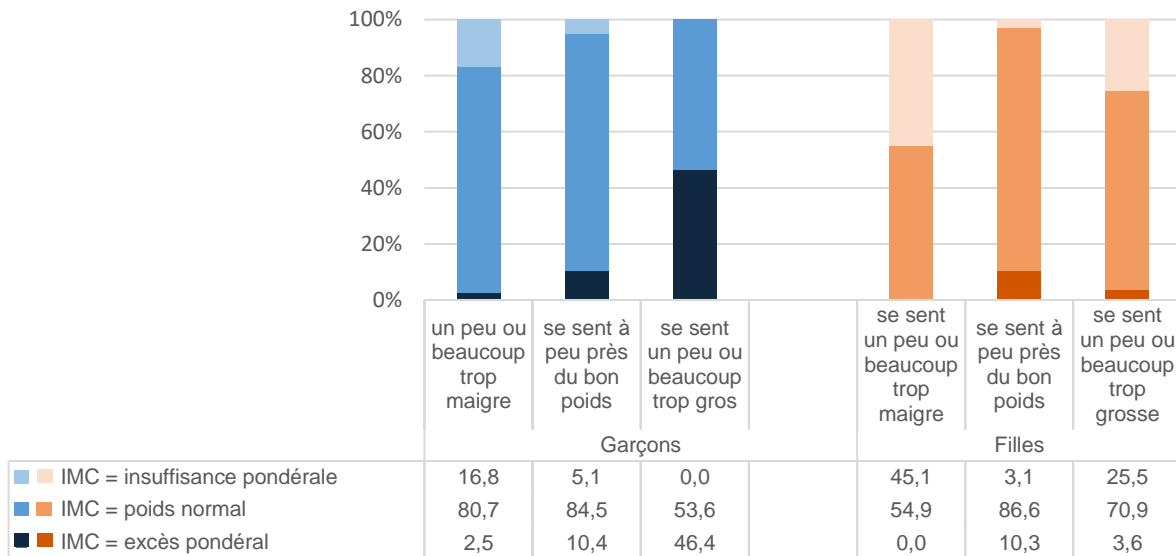
Environ 85% des garçons et de filles de 15 ans qui s'estiment à peu près du bon poids ont effectivement un IMC dont la valeur correspond à un poids normal. De plus, une majorité des garçons et des filles de 15 ans qui se sentent un peu ou beaucoup trop maigres ou un peu ou beaucoup trop gros-ses ont pourtant un IMC qui indique un poids normal. Ainsi, ces deux paramètres ne coïncident pas toujours et les garçons ont plutôt tendance à sous-estimer leur poids corporel tandis que les filles ont plutôt tendance à le sur-estimer.

<sup>57</sup> Différence statistiquement significative entre 2014 et 2018 pour les 11 à 15 ans :  $F(1, 1343) = 48.4772, p < .001$ .

<sup>58</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les 11 à 15 ans :  $F(1, 1347) = 10.1359, p < .01$ .

<sup>59</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 chez les filles de 11 ans :  $F(1, 1347) = 4.3651, p < .05$ ; chez les filles de 13 ans :  $F(1, 1347) = 9.0152, p < .01$  ; différence statistiquement non significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 15 ans :  $F(1, 1347) = 3.0316, p = 0.0819$ .

Figure 16 – Part des 15 ans qui présentent une insuffisance pondérale, un excès pondéral ou un poids normal (estimation sur la base de l’IMC), selon leur perception de leur poids corporel et selon le sexe/genre (HBSC 2022)



### 3.10.4 Image corporelle

Le Tableau 19 présente les résultats relatifs à une sélection d’énoncés tirés de la batterie de questions dédiée à l’image corporelle développée par la Haute École de Zurich pour les Sciences Appliquées (ZHAW) à la demande de Promotion Santé Suisse (voir sous-chapitre 2.4.2). Les questions ont été posées aux 14 et 15 ans uniquement. Des mises à plat détaillées (données agrégées) des réponses, sous forme de tableaux standards (format Excel) sont téléchargeables depuis le site [www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch).

En 2022, environ **31% des 14 et 15 ans étaient ‘d’accord’ avec l’affirmation selon laquelle ils-elles étaient satisfait-e-s de leur apparence physique**, les garçons y adhérant davantage que les filles<sup>60</sup>. Par rapport à 2018, le taux d’adhésion a reculé de façon significative dans tous les sous-groupes de sexe/genre et d’âge. Globalement, chez les 14 et 15 ans, il passe d’environ 53% des garçons et d’environ 31% des filles en 2018 à resp. environ 43% et environ 20%<sup>61</sup>.

<sup>60</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 et 15 ans :  $F(1, 5013)=168.5508, p<.001$ .

<sup>61</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les 14 à 15 ans : garçons :  $F(1, 1346)= 26.6407, p<.001$  ; filles :  $F(1, 1347)=38.7850, p<.001$ .

Tableau 19 – Parts de 14 à 15 ans<sup>a</sup> qui ont répondu ‘d’accord’ aux questions suivantes relatives à l’image corporelle, selon le sexe/genre et l’âge (HBSC 2022)

		14 ans	15 ans	Δ âges <sup>a</sup>	Total 14-15 ans <sup>b</sup>
		%	%	Chi2 ajusté	%
je suis satisfait-e de mon apparence physique	garçons	42.9	43.3	n.s.	43.1
	filles	18.0	22.8	*	20.4
	total	29.8	32.5	n.s.	31.2
cela ne me dérange pas si j’ai l’air différent-e des autres	garçons	36.5	37.4	n.s.	37.0
	filles	21.7	25.3	n.s.	23.5
	total	28.7	31.1	n.s.	29.9
je changerais/échangerais bien des parties de mon corps	garçons	11.1	11.9	n.s.	11.5
	filles	35.9	34.9	n.s.	35.4
	total	24.1	23.9	n.s.	24.0
je souhaiterais être plus mince	garçons	13.9	10.2	*	12.1
	filles	35.6	32.0	n.s.	33.8
	total	25.4	21.7	**	23.5
je souhaiterais être plus musclé-e	garçons	35.0	37.9	n.s.	36.5
	filles	10.7	11.8	n.s.	11.3
	total	22.3	24.3	n.s.	23.3
j’ai plus d’imperfections que les autres	garçons	4.4	4.1	n.s.	4.2
	filles	15.2	13.5	n.s.	14.3
	total	10.0	9.0	n.s.	9.5

Remarques: Les autres catégories de réponse étaient : ‘pas d’accord’, ‘plutôt pas d’accord’ et ‘plutôt d’accord’.  
 Source : questions élaborées par la Haute École de Zurich pour les Sciences Appliquées (ZHAW) à la demande de Promotion Santé Suisse  
<sup>a</sup> Δ âges: des tests de significativité statistique ont été calculés pour la distribution entre les groupes d’âge ; Seuil de significativité : \* =  $p < .05$  ; \*\* =  $p < .01$  ; n.s. = non significatif.  
 Les résultats de la colonne ‘Total 14-15 ans’ ainsi que les lignes ‘total’ se basent sur des données non pondérées et sont par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).

Environ 24% des 14 et 15 ans étaient ‘d’accord’ avec l’affirmation selon laquelle ils-elles changeraient/échangeraient bien des parties de leur corps, et environ 10% avec celle selon laquelle ils-elles ont plus d’imperfections physiques que les autres, les filles plus souvent que les garçons, indépendamment de leur âge<sup>62</sup>. La part des 14 et 15 ans qui ‘changeraient/échangeraient bien des parties de leur corps’ a augmenté en 2018 et 2022, passant resp. d’environ 25% à 35% chez les filles et d’environ 9% à 12% chez les garçons. Au niveau des sous-groupes de sexe/genre et âge, ces différences sont significatives pour les filles de 14 ans et de 15 ans<sup>63</sup>, mais pas chez les garçons de ces âges<sup>64</sup>. L’adhésion

<sup>62</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 ans :  $F(1, 5387)=46.1984 = p<.001$  ; statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 15 ans :  $F(1, 5387) = 43.1154, p<.001$  .

<sup>63</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 14 ans :  $F(1, 1347)=33.4830, p<.001$  ; statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 15 ans :  $F(1, 1347)=9.0043, p < .05$ .

<sup>64</sup> Différence statistiquement non significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 14 ans :  $F(1, 1347)=3.5991, p=0.0580$  ; statistiquement non significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 15 ans :  $F(1, 1347)=1.2498, p=0.2638$ .

à l'affirmation 'j'ai plus d'imperfections physiques que les autres' a également augmenté de façon significative entre 2018 et 2022<sup>65</sup>. Au niveau des sous-groupes de sexe/genre et d'âge, ces différences sont significatives uniquement chez les filles de 14 et 15 ans<sup>66</sup>.

Environ **24% des 14 à 15 ans étaient d'accord avec l'affirmation 'je souhaiterais être plus mince'** et environ **23% avec celle 'je souhaiterais être plus musclé-e'**. Les garçons (env. 37%) adhèrent bien plus souvent que les filles (env. 11%) à l'affirmation concernant la musculature<sup>67</sup>, tandis que les filles adhèrent davantage à l'affirmation portant sur la minceur que les garçons (resp. env. 34% et env. 12%)<sup>68</sup>. On ne note pas de changement significatif entre 2018 et 2022 quant à l'affirmation 'je souhaiterais être plus mince'<sup>69</sup>, excepté chez les filles de 14 ans<sup>70</sup>. Concernant l'affirmation 'je souhaiterais être plus musclé-e', la situation n'a évolué entre 2018 et 2022 que chez les filles, qui étaient moins nombreuses à être 'd'accord' avec cette affirmation en 2022<sup>71</sup>, ce changement étant visible dans tous les sous-groupes d'âge<sup>72</sup>.

Enfin, s'agissant de l'affirmation '**cela ne me dérange pas si j'ai l'air différent-e des autres'**, qui doit être interprétée avec prudence (voir sous-chapitre 2.4.2), environ **30% des 14 et 15 ans** sont d'accord avec cette affirmation, les garçons (env. 37%) y adhérant plus souvent que les filles (env. 24%)<sup>73</sup>. La part des 14 et 15 ans 'd'accord' avec cette affirmation a reculé significativement entre 2018 et 2022 dans les sous-groupes de sexe/genre et âge, excepté les garçons de 14 ans. Globalement, elle passe d'environ 35% à 24% chez les filles et d'environ 41% à environ 37% chez les garçons<sup>74</sup>.

À noter que les évolutions observées entre 2018 et 2022 **valent également lorsque qu'aussi bien les jeunes ayant répondu 'd'accord' et 'plutôt d'accord' sont pris en compte.**

Globalement, peu de différences significatives ont été relevées entre les 14 ans et les 15 ans. Des exceptions existent toutefois : les filles des 15 ans sont plus nombreuses que celles de 14 ans à être d'accord avec l'affirmation 'je suis satisfait-e de mon apparence physique' ; les garçons de 14 ans sont plus nombreux à être d'accord avec l'affirmation 'je souhaiterais être plus mince' que ceux de 15 ans.

---

<sup>65</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 14 et 15 ans :  $F(1, 1346)=5.8398, p<.05$  ; statistiquement significative pour les filles de 14 et 15 ans :  $F(1, 1347)=20.2082, p<.001$ .

<sup>66</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 14 ans :  $F(1, 1347)=14.1675, p<.001$  ; statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 15 ans :  $F(1, 1347)=6.9218, p<.01$ .

<sup>67</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 ans à 15 ans :  $F(1, \text{Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 ans à 15 ans : } 5012)=252.6585, p<.001$  .

<sup>68</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 ans à 15 ans :  $F(2.98, 14950.71)=113.8596, p<.001$  .

<sup>69</sup> Différence statistiquement non significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 14 et 15 ans :  $F(1, 1346)=0.4564, p=0.4994$  ; statistiquement non significative pour les filles de 14 et 15 ans :  $F(1, 1347)=2.0140, p=0.1561$ .

<sup>70</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 14 ans :  $F(1, 1347)=5.3815, p < .05$ .

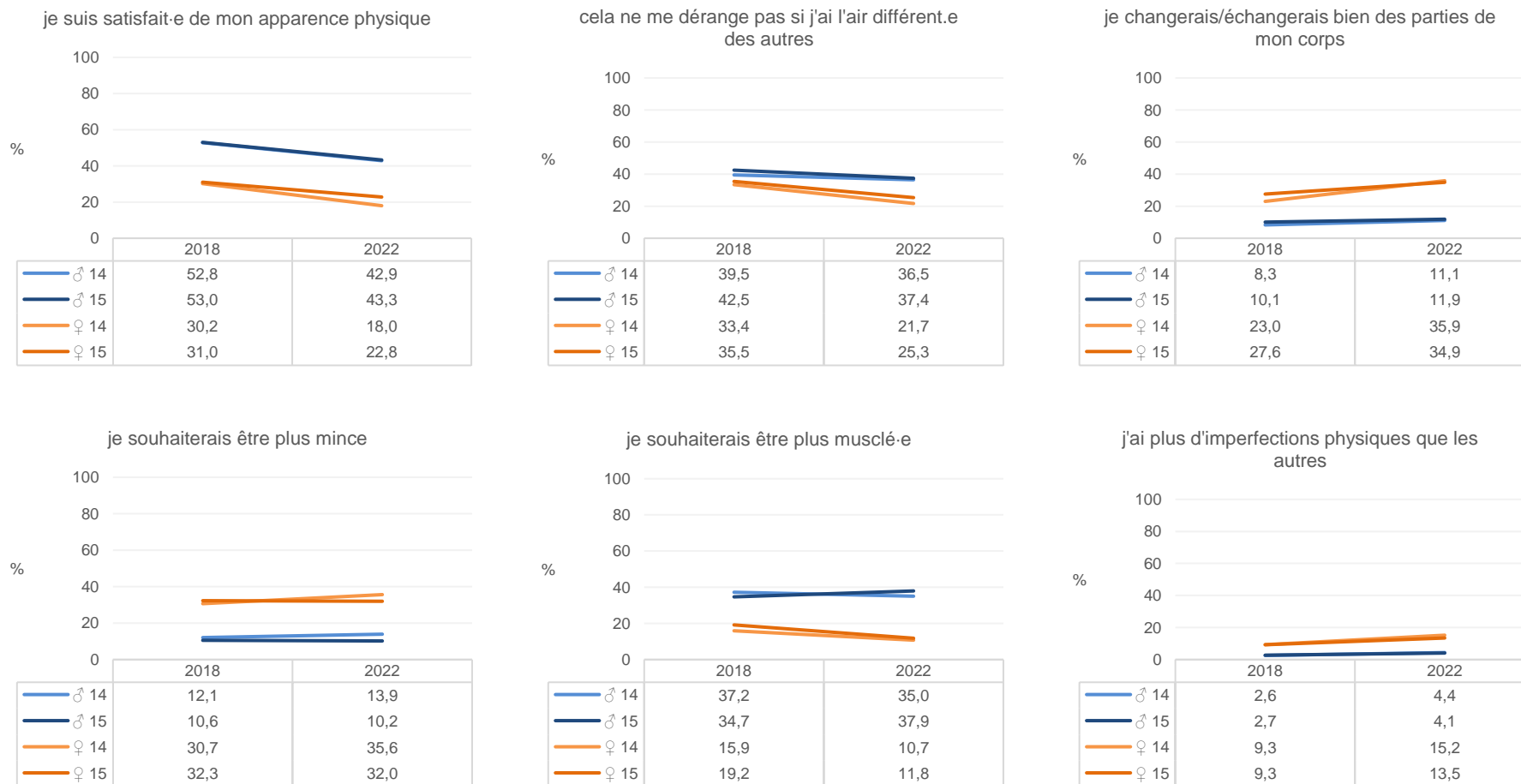
<sup>71</sup> Différence statistiquement non significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 14 et 15 ans :  $F(1, 1346)=0.1259, p=0.7228$ ; statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 14 et 15 ans :  $F(1, 1347)=22.1153, p<.001$ .

<sup>72</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 14 ans :  $F(1, 1347)=8.9117, p < .01$  ; statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 15 ans :  $F(1, 1347)=14.2742, p<.001$ .

<sup>73</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 ans à 15 ans :  $F(1, 5012)=66.7022, p<.001$  .

<sup>74</sup> Différence statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les garçons de 14 à 15 ans :  $F(1, 1346)=5.6599, p < .05$  ; statistiquement significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 14 à 15 ans :  $F(1, 1347)=48.1568, p<.001$ .

Figure 17 – Parts des 14 et 15 ans qui ont répondu ‘d’accord’ aux affirmations suivantes concernant l’image corporelle, selon le sexe/genre (HBSC 2018-2022)



Remarques: Les autres catégories de réponse étaient : ‘pas d’accord’, ‘plutôt pas d’accord’ et ‘plutôt d’accord’.

Source : questions élaborées par la Haute École de Zurich pour les Sciences Appliquées (ZHAW) à la demande de Promotion Santé Suisse



### 3.10.5 Perception de la nécessité de perdre du poids

En 2022, au moment de l'enquête, environ **14% des 11 à 15 ans faisaient un régime ou autre chose pour perdre du poids**, les filles (16%) en plus grande proportion que les garçons (11%)<sup>75</sup>. À noter que cette question ne permet pas de savoir si les mesures prises par ces jeunes pour perdre du poids sont indiquées et adaptées.

Une différence selon le sexe/genre s'observe dès l'âge de 13 ans<sup>76</sup>. Chez les filles, faire un régime ou autre chose pour perdre du poids augmente entre les groupes d'âge, mais n'évolue guère chez les garçons<sup>77</sup>. À 14 et 15 ans, les filles sont environ deux fois plus nombreuses que les garçons à chercher activement à perdre du poids. La mise en place de régimes ou d'autres comportements dans l'intention de perdre du poids concerne ainsi surtout les filles les plus âgées.

Environ **60%** des 11 à 15 ans ne cherchaient pas activement à maigrir, car **ils-elles estimaient être du bon poids** et environ **9% car ils-elles pensaient au contraire devoir en prendre**. Environ **17%** n'avaient pas recours à ces comportements, tout en estimant avoir besoin de perdre du poids, les filles bien plus souvent que les garçons<sup>78</sup>.

---

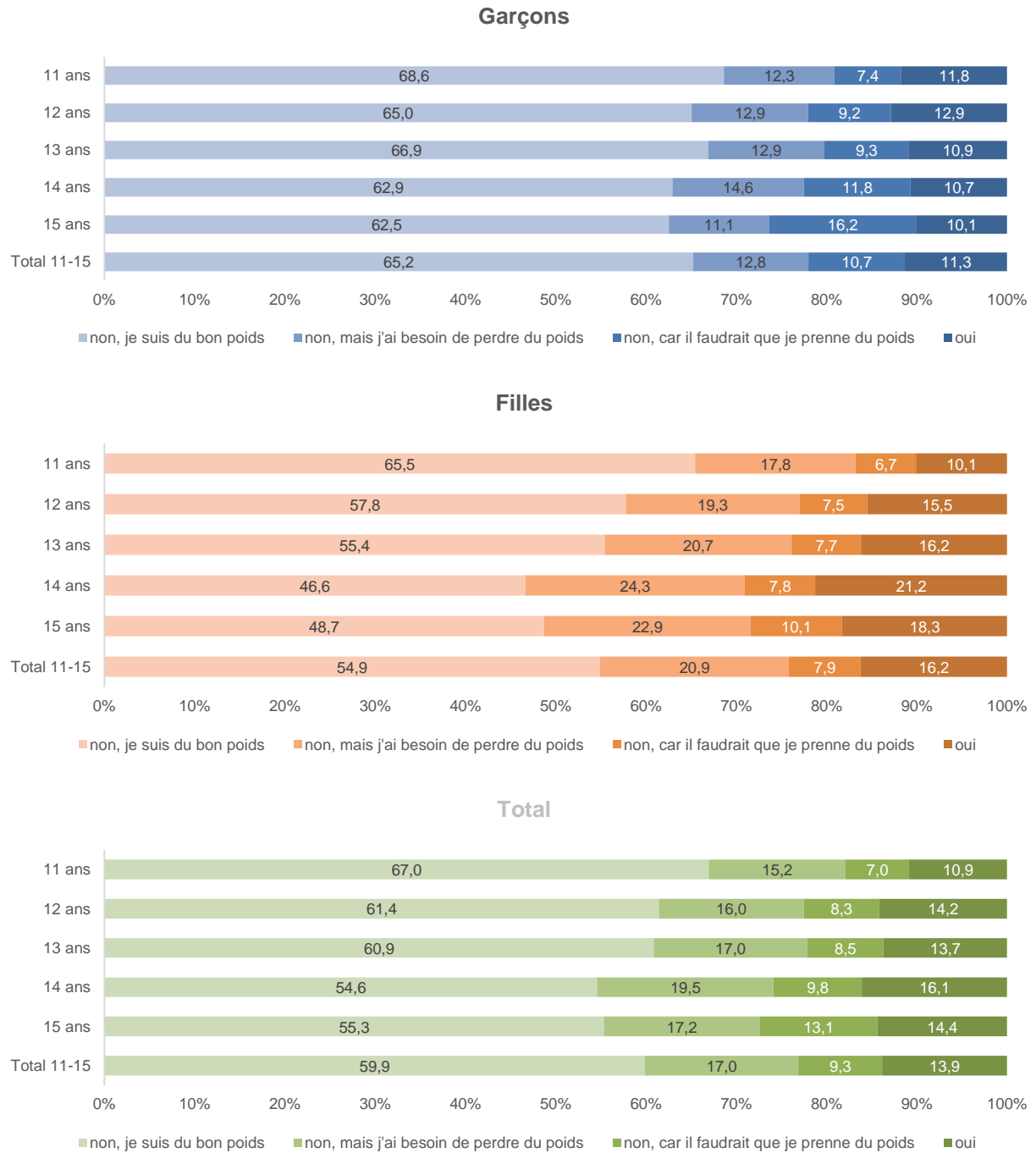
<sup>75</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 11 à 15 ans :  $F(1, 5387)=42.6874, p<.001$ .

<sup>76</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 13 ans :  $F(1, 5387)=9.0214, p<.01$  ; statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 14 ans :  $F(1, 5387)=42.6709, p<.001$  ; statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 15 ans :  $F(1, 5387)=20.7970, p<.001$ .

<sup>77</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre 11 et 15 ans pour les filles :  $F(3.96, 21307.21)=10.541, p<.001$  ; statistiquement non significative en 2022 entre 11 et 15 ans pour les garçons :  $F(3.96, 21346.46)=0.9517, p=0.4322$ .

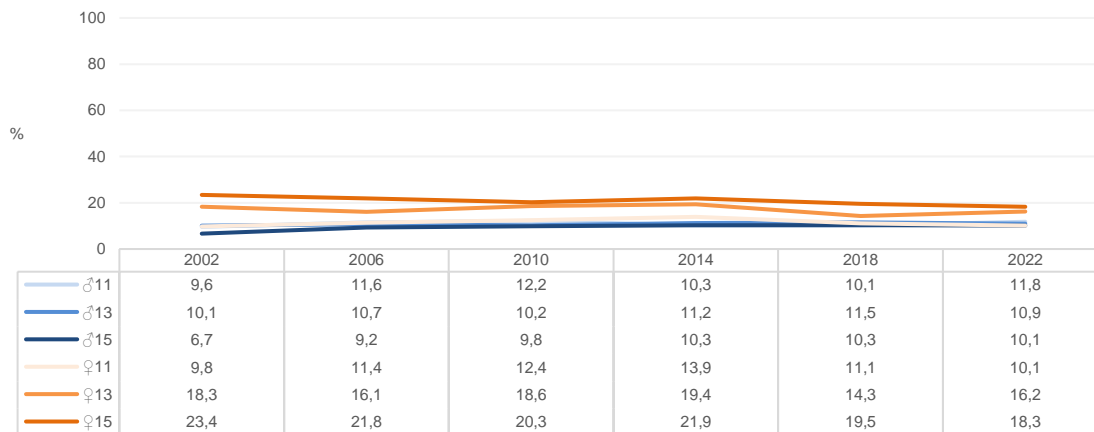
<sup>78</sup> Différence statistiquement significative en 2022 entre les filles et les garçons de 11 à 15 ans :  $F(1, 5387)=108.1017, p<.001$ .

Figure 18 – Perception de la nécessité de perdre du poids de la part des 11 à 15 ans, selon le sexe/genre et l'âge (HBSC 2022)



**Remarque:** Les totaux (figure 'Total' et résultats '11-15 ans') sont basés sur des données non pondérées et par conséquent présentés uniquement à titre indicatif (voir sous-chapitre 2.3).

Figure 19 – Évolution de la part des 11, 13 et 15 ans qui font **un régime ou autre chose pour perdre du poids**, selon le sexe/genre (HBSC 2002-2022)



D’une manière générale, la part des 11 à 15 ans qui ont entrepris **un régime ou fait autre chose pour perdre du poids** est restée relativement stable entre 2002 et 2022, oscillant légèrement entre environ 13% (2002) et 14% (2022), sans tendance claire (Figure 19). Entre 2018 et 2022, la situation n’a globalement pas évolué chez les garçons et les filles de 11 à 15 ans<sup>79</sup>.

### 3.10.6 Quelle relation entre le poids corporel perçu et perception de la nécessité de perdre du poids? Exemple pour les 15 ans

La Figure 20 présente la relation entre la perception du poids corporel et la perception de la nécessité (ou non) de faire un régime ou autre chose pour perdre du poids. Pour des raisons de lisibilité, les analyses se concentrent sur les 15 ans – chez qui l’insatisfaction face au poids corporel est au plus haut (voir sous-chapitre 3.10.5).

Une large majorité des 15 ans qui se trouvaient à peu près du bon poids estimaient, pour cette raison, ne pas devoir entreprendre quelque chose pour perdre du poids. Cela étant, 3.0% des garçons et 7.8% des filles se trouvant du bon poids faisaient malgré tout quelque chose pour en perdre.

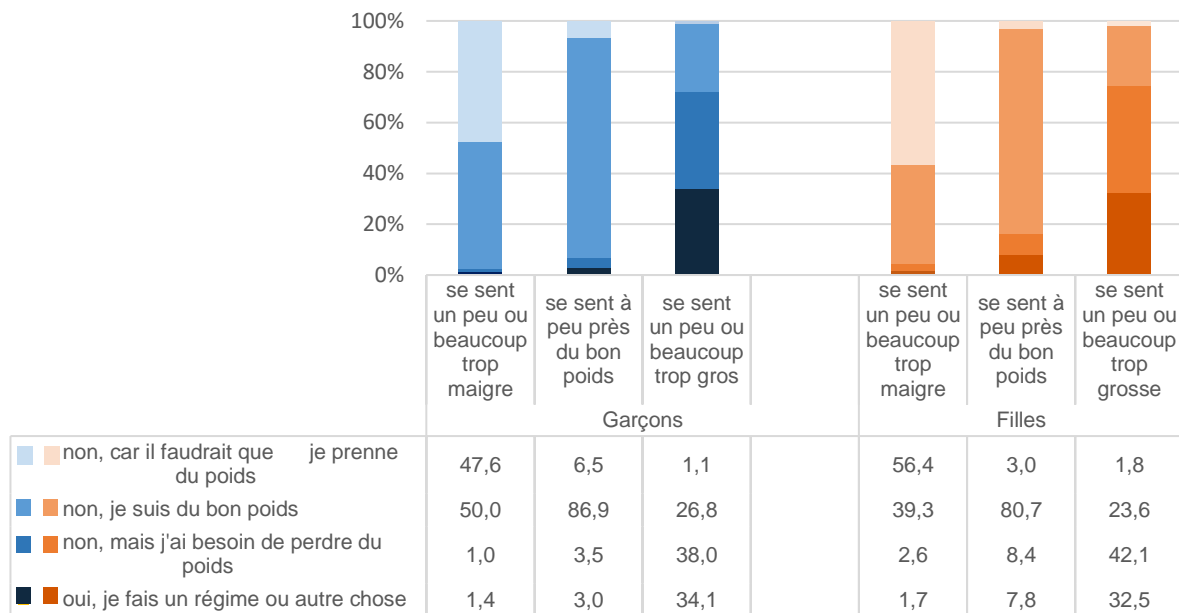
Parmi les 15 ans qui se jugeaient un peu ou beaucoup trop gros-ses, un tiers environ des garçons (34.1%) et des filles (32.5%) faisaient un régime ou autre chose pour perdre du poids et, respectivement, 38.0% et 42.1% d’entre eux/elles ne cherchaient pas activement à maigrir bien qu’ils/elles pensaient devoir perdre du poids. 26.8% des garçons et 23.6% des filles qui se jugeaient un peu ou beaucoup trop gros-ses ne souhaitaient pas maigrir car ils/elles ne l’estiment pas nécessaire.

Pour ainsi dire aucun-e des filles et des garçons de 15 ans qui se trouvaient un peu ou beaucoup trop maigres faisait quelque chose pour maigrir. La moitié de ces garçons ont indiqué ne rien faire pour maigrir car ils/elles étaient à peu près du bon poids et l’autre moitié parce qu’il leur fallait au contraire prendre du poids.

79 Différence statistiquement non significative entre 2018 et 2022 pour les filles de 11 à 15 ans :  $F(1, 1347)=3.5125, p=0.0611$  ; statistiquement non significative pour les garçons de 11 à 15 ans :  $F(1, 1347)=0.1750, p=0.6758$ .



Figure 20 – Part des 15 ans qui font ou non un régime ou autre chose pour perdre du poids, selon leur perception de leur poids corporel et selon le sexe/genre (HBSC 2022)



### 3.10.7 Corrélats

Comme évoqué au sous-chapitre 3.10.4, l'image corporelle positive est un élément essentiel au bien-être physique et à la santé psychique des jeunes et il semble exister un lien entre les images de corps idéalisées véhiculées sur Internet et l'insatisfaction par rapport à leur propre image corporelle. Que montre l'étude (transversale) HBSC à ce sujet ?

Le Tableau 20 rassemble, pour les 11 à 15 ans resp. les 14 et 15 ans (être satisfait-e de son apparence physique), des corrélations sur les thèmes de l'image du corps et des stratégies de contrôle du poids. À noter que les corrélations renseignent uniquement sur l'existence (ou non) d'une relation statistique entre les indicateurs considérés et que, par conséquent, elles ne permettent pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité (ni de la direction de celle-ci) entre ceux-ci.

De manière consistante, s'estimer à peu près du bon poids et être satisfait-e de son image corporelle sont **associés positivement (corrélations faibles à moyennes)** aux trois **indicateurs généraux de la santé et du bien-être** et **négativement (corrélations faibles à moyennes)** aux deux indicateurs de **stress psychologique**, à la fréquence du **sentiment de solitude** et au nombre de **symptômes physiques et psychiques**. À l'inverse, faire un régime ou autre chose pour perdre du poids est **associé négativement (corrélations faibles mais statistiquement significatives)** aux indicateurs généraux de la santé et du bien-être et **positivement (corrélations faibles mais statistiquement significatives)** aux autres indicateurs.

Par ailleurs, s'estimer à peu près du bon poids et être satisfait-e de son image corporelle sont **associés négativement (corrélations faibles mais statistiquement significatives)** à la **fréquence de l'usage des réseaux sociaux** et au **score d'usage problématique des réseaux sociaux**. Faire un régime ou autre chose pour perdre du poids est en revanche **associé positivement (corrélations faibles statistiquement significatives)** à ces indicateurs de l'usage des réseaux sociaux. De manière simplifiée, cela indique que les jeunes qui ont des valeurs élevées d'usage des réseaux sociaux (fréquence et

problèmes) ont tendance à être peu satisfait-e-s de leur poids corporel et de leur image corporelle resp. davantage tendance à faire un régime ou autre chose pour perdre du poids.

Tableau 20 – Corrélations - coefficients de corrélation de Spearman <sup>a</sup> - chez les 11 à 15 ans resp. les 14 et 15 ans (HBSC 2022)

	S'estimer à peu près du bon poids	Satisfait-e de son apparence physique (d'accord' ou 'plutôt d'accord')	Faire un régime ou autre chose pour perdre du poids	
Santé et bien-être	état de santé auto-évalué(mauvais à excellent)	.265***	.289***	-.162***
	échelle de satisfaction face à la vie (0-10)	.267***	.349***	-.132***
	échelle de bien-être émotionnel de l'OMS (0-25) <sup>b</sup>	.254***	.321***	-.117***
	échelle de stress perçu (0-16) <sup>c</sup>	-.241***	-.378***	.154***
	stress lié au travail scolaire (pas du tout à très)	-.164***	-.219***	.098***
	fréquence du sentiment de solitude (jamais à toujours)	-.239***	-.311***	.146***
	nbre de sympt. psychoaffectifs récurrents/chroniques (0-8)	-.248***	-.324***	.165***
	nbre de symptômes physiques récurrents/chroniques (0-4)	-.199***	-.245***	.153***
Comportements en ligne	aller sur les réseaux sociaux (fréquence)	-.149***	-.083***	.099***
	score d'usage problématique des réseaux sociaux (0-9) <sup>d</sup>	-.193***	-.233***	.111***
	aller souvent sur les réseaux sociaux pour échapper à des sentiments négatifs	-.167***	-.205***	.135***

Remarques: <sup>a</sup> Coefficient non paramétrique, nécessite au minimum des variables ordinales et ne présume pas une distribution normale ; valeurs entre -1 et 1, ± 0.1 effet faible, ± 0.3 effet moyen ± 0.5 effet fort.  
<sup>b</sup> Échelle de perception du bien-être émotionnel, WHO-5 (voir sous-chapitre 3.2.3)  
<sup>c</sup> Échelle de perception subjective du stress, adaptée de Cohen et collègues (1983) (voir point 3.3.1)  
<sup>d</sup> Selon échelle 'The Social Media Disorder Scale' de van den Eijnden et al. (2016) (voir Delgrande Jordan et al, 2023b). Dans le cadre de l'étude HBSC, l'usage problématique est défini comme une perte de contrôle sur le temps investi dans les réseaux sociaux, avec un impact négatif important sur les relations avec l'entourage proche et sur les activités essentielles du quotidien.  
 Seuil de significativité : \*\*\* = p < .001

### 3.10.8 Discussion

En 2019, de nouvelles références de taille, de poids et de l'IMC ont été publiées pour les 0 à 20 ans du canton de Zurich, et la comparaison des nouvelles courbes de percentiles avec les anciennes (Prader et al., 1989) a montré un accroissement de l'IMC pour cette population (Eiholzer et al., 2019). Qu'en est-il pour les jeunes adolescent-e-s en Suisse en 2022 ? Dans le cadre de l'étude HBSC, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est calculé à partir des valeurs du poids et de la taille indiquées par les élèves, puis interprété en adoptant les seuils de l'IMC proposés par l'*International Obesity Task Force* pour les moins de 18 ans.

En 2022, d'après l'estimation obtenue pour cet indice, environ 13% des 11 à 15 ans étaient en situation d'excès pondéral (surpoids et obésité considérés ensemble), avec une prévalence plus élevée pour les garçons que pour les filles et qui tendait à s'accroître entre les groupes d'âge. Cela représente une légère mais statistiquement significative augmentation par rapport à la prévalence d'environ 12% enregistrée en 2018, et celle-ci concerne principalement les garçons de 11 ans. En regardant plus en arrière, on constate que depuis 2002 la prévalence de l'excès pondéral a plutôt eu tendance à s'accroître légèrement, avec notamment un doublement de sa prévalence chez les filles de 15 ans (2002 : 6.1% ; 2022 : 12.2%). De

leur côté, les études basées sur des données anthropométriques, qui remontent toutefois à 2017/2018, faisaient état de prévalences de l'excès pondéral plus élevées : dans un échantillon national représentatif, 15.9% de jeunes de 6 à 12 ans (Herter-Aeberli et al., 2019) et 19.3% chez les élèves d'environ 7 à 12 ans, resp. 24.8% chez les élèves d'environ 13 à 15 ans dans les villes de Bâle, Berne et Zurich (Stamm et al., 2019). Ces études mettaient en outre en évidence des signes d'une baisse ou d'une stagnation de la prévalence de l'excès pondéral chez les jeunes.

En 2022, d'après l'estimation de l'IMC, environ 13% des 11 à 15 ans étaient en situation d'insuffisance pondérale (légère à forte). Dans ce cas, la prévalence était plus élevée pour filles que pour les garçons et elle tendait à diminuer entre les groupes d'âge. Cette prévalence s'est maintenue à un niveau relativement constant entre 2002 et 2022, dans la plupart des sous-groupes d'âge et de sexe/genre considérés. Il faut toutefois relever la hausse statistiquement significative observée chez les filles de 15 ans entre 2018 et 2022. Une forte insuffisance pondérale peut être la manifestation de restrictions alimentaires prolongées voire de troubles psychiatriques telles que l'anorexie mentale et, en conséquence, doit susciter autant d'attention que l'obésité, qui est associée à de nombreuses conséquences négatives pour la santé physique et psychosociale des jeunes. Selon les indications des jeunes ayant participé à l'étude HBSC, environ 7% des filles de 14 et 15 ans et environ 1% des garçons du même âge ont reçu un diagnostic de trouble du comportement alimentaire, sans plus de précision à ce sujet. De son côté, une étude réalisée en Suisse alémanique et en Suisse romande a montré qu'environ 3% des 8 à 13 ans avaient un comportement alimentaire restrictif selon les critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2013) relatifs au trouble de restriction ou d'évitement de l'apport alimentaire (Kurz et al., 2015).

Il est tout aussi important de favoriser le développement d'une image corporelle positive chez les jeunes, qui peut être définie comme «la manière dont je pense à mon corps, comment je me sens dans mon corps, comment je perçois mon corps et comment je le gère» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018). Sur ce plan, la situation s'est dégradée par rapport à 2018 chez les 14 et 15 ans, en particulier chez les filles. Une explication possible a trait aux images de beauté et d'idéaux de vie irréalistes toujours plus nombreuses qui circulent sur les réseaux sociaux et qui pourraient perturber le développement d'une image corporelle saine et l'estime de soi, dans une période de l'existence où les préoccupations face au corps qui grandit et se métamorphose sont de toute façon nombreuses. Pour sa part, l'étude HBSC 2022 montre effectivement des liens statistiquement significatifs, mais faibles, entre la fréquence de l'usage des réseaux sociaux et l'image corporelle, les jeunes ayant une fréquence élevée d'usage des réseaux sociaux ayant tendance à être moins satisfait-e-s de leur apparence physique. La méthodologie transversale de l'étude ne permet toutefois pas de conclure à un lien de cause à effet, d'autant plus qu'elle ne dit pas quels étaient les contenus consultés. Des études dédiées spécifiquement au possible impact des réseaux sociaux sur l'image corporelle ont-elles aussi trouvé un faible lien, uniquement pour les filles (Ferguson, 2013).

## 4 Discussion

### 4.1 Les 11 à 15 ans, surtout les filles, vont moins bien qu'il y a quatre ans

Globalement, et c'est le cas depuis que l'étude HBSC interroge les jeunes à ce sujet, la plupart des 11 à 15 ans estiment que leur santé et leur qualité de vie sont bonnes ou très bonnes, les garçons étant un peu plus de cet avis que les filles. Toutefois, on constate en 2022 une péjoration des différents indicateurs de la santé psychique et du bien-être, surtout chez les filles, alors que ceux-ci étaient restés relativement stables depuis une vingtaine d'années : les indicateurs généraux sont à la baisse (état de santé auto-évalué, satisfaction face à la vie) alors que les indicateurs spécifiques sont à la hausse (fréquence des douleurs et des symptômes psychoaffectifs, degré de stress lié au travail scolaire). Ce constat doit cependant être affiné par l'observation des différents groupes d'âge. Même si les 11 ans sont concerné·e·s dans une certaine mesure, ce sont principalement les 13 ans et surtout les 15 ans chez qui la santé psychique et le bien-être montrent la plus forte dégradation, les filles de 15 ans étant le groupe où les évolutions défavorables sont les plus marquées.

Les résultats de l'étude HBSC 2022 rejoignent ainsi ceux des études populationnelles menées en Suisse depuis 2020 et qui ont alerté sur l'augmentation des problèmes psychiques chez les adolescent·e·s plus âgé·e·s et les jeunes adultes (par exemple Peter et al., 2023 ; Dratva et al, 2021, Barrense-Dias et al., 2021, de Quervain et al., 2020 et 2021; Baier & Kamenowski, 2020). Pro Juventute (2023) a par ailleurs enregistré en 2022 un record de consultations par jour - sept ou huit - pour des pensées suicidaires (en lien avec sa ligne 147) et un fort rallongement des temps de consultation. À cela s'ajoute qu'entre 2020 et 2021, les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement ont augmenté de 26% chez les filles et jeunes femmes de 10 à 24 ans et de 6% chez les garçons et hommes du même âge, et que les hospitalisations pour tentative de suicide se sont accrues de 26% pour ce même groupe d'âge (Office fédéral de la statistique, 2022).

Les constats de l'étude HBSC 2022 réalisée en Suisse s'inscrivent ainsi dans le contexte plus large du réseau de recherche international HBSC, auquel participent plus de 50 pays. En effet, par rapport à 2018, la santé psychique et le bien-être des 11, 13 et 15 ans s'est détériorée dans la plupart des pays, tout particulièrement celle des filles (Cosma et al., 2023). Si le fait que les filles affichent des valeurs inférieures à celles des garçons n'est pas un phénomène nouveau au plan international, l'écart s'y est également nettement creusé en 2022.

### 4.2 La pandémie de COVID-19 comme accélérateur d'une dégradation amorcée avant sa survenue ?

La dégradation notable de la santé psychique et du bien-être en 2022 – rappelons que l'étude s'est déroulée de mars à juin dans les classes – par rapport à 2018 doit évidemment être mise en relation avec le contexte sanitaire anxiogène de la pandémie de COVID-19, ainsi qu'avec les mesures de distanciation sociale prises pour ralentir sa propagation. L'étude HBSC 2022 montre d'ailleurs bien l'impact négatif direct de la pandémie pour les jeunes : en 2022, environ 60% des 11 à 15 ans ont été testé·e·s positif·ve·s au moins une fois au COVID-19 et pas loin de 90% d'entre eux·elles a eu au moins un·e membre de sa famille dans le même cas. Interrogé·e·s directement à ce sujet, ils·elles sont environ 20% à s'être senti·e·s déprimé·e·s ou désespéré·e·s la plupart du temps à cause de la pandémie et environ 15% très anxieux·ses et nerveux·ses, les filles se disant bien plus touchées que les garçons. Par contraste, et de manière intéressante, certain·e·s jeunes ont relevé des conséquences positives de la pandémie : environ 36% des 14 et 15 ans étaient plutôt d'accord ou d'accord avec le fait d'avoir découvert de nouveaux hobbies ou

intérêts et environ 45% avec le fait d'avoir évolué sur le plan personnel (p.ex. meilleure gestion des émotions ou des situations difficiles, se sentir plus fort-e) en raison de la pandémie.

Cela étant, il faut souligner que certains signes de péjoration avaient été repérés avant la pandémie déjà. L'étude HBSC 2018 avait en effet permis de mettre en exergue une dégradation de certains paramètres de la santé et du bien-être par rapport à 2014, en particulier chez les filles de 15 ans (Ambord et al., 2020). Cela suggère que la pandémie de COVID-19 a joué le rôle d'accélérateur d'une dégradation amorcée avant sa survenue. Il est ainsi probable que les causes soient multiples et qu'elles soient liées à d'autres problèmes globaux tels que les conséquences du changement climatique (Martin et al, 2021) ainsi que, en corollaire, les réseaux sociaux comme vecteur d'abondantes informations anxiogènes sur l'actualité ou, au contraire, d'images idéalisées de la vie quotidienne. Pour sa part, l'étude HBSC 2022 montre des liens faibles à moyens, chez les 11 à 15 ans, entre les indicateurs généraux de la santé et du bien-être d'une part et la fréquence de l'usage des réseaux sociaux: plus l'usage des réseaux sociaux est fréquent ou problématique, moins les jeunes adolescent-e-s estiment que leur santé et leur qualité de vie sont bonnes. À l'instar de l'étude HBSC, d'autres études transversales ont constaté de tels liens corrélacionnels (Mihara & Higuchi, 2017), sans pouvoir déterminer s'il s'agit des effets de l'usage des réseaux sociaux et de leurs problèmes associés ou alors de problèmes psychoaffectifs concomitants ou préexistants (qui se seraient éventuellement aggravés en lien avec cet usage).

Une explication complémentaire pourrait être, sous forme d'hypothèse, que la disposition des jeunes à se livrer sur leur ressenti ait augmenté du fait que, quelques mois après le début de la pandémie de COVID-19, la santé des enfants et des jeunes s'est retrouvée au centre des préoccupations et ait été largement thématiquée par les médias.

### 4.3 Les ressources personnelles et sociales comme facteurs de protection

En promotion de la santé, renforcer les ressources physiques, psychiques et sociales favorisant la santé (approche salutogénétique) constitue un objectif majeur (Faltermeier, 2023). Ainsi, le sentiment d'auto-efficacité, tout comme le fait de pouvoir compter sur le soutien de ses proches (Rothon et al., 2012) aident à faire face au stress et jouent plus généralement un rôle sur le plan de la santé et du bien-être. Or, l'étude HBSC montre que le sentiment d'auto-efficacité est moins élevé parmi les filles que parmi les garçons et paraît augmenter avec l'âge chez eux uniquement.

Les résultats de l'étude HBSC 2022 vont d'ailleurs dans le sens des ressources comme facteur de protection<sup>80</sup> de la santé psychique et du bien-être pour les 11 à 15 ans : la satisfaction face à la vie, l'état de santé auto-évalué et le bien-être émotionnel sont associés positivement (corrélations faibles à moyennes toutefois) aux indicateurs de ressources, à savoir le sentiment d'auto-efficacité, le niveau de soutien perçu de la part des ami-e-s et de la famille ainsi que la qualité perçue des relations avec les camarades de classes et les enseignant-e-s. À l'inverse, le stress émotionnel et le stress lié au travail scolaire, tout comme la fréquence du sentiment de solitude ainsi que la fréquence des symptômes psychoaffectifs et physiques sont associés négativement à ces différentes ressources. La méthodologie transversale de l'étude ne permet toutefois pas de conclure à un lien de cause à effet.

---

<sup>80</sup> Par facteurs de risque resp. de protection on entend ici les caractéristiques ou habitudes personnelles ainsi que les expositions environnementales qui sont associées à une probabilité (statistique) accrue resp. diminuée de développer un problème, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un comportement à risque (Bonita et al., 2006). Il s'agit donc d'une corrélation entre, par exemple, une caractéristique individuelle et un comportement à risque, mais pas davantage. Un facteur de risque ou de protection n'implique donc pas forcément un lien de cause à effet.

Par ailleurs, il faut relever que les demandes de soutien familial en lien avec une certaine détresse psychologique liée à la pandémie de COVID-19 sont un peu plus répandues chez les filles que chez les garçons de 14 et 15 ans concerné-e-s, tandis que cet écart disparaît pour ce qui est des demandes d'aide professionnelle. Ce second résultat semble aller à l'encontre des stéréotypes de genre selon lesquels les jeunes hommes ont davantage de réticence ou difficulté à solliciter les offres de soutiens professionnels. Une explication probable est qu'à l'âge de 14 et 15 ans, les demandes d'aide professionnelle sont en fait souvent à l'initiative des parents.

#### **4.4 Les douleurs récurrentes ou chroniques aussi en augmentation**

On observe chez les 11 à 15 ans également une augmentation de la fréquence des douleurs physiques (tête, ventre, dos) et, semble-t-il aussi, de la prévalence du TDA/H chez les 14 et 15 ans (selon les déclarations des jeunes). Une comparaison directe de ces résultats avec d'autres relevés statistiques au plan national s'avère compliquée, car des données actuelles font défaut pour ce groupe d'âge. Il faut de fait se référer aux valeurs d'une étude réalisée en 1994 dans le canton de Zurich pour trouver une prévalence du TDAH de 5.3% chez les 6 à 17 ans. Il s'agissait alors de l'un des troubles psychiques les plus répandus dans ce groupe d'âge (Steinhausen et al., 1998). À titre indicatif, on estime néanmoins une moyenne mondiale d'environ 3 à 5% chez les enfants et les jeunes (Polanczyk et al., 2014). De manière générale, il faut rappeler qu'en Suisse les données sur la prévalence des troubles psychiques et physiques des enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes sont lacunaires (Rickenbacher, 2023; Observatoire de la santé (Eds), 2020).

L'étude montre par ailleurs des corrélations moyennes à fortes entre ses indicateurs de la santé psychique et du bien-être d'une part, et ses indicateurs de la santé physique d'autre part : plus les jeunes adolescent-e-s estiment que leur santé et leur qualité de vie sont bonnes, moins la fréquence des douleurs physiques est élevée ; et plus la fréquence des douleurs physiques est élevée, plus celle des symptômes psychoaffectifs l'est également. Ce résultat suggère que les douleurs chroniques – en l'absence d'un diagnostic de maladie somatique – peuvent refléter des problèmes d'adaptation psychosociale ou d'une exposition durable à des situations de stress. Si la méthodologie transversale de l'étude HBSC ne permet pas de statuer sur ce point, la littérature scientifique relève de son côté l'existence d'une relation bidirectionnelle selon laquelle les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans la survenue d'une douleur chronique et inversement (Rouch et al., 2023).

## 5 Conclusions

L'adolescence est une période de transition vers l'âge adulte marquée par de nombreux changements sur les plans physique, cognitif et psychosocial et, pour cette raison, constitue une phase de vulnérabilité en matière de santé psychique. Cette dernière est en effet étroitement liée à la capacité des jeunes adolescent·e·s à relever ces défis développementaux et à gérer les préoccupations et le stress qu'ils génèrent. C'est pourquoi les jeunes seraient bien plus touché·e·s que les personnes plus âgées par les répercussions psychologiques de crises telles que la pandémie de COVID-19 (Stocker et al., 2020), à plus forte raison si leur entourage familial ou scolaire est impacté de façon significative.

Les résultats des études HBSC 2018 et 2022 suggèrent que la pandémie de COVID-19 a surtout joué un rôle d'accélérateur d'une évolution défavorable dont les premiers signes étaient observables avant sa survenue, surtout chez les filles de 15 ans. Cette dégradation, dont les causes sont sans doute multiples, a bien mis en évidence les besoins fortement accrus en données de monitoring sur la santé des enfants, adolescent·e·s et jeunes adultes d'une part, et en promotion de la santé, prévention et intervention précoce (IP) (Office fédéral de la santé publique, 2022) d'autre part.

Les jeunes confronté·e·s à des difficultés sur le plan de la santé psychique devraient avoir un accès aussi aisé que possible à des offres de soutien adaptées à leurs besoins. Une intervention en amont de l'apparition de ces difficultés est également primordiale. En matière de santé psychique, il est essentiel que les interventions préventives et de promotion de la santé soient initiées tôt durant l'enfance, s'inscrivent dans la durée et s'adressent aussi bien aux jeunes qu'à leurs adultes référents, parents en particulier (Gentaz, 2022). S'agissant des jeunes adolescent·e·s, la promotion de la santé psychique peut se faire à différents niveaux et selon différentes approches. L'OMS et l'Unicef (2022), par exemple, les ont répertoriées dans leur *Thrive Toolkit*. Il s'agit notamment d'implémenter de programmes *evidence-based* visant à renforcer les compétences psychosociales (*life skills*), par exemple en milieu scolaire. Ceux-ci sont conçus pour améliorer le bien-être et renforcer la capacité à gérer le stress et les émotions, entre autres. De plus, favoriser les compétences en santé (*health literacy*) tout comme le sentiment d'auto-efficacité – en tant que facteur protecteur de la santé psychique et du bien-être –, apparaissent comme des approches prometteuses (Wieber et al., 2022). Il est aussi important d'encourager les jeunes et de les rendre capables d'entretenir un mode de vie sain (activité physique et sommeil en suffisance, alimentation saine et équilibrée, pas de consommation de substances psychoactives, usage approprié des activités en ligne, etc.). La promotion des compétences médiatiques s'avère également essentielle puisqu'elles apprennent aux jeunes à porter un regard critique sur les contenus circulant sur les réseaux sociaux (p.ex. idéaux de beauté déconnectés de la réalité ou vie prétendument meilleure des autres). Compte tenu des évolutions particulièrement défavorables mise en évidence chez les filles de 15 ans, des interventions ciblées pour ce groupe spécifique sont en outre nécessaires.

Enfin, le repérage des problèmes d'ordre psychique au stade le plus précoce possible s'avère essentiel afin d'éviter une évolution vers une forme sévère et leur chronicisation. On pense ici notamment aux médecins généralistes et pédiatres qui, du fait de leur rapport privilégié aux jeunes, peuvent procéder à un dépistage précoce des troubles psychiques, ainsi qu'aux dispositifs d'IP en milieu scolaire.

## 6 Bibliographie

Aasvee, K., Rasmussen, M., Kelly, C., Kurvinen, E., Giacchi, M. V., & Ahluwalia, N. (2015). Validity of self-reported height and weight for estimating prevalence of overweight among Estonian adolescents : The Health Behaviour in School-aged Children study. *BMC research notes*, 8, 1-9.

Alfonsi V, Scarpelli S, D'Atri A, Stella G, De Gennaro L. Later School Start Time (2020). The Impact of Sleep on Academic Performance and Health in the Adolescent Population. *Int J Environ Res Public Health*. 17(7):2574. doi: 10.3390/ijerph17072574. PMID: 32283688; PMCID: PMC7177233.

Allgaier, A.-K., Frühe, B., Pietsch, K., Saravo, B., Baethmann, M., & Schulte-Körne, G. (2012). Is the Children's Depression Inventory Short version a valid screening tool in pediatric care ? A comparison to its full-length version. *Journal of psychosomatic research*, 73(5), 369-374.

Ambord, S., Eichenberger, Y., & Delgrande Jordan, M. (2020). Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung (113). *Sucht Schweiz*.

APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American psychiatric association.

Baier, D., & Kamenowski, M. (2020). Wie erlebten Jugendliche den Corona-Lockdown? : Ergebnisse einer Befragung im Kanton Zürich. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-20095>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control* (1997). Knowledge is necessary but insufficient to change behavior.[BoFe91].

Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Surís, J.-C. (2021). *A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein*. Lausanne: Unisanté–Centre universitaire de médecine générale et santé publique.

Bellizzi, M. C., & Dietz, W. H. (1999). Workshop on childhood obesity : Summary of the discussion. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70(1), 173S-175S.

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. World Health Organization.

Bortz, J., & Schuster, C. (2005). *Statistik für Sozial-und Humanwissenschaftler*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 4(4.5), 4.6.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human cancer* Rutgers. University Press.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : International survey. *Bmj*, 320(7244), 1240.

Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : International survey. *Bmj*, 335(7612), 194.



Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C. (2023). A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Damsgaard, M. T., & Madsen, K. R. (2020). Monitorering af børns mentale sundhed. HBSC studiets nye indikatorer for positiv mental sundhed 2018 samt nordiske sammenligninger af indikatorer for mental sundhed 2002-2018.

Delgrande Jordan, M., Balsiger, N., & Schmidhauser, V. (2023a). Consommation de substances psychoactives chez les 11 à 15 ans en Suisse–Situation en 2022 et évolution dans le temps (149). doi: 10.58758/rech149

Delgrande Jordan, M., & Schmidhauser, V. (2023b). Comportements en ligne des 11 à 15 ans en Suisse–Situation en 2022 et évolution récente (154). *Addiction Suisse*. doi: 10.58758/rech154

Delgrande Jordan, M., Schmidhauser, V., & Balsiger, N. (2023c). L'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) en Suisse – Rapport de méthodes (Rapport de recherche No 151). Lausanne : Addiction Suisse (N° 151). *Addiction Suisse*. doi: 10.58758/rech151

de Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., Fehlmann, B., Freytag, V., Papassotiropoulos, A., & Schick Tanz, N. (2020). The Swiss corona stress study.

de Quervain, D., Coyne, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Freytag, V., Gerhards, C., Papassotiropoulos, A., Schick Tanz, N., & Schlitt, T. (2021). Swiss Corona Stress Study : Survey in high school students, March 2021.

Deusinger, I. M. (1998). Die Frankfurter Körperkonzeptskalen:(FKKS); Handanweisung; mit Bericht über vielfältige Validierungsstudien. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Dratva, J., & Wieber, F. (2021). Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults. Swiss School of Public Health (SSPH+). [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/Literaturrecherchen/literaturrecherchen\\_gesundheitliche\\_auswirkungen\\_kinder\\_jugendliche\\_junge\\_erwachsene\\_211105.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/Literaturrecherchen/literaturrecherchen_gesundheitliche_auswirkungen_kinder_jugendliche_junge_erwachsene_211105.pdf)

Eiholzer, U., Fritz, C., Katschnig, C., Dinkelmann, R., & Stephan, A. (2019). Contemporary height, weight and body mass index references for children aged 0 to adulthood in Switzerland compared to the Prader reference, WHO and neighbouring countries. *Annals of Human Biology*, 46(6), 437-447.

Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0>

Ferguson, C. J. (2013). In the eye of the beholder : Thin-ideal media affects some, but not most, viewers in a metaanalytic review of body dissatisfaction in women and men. *Psychology of Popular Media Culture*, 2(1), 20–37. <https://doi.org/10.1037/a0030766>

Gentaz, E. (2022). Promotion de la santé psychique. (p. 76 à 88). In: Amstad, F., Unterweger, G., Sieber, A., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Hafen, M., Kriemler, S., Radtke, T., Bucher Della Torre, S., Gentaz, E., Schiffan, R., Wittgenstein Mani, A.-F. & Koch, F. Promotion de la santé pour et avec les enfants – Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique. Rapport 8. Berne: Promotion Santé Suisse.

Gesundheitsförderung Schweiz (2018). Schweizerische Expert\*innengruppe zum Thema Healthy Body Image: Definition Körperbild. [zitiert aus internem Dokument «Argumentarium HBI» 16.8.22

Goodman, E., Hinden, B. R., & Khandelwal, S. (2000). Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*, 106(1), 52-58.

Haba-Rubio, J., & Heinzer, R. (2016). *Je rêve de dormir : Laissez-vous guider dans l'univers du sommeil*. Favre.

Herter-Aeberli, I., Osuna, E., Sarnovská, Z., & Zimmermann, M. B. (2019). Significant decrease in childhood obesity and waist circumference over 15 years in Switzerland : A repeated cross-sectional study. *Nutrients*, 11(8), 1922.

Hill, A. B. (1965). *The environment and disease : Association or causation?* Sage Publications.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., & Kheirandish-Goza, L. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations : Methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40-43.

Inchley J, Currie D, Samdal O, Jåstad A, Cosma A, Nic Gabhainn S, editors (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey*. Glasgow: MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow.

Inchley, J. C., Stevens, G. W., Samdal, O., & Currie, D. B. (2020). Enhancing understanding of adolescent health and well-being : The health behaviour in school-aged children study. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S3-S5.

Jenni, O., & Benz, C. (2007). Schlafstörungen. *Pädiatrie up2date*, 2(04), 309-333.

Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European child & adolescent psychiatry*, 24, 779-785.

Malatesta, D. (2013). *Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique*. Berne: Promotion Santé Suisse.

Martin G, Reilly K, Everitt H, Gilliland JA. The impact of climate change awareness on children's mental well-being and negative emotions – a scoping review. *Child Adolesc Ment Health*. 2020;27(1):59–72. doi:10.1111/camh.12525.

McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. 2023;10(9): 668–81. doi:10.1016/S2215-0366(23)00193-1.

Matulonga, B., & Grémy, I. (2020). *Le sommeil des jeunes Franciliens à l'ère du numérique : un enjeu de santé publique largement sous-estimé*. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France.

Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder : A systematic review of the literature. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(7), 425-444.

Observatoire de la santé (Eds). (2020). *La santé en Suisse : Enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020*. Berne: Hogrefe Verlag.

Office fédéral de la statistique (2022). Traitements pour troubles psychiques chez les jeunes en 2020 et 2021 Troubles mentaux : Hausse sans précédent des hospitalisations pour les jeunes femmes de 10 à 24 ans. Retrieved 27.09.2023, from <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/23772012>

Office fédéral de la santé publique (2022). Intervention précoce Définition harmonisée. Berne: Office fédéral de la santé publique. Retrieved 27.09.2023, from [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/f-f-f-harmonisierte-definition.pdf.download.pdf/IP%20D%C3%A9f%20harmonis%C3%A9e\\_F\\_VF.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/f-f-f-harmonisierte-definition.pdf.download.pdf/IP%20D%C3%A9f%20harmonis%C3%A9e_F_VF.pdf)

Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kielling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442.

Prader, A., Largo, R. H., Molinari, L., & Issler, C. (1989). Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age. First Zurich longitudinal study of growth and development. *Helvetica paediatrica acta. Supplementum*, 52, 1-125.

Pro Juventute (2023). 147 de Pro Juventute: la multicrise entraîne un nouveau record des demandes de consultations. Retrieved 27.09.2023, from <https://www.projuventute.ch/fr/node/1343>

Rickenbacher, J., Laubereau, B., Gubser, J. und Kriemler, S. (2023): Indikatorenporträts Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit für die Schweiz. Porträts zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern und Universität Zürich.

Rolland-Cachera, M. F. (2012). Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. In *Pediatric obesity* (Vol. 7, Numéro 4, p. 259-260). Wiley Online Library.

Rothman, K. J. (2002). Measuring interactions. *Epidemiology: an introduction*.

Rothon, C., Goodwin, L., & Stansfeld, S. (2012). Family social support, community “social capital” and adolescents’ mental health and educational outcomes : A longitudinal study in England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, 697-709.

Rouch, I., Dorey, J.-M., Saint-Martin, H., Von Gunten, A., Preisig, M., & Laurent, B. (2023). Chronic pain, a clumsy body language. *Revue Medicale Suisse*, 19(842), 1690-1692.

Schär, M., & Weber, S. (2015). Document de travail 35—L’image corporelle chez les adolescents de Suisse alémanique. Résultats d’une enquête. Promotion Santé Suisse. [https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-10/Document\\_de\\_travail\\_035\\_PSCH\\_2015-11\\_-\\_Image\\_corporelle\\_chez\\_les\\_adolescents\\_de\\_Suisse\\_alemanique.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-10/Document_de_travail_035_PSCH_2015-11_-_Image_corporelle_chez_les_adolescents_de_Suisse_alemanique.pdf)

Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020 (Obsan Rapport 15/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Spencer, E. A., Appleby, P. N., Davey, G. K., & Key, T. J. (2002). Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC–Oxford participants. *Public health nutrition*, 5(4), 561-565.

Stamm, HP et al. (2019). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich : Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld : Gesundheitsförderung Schweiz.

Stata 17.0. (2021). Datasets for Stata Survey Data Reference Manual, Release 17. <https://www.statapress.com/data/r17/svy.html>

Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders : The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262-271.

Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2020). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht, 2.

Tuch, A., & Schuler, D. (2020). Psychische Gesundheit. In OBSAN. *Gesundheit in der Schweiz : Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene : Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (p. 108-135). Hogrefe AG.

Vallejo, M. A., Vallejo-Slocher, L., Fernández-Abascal, E. G., & Mañanes, G. (2018). Determining factors for stress perception assessed with the Perceived Stress Scale (PSS-4) in Spanish and other European samples. *Frontiers in psychology*, 9, 37.

Vancampfort, D., Ashdown-Franks, G., Smith, L., Firth, J., Van Damme, T., Christiaansen, L., Stubbs, B., & Koyanagi, A. (2019). Leisure-time sedentary behavior and loneliness among 148,045 adolescents aged 12–15 years from 52 low-and middle-income countries. *Journal of affective disorders*, 251, 149-155.

Waller, G., & Meidert, U. (2020). Digitale Medien : Chancen und Risiken für die Gesundheit. In: OBSAN. *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020*, 210-243.

WHO. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. Retrieved 25.08.2023, from <https://icd.who.int/>. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization

WHO, C. (1998). WHO (Five) Well-Being Index (1998 version). Retrieved 03.10.2023, from <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO-5%20questionnaire%20-%20English.pdf>

Widmer Howald, F., Schär Gmelch, M., & Peterseil, M. (2018). Das Körperbild von Jugendlichen in der Schweiz : Studienergebnisse. *Praxis*, 107(14), 765–771. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003016>

Wieber, F., von Wyl, A., & Zysset, A. (2022). Promotion de la santé psychique (p. 70-85). In: Amstad, F., Suris, J., Barrense-Dias, Y., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Bernath, J., Süss, D., Suggs, S., Bucher Della Torre, S., Wieber, F., von Wyl, A., Zysset, A., Schiffan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022). *Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes – Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique. Rapport 9*. Berne: Promotion Santé Suisse.

World Health Organization & United Nations Children’s Fund (2022). *Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. Geneva: World Health Organisation (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341327>).